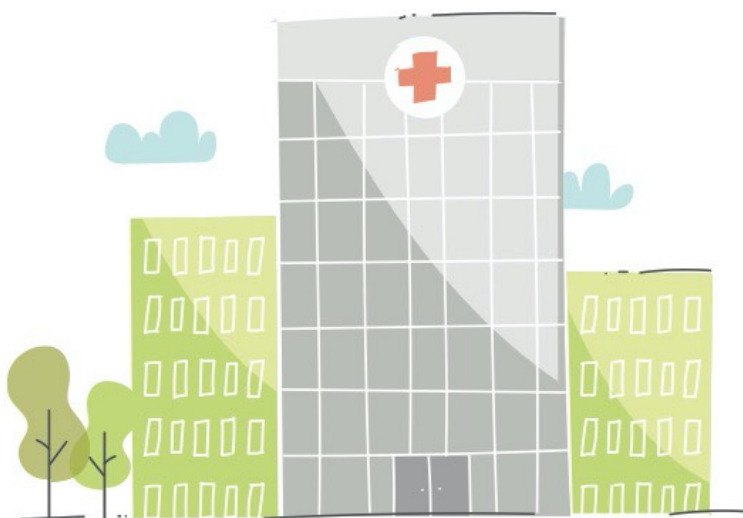


Problemas Sociales y de Actualidad

VII LECCIONES EN SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL

Edición Digital



VII Lecciones en Salud Social y Ambiental



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

VII Lecciones en Salud Social y Ambiental

Fecha de publicación: 20 de enero 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: 978-84-18126-04-8

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

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

1	REACCIONES ADVERSAS RELACIONADAS CON LA DONACION DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ	3
2	ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES OBESOS MAITE GARCÍA RODRÍGUEZ, YESICA DÍAZ BEJARANO, ALBA ÁLVAREZ LÓPEZ, MARTA GARCIA RODRIGUEZ Y ANGELA GAMERO FERNÁNDEZ	7
3	CUIDADOS PALIATIVOS EN MEDICINA. “VELAD CONMIGO”, INSPIRACIÓN PARA UNA VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS. COMENTARIO LITERARIO. MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL	13
4	ENFERMEDAD DE CHAGAS: PRUEBAS DE IMAGEN EN UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA EMERGENTE EN NUESTRO MEDIO. ANA MILENA MUÑOZ	17
5	TÁRTARO DENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO SABELA PARDO DÍAZ, LEYRE REMÍREZ SIMÓN Y XABIER AMEZTOY ECHENIQUE	21
6	BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS DE ATENCION PRIMARIA RAUL MATEOS IGLESIAS	25
7	LA ENFERMERA ESCOLAR COMO GRAN DESCONOCIDA SHEILA ALVAREZ GONZALEZ Y LUCIA MARTINEZ MARTINEZ	31
8	ENFERMERÍA ANTE LA ANCIANIDAD Y LOS PROCESOS TERMINALES LUCIA MARTINEZ MARTINEZ Y SHEILA ALVAREZ GONZALEZ	37

9	MANEJO DE LA EXTRAVASACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS.	
	NURIA SUAREZ FERNANDEZ, SUSANA MARTIN LORENTE, JULIO MORGADO RODRIGUEZ Y WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ	41
10	PRIMEROS AUXILIOS: REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR BÁSICA (RCP)	
	LEONOR FERNANDEZ GUTIERREZ	45
11	FISIOTERAPIA PARA EMBARAZADAS - PELVIPERINEOLOGÍA	
	MIRIAM DE LA RIVA LARIO	49
12	ETILISMO. PROBLEMA DE SALUD SOCIAL	
	EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ	53
13	TIPOS DE VÍAS VENOSAS CENTRALES	
	SUSANA MARTIN LORENTE, JULIO MORGADO RODRIGUEZ Y NURIA SUAREZ FERNANDEZ	57
14	SALUD BUCODENTAL	
	MONTSERRAT PIÑERA MATA	59
15	HIGIENE DE MANOS COMO ESTRATEGIA FUNDAMENTAL EN EL CONTROL DE INFECCIONES	
	MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ, MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA Y GRACIELA ZAPICO LÓPEZ	63
16	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA.	
	MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ, CLAUDIA AMOR CANTERO, JESSICA RODRÍGUEZ REBOLO Y LORENA FERMOSE NUÑO	65
17	IDENTIFICACIÓN CÓDIGO ICTUS	
	BELEN ROZADA FUENTE	69
18	TRABAJAR EN TURNO DE NOCHE Y LAS REPERCUSIONES PARA ENFERMERIA	
	CANDIDA M. GONZALEZ TORO	73

19 LA CONCILIACIÓN LABORAL EN SANIDAD. REVISIÓN SISTEMÁTICA.	
MANUEL LOBO GONZÁLEZ	77
20 HISTORIA DE VIDA: ROL DE CUIDADORA PRINCIPAL	
VANESA OCAÑA DIAZ	83
21 CAPACIDAD DEL PROFESORADO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA PARA ATENDER A ALUMNOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS	
RUBÉN DELGADO FERNÁNDEZ	101
22 DIVERSIDAD CULTURAL, UN RETO PARA LA ENFERMERÍA	
ALMUDENA PANIZO LÓPEZ, CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA Y MÓNICA DACUÑA LÓPEZ	109
23 CASO CLÍNICO: DETECCIÓN CASUAL DEL GLAUCOMA CRÓNICO	
ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ, ÁNGELA GARCÍA RODRÍGUEZ, MARIA TERESA CORRALES PINTO, MÓNICA CORRALES PINTO Y MARÍA VICTORIA COUTO CALVO	119
24 EL TRASTORNO POR ATRACÓN Y SU IMPORTANCIA DENTRO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS	
AIDA GIL VECINO, LAURA SANROMAN CLAROS, RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO Y MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA	123
25 PLASMODIUM	
LUCÍA MARTÍÑO CANGA, LORENA GARCÍA ARIAS, CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA, LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA Y IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ	135
26 VIVIR CON EPOC	
JULIO MORGADO RODRIGUEZ, NURIA SUAREZ FERNANDEZ Y SUSANA MARTIN LORENTE	141
27 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRROSIS HEPÁTICA Y ALCOHOL	
MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA	145

28 LA CARGA DE LOS CUIDADORES EN PACIENTES TERMINLES GRACIELA ZAPICO LÓPEZ, MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ Y MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA	151
29 RECICLAJE DE FÁRMACOS TANIA MENÉNDEZ MÉNDEZ	155
30 LAVADO DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO, PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ Y NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ	159
31 REDES SOCIALES Y SALUD MENTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NAIARA CASTAN PESCADOR	163
32 EL NURSE-LED, LA NOVEDOSA FORMA ORGANIZATIVA CENTRADA EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA JUNCAL SANZ PASCUAL, ELENA GONZÁLEZ ESAIN, VIRGINIA GALENDE GALARZA, BERTA GARCIA MURILLO Y MARIA SALINAS BARIAIN	169
33 VIRUS DEL DENGUE: ACTUACIÓN ENFERMERA HECTOR FERNANDEZ GARCIA	173
34 RUIDO, MARCO LEGAL EN EL ÁMBITO SANITARIO LEDA MARIA CALERO BUENO, MÓNICA MARTÍNEZ SÁNCHEZ, SALVADOR SÁNCHEZ SÁNCHEZ Y CARLOS LÓPEZ SIMARRO	179
35 EL PERSONAL SANITARIO Y LA UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO MÓVIL DURANTE EL HORARIO LABORAL BEATRIZ RESCALVO FLORES, ANA ZARATE JIMENEZ, ANA GONZÁLEZ JIMÉNEZ Y MACRINA TORTAJADA SOLER	183
36 LA FITOTERAPIA Y SU COMPARATIVA FARMACOLÓGICA NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS Y ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ	189

37	DETECCIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE TOMAN ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO, MARIA ELENA VILLAR OLIVAR Y DEBORA BONILLA ARENA	195
38	CUIDADOR DEL PACIENTE ONCOLÓGICO YOLANDA QUEIPO HERÍAS, BEGOÑA COLLAR ALVES Y SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	209
39	ROL DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO DE SALUD MENTAL MÓNICA OTERO TORRE	219
40	PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA PICADURA DE GARRAPATA NEREA OTEO GARCIA, NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA, MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN Y MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ	227
41	UTILIZACIÓN DE PLASMA EN IMPLANTOLOGÍA ORAL LEIRE AZCONA CIRIZA	231
42	CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL 2019 EN ASTURIAS AIDA VALLINA RUESTRA, YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ Y GLORIA VALDÉS PELÁEZ	235
43	EL SUEÑO Y DESCANSO, UN GRAN RETO HOSPITALARIO. MARTA PEREZ ABIETAR, HECTOR NAVAS DOMINGUEZ, VERÓNICA VACÁRCCEL LÓPEZ, DAVID ESCRIBANO COELLO Y CARMEN ALARCÓN HERREROS	239
44	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PARKINSON MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ, MIRIAM MIRAMON PLANILLO, MARTA NAVARRO CILLERO Y MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA	245
45	REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE SÍNDROME BURN OUT EN LAS ENFERMERAS MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ, SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ Y MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO	249

46	INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA DEPRESIÓN JESÚS BAHAMONDE GONZÁLEZ	253
47	LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE FAMILIARES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS PATRICIA SÁNCHEZ PASCUAL	259
48	PREVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL PATRICIA SÁNCHEZ PASCUAL	263
49	PATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL DOLORES CHICO DE GUZMAN PEREZ Y LUCIA RODRÍGUEZ CHICO DE GUZMÁN	267
50	ENFERMERÍA, LA LEPROSIA JOSE LUIS LLERA SUARDIAZ	271
51	PAPEL ENFERMERO ANTE EL VIRUS DENGUE HENAR VALLINA CRESPO	281
52	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA MARIA NANCY DIAZ ROA	289
53	PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA REALIZACIÓN DE BRONCOSCOPIA SANDRA DÍAZ ARAÚJO	291
54	DERMATOFIBROMA MARIA VILLA DE LA FUENTE, CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA, LORENA GARCÍA ARIAS Y IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ	295
55	CONTROL DEL CONSUMO DE MÚLTIPLES FÁRMACOS. CRONICIDAD FARMACOLÓGICA MARIA ELENA VILLAR OLIVAR, GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO Y DEBORA BONILLA ARENA	299
56	ENFERMERÍA EN LA LEPROSIA CARMEN MARIA NAVARRO BEARDO	307

57 AUMENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL EN LOS PAÍSES OCCIDENTALES	
RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ	317
58 IMPORTANCIA DE LAS TIC PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS	
CORAL GONZALEZ RODRIGUEZ, MARÍA PILAR RODRÍGUEZ CORROS, ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ, BEATRIZ EGIDO GORDO Y MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS	321
59 EL DUELO EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA	
LAURA FERNÁNDEZ LOREDO	327
60 EFECTOS DEL USO DE VIDEOJUEGOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	
NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ, PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO Y PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ	335
61 ¿CONOCEN LOS FISICULTURISTAS LOS EFECTOS PARA LA SALUD QUE TIENEN LOS SUPLEMENTOS DEPORTIVOS?	
LYDIA LEÓN BENÍTEZ, MARÍA DE LAS NIEVES LÓPEZ FERNÁNDEZ Y GERMÁN TORNERO TENDERO	339
62 TODO SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT	
ANA MARTÍN ÁLVAREZ	345
63 EL CANCER DE MAMA	
SARA ALVAREZ MENENDEZ, SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ, MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ Y YAIZA FUENTE VÁZQUEZ	355
64 BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO	
LAURA MONTES PÉREZ, MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO Y DAVID SUÁREZ CASTRO	359
65 CUIDADOS AL PACIENTE CON ALZHEIMER.	
ELENA BATISTA DIAZ	363

66	¿ LO ENVÍO? SÓLO ES SEXTING, SI TÚ QUIERES HACERLO SORAYA BERMEJO GOMEZ, NOELIA FERNANDEZ CONCHILLO, PATRICIA PIÑAL ALONSO, NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZ ARRONDO Y TAMAR OCHOA GARCÍA	367
67	PREVINIENDO LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DESDE LA ADOLESCENCIA. DANIEL MAYOR ALVAREZ Y OLAYA ALVAREZ CAMINO	371
68	NUEVOS ESTUDIOS EN LAS LEUCEMIAS MIELOIDES GUILLERMO SOTO HUERGA, SHEILA GARCÍA CASTAÑÓN Y RUBÉN VALLES SUÁREZ	373
69	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DENGUE DIANA ORDÓÑEZ LÓPEZ, NURIA ESTRADA ESTÉVEZ Y LUZ BLANCO GARCÍA	387
70	IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL A LA SALUD. REBECA CIENFUEGOS VIDAL, BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA, ALBA GARCÍA BAS, SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ Y GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ	393
71	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CELIACOS DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA OLAYA ALVAREZ CAMINO Y DANIEL MAYOR ALVAREZ	399
72	ENFERMERÍA EN LA EPILEPSIA LUZ BLANCO GARCÍA, DIANA ORDÓÑEZ LÓPEZ Y NURIA ESTRADA ESTÉVEZ	401
73	LA SOLEDAD EN LA TERCERA EDAD CRISTINA ALVAREZ LOPEZ Y BEGOÑA SUÁREZ VEGA	417
74	TRASTORNO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CRISTINA ALVAREZ LOPEZ Y BEGOÑA SUÁREZ VEGA	423
75	ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD SUSANA PIERNABIEJA MIGUEL Y ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS	429

76	PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ESCUELA DANIEL MAYOR ALVAREZ Y OLAYA ALVAREZ CAMINO	437
77	ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA DETECCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH) NURIA ESTRADA ESTÉVEZ, LUZ BLANCO GARCÍA Y DIANA ORDÓÑEZ LÓPEZ	439
78	ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC REAGUDIZADO CRISTINA HUARTE USTARROZ, CARMELA TROYAS VISUS, ANA MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ Y LEYRE IBERO PEMAN	457
79	CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ. AITANA GARCÍA GÓMEZ, MARIA JOSE MASEDA VIDAL Y MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES	461
80	¿ESTAMOS PROTEGIDOS FRENTE AL USO DE LOS MEDICAMENTOS MILAGRO? BEATRIZ EGIDO GORDO, AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ, MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS, ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO Y ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ	463
81	VENDING EN LOS HOSPITALES: REALIDAD VERSUS SALUD ALBA ALONSO BERNARDO	471
82	EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS. ALBA ALONSO BERNARDO	477
83	TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD. AIDA GARCIA ARDURA, VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ Y LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ	483
84	SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE, UNA APROXIMACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA MARIA JOSE MASEDA VIDAL, MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES Y AITANA GARCÍA GÓMEZ	495

85 ANTROPOLOGÍA EN ENFERMERÍA. ESTUDIO PARA LA EVOLUCIÓN DEL CUIDADO. LORENA DÍAZ VALCÁRCEL	503
86 IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN ENFERMERÍA COVADONGA GARCÍA MAZÓN, ESTHER GARCÍA MAZÓN Y NURIA IZQUIERDO MORENO	509
87 SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES, MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ, ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO, PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ Y NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ	513
88 EL ABORDAJE GENERAL DE LAS HERIDAS LEVES Y LACERACIONES SUPERFICIALES. CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ	515
89 CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA SUSANA PRIETO GONZÁLEZ	519
90 HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS SILVIA GOMEZ GONZALEZ Y REBECA IVARS NULES	523
91 BORNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO, CONCRETAMENTE PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE PACIENTES GERIÁTRICOS. AIDA ALONSO FUENTES, MARIA BELEN RODRIGUEZ LOPEZ, ROSA ANA GARCIA NIDO, VERONICA GARCIA NIDO Y MARIA DOLORES ALONSO VIOR	529
92 INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES RAÚL PÉREZ ISAAC Y IRENE GARCIA CANCELO	535
93 LA COMUNICACION TRANSCULTURAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA SOFIA FERNANDEZ DE ALMEIDA, PATRICIA MACÍAS MARTÍNEZ, ALBA LLUNA GONZÁLEZ Y MARTA CUETO TAMARGO	543

94 UTILIZACION DE ESCALAS DE ENFERMERIA EN EL CRIBADO DEL DETERIORO COGNITIVO	
PAULA DE LA FUENTE SANCHEZ	547
95 ÉTICA DEL CUIDADO DE PACIENTES TERMINALES	
DULCE MARÍA DÍAZ BUSTELO, AIDA COLLADO CAYADO Y NOELIA SUÁREZ MÉNDEZ	553
96 CARENCIA DE LA ENFERMERÍA EN LOS COLEGIOS	
ANA VAQUERO MARTÍN, IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ, MILAGROS ESTEFANI ORE PEREZ Y TAMARA SANTANA PÉREZ	557
97 ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDO POR EL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	
ELENA MERCHÁN MARCOS, MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ, LORENA LAVANDERA GARCIA Y MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN	559
98 OPINIONES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS	
ELENA MERCHÁN MARCOS, MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ, LORENA LAVANDERA GARCIA Y MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN	565
99 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR. EVOLUCIÓN Y NOVEDADES.	
TAMARA BELLOSO CUESTA Y ALBA GONZÁLEZ DÍAZ	573
100 ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA	
PAULA RUIZ ALONSO Y BEATRIZ POSTIGO NUÑEZ	605
101 EFECTOS PERJUDICIALES DE LA EXPOSICIÓN A LA CONTAMINACIÓN SOBRE LA SALUD	
BEGOÑA COLLAR ALVES, ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ Y VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ	611
102 PILAR DE APOYO AL PACIENTE: LA FAMILIA	
TANIA MELERO PEREIRA, VANESSA MOLINA BLANCO Y RAUL MATEOS IGLESIAS	621

103 PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DIRIGIDO AL PACIENTE DIABÉTICO MUSULMÁN	
ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA, ANDREA GONZALEZ GONZALEZ Y ALBA COLLADO RODRÍGUEZ	625
104 “PREFERENCIAS DEL LUGAR DE MUERTE DE LOS ENFERMOS TERMINALES EN SITUACION DE ULTIMOS DIAS: DOMICILIO VS HOSPITAL”	
NURIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	649
105 VIOLENCIA DE GÉNERO	
MARÍA GARCÍA PELÁEZ Y CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ	657
106 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.	
IRIS UREÑA CARRASCO, EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE, MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO, MIGUEL REJAS VARONA Y ELENA TARJUELO DEL MOLINO	665
107 ENFERMERÍA: PAPEL QUE DESEMPEÑA EN LA CONSERVACIÓN DE LOS ÓRGANOS DEL DONANTE CON MUERTE ENCEFÁLICA EN ESPAÑA	
JUAN ANTONIO GARCIA GETINO Y ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA	695
108 LA EPILEPSIA	
SILVIA TORRE FERNANDEZ	697
109 MOTIVACIÓN DE UNA PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA PARA PARTICIPAR EN SU AUTOCUIDADO	
ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA Y JUAN ANTONIO GARCIA GETINO	701
110 CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	
BEATRIZ RODRIGUEZ CASTRO	705
111 TRATAMIENTO PARA EL ABANDONO DEL TABACO	
PATRICIA CALVO ALONSO	715

112 PACIENTES ONCOLÓGICOS: ¿INFLUYE SU ESTADO DE ÁNIMO PARA SU RECUPERACIÓN?	
JAVIER SAMPEDRO RIOL Y JUAN MERA CADENAS	719
113 MEDIDAS ADOPTADAS RESPECTO AL DENGUE EN ESPAÑA	
CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA Y TERESA CRIADO GONZÁLEZ	727
114 ENFERMEDAD CELÍACA: LA ESCALA DE MARSH	
ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ Y NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS	731
115 DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA	
M ^a ANGELES CASASOLA HERNÁNDEZ	735
116 PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES	
M ^a ANGELES CASASOLA HERNÁNDEZ	737
117 ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA COMPRESION Y RECORDAD MENSAJES DE SALUD.	
M ^a ANGELES CASASOLA HERNÁNDEZ	739
118 LA ENFERMEDAD DE LA CELIAQUÍA	
OLAIA CHOMON MENDOZA, SANDRA MORENO SANCHEZ, LYDIA ALVAREZ RIOS, SOUKAINA EL HIRCH FARHI Y JENNIFER QUIRANTES GIL	743
119 ALIMENTACION Y NUTRICION EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER: PROBLEMÁTICA NUTRICIONAL	
LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA Y ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ	751
120 CUIDADOS A LA FAMILIA DEL ENFERMO DE ALZHEIMER	
ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ, CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA, LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ Y MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ	755

121 EL ESTRÉS DE LOS SANITARIOS	
MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ, LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ, ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ Y CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA	759
122 COMPLICACIONES FÍSICO QUÍMICAS DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER	
CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA, ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ, MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ Y LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ	763
123 DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS/PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD	
JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA, ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ Y MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA	769
124 EL TRATO A LOS PACIENTES Y USUARIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO	
MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA, ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ Y JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA	775
125 RELACIONES INTERPERSONALES LABORALES ENTRE EL PERSONAL EN CENTROS SANITARIOS	
MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA, JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA Y ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ	779
126 CARACTERISTICAS COMUNES DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS Y SU ABORDAJE INTEGRAL	
MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS, MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ, TETYANA SEMENOVA, TANIA BORQUE CAICEDO Y MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ	783
127 LAS AYUDAS TÉCNICAS	
SHURA ALCAIDE MARTINEZ	791
128 EL ASMA Y LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA	
MONICA CADENAS MARTINEZ Y RAQUEL CADENAS MARTINEZ	795
129 CUIDADOS PALIATIVOS	
MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA Y ANA ISABEL PÉREZ RAMOS	799

130 LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA SHURA ALCAIDE MARTINEZ	801
131 USO DE GUANTES Y LAVADO DE MANOS OLGA MENÉNDEZ SUAREZ Y ANA VANESA GRANDA MUÑIZ	805
132 SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL ANCIANO DEPENDIENTE ANA VANESA GRANDA MUÑIZ Y OLGA MENÉNDEZ SUAREZ	807
133 LA VASECTOMIA MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA	809
134 COMO AYUDAR A UNA PERSONA CON DEPRESIÓN MARIA ELENA NIETO LOBETO	811
135 ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	813
136 LEGALIDAD Y VENTAJAS GENERALES DE LA MEDIACIÓN SANITARIA. CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES, MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO Y MARIA JESUS DIAZ SUAREZ	817
137 PROBLEMAS SOCIALES Y DE ACTUALIDAD MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ, FLORINA MARE Y MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ	821
138 EL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ Y FLORINA MARE	825
139 TOXICOLOGÍA LABORAL, OCUPACIONAL O INDUSTRIAL MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ	829
140 PROBLEMAS DEL CANCER DE MAMA ILIUSKA SUTIL REDONDO, FRANCISCO JAVIER POSADA REY, SARA MENENDEZ PÉREZ, MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ Y LAURA CABREJAS LOPEZ	833

141 FAMILIAS Y ALZHEIMER	
MONICA FERNANDEZ FALCÓN Y EVA CLARA SAIZ LANDERAS	837
142 ANÁLISIS NARRATIVO DE LA INTOXICACIÓN POR METILMERCURIO EN LA ALIMENTACIÓN	
MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO	841
143 LOS DESECHOS SANITARIOS NO PELIGROSOS, TIPO I.	
VANESA GALLARDO MUÑIZ, JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS Y ANDREA GARCIA FLOREZ	845
144 LISTERIOSIS O CUANDO UNA BACTERIA CONVIERTE LOS ALIMENTOS EN UN PELIGRO.	
ANA BEATRIZ ESPESO GARCÍA	851
145 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y COMO PREVENIRLAS	
AZAHARA FERNANDEZ BUELTA, JESSICA CARLOTA MENENDEZ GARCÍA Y TAMARA MENÉNDEZ SIERRA	857
146 CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD	
SANDRA MUÑOZ GARCÍA Y MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS	865
147 ACTUACIONES DEL TCAE ANTE CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN EL HOSPITAL	
MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ, CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ, LAURA SUÁREZ TALAVAN Y GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ	869
148 SÍNDROME DE BOURNOUT , FACTORES DESENCADENANTES.	
LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ Y MARIA DE LA CUESTA TUÑON	871
149 REEDUCACIÓN Y CUIDADOS DEL SUELO PÉLVICO TRAS EL PARTO	
SUSANA DIAZ BRANDY, SONIA MORILLO GONZÁLEZ, MÓNICA CANTELI RIVERA, NOELIA CUESTA MARIA Y CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ	873

150 BENEFICIOS DEL CUIDADO DEL CUIDADOR.	
REBECA LONGARELA FERNÁNDEZ, ALICIA GUERRERO GONZALEZ, MAIRA MORILLO GONZALEZ, NOELIA MORILLO GONZÁLEZ Y ARANZAZU APARICIO GARCIA	879
151 BURN OUT, EL SÍNDROME DE LOS TCAES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS.	
JÉSSICA MARA LÓPEZ POLA, TANIA ANTUÑA ALVAREZ, ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA, ROCIO LÓPEZ VIEJO Y JULIA MARÍA MARTÍNEZ ALONSO	885
152 ENFERMEDADES MENTALES	
ILIUSKA SUTIL REDONDO, FRANCISCO JAVIER POSADA REY, SARA MENENDEZ PÉREZ, MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ Y LAURA CABREJAS LOPEZ	891
153 LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LA SOLEDAD EN LOS ANCIANOS	
SONIA PACHON MOYANO, ANA MARIA PACHON MOYANO, VANESSA GARCIA SUAREZ Y JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN	895
154 CUIDADOS AL PACIENTE CON QUEMADURAS SUPERFICIALES	
SONIA PACHON MOYANO, ANA MARIA PACHON MOYANO, VANESSA GARCIA SUAREZ Y JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN	897
155 LA ENFERMEDAD MANÍACO-DEPRESIVA: EL TRASTORNO BIPOLAR	
SONIA MORILLO GONZÁLEZ, MÓNICA CANTELI RIVERA, NOELIA CUESTA MARIA, CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y SUSANA DIAZ BRANDY	899
156 RESIDUOS SANITARIOS: CLASIFICACIÓN Y GESTIÓN	
MARTA PATALLO GARCIA, FÁTIMA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ Y YOLANDA PATALLO GARCIA	905
157 LA EVOLUCIÓN EN LOS CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL	
FÁTIMA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, MARTA PATALLO GARCIA Y YOLANDA PATALLO GARCIA	911

158	RELACIÓN PROFESIONAL DEL TCAE ANTE TRASTORNO ALIMENTARIO Y ALCOHOLISMO BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ, VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ, JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ Y BIBIANA FERNANDEZ BARRERO	917
159	COMO REALIZA TCAE LAS MOVILIZACIONES A UN PACIENTE HOSPITALIZADO POR UNA ACV (ICTUS). MARÍA JOSÉ PAJARES CANTELI	921
160	ASESORAMIENTO DEL TCAE ANTE EL MAL USO CONTINUADO DE TAMPONES Y COMPRESAS CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ, MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ, GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ Y LAURA SUÁREZ TALAVAN	927
161	RELACIÓN DEL TABAQUISMO CON LA REDUCCIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR JESSICA LÓPEZ CERNUDA	931
162	EL TCAE ANTE EL REFLUJO VESICoureTRAL PAULO JOSE VALDES VAZQUEZ	933
163	CUIDADOS DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS UNA CESÁREA ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ	935
164	SINTOMAS DE SOSPECHA DE PADECIMIENTO DE ANOREXIA NERVIOSA ESTHER RODRÍGUEZ CASTELLANOS	939
165	EL TRASTORNO ALIMENTARIO DE LA BULIMIA NERVIOSA ROBERTO BAILÓN GONZÁLEZ	943
166	LOS CUIDADOS DEL TCAE EN LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO BEATRIZ DÍAZ ALONSO	953
167	REVISIÓN SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LO QUE VA DE AÑO SAMANTA QUIROGA SALGADO	959

168	FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION: ANOREXIA Y BULIMIA MARIA REMEDIOS CARVAJAL GOMEZ Y MARIA ANGELES ALVAREZ FARPON	961
169	LA LUDOPATÍA EN LA ADOLESCENCIA COMO GENERADORA DE UN NUEVO FENÓMENO SOCIAL NOELIA NÚÑEZ RIAL, CRISTINA RAMOS DOS SANTOS, SONIA ÁLVAREZ GRANDA Y VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA	967
170	CONSECUENCIAS DE LOS ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA VERÓNICA GARCÍA DEL CAMPO	971
171	DIABETES COMO PROBLEMA SOCIAL: CUIDADOS DEL PACIENTE DIABÉTICO MONTSERRAT SUERO	973
172	LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. SHEILA SUAREZ SANGUINO, CRISTINA VEGA GARCIA, CARMEN MARIA LOPEZ FERNANDEZ, MOUNA LHARTI LHARTI Y FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ	975
173	LA LISTERIOSIS EN EL EMBARAZO TAMARA LÓPEZ HEVIA, JOANNA DEL CAMPO FERNÁNDEZ Y REBECA LÓPEZ HEVIA	977
174	LA RINITIS ALÉRGICA REBECA LÓPEZ HEVIA, JOANNA DEL CAMPO FERNÁNDEZ Y TAMARA LÓPEZ HEVIA	983
175	PROBLEMAS DEL SUEÑO: INSOMNIO MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LERA	987
176	EL PACIENTE CON ANSIEDAD MARTA GONZÁLEZ OCHOA	989

177 PUESTA Y RETIRADA DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL EN EL AMBITO SANITARIO. SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ Y MARGARITA HEVIA MOSQUERA	991
178 PROTOCOLO PARA TCAE ANTE PACIENTES AFECTADOS CON SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE EN EL ÁMBITO SANITARIO. ROCÍO ARAGON ÁLVAREZ, MIRIAM DÍAZ CASTRO, MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ, LORENA PORTILLA GARCIA Y ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ	995
179 TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCION SOCIO SANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES SUSANA CANTELI CORTE	999
180 PACIENTES PSICOTICOS ELENA LOPEZ BUJIDOS Y VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA	1003
181 BRUXISMO DEL SUEÑO BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA	1005
182 LISTERIOSIS MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO, MARIA JESUS DIAZ SUAREZ Y CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES	1009
183 LA DEPRESIÓN POSPARTO VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA Y ELENA LOPEZ BUJIDOS	1011
184 PROCEDIMIENTO FRENTE A ACCIDENTE BIOLÓGICO. MARIA TERESA CARRIL BLANCO, MARIA MONICA GARCIA NICIEZA, ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ, MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS Y LORENA MORA BUENO	1015
185 EL SÍNDROME DE BURNOUT, EL RIESGO QUE CORREN LOS PROFESIONALES SANITARIOS SHEILA PRIETO LÓPEZ, YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN, RUT MORILLAS IGLESIAS Y ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO	1017

186	DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY RAFAEL SANCHEZ IBAÑEZ, NATALIA GARCÍA CARBAJAL, ABILIO ALVAREZ GONZALEZ, NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL Y MÓNICA GONZÁLEZ BRAÑA	1021
187	LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO. MARIA DE LA CUESTA TUÑON Y LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ	1027
188	EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ALZHEIMER DOLORES CHICO DE GUZMAN PEREZ Y LUCIA RODRÍGUEZ CHICO DE GUZMÁN	1031
189	ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA MAYORES HOSPITALIZADOS YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN, RUT MORILLAS IGLESIAS, ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO Y SHEILA PRIETO LÓPEZ	1035
190	LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO CARMEN CALDEVILLA	1037
191	FUNCIONES DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ALCOHOLISMO. MARIA ANGELES ALVAREZ FARPON Y MARIA REMEDIOS CARVAJAL GOMEZ	1041
192	FUNCIONES DE TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN DROGODEPENDENCIA. MARIA ANGELES ALVAREZ FARPON Y MARIA REMEDIOS CARVAJAL GOMEZ	1047
193	PLAN DE CUIDADOS, EDUCACION SANITARIA Y AMBIENTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS LAURA CANGA SERRANO, JULIA MÉNDEZ DEL VAL, VERONICA ALVAREZ PALICIO, PILAR LAYOSA GONZÁLEZ Y SILVIA ARGUELLES CUETO	1053

- 194 ENFERMEDADES SOCIALES ,FUNCIÓN ASISTENCIAL DEL
TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA CASOS
CLÍNICOS**
MARIA TERESA GARCIA GONZALEZ, ANGÉLICA VÁZQUEZ
FERNÁNDEZ, NOELIA ÁLVAREZ BERNARDINO Y ELISA NATIVIDAD
GARCIA BLANCO 1059
- 195 CONTAMINACIÓN Y SALUD**
LORENA PEREZ MENENDEZ, ELICE MARIA GARCIA PEINADOR,
MARINA MENÉNDEZ SUÁREZ, LIDIA RODRIGUEZ CADENAS Y
PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ 1065
- 196 LAS ETAPAS DEL DUELO SEGÚN KÜBLER-ROSS**
CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA Y MARIA DEL ROCIO
IGLESIAS GARCIA 1069
- 197 EL ESTRÉS PROFESIONAL: EL BURNOUT**
CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA Y MARIA DEL ROCIO
IGLESIAS GARCIA 1073
- 198 LA FIBROMIALGIA. LA ETERNA DESCONOCIDA.**
ANDREA ISABEL LLERA PEÑA, MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ,
LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ, ANA ISABEL GARCIA LOPEZ Y
YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ 1077
- 199 TCAE. SALUD AMBIENTAL,GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS .**
LOURDES MARIVEL ROJAS GUERRA, MARTA ELENA PUENTE
MUÑIZ Y FELI PUENTE FERNÁNDEZ 1083
- 200 OBESIDAD EN ESPAÑA**
YOLANDA GARCÍA DE ISLA, CRISTINA GUTIERREZ LARGO, NERY
VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE Y TAMARA GARCÍA IGLESIAS 1089
- 201 CASO CLÍNICO: DOLOR ABDOMINAL**
MÓNICA CORRALES PINTO, MONICA FERNANDEZ MARTÍN,
SUSANA SAN JOSE GONZALEZ, BANESA MANSO SILVA Y
ALEJANDRA REBECA MENÉNDEZ SÁNCHEZ 1091

202	BENEFICIOS DEL EJERCICIO MENTAL Y FÍSICO EN PACIENTES. NEREA PEÑA VALDIVIA Y JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ	1093
203	PACIENTE ANGUSTIADO CON IDEAS DE DESESPERANZA ELENA LOPEZ BUJIDOS Y VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA	1097
204	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: CONTROL Y PREVENCIÓN YOANA PARAPAR MURIAS	1099
205	AI SLAM IENTO DE CONTACTO MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS, LORENA MORA BUENO, MARIA TERESA CARRIL BLANCO, MARIA MONICA GARCIA NICIEZA Y ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ	1101
206	UNA ENFERMEDAD EXTENDIDA: LA OBESIDAD SANDRA GONZALEZ ARIAS	1105
207	IMPORTANCIA Y CÓMO PREVENIR LA OBESIDAD INFANTIL JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ Y NEREA PEÑA VALDIVIA	1109
208	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA EN LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS SONIA RON PEREZ	1113
209	SÍNDROME DE BURNOUT CARACTERÍSTICAS Y FORMA DE AFRONTARLO JOSEFA REBON SARDINA, ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM Y ALDENIRA PEREIRA SALES	1115
210	SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER VERONICA PÉREZ FERNANDEZ	1119
211	CAUSAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER VERONICA PÉREZ FERNANDEZ	1123
212	EL EJERCICIO FÍSICO COMO MEDICINA PARA LA SALUD SUSANA FERNANDEZ TORRE, MARIA LUISA PERERA SIMÓN, NOELIA DÍAZ GERAS, BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ Y PAULA FERNANDEZ MARTINEZ	1127

- 213 CUIDADOS DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIAR
ENFERMERIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER**
PATRICIA SANCHEZ LOZANO, ESMERALDA MEANA PIÑERA,
NATALIA NORIEGA LOREDO Y YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA 1131
- 214 EL ANCIANO. CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AUXILIAR DE
ENFERMERIA**
MARTA RICO GARCIA, ASTRID RUIZ SUÁREZ, PALOMA LÓPEZ
PRENDES Y VANESA FERNANDEZ SOL 1137
- 215 TUBERCULOSIS**
CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ, MONTSERRAT VIGUERA SOLIS,
PABLO SANCHEZ GARCIA Y JULIA SANCHEZ REQUEJO 1143
- 216 TIPOS DE VIOLENCIA EJERCIDOS CONTRA LA MUJER**
AURORA FERNÁNDEZ LLERA, JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ
Y YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ 1147
- 217 RIESGOS DEL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNIDAD EN EL
ÁMBITO SANITARIO**
AURORA FERNÁNDEZ LLERA, YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ, JUAN
CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ Y MARGARITA HEVIA MOSQUERA 1151
- 218 LA TURNICIDAD Y SUS PATOLOGÍAS**
SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL, SARA MATÉ SAN MIGUEL,
ANDREA ALVAREZ BAYÓN Y ANDREA PIQUERO FERNANDEZ 1155
- 219 LA ADHERENCIA TERAPEUTICA: RECOMENDACIONES PARA SU
MEJORA Y EL PAPEL DEL TCAE EN LA ADMINISTRACION
DELEGADA DE MEDICACION.**
MARGARITA HEVIA MOSQUERA, SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ
Y AURORA FERNÁNDEZ LLERA 1157
- 220 ANOREXIA NERVIOSA ¿EPIDEMIA DEL SIGLO XXI?**
TAMARA GARCÍA IGLESIAS, NERY VALENTINA MARTINEZ
AGUIRRE, CRISTINA GUTIERREZ LARGO Y YOLANDA GARCÍA DE
ISLA 1161

221 EL SINDROME DEL CUIDADOR QUEMADO NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS, ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, NATALIA CUERVO CUERVO, SORAYA MORENO CORREA Y FATIMA GAYOL	1165
222 RELACIÓN DE AYUDA DEL PERSONAL TÉCNICO AUXILIAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO Y RAQUEL CAMPORRO LLANA	1169
223 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN ALZHEIMER MARIA JOSE ROKALY VILLAR SANCHEZ	1173
224 LOS SISTEMAS DE SALUD SILVIA MEANA GOMEZ Y ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS	1175
225 TENDENCIAS ACTUALES DE LA LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL MÓNICA MARTÍN DÍAZ, ROSA MARIA VAZQUEZ GARCIA, M ^a ANGELES MARTINEZ BESTEIRO, LAURA MUÑIZ MONTEIRO Y CRISBEL GALLARDO PEREZ	1177
226 EL TCAE COMO POSIBLE VÍCTIMA DEL BURNOUT ASTRID RUIZ SUÁREZ, PALOMA LÓPEZ PRENDES, VANESA FERNANDEZ SOL Y MARTA RICO GARCIA	1187
227 LOS CUIDADOS INVISIBLES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BELEN GASCÓN PÉREZ Y SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO	1191
228 ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN, JULIA SANCHEZ REQUEJO, CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ Y PABLO SANCHEZ GARCIA	1197
229 ATENCION Y CUIDADOS DEL TCAE EN EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES JULIA MARIA MANSO MATA, MARÍA ELENA VEGA AGUADERO, NURIA GONZALEZ MARTINEZ Y MARIA GARCÍA MARTINEZ	1203

230	ENFERMEDAD DE PARKINSON NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN, JULIA SANCHEZ REQUEJO, CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ Y PABLO SANCHEZ GARCIA	1209
231	LA ENFERMEDAD DE CROHN CARLA LLAMAZARES CAMPILLO, ADRIANA CAMPILLO CASO Y PATRICIA VEGA TORRES	1215
232	CAMILLAS Y CAMAS HOSPITALARIAS. MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA, ANGELES PEREZ SANCHEZ, ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA Y ANA MARÍA GRUESO CARRIO	1219
233	INCONTINENCIA URINARIA INFANTIL NEREA PEÑA VALDIVIA Y JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ	1225
234	EL SINDROME DEL QUEMADO EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO. PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	1229
235	INTERVENCIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y DEL TCAE ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO NURIA GONZALEZ MARTINEZ, MARIA GARCÍA MARTINEZ, JULIA MARIA MANSO MATA Y MARÍA ELENA VEGA AGUADERO	1231
236	CONFIDENCIALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA MARTA LOPEZ ALVAREZ, MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN Y ESTELA SOLEDAD GALÁN GRANDA	1237
237	EL ALCOHOLISMO EN LOS ADOLESCENTES NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE, CRISTINA GUTIERREZ LARGO, YOLANDA GARCÍA DE ISLA Y TAMARA GARCÍA IGLESIAS	1241
238	BENEFICIOS DE LA PRACTICA DE EJERCICIO EN LA EDAD ADULTA LUCIA PELÁEZ MARTINEZ	1243
239	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PILAR LOPEZ DIAZ	1245

- 240EL APOYO DOMICILIARIO A LA MADRE ADOLESCENTE Y BEBÉ
PREMATURO**
JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ, AITANA GARCIA
FERNANDEZ-CAMPOAMOR Y CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ
SEVILLANO 1249
- 241RELACIÓN INSEPARABLE ENTRE SALUD Y CONTAMINACIÓN.**
BIBIANA FERNANDEZ BARRERO, JONATHAN QUINTANA
RODRIGUEZ, VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ Y BENJAMIN GASPAR
PEREIRA DÍAZ 1251
- 242LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS EN LA SALUD**
VERONICA PEREIRA CUERVO, GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO,
VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ Y ALEJANDRA ALVAREZ
FERNANDEZ 1257
- 243EL AUMENTO DE LA OBESIDAD EN LA SOCIEDAD ACTUAL**
MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN, ESTELA SOLEDAD GALÁN
GRANDA Y MARTA LOPEZ ALVAREZ 1263
- 244COMO AFRONTAR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES
DE ENFERMERÍA LAS ULCERAS POR PRESION**
LAURA HERES GARCIA, LEONOR ALONSO SÁNCHEZ, MARÍA
CRISTINA BERMÚDEZ BANGO, NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS Y
ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ 1267
- 245ETAPAS DEL DUELO**
ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA, ANA MARÍA GRUESO CARRIO,
MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA Y ANGELES PEREZ SANCHEZ 1271
- 246EDUCACION PARA LA PREVENCION DE ETS DE PERSONAL
SANITARIO Y NO SANITARIO**
LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 1277
- 247REPERCUSIÓN DEL PROBLEMA MEDIOAMBIENTAL Y DEL
DÉFICIT DE HIGIENE EN LA SALUD INFANTIL**
ESTELA SOLEDAD GALÁN GRANDA, MARTA LOPEZ ALVAREZ Y
MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN 1279

- 248 FUNCIONES TCAE PACIENTES DROGODEPENDIENTES Y ALCOHOLISMO.**
RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, MARÍA TERESA ALONSO CORDERO, MARIA HUELAMO GUADAMURO, VANESA SANCHEZ RIESGO Y MARÍA ISABEL LÓPEZ RIESGO 1283
- 249 AYUDA DEL TCAE A CONOCER EL PARKINSON Y GANAR CALIDAD DE VIDA**
MARIA HUELAMO GUADAMURO, RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, MARÍA ISABEL LÓPEZ RIESGO, MARÍA TERESA ALONSO CORDERO Y VANESA SANCHEZ RIESGO 1289
- 250 SÍNDROME DE ASPERGER Y AUTISMO. ¿PUEDO DISTINGUIRLO?**
MARÍA CRISTINA BERMÚDEZ BANGO, NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS, ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ, FATIMA GAYOL Y NATALIA CUERVO CUERVO 1295
- 251 LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER**
VANESA FERNANDEZ SOL, MARTA RICO GARCIA, ASTRID RUIZ SUÁREZ Y PALOMA LÓPEZ PRENDES 1301
- 252 EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN.**
MARIA FLOR MARTIN MAYOR, LORENA HEVIA GONZÁLEZ, MARÍA PÉREZ BARRIOS Y MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS 1305
- 253 CUIDADOS POST-MORTEM**
CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA, MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ, MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS, MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO Y MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS 1313
- 254 CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE SOTOS EN ADULTOS**
MARIA JESUS DIAZ SUAREZ, CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES Y MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO 1317
- 255 CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO**
ALDENIRA PEREIRA SALES, ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM Y JOSEFA REBON SARDINA 1321

256	BENEFICIO DE EJERCICIO AERÓBICO EN EL PACIENTE QUE HA SUFRIDO INFARTO DE MIOCARDIO MARTA APARICIO PEREZ, LAURA ARAUJO MORILLAS, MARIA ISABEL RAMOS SASTRE Y PAULA DÍAZ AREA	1327
257	ASÍ ES EL AUTISMO INFANTIL ALBA QUINTANA FERNÁNDEZ, MARTA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARÍA MARTÍN ÁLVAREZ Y ELENA ÁLVAREZ GONZÁLEZ	1329
258	BURNOUT Y ESTRÉS DE LOS TECNICOS EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LOS RECORTES SANITARIOS VERONICA MENENDEZ BARROS	1335
259	ESQUIZOFRENIA PABLO SANCHEZ GARCIA, CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ, NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN Y MONTSERRAT VIGUERA SOLIS	1339
260	EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO LORENA HEVIA GONZÁLEZ, MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS, YLENIA EXTREMERA JAMBRINA Y VANESA CAYARGA MARTÍNEZ	1347
261	NORMAS DIETÉTICAS FUNDAMENTALES DEL PACIENTE DIABÉTICO MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ Y CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE	1353
262	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA NURIA MARIA FERNANDEZ LEON	1359
263	LOS DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES EN LA SALUD PÚBLICA NURIA MARIA FERNANDEZ LEON	1365
264	FUNCIONES A DESEMPEÑAR POR EL TCAE PARA PREVENIR INFECCIONES REYES CASTAÑON. MARCOS, ROSA ISABEL FERRERO RUBIN, LORENA MARTINEZ MARTIN Y GEMMA MIGUÉLEZ VALLE	1369

265 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO CAROLINA CORRAL GONZALEZ, MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR Y IRIS ASUETA RODRÍGUEZ	1375
266 LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO MARTA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	1379
267 TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN LABORAL PARA TCAE. ALBERTO RODRIGUEZ RIEGO, MARÍA DEL CARMEN ARIAS DÍAZ, MARÍA PILAR GÓMEZ ARIAS, ANA CRISTINA PELÁEZ LÓPEZ Y DAVID HUERTA ALONSO	1381
268 COMPETENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA BELEN GASCÓN PÉREZ Y SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO	1397
269 INFECCIONES PEDIÁTRICAS FRECUENTES: ENFERMEDAD MANOS, PIES Y BOCA. MARTA RODRIGUEZ RODRIGUEZ	1403
270 BRUXISMO, UN HÁBITO CON CONSECUENCIAS NEGATIVAS ANA BELÉN RECIO GARCÍA, LAURA LÓPEZ GARCÍA, ÁNGELA SÉSAR NAVAL, ZULAICA VIJANDE FERNÁNDEZ Y MARTA MARÍA RECIO GARCÍA	1407
271 INACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES ETELVINA ALVAREZ CAYUELA	1411
272 BURN-OUT O DESGASTE PROFESIONAL EN EL SECTOR SANITARIO LORENZO GAYO GONZÁLEZ	1413
273 LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO JUDIT GUTIERREZ CADENA, LUCIA GALAN ÁLVAREZ, MARGARITA CARREÑO MANEIRO, ANA OVIES ROZADA Y SILVIA CAMPO GARCIA	1415

274	CUIDADOS TCAE EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS, SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE	1421
275	LA COMIDA RÁPIDA COMO UN NUEVO PROBLEMA SOCIAL NOELIA NÚÑEZ RIAL, CRISTINA RAMOS DOS SANTOS, SONIA ÁLVAREZ GRANDA Y VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA	1425
276	EDAD MADURA, EJERCICIO FÍSICO Y MENTAL: FUNCIONES PERSONAL SANITARIO JORDANIA YELUL RAMOS, ADRIANA TOMA, SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ Y JOSE LUIS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ	1431
277	EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE EL CONSUMO DE DROGAS MARÍA AMOR MIER ALVAREZ, PAULA NOYA MOURE, CRISTINA SUAREZ ALVAREZ, VERONICA RUIZ LÓPEZ Y MANUEL ROLDAN MENÉNDEZ	1435
278	LA CLASIFICACION, GESTION Y RECICLAJE DE RESIDUOS HOSPITALARIOS POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA MARIA FLOR MARTIN MAYOR, MARÍA PÉREZ BARRIOS, MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS Y YLENIA EXTREMERA JAMBRINA	1443
279	CUIDADO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL JOHANNA CUERVO DE LA NOVAL, ISABEL GONZÁLEZ GARCIA, ROSA MARÍA GIL OLMOS Y MARÍA JOSÉ GARCÍA GARCÍA	1449
280	ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA, SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA. NOELIA ÁLVAREZ BERNARDINO, ELISA NATIVIDAD GARCIA BLANCO, MARIA TERESA GARCIA GONZALEZ Y ANGÉLICA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ	1453

- 281 SÍNDROME DEL SAPHO DESDE LA VISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA**
NORMA LORENA BUYO AVALOS, MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ, SARA FERNÁNDEZ RICO, ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ Y GEMA MARIA BERNAL ALONSO 1461
- 282 CUIDADOS DEL TCAE CON EL PIE DIABETICO**
MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ROCÍO GARCÍA FRANCOS, SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ 1465
- 283 URTICARIA POR UNA INTOLERANCIA A LA PROTEÍNA DE LECHE.**
ANA RODRÍGUEZ ARANGO, ROSA MARÍA ROSENDE CASAL Y MARTA GARCIA ANTON 1471
- 284 PAPEL DEL TCAE EN LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A NIVEL HOSPITALARIO.**
SANDRA MARINERO GONZÁLEZ, CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ, LAURA SANCHEZ MONTEIRO, MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ Y JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO 1475
- 285 CONTENCIÓNES MECÁNICAS: REFLEXIONES ÉTICAS**
RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ Y PATRICIA GARCÍA MARTÍN 1481
- 286 PROTOCOLO DE AGRESIONES PARA PERSONAL SANITARIO**
VANESSA GARCIA SUAREZ, JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN, SONIA PACHON MOYANO Y ANA MARIA PACHON MOYANO 1485
- 287 CUIDADOS EN PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO: TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**
MELISA SALINAS RÍOS, RAQUEL GONZALEZ GARCIA, LAURA DIAZ MAYO Y MARIA BEJAR PEREZ 1489
- 288 ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL TABACO**
MARTA MIGUEL PICHEL, JULIA MORO PORTELA, INMACULADA C. RUIZ GONZALEZ, RAQUEL ROBLES ANIDO Y SARAY ÁLVAREZ LUNA 1493

289FIBROMIALGIA	
PABLO SANCHEZ GARCIA, CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ, NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN Y MONTSERRAT VIGUERA SOLIS	1497
290UNA AYUDA PARA ERRADICAR EL TABAQUISMO	
ENCARNACIÓN ARBESU GUTIÉRREZ Y AIDA RODRÍGUEZ ORNIA	1505
291PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN	
BRENDA CABO DIAZ	1507
292REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES	
MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ, MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ, NURIA GONZALEZ NORIEGA Y MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO	1511
293REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE EL MANEJO DEL DUELO PERINATAL.	
MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO, NURIA GONZALEZ NORIEGA, MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ Y MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ	1523
294IMPORTANCIA DE LAS TRANSAMINASAS. CONTROL Y PREVENCIÓN.	
JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO, ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ Y ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ	1533
295TABAQUISMO	
ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO, ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ, LAURA CAMPA CAMPA, MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS Y YARINA PRIETO ALCANIZ	1537
296LIBRO DE VIDA	
NATALIA IGLESIAS HEREDIA	1541
297TÉCNICAS DE CUIDADOS EN LA MUJER GESTANTE	
LILIANA VIDAL IGLESIAS, ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ, SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ Y MARIA ROSA NÚÑEZ LLAMES	1543

298PREVALENCIA DE CAIDAS EN LA TERCERA EDAD	
MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN Y MAR VALDES RODRIGUEZ	1549
299CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL AE/TCAE A LA POBLACIÓN INMIGRANTE	
Mª PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ, RAQUEL GALVAN MARTINEZ, IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ, MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA Y MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO	1557
300LOS BENEFICIOS DE UNA BUENA HIGIENE PERSONAL EN LOS PACIENTES DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS.	
MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA, MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, Mª PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ, RAQUEL GALVAN MARTINEZ Y IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ	1561
301INFLUENCIAS Y CONSECUENCIAS DE LA CONTAMINACIÓN	
PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA Y FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA	1565
302CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMOS TERMINALES	
MARÍA CELIA CABO SUÁREZ, CLARA MARIA GARCIA HERRERO Y MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA	1569
303LA EVOLUCION DE LA ATENCION PRIMARIA EN LA SALUD	
ELLEN CARLOS DO AMARAL, YOLANDA FERNANDEZ CAMINO, ANA SANCHEZ UGARTE Y JAVIER LOPEZ ALLER	1575
304LAS IDEAS DE LA CULTURA EN LA SALUD	
ELLEN CARLOS DO AMARAL, ANA SANCHEZ UGARTE, JAVIER LOPEZ ALLER Y YOLANDA FERNANDEZ CAMINO	1579
305EL TCAE Y LA DEMENCIA SENIL	
JAVIER LOPEZ ALLER, ELLEN CARLOS DO AMARAL, YOLANDA FERNANDEZ CAMINO Y ANA SANCHEZ UGARTE	1583
306LA DIGNIDAD DEL ANCIANO	
JAVIER LOPEZ ALLER, YOLANDA FERNANDEZ CAMINO, ELLEN CARLOS DO AMARAL Y ANA SANCHEZ UGARTE	1587

307 EL DERECHO A LA SALUD	
ANA SANCHEZ UGARTE, ELLEN CARLOS DO AMARAL, JAVIER LOPEZ ALLER Y YOLANDA FERNANDEZ CAMINO	1591
308 LA INTERCULTURALIDAD Y LA SALUD	
ANA SANCHEZ UGARTE, JAVIER LOPEZ ALLER, YOLANDA FERNANDEZ CAMINO Y ELLEN CARLOS DO AMARAL	1595
309 PREVENCIÓN DE CAÍDAS ACCIDENTALES HOSPITALARIAS POR EL PERSONAL SANITARIO	
FRANCISCA TORRU BEJAR, ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL, ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL Y ROSA MAR NIETO MORAN	1599
310 ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS	
GEMA MARIA BERNAL ALONSO, MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ, MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ, NORMA LORENA BUYO AVALOS Y ANA VIOR LÓPEZ	1603
311 SONDAJE: INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL Y PAPEL DEL TCAE	
JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO, SANDRA MARINERO GONZÁLEZ, CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ, LAURA SANCHEZ MONTEIRO Y MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ	1611
312 REEDUCACIÓN DE LA CONTINENCIA FECAL EN UNA ANCIANA	
VERÓNICA LORENZO GARCÍA, ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS Y ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ	1617
313 INFLUENCIA DEL TCAE EN LA LACTANCIA MATERNA	
SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, ROCÍO GARCÍA FRANCOS, MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ	1621
314 FUNCIONES DEL TCAE EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD	
MARIA JOSEFA FERNANDEZ RODRIGUEZ	1627

- 315 “EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAES”**
Mª JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ, ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ, MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ Y MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA 1631
- 316 COMUNICACION EN EL MEDIO HOSPITALARIO**
BEGOÑA MARCOS MENDEZ, JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE Y MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ 1635
- 317 CARCINOMA DE MAMA. CASO CLÍNICO**
ROSA MARÍA ROSENDE CASAL, MARTA GARCIA ANTON Y ANA RODRÍGUEZ ARANGO 1637
- 318 ESTUDIO ESPECIFICO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA EL PERSONAL SANITARIO**
MELISA ROBLES SANDINO, MARIA DEL ROSARIO FERNANDEZ RODRIGUEZ, LAURA GARCIA MARTINEZ, ANDREA MANJÓN SÁNCHEZ Y SANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ 1641
- 319 RESIDUOS HOSPITALARIOS Y CLASIFICACIÓN**
NOELIA DÍAZ GERAS, MARIA LUISA PERERA SIMÓN, BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ, PAULA FERNANDEZ MARTINEZ Y ALBA COITO DIAZ 1651
- 320 NARCOLEPSIA O SINDROME DE GELINEAU. CASO CLÍNICO**
MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ, MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ, SONIA HUERTA COTO Y ISABEL GARCÍA AGUDIN 1655
- 321 CIRUGÍA PARA LA OBESIDAD**
ELISABET GRANDA GONZÁLEZ, LAURA RAMOS LLANO Y MARIA TERESA DIAZ DIAZ 1659
- 322 IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS**
PATRICIA GARCÍA MARTÍN, LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ Y RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ 1663

323	PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR PATRICIA GARCÍA MARTÍN, RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ Y LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ	1667
324	CUALIDADES NECESARIAS EN UN TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ Y SHEILA MARTINEZ RODRÍGUEZ	1671
325	SUPERVISIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO, MARTA GARCIA ANTON Y ANA RODRÍGUEZ ARANGO	1675
326	HIGIENE DE OJOS PARA UN PACIENTE ENCAMADO LUCIA FUERTES SIERRA	1677
327	¿QUÉ ES LA FAMOSA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS? ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA LUZ PEREZ GONZALEZ Y ANGELA HERNANDO TEMPRANA	1679
328	SINDROME DE BURNOUT PAULA GARCIA MIRANDA, DAVID MARTÍNEZ NIETO, LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ Y LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ	1683
329	USO ADECUADO DE LOS GUANTES NO ESTÉRILES POR EL PERSONAL SANITARIO ANA VIOR LÓPEZ Y GEMA MARIA BERNAL ALONSO	1687
330	LA IMPORTANCIA DE LA VIGILANCIA DE LA GRIPE ANA VIOR LÓPEZ Y GEMA MARIA BERNAL ALONSO	1691
331	CUÍDATE, PREVENCIÓN DEL MELANOMA ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ, DAVID SÚAREZ, VANESA PRADA DÍAZ Y BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ	1697
332	PROFILAXIS DEL PERSONAL SANITARIO. ELISA VALLINA GONZÁLEZ Y ESPERANZA VELASCO CAMPA	1701

- 333 EJERCICIOS BASADOS EN EL MÉTODO PILATES PARA EL DOLOR DE ESPALDA INESPECÍFICO EN LOS PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA**
MARIA SÁNCHEZ GARCÍA, CINTIA CUBILLAS ALONSO Y MARTA TIZÓN GARCÍA 1705
- 334 EVALUACIÓN ARTICULAR, MUSCULAR, NEUROLÓGICA, DE LA POSTURA, RESPIRATORIA Y CARDÍACA EN LA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE.**
CINTIA CUBILLAS ALONSO, MARTA TIZÓN GARCÍA Y MARIA SÁNCHEZ GARCÍA 1717
- 335 INCONTINENCIA URINARIA EN EL ANCIANO**
INES GARCÍA LAMUÑO Y EMMA CABEZA VALDÉS 1723
- 336 TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA EN AUTOINJERTO PARA RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR**
SARA ESCUER LORENZO Y JESSICA BUENO FERNANDEZ 1733
- 337 ENFERMEDADES RARAS Y DISCAPACIDAD: ASPECTOS SOCIALES.**
ÁNGELA FERNÁNDEZ IGLESIAS Y CARMEN PÉREZ FONSECA 1737
- 338 FISIOTERAPIA EN LUXACIÓN DE HOMBRO EN JUGADOR DE BALONMANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.**
JESSICA BUENO FERNANDEZ Y SARA ESCUER LORENZO 1749
- 339 INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN LA TENDINOPATÍA ROTULIANA. CASO CLÍNICO.**
SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ Y SONSOLES AGÜERIA ALVAREZ 1759
- 340 LESIONES EN NATACIÓN**
JAIME CUEVA DE MERA, MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO, EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE, IRIS UREÑA CARRASCO Y MIGUEL REJAS VARONA 1763
- 341 CARDIOLOGÍA EN DEPORTE: MUERTE SÚBITA**
JAIME CUEVA DE MERA, MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO, EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE, IRIS UREÑA CARRASCO Y MIGUEL REJAS VARONA 1783

342	FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO. CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ	1799
343	TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DEL LCP E IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN RODRIGO ALVAREZ GONZÁLEZ	1803
344	ABORDAJE DE CASO EN FISIOTERAPIA DE CEFALEA CERVICOGÉNICA CRÓNICA MARTA RÍOS LEÓN	1809
345	ABORDAJE FISIOTERAPEÚTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN	1817
346	REHABILITACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN HOMBRES SARA BERMEJO SANDÍN Y ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA	1821
347	FISIOTERAPIA EN LA LUMBALGIA MECÁNICA ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA	1825
348	CONVIVIR CON PATOLOGÍA LUMBAR CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA, LAURA VEGA MORÁN, MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ, MARTA FUERTES MARTÍNEZ Y ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ	1831
349	EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC). LUCÍA VITURRO BERNARDO, GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS Y ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ	1837
350	REHABILITACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO. PATRICIA FERVIENZA FUEYO Y LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO	1841
351	RECUPERACIÓN SE UNA ANCIANA TRAS CIRUGÍA DE CADERA SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ Y DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ	1845

352	TRATAMIENTO DE UN CASO GRAVE DE LATIGAZO CERVICAL SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ Y DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ	1849
353	CASO CLÍNICO DE LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ Y SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ	1853
354	TORTÍCOLIS CONGÉNITA: PROPÓSITO DE UN CASO SARA GONZÁLEZ HENARES	1855
355	EL TCAE FRENTE AL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES TERMINALES YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN	1859
356	ADAPTACIÓN DE LOS NIÑOS A LAS CONSULTAS BUCODENTALES MARÍA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ	1863
357	RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN OLAYA NAVES MUÑOZ Y MARTA PEDREGAL QUINTANAL	1869
358	ANALIZAR LAS SENSACIONES EXPERIMENTADAS POR LOS PADRES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INFANTIL VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA, ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ Y PATRICIA BUENO MEANA	1871
359	FRACTURAS BEATRIZ SUÁREZ VELASCO	1873
360	EL ACTIVIMETRO O CALIBRADOR DE DOSIS JOSE ANTONIO VEGA GARCIA	1877
361	EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO MARTA MARIA CASTRILLON FERNANDEZ Y EVA MARIA GARZON CANDELA	1879
362	ARTEFACTOS EN RM BEATRIZ SUÁREZ VELASCO	1881
363	HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO MARTA PEDREGAL QUINTANAL Y OLAYA NAVES MUÑOZ	1887

- 364 MEDICINA NUCLEAR Y SUS FUNDAMENTOS QUÍMICOS EN
RADIODIAGNÓSTICO**
ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ 1889
- 365 LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO
SANITARIO Y SUS TIPOS.**
NOELIA DE CON SANTOS, SUSANA GARCÍA LUCES, LEONOR
MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO Y MERCEDES ERICE ALVAREZ 1891
- 366 ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE EL AISLAMIENTO
RESPIRATORIO.**
NOELIA DE CON SANTOS, SUSANA GARCÍA LUCES, LEONOR
MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO Y MERCEDES ERICE ALVAREZ 1895
- 367 LISTERIOSIS: SINTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO**
COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ, VIRGINIA CASTARROYO
MERINO, MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y YESICA DIAZ
ROCES 1899
- 368 TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON VIH**
YESICA DIAZ ROCES, MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ,
VIRGINIA CASTARROYO MERINO Y COVADONGA FERNÁNDEZ
SUÁREZ 1903
- 369 PARATHORMONA (PTH)**
MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA, ROSARIO ISABEL LÓPEZ
SANTOS, ELENA GONZALEZ LOPEZ, EVA GARCÍA ALONSO Y
MARTA VELASCO ARRANZ 1907
- 370 RIESGOS LABORALES: PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN**
MARIA MONICA GARCIA NICIEZA, MARIA TERESA CARRIL
BLANCO, LORENA MORA BUENO, MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS Y
ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ 1911
- 371 RIESGOS ERGONÓMICOS Y PSICOSOCIALES**
LORENA MORA BUENO, MARIA TERESA CARRIL BLANCO, MARIA
MONICA GARCIA NICIEZA, ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ Y
MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS 1915

- 372 RIESGOS PARA LA REPRODUCCIÓN Y LA MATERNIDAD Y LA LACTANCIA**
LORENA MORA BUENO, MARIA TERESA CARRIL BLANCO, MARIA MONICA GARCIA NICIEZA, ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ Y MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS 1921
- 373 RIESGOS LABORALES: PREVENCION Y PROTECCION**
MARIA MONICA GARCIA NICIEZA, ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ, MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS, LORENA MORA BUENO Y MARIA TERESA CARRIL BLANCO 1927
- 374 LA EXISTENCIA DE LA TUBERCULOSIS**
OMAR GONZÁLEZ DÍAZ, MANUEL IBÁÑEZ SÁNCHEZ, DARIANA BATISTA BETANCOURT, DAVINIA BRAVO ALVAREZ Y NEREA ÁLVAREZ ÁLVAREZ 1931
- 375 EL ESTRES Y EL SINDROME BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO**
NURIA GARCIA SUAREZ, CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE, NURIA MURIAS GARCIA, CARLA MURIAS GARCÍA Y ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ 1935
- 376 IMPORTANCIA DEL HEMOGRAMA EN LABORATORIO**
ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS, ELENA GONZALEZ LOPEZ, EVA GARCÍA ALONSO, MARTA VELASCO ARRANZ Y MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA 1939
- 377 NEUROMA DE MORTON**
DESEADA PRIETO RODRIGUEZ Y MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ 1943
- 378 ERGONOMÍA EN EL TRABAJO**
ANDREA DÍAZ GARCÍA Y MARÍA JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ 1947
- 379 SIALOGRAFIA: ESTUDIO DE LAS GLANDULAS SALIVARES**
REBECA FERNÁNDEZ SANCHE, ELENA GONZALEZ LOPEZ, ANA MENÉNDEZ JARDÓN Y SAUL TUÑON MENENDEZ 1949
- 380 TÉCNICA DE PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL A ESTERILIZAR**
ROCÍO GARCÍA FRANCOS, SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA, MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ, ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ Y YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE 1953

- 381 LA ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA O
ANGIOTOMOGRAFÍA
JORGE SAL GARCIA 1959
- 382 MAMOGRAFÍA: DESIGUALDADES EN EL ACCESO A PROGRAMAS
DE PREVENCIÓN EN MAMOGRAFÍA
JORGE SAL GARCIA 1961
- 383 EL ACOSO LABORAL DEL ÁMBITO SANITARIO
ANDREA DÍAZ GARCÍA Y MARIA JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ 1963
- 384 EL CÁNCER DE BOCA
MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ 1965
- 385 LA TUBERCULOSIS INFECCIOSA
ESTEFANIA MARENTES MENENDEZ 1969
- 386 LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: PLANES DE
EMERGENCIA EN LA EMPRESA
ALDANA RANCAÑO BENITEZ, PATRICIA BUENO MEANA,
VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA Y ANA MARIA RODRIGUEZ
VILLAR 1975
- 387 LA RADIOLOGÍA EN EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)
MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA, ARACELI ZAPICO DIAZ,
MONICA ALVAREZ CARRASCO Y MARIA TERESA ROSARIO
GARCIA 1977
- 388 LA ECOGRAFIA , PRINCIPIOS BÁSICOS.
COVADONGA ARAUJO SUAREZ, AIDA GOMEZ COYA, ALEJANDRA
RODRÍGUEZ SÁNCHEZ Y RAQUEL ALONSO ALONSO 1983
- 389 AVANCE DE LA MALARIA EN ESPAÑA
DIEGO PINTO CASTRILLÓN 1987
- 390 DROGAS DE ABUSO
ALEXIA MENÉNDEZ GONZÁLEZ 1991

- 391 DETECCIÓN DE LA SILICOSIS CRÓNICA A TRAVÉS DE LA IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO**
MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA, ARACELI ZAPICO DIAZ,
MONICA ALVAREZ CARRASCO Y MARIA TERESA ROSARIO
GARCIA 1995
- 392 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA: DOSÍMETROS PERSONALES**
AIDA GOMEZ COYA, ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ, RAQUEL
ALONSO ALONSO Y COVADONGA ARAUJO SUAREZ 2001
- 393 FACTORES MÁS DETERMINANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT**
MARCOS SANCHEZ CASERO 2005
- 394 FECUNDACIÓN IN VITRO POR INYECCIÓN
INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES**
JULIA ÁLVAREZ PEREIRA Y MARIA LANA FERNÁNDEZ 2007
- 395 EL TAC DE TORAX DE BAJA DOSIS EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ
DEL CANCER DE PULMON**
EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS, PABLO MACHO
JUNQUERA, VANESA ARJONA TUYA Y ELIZABETH TRILLO
GONZALEZ 2011
- 396 ADENOVIRUS**
VANESSA RODRIGUEZ GARCIA, HECTOR FERNANDEZ
FERNANDEZ, EVA PILOÑETA GONZALEZ Y ALMUDENA SUERO
ALVAREZ 2015
- 397 ENTEROGRAFÍA POR TAC**
AROA IGLESIAS MARTÍNEZ, JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ,
ANGELA BAÑOS TRABANCO Y SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ 2019
- 398 LA RADIOGRAFÍA**
ESTEFANIA BLANCO GARCÍA, ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO, RAQUEL
RUIZ TURRADO, PATRICIA MARTINEZ GARCÍA Y MARTA MARIA
MORENO FERNÁNDEZ 2021
- 399 PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN LOS QUIRÓFANOS**
ANGELA BAÑOS TRABANCO, AROA IGLESIAS MARTÍNEZ, SERGIO
SAMPEDRO FERNANDEZ Y RAQUEL SERRANO FERRERO 2023

- 400VIH/SIDA UN GRAN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA.
PATOGENIA Y CLINICA. DIAGNOSTICO DE LABORATORIO DE LA
INFECCION POR VIH**
REYES CARVAJAL PALAO, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ NIETO,
MARÍA PANDO SANDOVAL, MARÍA DEL CARMEN LOPEZ
GONZALEZ Y MARIA JOSE FERRERO FERNANDEZ 2029
- 401EXAMEN DE LAS HECES**
ANDREA DÍAZ PARIENTE, ESTELA LÓPEZ CANO, NOELIA
CARBAJAL GARCÍA Y JENNIFER GARCÍA LÓPEZ 2037
- 402LA PROTECCION RADIOLOGICA EN EL MEDIO SANITARIO**
ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ- PACHECO, BELEN GALAN ALVAREZ,
ANDREA GONZALEZ GARCIA Y NAZARETH ALONSO ÁLVAREZ 2045
- 403EL RIESGO BIOLÓGICO PARA EL PERSONAL SANITARIO**
ANDREA GONZALEZ GARCIA, NAZARETH ALONSO ÁLVAREZ,
ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ- PACHECO Y BELEN GALAN ALVAREZ 2049
- 404STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS. UN
PROBLEMA PARA NUESTRO MAYORES.**
HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ, ALMUDENA SUERO ALVAREZ,
VANESSA RODRIGUEZ GARCIA Y EVA PILOÑETA GONZALEZ 2053
- 405TRABAJO EN EQUIPO**
LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ, LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ,
DAVID MARTÍNEZ NIETO Y PAULA GARCIA MIRANDA 2057
- 406CITOLOGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN**
ADRIANA CAMPILLO CASO 2059
- 407PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE LA PIEL**
ANGELA HERNANDO TEMPRANA Y LUZ PEREZ GONZALEZ 2061
- 408VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)**
ANDREA GONZALEZ GONZALEZ, CRISTINA ARCE DÍAZ, JOANA
SERRANO ORTIZ Y CARMEN VALBUENA ENCINAS 2065

409	LA AUTOPSIA CLINICA ANDREA GONZALEZ GONZALEZ, CRISTINA ARCE DÍAZ, JOANA SERRANO ORTIZ Y CARMEN VALBUENA ENCINAS	2069
410	LA RESOLUCION DE CONFLICTOS APLICADA AL MUNDO LABORAL MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA, NATALIA TAMÉS RIESGO Y MARIA RIESGO RODRIGUEZ	2077
411	LA SATISFACCIÓN LABORAL EN UN HOSPITAL ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES	2081
412	GESTIÓN DE PROCESOS EN UN HOSPITAL ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES	2083
413	EL RIESGO SOCIAL EN UN HOSPITAL ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES	2085
414	EL CELADOR EN LA SALUD PUBLICA JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ, JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ Y MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ	2087
415	CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ, MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ, JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ Y MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ	2093
416	INVESTIGACION DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y POLITICAS JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ, JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ, MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ Y MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ	2099
417	PRIMEROS AUXILIOS Y LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP) JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ, JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ Y MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ	2107

418	DEFINICION Y ACTUACION DE PRESTACIONES SANITARIAS MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ, JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ, JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ Y MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ	2113
419	PERCEPCION SOCIAL DE LOS PROBLEMAS AMBIENTALES MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ, MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ, JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ Y JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ	2121
420	BURNOUT: MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO. ALEJANDRO MARTIN MANJON	2127
421	PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS. RECONOCER EL ESTRÉS EN EL TRABAJO. ALICIA JUARROS SEDANO, SONIA GARCÍA MUÑIZ, ANA MARIA GARCIA GARCIA, MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO Y EVA POLADURA SOLARES	2131
422	TERREMOTOS Y SALUD MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ, MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ, JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ Y JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ	2135
423	LA SALUD Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ, JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ, MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ Y JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ	2141
424	PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO PAULA AHEDO GALINDO	2147
425	CUMPLIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PAULA AHEDO GALINDO	2153
426	TÉCNICAS DE BARRERA COMO PREVENCIÓN ANTE EL CONTAGIO RESPIRATORIO INTRA-HOSPITALARIO ANA BELEN PARAJA SUAREZ Y MARIA TERESA PARAJA SUAREZ	2157

427	ACOSO LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA PAULA AHEDO GALINDO	2163
428	BURNOUT, EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS Y ANDREA GARCIA FLOREZ	2167
429	INFLUENCIA DE LOS HORARIOS LABORALES SOMETIDOS A TURNOS SOBRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN CENTROS HOSPITALARIOS CLAUDIO GARCIA MURIAS, RAQUEL GARCÍA CAMOIRA, SONIA GARCÍA MUÑIZ, VERÓNICA GARCÍA CALZÓN Y MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO	2171
430	LA MUJER COMO CUIDADORA. CONSECUENCIAS FISICAS Y MENTALES EN EL AMBITO SOCIAL Y SANITARIO CLAUDIO GARCIA MURIAS, RAQUEL GARCÍA CAMOIRA, MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO, ALICIA JUARROS SEDANO Y SONIA GARCÍA MUÑIZ	2177
431	ACOSO LABORAL Y DISCRIMINACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO JOSE MANUEL GARCIA PEREZ Y BENJAMIN CASTAÑO COTA	2183
432	ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO BENJAMIN CASTAÑO COTA Y JOSE MANUEL GARCIA PEREZ	2187
433	EL ACOSO LABORAL O MOBBING JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS	2193
434	RESIDUOS: TRANSPORTE, ELIMINACION Y TRATAMIENTO ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ, MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA, SONIA MARIA PLAZA GARCIA Y MARGARITA SERRANO SUAREZ	2197

435	PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD. LAS LISTAS DE ESPERA. ANÁLISIS DE LA NORMATIVA ESPAÑOLA. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y POSIBLES SOLUCIONES. RAQUEL GARCÍA CAMOIRA, ALICIA JUARROS SEDANO, MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ, EVA POLADURA SOLARES Y VERÓNICA GARCÍA CALZÓN	2203
436	CLASIFICACIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE RESIDUOS SANITARIOS JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS	2211
437	TRATO DEL PERSONAL CON EL USUARIO EN SITUACIONES CONFLICTIVAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ, JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ Y LAUDELINA ALONSO ALVAREZ	2215
438	LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE CENTROS HOSPITALARIOS EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA ALICIA JUARROS SEDANO, MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO, RAQUEL GARCÍA CAMOIRA, ANA MARIA GARCIA GARCIA Y MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ	2221
439	HUMANIZAR LA SANIDAD, TAREA DE TODOS VANESA MARTINEZ MARTINEZ	2227
440	VIOLENCIA EN EL ENTORNO SANITARIO VANESA MARTINEZ MARTINEZ	2231
441	ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE AUTOPSIAS ULISES GARZÓN DÍAZ	2237
442	EL CELADOR Y EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS BIOSANITARIOS MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ, ELENA VIDAL GARCIA Y LYDIA WARNER PALLAS	2241
443	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS VERONICA VILLA CASTRESANA	2245

- 444USO DEL LENGUAJE POSITIVO EN LA RESOLUCIÓN DE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN EL PUESTO ADMINISTRATIVO**
VANESA MARTINEZ MARTINEZ 2249
- 445EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA. GARANTÍAS Y DIFICULTADES.**
RAQUEL GARCÍA CAMOIRA, VERÓNICA GARCÍA CALZÓN, CLAUDIO GARCIA MURIAS, EVA POLADURA SOLARES Y ANA MARIA GARCIA GARCIA 2253
- 446ACOSO LABORAL DEL ÁMBITO SANITARIO**
LUCIA LOPEZ GUTIERREZ, BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, SUSANA LONGORIA MENENDEZ, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA Y MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ 2261
- 447ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO**
MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ, SUSANA LONGORIA MENENDEZ, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ Y BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA 2267
- 448COMUNICACIÓN LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ, SUSANA LONGORIA MENENDEZ, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ Y BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA 2271
- 449PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ, SUSANA LONGORIA MENENDEZ, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ Y BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA 2275
- 450RIESGOS POR USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACION DE DATOS**
LUCIA LOPEZ GUTIERREZ, BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, SUSANA LONGORIA MENENDEZ, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA Y MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ 2279
- 451LA CARGA MENTAL DE TRABAJO EN EL ENTORNO SANITARIO**
LUCIA LOPEZ GUTIERREZ, BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, SUSANA LONGORIA MENENDEZ, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA Y MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ 2285

- 452 **FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA.**
CARMEN VERÓNICA HERRANZ PELÁEZ, PATRICIA ISABEL PIRES
PELÁEZ Y DIANA HERNÁNDEZ MONTERO 2291
- 453 **EL “BURNOUT” EN EL PERSONAL NO SANITARIO DE ASTURIAS
EN EL SIGLO XXI**
ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ, DANIEL LÓPEZ CARRASCO Y
VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS 2295
- 454 **LA IMPORTANCIA POSTURAL DEL PERSONAL AUXILIAR
ADMINISTRATIVO DEL SESPA**
ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ, VERONICA FERNANDEZ
AHILAGAS Y DANIEL LÓPEZ CARRASCO 2301
- 455 **LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE**
VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS, DANIEL LÓPEZ CARRASCO Y
ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ 2305
- 456 **BURNOUT O SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN EL
ÁMBITO SANITARIO.**
MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, MARIA DEL MAR GARCÍA
FERNÁNDEZ, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ, BLANCA FLOR HEVIA
NAVEDA Y SUSANA LONGORIA MENENDEZ 2309
- 457 **SALUD LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.**
MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, MARIA DEL MAR GARCÍA
FERNÁNDEZ, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ, BLANCA FLOR HEVIA
NAVEDA Y SUSANA LONGORIA MENENDEZ 2315
- 458 **ATENCIÓN AL USUARIO TENIENDO EN CUENTA LA DIVERSIDAD
CULTURAL EN EL AMBITO SANITARIO**
SUSANA LONGORIA MENENDEZ, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ,
BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, MARIA DEL MAR GARCÍA
FERNÁNDEZ Y MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA 2321
- 459 **RECOMENDACIONES DE ERGONOMÍA EN EL ÁMBITO
ADMINISTRATIVO**
SUSANA LONGORIA MENENDEZ, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ,
BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, MARIA DEL MAR GARCÍA
FERNÁNDEZ Y MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA 2325

460	ATENCIÓN AL PACIENTE /USUARIO AGRESIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO SUSANA LONGORIA MENENDEZ, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ, BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ Y MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA	2329
461	AGRESIONES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS MARIA DE LA PAZ LARUELO RODRIGUEZ	2333
462	ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO FERNANDO CARBALLO COYA	2339
463	EL ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ, LUCIA LOPEZ GUTIERREZ, BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA Y SUSANA LONGORIA MENENDEZ	2343
464	PAUTAS PARA EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LA PROTECCION DE DATOS EN EL AMBITO SANITARIO CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ, JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ Y LAUDELINA ALONSO ALVAREZ	2351
465	VIOLENCIA DIRIGIDA AL PERSONAL QUE DESARROLLA SU ACTIVIDAD LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ Y ARACELI ZAPICO DIAZ	2355
466	ESTRÉS POSTVACACIONAL ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ	2367
467	INSTRUCCIONES PREVIAS LAURA GÜMIL GARCÍA Y RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ	2371
468	FORMAS DE MEJORAR EL PERFIL DEL PERSONAL NO SANITARIO VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ	2373
469	IMPORTANCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ	2375

470	BURNOUT, SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO EN EL TRABAJO. LAURA GÜIMIL GARCÍA Y RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ	2377
471	GESTIÓN AMBIENTAL EN EL ÁMBITO SANITARIO SARA BEJEGA LONGUEIRA	2381
472	PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ	2387
473	SEGURIDAD Y SALUD EN LA ADMINISTRACIÓN RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ Y LAURA GÜIMIL GARCÍA	2393
474	EL RUIDO EN CENTROS HOSPITALARIOS SONIA ANTUÑA IGLESIAS, MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA Y ANGELES BARREIRO MANASES	2399
475	EL TRABAJADOR EN TURNO DE NOCHE SONIA ANTUÑA IGLESIAS, ANGELES BARREIRO MANASES Y MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA	2403
476	ERGONOMÍA AMBIENTAL LETICIA AMADO MENÉNDEZ, ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ, VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ, MONICA AMADO MENÉNDEZ Y MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ	2407
477	INTELIGENCIA EMOCIONAL VERÓNICA CRESPO DÍAZ	2411
478	HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ, SUSANA LONGORIA MENENDEZ Y LUCIA LOPEZ GUTIERREZ	2413
479	TÉCNICAS PARA MEDIAR CON PACIENTES CONFLICTIVOS MARIA BEJAR PEREZ, LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN, PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ Y GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ	2417

480	PROTOCOLOS PSICOLÓGICOS DE ACTUACIÓN PARA EL SECTOR SANITARIO	
	MARIA BEJAR PEREZ, LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN, PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ Y GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ	2421
481	COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES	
	MARIA JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ Y ANDREA DÍAZ GARCÍA	2425
482	SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO	
	PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ, GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARIA BEJAR PEREZ, LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA Y CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN	2429
483	ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO Y SOLUCION DE PROBLEMAS PARA PERSONAL ESTATUTARIO CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS	
	JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO, PATRICIA VILLAMIL GARCÍA, ROSA MARIA LOPEZ COSMEA, ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ Y ROSARIO ANA MENÉNDEZ BLANCO	2433
484	ESTRÉS LABORAL Y BURNOUT	
	VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ Y MARIA PAZ ESTRADA GARCIA	2441
485	EVALUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTOS DE PERSONAL ADMINISTRATIVO EN INSTITUCIONES SANITARIAS	
	MARIA SOL GONZALEZ LLANOS Y MARIA ELENA JUBERÍAS AMO	2443
486	LA EMPATÍA ENTRE COMPAÑEROS EN EL TRABAJO. IMPORTANCIA Y BENEFICIOS.	
	MARIA PAZ ESTRADA GARCIA Y VERÓNICA CRESPO DÍAZ	2447
487	FACTORES DE RIESGO EN EL TRABAJO. DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR	
	MARIA PAZ ESTRADA GARCIA	2451

488	LEGISLACIÓN BÁSICA PARA EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS PÚBLICAS. MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ, ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y ARIANA SUTIL DÍAZ-CANEJA	2455
489	LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL USUARIO JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ	2459
490	IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS) EN EL ÁMBITO SANITARIO BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ, SUSANA LONGORIA MENENDEZ Y LUCIA LOPEZ GUTIERREZ	2465
491	PAUTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A PERSONAS INVIDENTES, POR PARTE DE LOS CELADORES ASIGNADOS A UNIDADES DE ADMISIÓN E INFORMACIÓN. MARIA ELENA JUBERÍAS AMO Y MARIA SOL GONZALEZ LLANOS	2469
492	VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO REBECA GONZÁLEZ ARNIELLA Y VANESSA GONZÁLEZ NARANJO	2473
493	PUNTOS CLAVE DE LA NUEVA LEY ORGÁNICA PROTECCIÓN DE DATOS PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD VANESSA GONZÁLEZ NARANJO Y REBECA GONZÁLEZ ARNIELLA	2477
494	MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ	2483
495	ERGONOMÍA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SISTEMA SANITARIO RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ, LAURA LÓPEZ SAMPEDRO, NURIA NOGALES URDIALES, PILAR DE LA TORRE GONZALEZ Y JORGE MARCOS RODRÍGUEZ	2485

496	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL PROFESIONAL NO SANITARIO. RIESGOS EN SEGURIDAD, HIGIENICOS, ERGONÓMICOS, PSICOSOCIALES Y ORGANIZATIVOS. JULIA RODRIGO SORDO, MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ, MARTA MARIA CADAVIECO BLANCO, SERVANDO GARCIA FERNANDEZ Y MIGUEL ANGEL AMAGO BLANCO	2491
497	HABITOS A ADOPTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS	2497
498	LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO ANDREA RAMOS CUETOS	2503
499	PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN LA COMUNICACIÓN ENTRE USUARIO Y ADMINISTRATIVO MARTA MARIA CADAVIECO BLANCO, SERVANDO GARCIA FERNANDEZ, MIGUEL ANGEL AMAGO BLANCO, JULIA RODRIGO SORDO Y MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ	2509
500	HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD Y SALUD LABORAL SARA BEJEGA LONGUEIRA	2513
501	CÓMO ES EL ESTRÉS EN EL TRABAJO ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS	2519
502	TRASLADO DEL PACIENTE EN CAMILLA, POR UN CELADOR MARGARITA CISNEROS GONZALEZ	2523
503	AGRESIONES A TRABAJADORES DEL SISTEMA SANITARIO MANUEL OSACAR GONZÁLEZ, ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ, MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE Y GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ	2525
504	IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ENTORNO SANITARIO BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA, MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA, MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ, SUSANA LONGORIA MENENDEZ Y LUCIA LOPEZ GUTIERREZ	2533
505	CAÍDAS: RIESGOS, CAUSAS Y PREVENCIÓN. MARIA PAZ ESTRADA GARCIA Y VERÓNICA CRESPO DÍAZ	2537

506	PROTECCIÓN DE DATOS ANA PILAR CARRERA GARCIA, HECTOR CRISTOBO MARTINEZ Y VANESA MONTES COLLÍA	2541
507	EL CELADOR Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES. NATALIA CASTRO LÓPEZ, MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO, MARÍA SUÁREZ DÍAZ, RAQUEL CAMPORRO LLANA Y NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS	2547
508	SISTEMAS DE GESTIÓN DE CITAS ONLINE LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN, PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ, GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ Y MARIA BEJAR PEREZ	2555
509	LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ Y LAURA GÜIMIL GARCÍA	2559
510	LA IMPORTANCIA DE LA ESCUCHA ACTIVA EN EL ÁMBITO SANITARIO LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA, CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN, PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ, GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ Y MARIA BEJAR PEREZ	2563
511	RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SARAI MARTIN CALDERERO, NATALIA MENÉNDEZ PALICIO, NATALIA CASTRO LÓPEZ, NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS Y MARÍA SUÁREZ DÍAZ	2567
512	LA COMUNICACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA. COVADONGA ARAUJO SUAREZ	2573
513	LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS EN LOS CENTROS SANITARIOS ARIANA SUTIL DÍAZ-CANEJA, MARÍA DEL PILAR BALMADEA LÓPEZ Y ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ	2575
514	PROS Y CONTRAS DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA LAURA GÜIMIL GARCÍA Y RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ	2579

515 FACTORES PSICOSOCIALES: ANSIEDAD Y ESTRÉS LABORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS SARA BEJEGA LONGUEIRA	2581
516 SALUD SOCIAL: BENEFICIOS Y RECOMENDACIONES VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ Y CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ	2587
517 VIOLENCIA Y ACOSO LABORAL EN LOS CENTROS DE TRABAJO EN EL SECTOR SANITARIO SARA BEJEGA LONGUEIRA	2591
518 YO EXTRANJERO SERGIO ANTONIO ÁLVAREZ SASTRE	2597
519 LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES COMO PROBLEMA SOCIAL ANDREA RAMOS CUETOS	2603
520 LA COMUNICACION ORAL MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA	2607
521 EL PERSONAL NO SANITARIO COMO PRIMERA IMAGEN DEL CENTRO HOSPITALARIO SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ, MILAGROS BAYÓN ALVAREZ Y MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ	2611
522 DISCRIMINACIÓN, RACISMO Y XENOFOBIA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO ANDREA RAMOS CUETOS	2613
523 AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS ARIANA SUTIL DÍAZ-CANEJA, MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ Y ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ	2619
524 HÁBITOS A ADOPTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	2623
525 LA CONFIDENCIALIDAD EN EL TRABAJO ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS	2627

526	CUIDADOS DEL ENFERMO CONTAGIOSO: TIPO DE AISLAMIENTO GABRIELA DÍAZ GARCÍA Y HECTOR FERNANDEZ GARCIA	2631
527	CONTRIBUCIÓN DEL CELADOR AL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE Y GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS. BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS, SILVIA MEANA GOMEZ Y ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS	2637
528	COMO ACTUAR ANTE UNA AGRESIÓN SEXUAL LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ	2641
529	ACTUACIONES DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRIA GABRIELA DÍAZ GARCÍA Y HECTOR FERNANDEZ GARCIA	2645
530	LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO MARINO ARECES FERNÁNDEZ	2651
531	SEGURIDAD Y SALUD DE LOS PROFESIONALES VERÓNICA CRESPO DÍAZ Y VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ	2655
532	LA RADIACIÓN Y EL EMBARAZO VIRGINIA CAMPELO PANTIGA, VICENTE SUSTAETA CALZADO, LAURA ALVAREZ Y NAZARET GARCÍA INSUNZA	2659
533	EL SINDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ Y JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	2661
534	LOS DIFERENTES TIPOS DE MOBBING MARÍA LUZ ALONSO PEÑA Y SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ	2665
535	CONDICIONES FÍSICO-AMBIENTALES EN CENTROS SANITARIOS ARANZAZU PRADA DIAZ, LEIRE HORNAS FERNANDEZ, VANESA PRADA DÍAZ, SECUNDINO CUERVO RODILES Y NAIARA MARTIN LOPEZ	2669

536	EL IMPORTANTE PAPEL DE LA ERGONOMÍA PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN ESPAÑA ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ, BEGOÑA COLLAR ALVES Y ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA	2675
537	CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE SUS DERECHOS Y DEBERES EN EL SISTEMA SANITARIO CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ Y JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	2681
538	LA MOTIVACION LABORAL MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA	2685
539	RIESGOS LABORALES: TRABAJO A TURNOS MARÍA LUZ ALONSO PEÑA Y CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ	2689
540	VIOLENCIA EN EL AMBIENTE LABORAL EN CENTROS SANITARIOS MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ Y SABRINA ZANGO POZO	2693
541	EL PERSONAL NO SANITARIO EN HOSPITALES Y AMBULATORIOS: LA IMPORTANCIA DE LOGRAR UNA VIDA LABORAL DE CALIDAD ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ	2699
542	SALUD AMBIENTAL: CLASIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ Y MARÍA LUZ ALONSO PEÑA	2703
543	EL TRABAJO EN EQUIPO: UN VALOR AÑADIDO ENTRE LOS PROFESIONALES NO SANITARIOS DEL ÁMBITO SANITARIO ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ	2707
544	DIFERENCIAS DE GENERO EN EL ÁMBITO LABORAL BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ Y LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ	2711
545	PAUTAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE WILLIAMS. ISMAEL RIVAS CABALLERO Y SILVIA ARIAS FUENTES	2715

546	LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL ÁMBITO SANITARIO JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	2721
547	EL ESTRÉS EN EL TRABAJO JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ	2725
548	ERGONOMÍA PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN, PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ, GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARIA BEJAR PEREZ Y LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA	2729
549	SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN, PATRICIA Mª LOPEZ RODRIGUEZ, GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARIA BEJAR PEREZ Y LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA	2733
550	BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO. MARGARITA SERRANO SUAREZ, ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ, MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA Y SONIA MARIA PLAZA GARCIA	2737
551	ANSIEDAD Y ESTRÉS LABORAL EN CENTROS HOSPITALARIOS ANDREA RAMOS CUETOS	2739
552	EL ESTRÉS DEL PERSONAL TRABAJADOR DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES	2743
553	ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO CON PVD'S LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ Y BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ	2745
554	CELADORES, AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y PERSONAL SANITARIO FRENTE AL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD RESILIENTE COMO MEJORA EN EL DESEMPEÑO LABORAL SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ, TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ, CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ Y BIBIANA NUÑO PEREZ	2749

555	RELACIONES PERSONALES, HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD	
	BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ Y LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ	2753
556	PREVENCIÓN DE AGRESIONES EN EL ENTORNO SANITARIO	
	MARÍA LUZ ALONSO PEÑA Y SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ	2757
557	LA ATENCIÓN AL USUARIO	
	BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ Y LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ	2761
558	PREVENCIÓN DE AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS	
	JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ	2765
559	IMPORTANCIA DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS RELACIONES LABORALES DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO	
	ANA ISABEL VIJANDE ANGEL, DANIEL SAMPAYO IGLESIAS, MIGUEL MOLINA MENÉNDEZ Y LORENA LÓPEZ CERÓN	2771
560	OXIGENOTERAPIA EN LOS CENTROS HOPITALARIOS	
	JOSE DIAZ FERNANDEZ	2777
561	HOSPITALES LIBRES DE HUMO	
	MARÍA SONÍA ORTIZ TEJÓN	2781
562	MANIPULACIÓN DE PACIENTES. RIESGOS ERGONÓMICOS.	
	CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ Y VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ	2783
563	ATENCIÓN AL MENOR	
	MARIA ROSARIO CASERO DÍAZ	2789
564	MOBBING EN EL TRABAJO	
	VANESA MURIAS PÉREZ	2793
565	GÉNERO Y EMPLEO	
	VANESA MURIAS PÉREZ	2799
566	VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD. ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.	
	GEMMA MAGDALENA CUENCO	2803

567 REPERCUSIONES DEL ESTRÉS LABORAL EN EL TRABAJADOR SUSANA MIGUEL PICHEL, ANA MARIA ALVAREZ TORRE, LAURA PALACIOS, MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN Y MONTSERRAT MIGUEL PICHEL	2807
568 LA CORRECTA HIGIENE DE MANOS EN EL AMBITO SANITARIO MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN, MONTSERRAT MIGUEL PICHEL, SUSANA MIGUEL PICHEL, ANA MARIA ALVAREZ TORRE Y LAURA PALACIOS	2813
569 SINDROME DE BURNOUT EN EL AMBITO SANITARIO LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ Y BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ	2819
570 ATENCIÓN AL USUARIO VANESA MURIAS PÉREZ	2823
571 INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA EN PERSONAS SIN HOGAR GEMMA MAGDALENA CUENCO	2829
572 CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA LAURA RODRIGUEZ PIÑERA, MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ Y MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA	2835
573 LAS AGRESIONES EN SANIDAD A CELADORES, AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y PERSONAL SANITARIO CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ, BIBIANA NUÑO PEREZ, SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ Y TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ	2839
574 SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL NAIARA MARTIN LOPEZ, LEIRE HORNAS FERNANDEZ, ARANZAZU PRADA DIAZ, SECUNDINO CUERVO RODILES Y EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ	2845
575 ETICA Y TRABAJO SOCIAL SANITARIO MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA	2851

576	COMO MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LOS HOSPITALES MONTSERRAT MIGUEL PICHEL, SUSANA MIGUEL PICHEL, ANA MARIA ALVAREZ TORRE, LAURA PALACIOS Y MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN	2853
577	TRABAJO A TURNOS, EFECTOS NEGATIVOS PARA LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO LAURA PALACIOS, MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN, MONTSERRAT MIGUEL PICHEL, SUSANA MIGUEL PICHEL Y ANA MARIA ALVAREZ TORRE	2861
578	LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD YOLANDA FERNANDEZ CAMINO, ANA SANCHEZ UGARTE, ELLEN CARLOS DO AMARAL Y JAVIER LOPEZ ALLER	2869
579	LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA SALUD PÚBLICA YOLANDA FERNANDEZ CAMINO, JAVIER LOPEZ ALLER, ANA SANCHEZ UGARTE Y ELLEN CARLOS DO AMARAL	2873
580	SALUD LABORAL DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO SONIA FERREIRO SIMON, ALEJANDRO GARCÍA VELASCO, RICARDO GUILLÉN IGLESIAS Y PABLO ÁLVAREZ SALCEDO	2877
581	ESTRATEGIAS DE COMUNICACION EN CENTROS SANITARIOS NAIARA MARTIN LOPEZ, EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ, SECUNDINO CUERVO RODILES, ARANZAZU PRADA DIAZ Y LEIRE HORNAS FERNANDEZ	2883
582	COMUNICACIÓN ENTRE SANITARIOS Y PACIENTES JULIA MARÍA PRIETO VELASCO, MERITXELL DORADO GÁNDARA Y NATALIA RUIZ RAMON	2889
583	IGUALDAD O EQUIDAD DE GÉNERO EN LA SALUD JULIA MARÍA PRIETO VELASCO, MERITXELL DORADO GÁNDARA Y NATALIA RUIZ RAMON	2893
584	LA CONDUCTA ASERTIVA COMO HABILIDAD SOCIAL YESICA GARCÍA MAYO	2897

585	ERGONOMÍA EN EL SECTOR SANITARIO, PERSONAL ADMINISTRATIVO YESICA GARCÍA MAYO	2901
586	CAMPAÑA DE LA GRIPE: VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA, MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ Y LAURA RODRIGUEZ PIÑERA	2905
587	LA INFLUENCIA DE LAS TIC EN EL SISTEMA DE SALUD SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ Y MARÍA LUZ ALONSO PEÑA	2909
588	RIESGOS POR CORTES EN EL ÁMBITO SANITARIO MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ	2915
589	ASÍ ES LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ	2919
590	RETO PARA LOS CENTROS SANITARIOS: ENVEJECIMIENTO ACTIVO ANA MARIA ALVAREZ TORRE, LAURA PALACIOS, MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN, MONTSERRAT MIGUEL PICHEL Y SUSANA MIGUEL PICHEL	2923
591	MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS EN EL ÁMBITO SANITARIO. MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ	2929
592	EL ACOSO LABORAL O MOBBING EN EL ÁMBITO SANITARIO MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ	2933
593	SALUD SOCIAL MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO Y MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ	2937
594	SALUD AMBIENTAL MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO Y MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ	2941

595	EL ALCOHOLISMO EN LOS JÓVENES MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO Y MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ	2943
596	NOCIONES BÁSICAS DE INFORMÁTICA PARA EL PERSONAL NO SANITARIO VANESA MONTES COLLÍA, HECTOR CRISTOBO MARTINEZ Y ANA PILAR CARRERA GARCIA	2945
597	LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO. EDUARDO COLINO NEVOT, FRANCISCO RUIZ RUIZ Y GUILLERMO LAGO LOURIDO	2949
598	EL SINDROME DEL QUEMADO ENTRE LOS CELADORES. VERONICA CALLEJA FERNANDEZ	2955
599	LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL CELADOR ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS, BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS Y SILVIA MEANA GOMEZ	2961
600	“MOBBING”, EL ACOSO EN EL TRABAJO MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ	2965
601	LOS TRABAJADORES QUEMADOS - SÍNDROME BURNOUT. MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ	2969
602	VIOLENCIA SEXISTA O DE GÉNERO. MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ	2973
603	SÍNDROME BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ Y SABRINA ZANGO POZO	2975
604	ATENCIÓN AL USUARIO: GESTIÓN DE CONFLICTOS E INSTRUMENTOS PARA AFRONTARLOS. JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN, M ^a ISABEL GONZALEZ MORAN Y ISABEL COTO GALÁN	2981

605	GESTIÓN DEL ESTRÉS EMOCIONAL EN UN ADMINISTRATIVO JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN, M ^a ISABEL GONZALEZ MORAN Y ISABEL COTO GALÁN	2985
606	TECNICAS DE COMUNICACION ENTRE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL USUARIO DE UN SERVICIO DE SALUD M ^a ISABEL GONZALEZ MORAN, ISABEL COTO GALÁN Y JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN	2991
607	LENGUAJE ADMINISTRATIVO INCLUSIVO EN CENTROS SANITARIOS M ^a ISABEL GONZALEZ MORAN, ISABEL COTO GALÁN Y JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN	2995
608	AFECCIONES OCULARES DESDE UN PUESTO DE ADMINISTRATIVO ISABEL COTO GALÁN, JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN Y M ^a ISABEL GONZALEZ MORAN	2999
609	DOLENCIAS HABITUALES DERIVADAS DE TRABAJOS ADMINISTRATIVOS ISABEL COTO GALÁN, JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN Y M ^a ISABEL GONZALEZ MORAN	3003
610	EL SÍNDROME DEL BURNOUT LUIS FRANCISCO FERREIRO BARAHONA	3007
611	EL MOBBING LUIS FRANCISCO FERREIRO BARAHONA	3011
612	RIESGOS DEL TRABAJO A TURNOS LUIS FRANCISCO FERREIRO BARAHONA	3015
613	RELEVANCIA DE UN CLIMA FAVORABLE POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RELACIÓN AL ÁMBITO SANITARIO SONIA FERREIRO SIMON, PABLO ÁLVAREZ SALCEDO, RICARDO GUILLÉN IGLESIAS Y ALEJANDRO GARCÍA VELASCO	3019

614 LA RESILIENCIA EN EL ENTORNO SANITARIO Y LA ADAPTACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO ANTE LA ADVERSIDAD IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ, ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ, MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO, M ^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ Y RAQUEL GALVAN MARTINEZ	3021
615 ASEO DE ANCIANAS, DOS CASOS CLÍNICOS JUAN MONTES MÁRMOL Y ADRIÁN ALONSO PERTIERRA	3027
616 FORMACIÓN EN CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS DEL PERSONAL CELADOR DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ	3029
617 INTERACCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON USUARIOS Y PACIENTES PABLO ÁLVAREZ SALCEDO, SONIA FERREIRO SIMON, RICARDO GUILLÉN IGLESIAS Y ALEJANDRO GARCÍA VELASCO	3035
618 OBLIGACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL EN EL CELADOR JUAN MONTES MÁRMOL Y ADRIÁN ALONSO PERTIERRA	3039
619 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA ANGELES LOPEZ BERMEJO, MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ, MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ, MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO Y BEGOÑA BORGE CASTRO	3041
620 LA SALUD Y LOS RIESGOS SOCIOAMBIENTALES ANGELES LOPEZ BERMEJO, BEGOÑA BORGE CASTRO, MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO, MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ Y MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ	3047
621 LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN INSTITUCIONES SANITARIAS MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ, MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ, BEGOÑA BORGE CASTRO, ANGELES LOPEZ BERMEJO Y MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO	3051
622 LA SALUD Y LA EDUCACIÓN AMBIENTAL MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO, ANGELES LOPEZ BERMEJO, BEGOÑA BORGE CASTRO Y MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ	3057

- 623 TAREAS DEL CELADOR EN FARMACIA HOSPITALARIA**
MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ, ANGELES LOPEZ BERMEJO,
MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN
ARIAS ROMERO Y BEGOÑA BORGE CASTRO 3063
- 624 CUIDANDO EL AMBIENTE CUIDAMOS LA SALUD**
MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ, MARIA DEL CARMEN
GARCIA FERNANDEZ, MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO,
BEGOÑA BORGE CASTRO Y ANGELES LOPEZ BERMEJO 3067
- 625 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN**
MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO, BEGOÑA BORGE CASTRO,
MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ, ANGELES LOPEZ
BERMEJO Y MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ 3071
- 626 LOS RIESGOS AMBIENTALES Y LA SALUD**
MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO, ANGELES LOPEZ BERMEJO,
BEGOÑA BORGE CASTRO, MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ Y
MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ 3077
- 627 EL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACION**
BEGOÑA BORGE CASTRO, MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ,
ANGELES LOPEZ BERMEJO, MARIA DEL CARMEN GARCIA
FERNANDEZ Y MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO 3081
- 628 LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA**
BEGOÑA BORGE CASTRO, MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO,
MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ, ANGELES LOPEZ BERMEJO
Y MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ 3085
- 629 EL CELADOR EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN AL
PACIENTE/USUARIO**
FRANCISCO RUIZ RUIZ, GUILLERMO LAGO LOURIDO Y EDUARDO
COLINO NEVOT 3089
- 630 CONDUCTA PROFESIONAL Y ÉTICA EN LA INTERVENCIÓN
PROFESIONAL EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO**
MIRTA ÁLVAREZ HERNÁNDEZ 3093

- 631 **INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.
LA LACTOSA**
SUSANA LONGORIA MENENDEZ Y MARIA CRUZ MENÉNDEZ
ÁLVAREZ 3097
- 632 **RECURSOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A LA
ATENCIÓN A PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN
DE DEPENDENCIA Y A SU ENTORNO.**
MIRTA ÁLVAREZ HERNÁNDEZ 3101
- 633 **EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR COMO EJE DE LA
INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE SE
ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.**
MIRTA ÁLVAREZ HERNÁNDEZ 3105
- 634 **EXTINCIÓN CONATOS DE INCENDIOS EN UN CENTRO SOCIO
SANITARIO**
ELENA MARIA CURTO BLAS 3113
- 635 **PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: ENFERMEDADES
RELACIONADAS CON EL TRABAJO**
SABRINA ZANGO POZO Y MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ 3121
- 636 **AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ, SONIA LORENZO RUBIO, CARLA
MIRANDA TAMARGO Y MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN 3127
- 637 **ESTRÉS POR CARGA DE TRABAJO EN CENTROS SANITARIOS**
PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ, SONIA LORENZO RUBIO, MARIA
DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN Y CARLA MIRANDA TAMARGO 3133
- 638 **LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD**
ELENA MARIA CURTO BLAS 3139
- 639 **TURNOS DE TRABAJO Y SALUD. TURNOS ECOLÓGICOS.**
MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN, CARLA MIRANDA
TAMARGO, SONIA LORENZO RUBIO Y PATRICIA FUERTES
RODRIGUEZ 3143

640	VIOLENCIA DE GÉNERO: REPERCUSIONES EN LAS MUJERES Y EN LAS FAMILIAS.	
	MARIA ROSA MORAN MONTEIRO	3147
641	EL DESARROLLO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LAS AYUDAS TÉCNICAS Y SU APLICACIÓN A LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS MAYORES.	
	MARIA ROSA MORAN MONTEIRO	3157
642	ERGONOMÍA EN LA SANIDAD	
	ELENA MARIA CURTO BLAS	3167
643	BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO	
	EDUARDO COLINO NEVOT, GUILLERMO LAGO LOURIDO Y FRANCISCO RUIZ RUIZ	3175
644	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES	
	MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA	3179
645	INCIDENCIA DE LA POBLACIÓN FLOTANTE EN LAS ÁREAS SANITARIAS DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.	
	RAQUEL VEDE ARBAS Y LAURA VEDE ARBAS	3183
646	EL CELADOR: HIGIENE Y ERGONOMÍA POSTURAL	
	JOSE ARMANDO BENITEZ VILELA	3189
647	ANÁLISIS DE LA NORMATIVA APLICABLE AL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y AL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO. DESDE 1971 HASTA LA ACTUALIDAD	
	MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ, VERÓNICA GARCÍA CALZÓN, CLAUDIO GARCIA MURIAS, SONIA GARCÍA MUÑIZ Y RAQUEL GARCÍA CAMOIRA	3195
648	PREVENCIÓN DE RIESGOS. ERGONOMÍA Y DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS PARA PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS	
	MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ, EVA POLADURA SOLARES, MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO, VERÓNICA GARCÍA CALZÓN Y CLAUDIO GARCIA MURIAS	3199

- 649**LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES
ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ 3205
- 650**ÁMBITO SANITARIO: COMO PROTEGERNOS DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT)
ANA MARIA GARCIA GARCIA, CLAUDIO GARCIA MURIAS, SONIA GARCÍA MUÑOZ, RAQUEL GARCÍA CAMOIRA Y MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO 3207
- 651**LA NUEVA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y PERSONAL SANITARIO.
EVA POLADURA SOLARES, ANA MARIA GARCIA GARCIA, VERÓNICA GARCÍA CALZÓN, MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ Y ALICIA JUARROS SEDANO 3217
- 652**ESTUDIO DE LA LEY 41/2002 REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS: PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y PERSONAL SANITARIO.
EVA POLADURA SOLARES, ALICIA JUARROS SEDANO, MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ, ANA MARIA GARCIA GARCIA Y VERÓNICA GARCÍA CALZÓN 3225
- 653**FUNCIONES BÁSICAS DE OPEN OFFICE WRITER PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES
ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ Y MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO 3231
- 654**CUIDAR AL CUIDADOR DESDE ATENCIÓN TEMPRANA HASTA ATENCIÓN ESPECIALIZADA
JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO Y CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA 3233

- 655 FORMAS DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE CENTROS SANITARIOS**
MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO, SONIA GARCÍA MUÑIZ, EVA POLADURA SOLARES, RAQUEL GARCÍA CAMOIRA Y CLAUDIO GARCIA MURIAS 3261
- 656 RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO**
MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO, CLAUDIO GARCIA MURIAS, RAQUEL GARCÍA CAMOIRA, ALICIA JUARROS SEDANO Y EVA POLADURA SOLARES 3265
- 657 INFLUENCIA DE ALGUNOS HÁBITOS NOCIVOS EN EL PERSONAL DEL SECTOR SANITARIO**
VERÓNICA GARCÍA CALZÓN, ANA MARIA GARCIA GARCIA, EVA POLADURA SOLARES, MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ Y ALICIA JUARROS SEDANO 3269
- 658 LA IMPORTANCIA DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO EN EL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO**
VERÓNICA GARCÍA CALZÓN, MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ, ALICIA JUARROS SEDANO, SONIA GARCÍA MUÑIZ Y ANA MARIA GARCIA GARCIA 3275
- 659 PREVALENCIA DE LA ATENCION DOMICILIARIA EN LA ATENCION CONTINUADA DE LENA EN UN AÑO**
SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ Y MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO 3283
- 660 EL MOTOR DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE: EL CELADOR.**
GEMMA ARIAS ALVAREZ, MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ Y ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO 3285
- 661 SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL**
MARTA MARIA PEDRON FERNANDEZ 3289
- 662 LAS AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS**
SONIA GARCÍA MUÑIZ, EVA POLADURA SOLARES, ANA MARIA GARCIA GARCIA, MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO Y MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ 3291

- 663 EDUCACION PARA LA IGUALDAD EN EL ACOSO ESCOLAR**
SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ Y MARIA AMOR MANZANO
SALPURIDO 3297
- 664 LA TARJETA SANITARIA COMO INSTRUMENTO FUNDAMENTAL DE IDENTIFICACIÓN EN SANIDAD**
MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ, ELDA MARGARITA CUESTA
ALVAREZ, LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI Y ANA MARIA
RODRIGUEZ TAMARGO 3313
- 665 FASES Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT**
ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR, ALDANA RANCAÑO BENITEZ,
PATRICIA BUENO MEANA Y VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA 3317
- 666 ACTUACION DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.**
ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL 3321
- 667 EL CELADOR EN EL APOYO PSICOLOGICO AL PACIENTE**
RAQUEL CAMPORRO LLANA, MARÍA SUÁREZ DÍAZ, MARÍA LAURA
FERNÁNDEZ FAEDO, NATALIA CASTRO LÓPEZ Y NOELIA ISABEL
ÁLVAREZ CASTELLANOS 3325
- 668 LA FIGURA DEL CELADOR ANTE LAS AGRESIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS.**
LUIS BUENO PAZ, ELIAS GUTIERREZ GONZALEZ, LYS VÁZQUEZ
MARTÍN Y MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ 3329
- 669 CUIDADOS DEL ENFERMO CON DEMENCIA**
ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM, ALDENIRA PEREIRA SALES Y
JOSEFA REBON SARDINA 3333
- 670 LA FATIGA EN EL TRABAJO**
MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ, SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ Y
MILAGROS BAYÓN ALVAREZ 3341
- 671 LA ENFERMEDAD PROFESIONAL Y EL ACCIDENTE DE TRABAJO**
MILAGROS BAYÓN ALVAREZ, MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ
Y SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ 3343

672	RESIDUOS SANITARIOS PATRICIA BUENO MEANA, VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA, ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR Y ALDANA RANCAÑO BENITEZ	3347
673	PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES PARA CELADORES. MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE, GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ, MANUEL OSACAR GONZÁLEZ Y ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ	3351
674	ACCIDENTES LABORALES EN EL ÁMBITO DEL CELADOR ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN Y JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ	3355
675	MEDIDAS ERGONÓMICAS EN LA FIGURA DEL CELADOR ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN Y JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ	3359
676	MODELO CONCEPTUAL DE BASE DE DATOS PARA LOS CENTROS DE SALUD AIDA VIEJO BARRIOS	3363
677	INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE PENSIONES: VISIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO NAZARET CORDERO GARCÍA	3365
678	SÍNDROME DE BURNOUT EN EL SECTOR SANITARIO ARANZAZU PRADA DÍAZ, SECUNDINO CUERVO RODILES, LEIRE HORNAS FERNANDEZ Y VANESA PRADA DÍAZ	3367
679	EL CELADOR: LESIONES MÁS FRECUENTES Y RIESGOS LABORALES JOSE IVAN ARIAS LLANO	3373
680	LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO Y SANITARIO EN LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES JOSE IVAN ARIAS LLANO	3379

681 REACCIONES PSICOLÓGICAS FRENTE A LA ENFERMEDAD MARIA ASUNKA PEREZ RODRIGUEZ	3383
682 PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO MARIA ASUNKA PEREZ RODRIGUEZ	3387
683 TURNICIDAD / NOCTURNIDAD; RIESGOS PARA EL TRABAJADOR JOSE IVAN ARIAS LLANO	3393
684 SEGURIDAD DEL PACIENTE: HIGIENE DE MANOS. ARACELI BERNARDO GARCIA	3399
685 EDUCACIÓN EN SALUD: LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD MARIA ELENA ORDOÑEZ FERNANDEZ Y LILIANA MARIA RODRÍGUEZ SUAREZ	3403
686 SEGURIDAD DE PACIENTE: ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN. ARACELI BERNARDO GARCIA	3409
687 ACOSO LABORAL EN EL TRABAJO: MOBBING ARANZAZU PRADA DIAZ, EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ, LEIRE HORNAS FERNANDEZ, NAIARA MARTIN LOPEZ Y SECUNDINO CUERVO RODILES	3411
688 SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL O CENTRO MÉDICO ANGELES BARREIRO MANASES, SONIA ANTUÑA IGLESIAS Y MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA	3417
689 PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CARMEN MAQUEDA VILLAREJO, ALMUDENA LUQUE HERNÁNDEZ, DIEGO PEÑARANDA PALOMINO, BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ Y RAFAEL LENDINES NAVAJAS	3419
690 CARDIOPATÍA CONGÉNITA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL SAÚL FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y PABLO RODRÍGUEZ NEIRA	3425
691 ENTORNO Y ACCESIBILIDAD DESDE TERAPIA OCUPACIONAL. SAÚL FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y PABLO RODRÍGUEZ NEIRA	3429

692RESIDUOS EN CENTROS SANITARIOS LEIRE HORNAS FERNANDEZ, SECUNDINO CUERVO RODILES, NAIARA MARTIN LOPEZ, EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ Y ARANZAZU PRADA DIAZ	3435
693HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y FAMILIARES MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ, DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA Y LUIS FERMIN CUEVA TORRE	3441
694NUTRICIÓN SALUDABLE EN EL ÁMBITO LABORAL NAIARA MARTIN LOPEZ, SECUNDINO CUERVO RODILES, EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ, LEIRE HORNAS FERNANDEZ Y ARANZAZU PRADA DIAZ	3445
695ACOSO HORIZONTAL EN EL ENTORNO SANITARIO MERITXELL DORADO GÁNDARA, JULIA MARÍA PRIETO VELASCO Y NATALIA RUIZ RAMON	3451
696AGRESIONES A LOS EMPLEADOS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS. MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES	3455
697LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO: LOS TRABAJADORES Y EL USUARIO. MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES	3457
698LA MEDIACIÓN EN DEPENDENCIA PAULA GRANA GARCÍA	3461
699EL MALTRATO EN LA TERCERA EDAD. PAULA GRANA GARCÍA	3475
700PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL QUIRÓFANO. LUIS MANUEL PANDO SÁNCHEZ	3487

Capítulo 1

REACCIONES ADVERSAS RELACIONADAS CON LA DONACION DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS

WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ

1 Introducción

El trasplante de médula ósea es un tratamiento indicado para ciertas enfermedades oncológicas. Existen dos maneras de donar progenitores hematopoyéticos, (PH) por aféresis (método más empleado) o por punción directa de médula ósea. Es un procedimiento seguro, pero no exento de riesgos.

2 Objetivos

Reconocer las reacciones adversas que pueden aparecer en el transcurso del procedimiento de donación de PH, y describir la forma de prevenirlas y proporcionar un tratamiento adecuado.

3 Metodología

Revision bibliográfica en las bases de datos disponibles, Pub Med, Medline y Google académico. Las claves de búsqueda que se emplearon fueron "progenitores hematopoyéticos", "donación", "aféresis".

4 Resultados

Los PH pueden tener dos orígenes diferentes, la médula ósea o la sangre periférica. La extracción, riesgos y efectos secundarios son diferentes según se efectúe la donación de una u otra manera.

Efectos secundarios de la punción:

En el caso de la punción o extracción de sangre medular de las crestas ilíacas que se realiza en quirófano y con anestesia general o epidural, requiriendo ingreso hospitalario, intervención que se realiza aproximadamente en una hora y en la que se realizan entre 100 y 200 pinchazos los riesgos más frecuentes:

- Dolor en las zonas de punción, que cede con analgésicos suaves y desaparece en 24-48 horas (excepcionalmente puede prolongarse durante unos días, pero sin limitar la actividad diaria).
- Sensación de mareo, en especial al incorporarse debido a un cierto grado de anemia que se resuelve en pocos días.
- Fiebre, en ocasiones unas décimas en las primeras horas post-donación. Infección del lugar de punción.

Efectos secundarios de la donación por aféresis o sangre periférica:

Debido a la administración de los factores de crecimiento hematopoyético, puede aparecer los siguientes síntomas, normalmente remiten en 24-48 horas:

- Dolor generalizado de huesos y músculos (como en un proceso gripal), que mejora con calmantes suaves.
- También pueden aparecer, aunque de forma mucho menos frecuente: dolor de cabeza, ansiedad, calambres y hormigueos, o náuseas.
- Aunque se ha suscitado la posibilidad de que pudieran alterar la normal fabricación de la sangre a largo plazo, este efecto no ha podido ser demostrado mediante el seguimiento de estos donantes durante años.

En el momento de la obtención de los PH puede suceder:

- Calambres y hormigueos transitorios debidos al empleo de citrato para que la sangre circule sin coagularse por el interior de los separadores celulares.
- Una disminución de la cifra de plaquetas y de glóbulos blancos que no produce síntomas y que se recupera en 1 ó 2 semanas.

Debido a la colocación de un catéter venoso central, cuando el paciente no dispone de accesos venosos adecuados, la complicación más frecuente es un hematoma en la zona de la punción, y en un escaso numero de casos compli-

caciones mas graves, como infecciones

5 Discusión-Conclusión

El proceso de donación de PH es seguro. Algunos donantes en ocasiones presentan reacciones adversas durante o post donación. Normalmente son leves y excepcionales. La donación de PH es un acto de solidaridad que puede salvar la vida de una persona, realizándose con las mayores garantías de seguridad para el donante.

6 Bibliografía

- La donación de médula ósea. Progenitores Hepmatopoyéticos. Centro de transfusión de la comunidad de Madrid, edición octubre 2015.
- Guia del donante de médula ósea. Fundación Josep Carreras contra la leucemia. REDMO.
- Guia del trasplante de médula ósea para el paciente. Fundación Josep Carreras contra la leucemia. Dr. Enric Carreras.

Capítulo 2

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES OBESOS

MAITE GARCÍA RODRÍGUEZ

YESICA DÍAZ BEJARANO

ALBA ÁLVAREZ LÓPEZ

MARTA GARCIA RODRIGUEZ

ANGELA GAMERO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La obesidad es, por sus repercusiones en la calidad de vida, salud física y psicológica, uno de los principales temas de interés e investigación en el campo de la salud. La mayoría de los programas de intervención apuntan directamente a la disminución de masa corporal excluyendo o ignorando dimensiones centrales en la enfermedad, tales como la depresión o ansiedad. Los estudios al respecto muestran una disminución, estadísticamente significativa, en la sintomatología ansiosa y depresiva de todos los participantes.

La obesidad ha sido considerada como la epidemia del siglo XXI, definida como un índice de masa corporal mayor a 30 kg/m². Es considerada una patología de alta prevalencia mundial y nacional que avanza de manera estable y paulatina en países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo observándose un aumento en los índices de obesidad en la infancia y adolescencia, índices que se

incrementan con la edad, teniendo efectos significativos en la morbilidad y mortalidad tanto en jóvenes como en adultos. Señalar que la obesidad mórbida reduce la expectativa de vida en, al menos, 7 años para las personas que ya son obesas a los 40 años de edad.

Esta patología se relaciona con el desarrollo y aumento de distintas enfermedades como por ejemplo, cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia respiratoria, hipercolesterolemia, artritis, problemas de vesícula, apnea de sueño y otros problemas psiquiátricos, psicológicos y sociales constituyendo un problema que afecta el desarrollo individual y social.

Entre los factores psicológicos que aparecen como variables importantes en el proceso de la constitución de la obesidad y obesidad mórbida, se describen los estados ansiosos y depresivos que propician el comer en exceso, así como una baja autoestima y pesimismo asociado a lo relevante de la dimensión corporal en la construcción de la identidad individual y social, lo que se vincula además con un autoconcepto negativo, así como una pobre y menor interacción social. Igualmente, se ha observado que la obesidad genera un efecto negativo en las personas, con una enorme carga psicológica dado por las consecuencias psicosociales que esta enfermedad conlleva.

Se ha evidenciado que las personas con obesidad tienen dificultades para gestionar adecuadamente sus emociones. Lo anterior implicaría limitaciones para el reconocimiento y posterior gestión afectiva, especialmente de estados emocionales negativos, favoreciendo conductas de sobrealimentación, como un modo de autorregulación emocional, existiendo un círculo vicioso entre obesidad, ansiedad y depresión que perpetúa la obesidad.

Son varios los métodos psicológicos que se usan para procesar y ayudar a perder peso en las personas que padecen sobrepeso u obesidad. Estos tratamientos implican un cambio global del estilo de vida, puesto que los logros a largo plazo requieren la modificación de actitudes, creencias y comportamientos acerca de la alimentación y la actividad física, todo ello supone un proceso activo, en el que la persona deberá hacer un esfuerzo considerable para cambiar hábitos perpetuados en el tiempo, motivo por el cual los tratamientos en obesidad no siempre obtienen buenos resultados.

2 Objetivos

- Explicar la relación existente entre ansiedad y depresión en los pacientes obesos.
- Abordar el problema de la ansiedad y depresión en los pacientes obesos.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema. Las bases de datos consultadas fueron Scielo, Cuiden, Dialnet y PubMed. Se aplicó una búsqueda en Google Académico con período temporal (2010- 2019). De un total de 632 referencias encontradas fueron seleccionadas 42, que cumplían los criterios necesarios para su inclusión. Los descriptores utilizados fueron: obesidad, motivación al tratamiento, psicoterapia, ansiedad, depresión.

4 Resultados

En la descripción y explicación del problema se integran factores sociales, psicológicos y genéticos por lo tanto uno de los principales objetivos será estudiar y analizar lo que nos lleva a subir de peso hasta incluso la obesidad. La intensificación del consumo de alimentos con altos componentes calóricos y la reducción de la actividad física promueven un ambiente obesogénico. Al mismo tiempo, se ha observado que el tipo y gravedad de la obesidad se encuentra directamente relacionado con las horas que el individuo permanece sentado y sin actividad física.

En los casos en los que la depresión y la obesidad coinciden, estas intervenciones pueden ser aún más complejas por lo que hay que observar patrones de conducta. Varias investigaciones muestran que, a menudo, los mejores resultados ocurren cuando la atención involucra no solo a doctores y enfermeras, sino también a otros profesionales de salud como nutricionistas, especialistas en salud del comportamiento y terapeutas físicos. Hay que promover el tratamiento de la salud mental que dice que las dos condiciones (obesidad y depresión) están en aumento, intensificando la necesidad de descubrir la conexión y desarrollar terapias que aborden ambas condiciones de manera simultánea. Aunque en la superficie las dos condiciones parecen muy diferentes, obesidad y depresión comparten similitudes importantes. Las dos son condiciones crónicas difíciles de tratar, y requieren intervenciones de salud física y mental de largo plazo. No se puede tratar

la obesidad en una persona que está luchando contra una depresión profunda, sin abordar esa depresión porque estaríamos tratando el problema a la mitad.

De esta forma, junto con una pérdida de peso, el objetivo del tratamiento para la obesidad debe ser una mejora en la salud que reduzca los factores que ponen la vida del individuo en riesgo y mejore su funcionamiento. Por lo tanto, se considera que el estudio y tratamiento multidisciplinar de la obesidad constituye el acercamiento más pertinente puesto que permite abarcar la enfermedad en toda su complejidad. Los tratamientos actuales no se centran sólo en la educación sobre nutrición o el aumento de la actividad física, sino también en la consideración y evaluación de aspectos psicológicos asociados, ya que estos precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, por lo que deben ser considerados si se pretende mantener un peso luego de haber alcanzado el ideal o deseable.

Otro importante objetivo es tratar y analizar el alcance de los síntomas afectivos (depresión, ansiedad), porque en pacientes obesos es de fundamental importancia, de lo contrario el paciente no será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, y en general tendrán mayor dificultad para bajar de peso. Muchas personas refieren que comen cuando están deprimidas y ansiosas, de manera que la ingesta de alimentos reduce ansiedades y depresiones. De igual forma otros estudios encontraron que la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores que pueden además estar asociadas al prejuicio y la discriminación.

El objetivo principal de cualquier tratamiento para la obesidad debe ser el propiciar una pérdida de peso sostenible en el tiempo, reduciendo los factores que ponen la vida del individuo en riesgo y mejorando el funcionamiento del individuo hacia una buena salud.

Cabe destacar que importan los resultados a largo plazo y siempre serán mejores cuanto más nos enfoquemos al verdadero origen del problema del aumento de peso. Muchas veces es más una consecuencia de un problema psicológico y no vale con que en el programa multidisciplinar solo entren dietas y ejercicio porque en estos casos estará condenado al fracaso dicho programa. Los resultados van desde una pérdida de peso, y todo lo que esto puede conllevar a nivel de salud física (hay enfermedades asociadas a la obesidad que pueden mejorar o incluso desaparecer), hasta una mejora en la autoestima y en problemas más crónicos como la ansiedad o la depresión. Es muy importante que la persona se comprometa y esto lo conseguiremos siempre que tengamos en cuenta el porqué de ese

aumento de peso y no obviemos los aspectos psicológicos que en la mayor parte de las ocasiones van unidos. Junto a la pérdida de peso estable, se espera que las personas que forman parte de programas multidisciplinarios para el tratamiento de la obesidad, puedan modificar factores psicológicos internos asociados al origen y mantenimiento de la enfermedad, tales como la ansiedad y la sintomatología depresiva.

5 Discusión-Conclusión

El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, asumiendo que en esta problemática hay factores de comportamiento que pueden debilitar el éxito del tratamiento. Las personas con sobrepeso u obesidad se benefician con las intervenciones psicológicas y particularmente con estrategias cognitivas conductuales para mejorar la reducción de peso. Son predominantemente útiles cuando se combinan con estrategias dietéticas y de ejercicio.

6 Bibliografía

- Aguilar, C. M., Manrique, R. L., Tuesta, M. M. & Musayón, O. Y. (2010). Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. *Rev enferm Heredina*, 3(1), 49-54.
- Álvarez, R. (1998). *Obesidad y autoestima*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Antúnez, Z. & Vinet, E. (2012). Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 30(3), 49-55.
- Barra, E. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y Salud*, 14(2), 237-243.
- Besser, M. & Moncada, L. (2013). Proceso psicoterapéutico desde la perspectiva de Terapeutas que tratan trastornos alimentarios: un estudio cualitativo. *Psykhé*, 22(1), 69-82.
- Braguinsky, J., Markman, C. & Katz, S. (1995). Una señal de Alarma: El aumento de Prevalencia de la obesidad. *Nutrición Clínica*, 2, 29-32.
- Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546.
- Feixas, G. & Saldivar-Maldonado, P. (2010). Eficacia de la intervención psicológica en la reducción de la ansiedad en pacientes quirúrgicos de banda gástrica. *Revista Boletín de Psicología*, 99, 71-87.

- Mancilla-Díaz, J. M., Duran-Díaz, A., Ocampo-Tellez-Giron, M.T., & López-Alonso, V. (1992). Rasgos de personalidad comunes en obesos. *Revista Salud Pública*, 34(5), 533-539
- Moreno, M. (2005). Obesidad, uno de los principales problemas de salud en el mundo. *Ciencia, Conocimiento, Tecnología*, 13, 34-35.
- Silva, J. (2003). Biología de la regulación emocional: Su impacto en la psicología del afecto y la psicoterapia. *Terapia Psicológica*, 21(2), 163-172.
- Entrevista vista en la CNN a la doctora Sue McElroy, psiquiatra de Mason, Ohio.

Capítulo 3

CUIDADOS PALIATIVOS EN MEDICINA. “VELAD CONMIGO”, INSPIRACIÓN PARA UNA VIDA EN CUIDADOS PALIATIVOS. COMENTARIO LITERARIO.

MIGUEL FERNANDO GARCIA GIL

1 Introducción

Los cuidados paliativos son una rama de la medicina que trata sobre la prevención y tratamiento del sufrimiento en situaciones médicas graves o terminales.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es el comentario literario del capítulo “Enfrentándose a la muerte” del libro “Velad conmigo”, Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos.

3 Metodología

Se ha procedido a la lectura de la siguiente obra y se ha realizado un comentario literario. Se ha realizado con un enfoque a los cuidados paliativos. Velad conmigo. Inspiración para una vida en cuidados paliativos. Cicely Saunders. (Traducción de

Watch with me: Inspiration for a life in hospice care. Cicely Saunders). (2011). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

4 Resultados

Una de las verdades inmutables de este mundo es que el hombre muere. La idea de esa etapa terminal es algo que nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida y a la que, tarde o temprano, todos nos tenemos que enfrentar. Ante esta situación es menester adoptar una postura activa que nos permita dignificar la existencia hasta el final.

El objetivo de los cuidados paliativos es prestar ayuda a los pacientes que tienen una enfermedad grave o terminal no sólo en el terreno físico sino también en el emocional, así como dar consuelo y apoyo a los familiares. Esta situación se hace especialmente importante en el caso de enfermedades degenerativas que limitan al paciente en cuanto a autonomía y capacidad de relación con los demás, por cuanto su sensación de inutilidad puede afectarle negativamente en su capacidad de lucha contra la enfermedad.

No todas las personas reaccionan igual ante la cercanía de la muerte. Hay quien pretende coger un atajo y se plantea la idea del suicidio o la eutanasia. Temen enfrentarse al dolor, se sienten fracasados y no quieren ser una carga para su familia. Y es comprensible que la ansiedad y la depresión les hagan pensar de esa manera. Hay que hacer ver a estos enfermos, que si se agarran a estas ideas, sus familias tendrán un plus de sufrimiento al sentirse culpables por lo sucedido ya que para ellos son personas importantes y queridas. Un ejemplo de todo esto lo tenemos en la película “Que bello es vivir”, que aunque el protagonista no tiene una enfermedad terminal se suicida pensando que el mundo estará mejor sin él. En el último momento es salvado por un ángel que a lo largo de toda la película le enseña las terribles consecuencias de su “no existencia” y como su vida ha hecho mejores a los demás. La gran enseñanza de esta película es que todos somos importantes, por lo que podemos considerar a este ángel como un paradigma de los cuidados paliativos.

El enfrentamiento a la muerte se hace de una manera individual y única porque la vida de cada persona también lo es. Por esta razón, aunque haya pautas comunes para paliar el sufrimiento de un enfermo, se debe actuar y ver de manera individualizada cada caso y así actuar en consecuencia. Incluso el anuncio del final de la vida hemos de verlo como una oportunidad para hacer un repaso de

nuestra existencia y poder quedar en paz con nuestros semejantes.

Las personas se comportan ante la idea de la muerte de una manera diferente y, a veces, de manera sorpresiva e inesperada teniendo en cuenta su vida anterior. Así, el profesor C.S. Lewis en su libro "El problema del dolor" afirmaba que "he visto gran belleza de espíritu en personas afligidas por el sufrimiento, he observado que la enfermedad final produce tesoros de entereza y mansedumbre en individuos poco prometedores".

A pesar de todo, otras personas reaccionan ante la muerte con ira, con una profunda tristeza, o con desesperación. Este tipo de personas son las que más necesitan de los cuidados paliativos y es cuando debemos tenderles una mano que les ayude a aceptar del mejor modo su destino final. Una de las estrategias que se puede utilizar para ello la propone el doctor Lagrue, coincidiendo plenamente con la doctora Saunders, y consiste en intentar aumentar la autoestima del paciente para que se sienta importante y para dignificar sus últimos días. Otra de las coincidencias de estos dos doctores es que hay que inculcar al paciente la idea de que seguirá viviendo en la memoria de todos los que le han querido.

Otra de las ideas que se puede deducir de este texto es que todos podemos practicar los cuidados paliativos y no solo los profesionales. Asimismo los familiares pueden aplicar eso que Cicely tiene como mantra "velad conmigo", es decir quédate conmigo. Es simplemente estar con el enfermo compartiendo su situación, sus silencios, en una palabra, que no se sienta solo. También pueden practicar estos cuidados personas ajenas al paciente, como por ejemplo esos voluntarios que se ponen una nariz roja y arrancan una sonrisa a un niño con una enfermedad terminal, o aquellos que simplemente acompañan a ancianos que están solos.

Quisiera recalcar el papel que representan estas personas, tanto profesionales como voluntarios por su vocación al servicio de los demás, realizando una maravillosa labor para la que no valemos todos, enfrentándose a la muerte todos los días y haciéndolo con devoción y alegría. Ahora bien, si los cuidados paliativos están dirigidos sobre todo a enfermos terminales, estos también pueden ser útiles a los familiares que sufren una pérdida, ya sea de forma repentina o por una larga enfermedad. Por ello, a pesar de no tener que sufrir el dolor físico sí que necesitan paliar ese "otro dolor" y es ahí donde surge la necesidad del consuelo.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados paliativos son una rama fundamental de la medicina cada día más necesaria en la sociedad actual. El abordaje desde un enfoque humano de esta especialidad es fundamental para los pacientes que se encuentran en situaciones graves o terminales.

6 Bibliografía

- Velad conmigo. Inspiración para una vida en cuidados paliativos. Cicely Saunders. (Traducción de Watch with me: Inspiration for a life in hospice care. Cicely Saunders). (2011). Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Capítulo 4

ENFERMEDAD DE CHAGAS: PRUEBAS DE IMAGEN EN UNA ENFERMEDAD INFECCIOSA EMERGENTE EN NUESTRO MEDIO.

ANA MILENA MUÑOZ

1 Introducción

La Enfermedad de Chagas es causada por *Trypanosoma Cruzi*, teniendo una alta prevalencia y morbilidad significativa en América Latina. Presentamos el caso clínico de un paciente diagnosticado de Enfermedad de Chagas en nuestro medio mediante pruebas de imagen.

2 Objetivos

El objetivo es dar a conocer esta patología en nuestro medio y la dificultad de su diagnóstico clínico. Reconocer las imágenes típicas de Enfermedad de Chagas es imprescindible para sospechar esta entidad.

3 Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 54 años natural de Bolivia, residente en España desde hace 5 años. Presenta cuadro de estreñimiento de 3 años de evolución que se ha agudizado en los últimos días y que asocia síndrome constitucional, dolor abdominal y vómitos.

Se realiza Tc abdominopélvico donde se visualiza dilatación generalizada de marco cólico, más llamativa en región rectosigmoidea de hasta 10 cm de calibre, asocia abundante contenido fecaloideo. El paciente ingresa en la unidad de enfermedades infecciosas y de forma programada para completar el diagnóstico de la enfermedad digestiva chagásica se realiza tránsito esofagogastroduodenal y enema opaco.



4 Resultados

En imágenes de Tc abdominopélvico se visualiza marcada dilatación de intestino grueso más evidente en región rectosigmoidea, asocia abundante contenido fecaloideo, se completa estudio mediante esofagograma con bario que no muestra megaesófago y enema opaco que pone de manifiesto megacolon con fecaloma en relación con enfermedad de Chagas.

El diagnóstico definitivo de enfermedad de Chagas se obtuvo mediante serología (ELISA) y PCR, ambas positivas.



5 Discusión-Conclusión

La Enfermedad de Chagas es una zoonosis causada por el *Trypanosoma cruzi* endémica de América Latina, con un amplio espectro de manifestaciones clínicas, ya que puede afectar prácticamente a cualquier órgano, pero hay características radiológicas características.

El mecanismo de transmisión más común es vectorial (insectos hemípteros). La enfermedad evoluciona en tres fases: aguda, fase indeterminada o de infección latente y la fase crónica que se puede manifestar como miocardiopatía dilatada o megavisceras (megauréter, megavejiga, megaesófago, megacolon), también podemos encontrar afectación del sistema nervioso central (meningoencefalitis).

La fase crónica sintomática digestiva que presenta nuestro paciente se produce por la lesión del sistema nervioso entérico con pérdida de células ganglionares en el plexo mientérico intramural que da lugar a las manifestaciones digestivas.

Los pacientes con megacolon secundario a la Enfermedad de Chagas presentan estreñimiento severo y prolongado durante años. Ante el aumento de población Latinoamericana en nuestro medio, es importante sospechar la enfermedad de Chagas en pacientes procedentes de zonas endémicas con sintomatología digestiva concordante.

6 Bibliografía

1. Bern C, Montgomery SP, Herwaldt BL et-al. Evaluation and treatment of chagas disease in the United States: a systematic review. JAMA. 2007;298 (18): 2171-81.
2. Kanne JP, Rohrmann CA, Lichtenstein JE. Eponyms in radiology of the digestive tract: historical perspectives and imaging appearances. Liver, biliary system, pancreas, peritoneum, and systemic disease. Radiographics. 2006;26 (2): 465-80.

Capítulo 5

TÁRTARO DENTAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

SABELA PARDO DÍAZ

LEYRE REMÍREZ SIMÓN

XABIER AMEZTOY ECHENIQUE

1 Introducción

Una boca sana no sólo conlleva un valor estético sino un valor médico más importante que no puede ser ignorado. El sarro constituye una amenaza para la buena salud oral. La calcificación del tártaro puede provocarnos una inflamación de las encías, halitosis, pérdida de hueso y problemas serios como la periodontitis con su consecuente pérdida de piezas dentales.

Palabras clave: Cálculo dental , Higiene dental, Formación del cálculo, Patología periodontal.

2 Objetivos

- Aprender la importancia de una buena higiene bucal en personal de riesgo.

3 Caso clínico

Paciente de género masculino que acude por presentar inflamación y dolor en el maxilar superior, acompañado de masticación dificultosa. Al examen intrao-

ral se observa formación de cálculo dental de gran tamaño cubriendo las caras vestibulares y palatina de molares superiores izquierdos extendiéndose sobre la encía.

Se trata de un paciente geriátrico con mala higiene personal y nulo aseo corporal e higiene bucal. Sin visitas al dentista desde hace años. Desde la consulta de Atención Primaria se deriva al especialista de Odontología para la realización de una ortopantomografía y se concretan sucesivas consultas con Enfermería para una correcta educación sanitaria y correcto cuidado de la boca, tanto con hábitos alimenticios adecuados y cuidados meticulosos de la cavidad oral.

4 Resultados

El cálculo dental se denomina también sarro, odontolito, piedra y tártaro dental. Es la acumulación de sales de calcio y de fósforo sobre la superficie dental, resultado de la mineralización de la placa bacteriana, definida como el conjunto de microorganismos, saliva y restos alimenticios que se van depositando sobre las piezas dentales.

El sarro se compone de una parte orgánica y otra inorgánica.

Según su localización, se distingue entre el sarro supragingival (amarillo), cuando se halla por encima de la línea de la encía, y el infragingival o subgingival (marrón), cuando se sitúa por debajo de esa línea. Este padecimiento, además de afectar la estética dental puede desencadenar enfermedades para la salud bucodental. Ejemplos de ellos son:

- Caries. Se generan debido a la acumulación de bacterias en la placa, dañan principalmente el esmalte y si no se tratan a tiempo el nervio resulta afectado y en casos extremos la pieza dental se puede perder.
- Gingivitis. Principalmente afecta a los tejidos gingivales, es decir, a las encías y produce la inflamación y el sangrado de estas.
- Halitosis. El mal aliento es producido debido a la acumulación del sarro en los dientes.
- Periodontitis. Al igual que la gingivitis, comienza con la hinchazón y el sangrado de las encías, pero a diferencia de esta, esta enfermedad termina en la pérdida del hueso que les da soporte a las piezas dentales debido a la magnitud de la infección.
- Dientes amarillos. Coloración amarillenta – marrón de las piezas dentales

La comida con la alta concentración de azúcares favorecen la formación de tártaro. Los buenos hábitos de la higiene oral son la única manera de proteger los

dientes contra la formación de placas y las enfermedades asociadas que trae.

Lavarse los dientes antes de irse a dormir previene que las bacterias consigan la colonización y la formación del tártaro.

La utilización de un enjuague que contenga fluoruro después de comer ayudará a reducir los gérmenes en la boca que puede formar el tártaro. Del mismo modo, utilizar la seda dental para limpiar las áreas interdenciales. El tártaro que forma bacterias se oculta a menudo en el área entre los dientes. Igual de importante es mantener unos hábitos alimentarios sanos y abandonar el tabaco.

5 Discusión-Conclusión

El sarro tiene poder patógeno y es uno de los problemas que con más frecuencia afecta a la salud oral de toda la población mundial. En poblaciones que no practican una higiene oral constante y que tienen poco o ningún acceso a cuidados profesionales, se observa de manera continua la presencia de cálculos supragingivales, los cuales pueden presentarse en toda la dentición, llegando en casos extremos a grandes formaciones en la cavidad oral. Esta placa no puede eliminarse cuando la afección está demasiado adelantada. Por ello, lo ideal es acudir a un especialista en odontología para que realice una limpieza dental, pues debido a que es una sustancia muy dura y completamente adherida a los dientes, se requiere de instrumental profesional y adecuado para retirarlo sin dañar el esmalte.

En algunas ocasiones, para poder eliminar el sarro que se acumula debajo de la encía, se requiere de un curetaje dental, un tratamiento de limpieza dental mucho más exhaustivo que la limpieza normal. Lo ideal para prevenir la aparición de sarro es cepillar los dientes después de cada comida, utilizar con frecuencia el hilo dental, evitar los alimentos azucarados, los refrescos, el tabaco, el alcohol y hacer visitas periódicas con el dentista.

6 Bibliografía

1. Antonio José Díaz Caballero, María Angélica Fonseca Ricaurte, Carlos Ernesto Parra Conrado. CÁLCULO DENTAL UNA REVISIÓN DE LITERATURA Y PRESENTACIÓN DE UNA CONDICIÓN INUSUAL. Acta Odontológica Venezolana - VOLUMEN 49 N° 3 / 2011: 1-11.
2. Salud Mapfre [Internet] Publicado por canalSALUD. Dra. Anna Parelada Insa. Especialista en Odontología y Odontopediatría, Médico colab-

- orador de Advance Medical . El sarro.; 30 julio 2016. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/salud-dental/reportajes/el-sarro/>.
3. News Medical Life Sciences [Internet] Cashmere Lashkari, B.Sc. Reviewed by Susha Cheriyaedath, M.Sc. ¿Cuál es tártaro? Last Updated: Feb 27, 2019. Disponible en : [https://www.news-medical.net/health/What-is-Tartar-\(Spanish\).aspx](https://www.news-medical.net/health/What-is-Tartar-(Spanish).aspx).
4. Dentinex [Internet] ¿Cómo eliminar el sarro dental? Disponible en: <https://www.dentimex.mx/blog/sarro-dental-consecuencias-y-prevencion>.
5. Vicente Laserna Santos. Higiene Dental Personal Diaria. TraffordPublishing.2008. p. 43-46.
6. Wikipwdia.com [Internet][publicado 12 de agosto de 2017] Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1lculo_dental.

Capítulo 6

BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

RAUL MATEOS IGLESIAS

1 Introducción

El síndrome de desgaste profesional (SDP) o síndrome de burnout fue introducido por Freudenberguer en los años setenta, aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome en la década de los ochenta, con la creación de un instrumento de valoración, el Maslach Burnout Inventory, que mide tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores) y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Los elementos que se revelan como más característicos serían el cansancio emocional, (C.E) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de realización personal) (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para

algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Esta temática ha despertado interés también en la población general ya que parece ser que se trata de una problemática que afecta a mucha gente y que añade unos costes personales, sociales y económicos elevados. En este sentido, se describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios. En España, la investigación de este fenómeno es más reciente y menos abundante y se ha dirigido principalmente al sector sanitario.

Freudenberger introdujo el término de burnout profesional cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó el burnout como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo.

El burnout no está restringido a profesionales de ayuda, ya que lo consideraron como el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionales demandantes.

Otros autores que han realizado numerosas investigaciones sobre esta temática lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta se da en las profesiones de servicio pero no se limita sólo a ellas. El burnout se ha hecho muy popular a pesar de que no existe una claridad y precisión conceptual, se ha convertido en un cajón de sastre.

2 Objetivos

- Identificar tempranamente los signos y síntomas de burnout. Educar y formar adecuadamente al profesional sanitario en estrategias para prevenir y evitar lle-

gar a esta situación. Formar en habilidades de control de las propias emociones.

- Adaptar el puesto de trabajo en la medida de lo posible a las características de la persona.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de varios estudios, artículos y libros en las distintas bases de datos sanitarias: Pubmed, Medline, Scilo, Google Scholar.

4 Resultados

En los diversos estudios y artículos revisados encontramos datos sobre las consecuencias del estrés laboral crónico. La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome que se pueden dividir en tres grupos: – Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas).

Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios. – Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales).

Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo. – Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales). Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización. Se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales” y, por último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Entre las consecuencias del síndrome se describen siguiendo alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobreimplicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias. Además de las alteraciones mencionadas anteriormente, algunos autores señalan una serie de síntomas defensivos utilizados por las personas en estas circunstancias, como la negación de sus emociones para defenderse contra una necesidad que le es desagradable y evitación de la experiencia negativa con supresión constante de la información y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas.

Estas medidas defensivas van a llevar a las personas a que eviten a los propios usuarios, abandonen de un modo u otro el ejercicio de sus tareas asignadas e incluso sus propias metas profesionales. Merece la pena resaltar la relación entre el estrés y el sistema inmunológico, el cual ha despertado un gran interés por los investigadores por sus implicaciones debido al deterioro que se puede producir en la capacidad funcional inmune del organismo. El estrés produce a nivel general un efecto inhibitorio de las respuestas del sistema inmune.

5 Discusión-Conclusión

A raíz de los estudios consultados, en nuestra opinión 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. Aún queda mucho por investigar, y aquí se han mostrado caminos en los que hay que avanzar. Hay que acordar definiciones operativas que sirvan para construir instrumentos más válidos y que discriminen con otras reacciones emocionales al estrés.

Es necesario, también, identificar aquellos puntos en el sistema sanitario que ponen más en peligro la salud de los profesionales para establecer estrategias de mejora. 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. Existe poca información sobre los costes sociales directos e indirectos que suponen tener un porcentaje tan alto de médicos con un nivel de estrés a la larga intolerable. Una última línea de trabajo sería más clínica, y debería estudiar las relaciones entre trastornos mentales y burnout, así como entre ésta y otras enfermedades, como la cardiopatía isquémica.

6 Bibliografía

1. Freudenberger M. Staff Burn-out. J Soc Issues 1974; 30:159-166.
2. Maslach C. Burned out. Hum behavior 1976;59:16-22.
3. Maslach C, Jackson S. Lawyer Burnout. Barrister 1978; 5:52-54.
4. Maslach C. Burnout: A social psychological analysis. En: Jones JW. The Burnout syndrome. California: Berkely University of California, 1981.
5. Maslach C. Understanding Burnout definitional insues in analyzing a complex phenomenon. En: Paine: Job, Stress and Burnout. Beberly Hills: Sage, 1982.
6. Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. Revista Española de Neuropsiquiatría,

11, 257-265.

Capítulo 7

LA ENFERMERA ESCOLAR COMO GRAN DESCONOCIDA

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

LUCIA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Habitualmente, al hablar de enfermeras, nos las imaginamos en un hospital o en un centro de atención primaria, pero mas allá del rol asistencial, la enfermera tiene más funciones, y así esta recogido en el CIE (Consejo Internacional de Enfermería), el cual reconoce, que la promoción de la salud es uno de esos nuevos roles para las enfermeras.

Actualmente, podríamos afirmar que no se debe cuestionar la necesidad de tener una enfermera en el ámbito de la educación. Teniendo en cuenta, que los niños en su etapa infantil y adolescencia pasan la mayor parte de su tiempo en el colegio, y que en las escuelas aparecen problemas de salud, transmisión de enfermedades, hay accidentes, existen situaciones de maltrato escolar, algunos tienen problemas de expresión de sentimientos y/o emociones, además de haber alumnos con discapacidades, minusvalías y enfermedades raras. Añadir también que la salud de los escolares esta empeorando, apareciendo un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas, obesidad infantil, alergias, problemas de visión...

La adquisición de hábitos saludables en la infancia supone un menor riesgo de la adquisición de hábitos no saludables y perjudiciales en la edad adulta, como pueden ser el tabaco, alcohol, drogas, trastornos alimenticios, problemas mentales, conductas sexuales de riesgo....Si se asumen conocimientos que nos ayu-

den a una visa sana, dichos conocimientos reducirán hábitos tóxicos y futuras patologías en la edad adulta.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo es dar a conocer las actuaciones de enfermería en el contexto educativo, saber que es un perfil desconocido incluso entre los profesionales de la salud. Cuando pensamos en una enfermera en el colegio, nos imaginamos que su trabajo esta relacionado con vacunas, tiritas, atender accidentes ocurridos durante el deporte o durante el juego, pero el objetivo de este trabajo es explicar qué hacen las enfermeras en en ámbito educativo durante una jornada habitual. Hacer saber también, que es imprescindible en todos los centros como figura de autoridad sanitaria y gestora de promoción de la salud.

3 Metodología

Mediante búsqueda bibliográfica recopilando la información más importante sobre el tema en cuestión, realizando un resumen exhaustivo de todas las informaciones encontradas en varias bases de datos para artículos de habla hispana y artículos de ciencias de la salud globales.

Para hallar los artículos más apropiados, se establece como criterio de inclusión: estar escrito en español, ser publicaciones posteriores a 2009, referirse a la población escolar, que trate sobre enfermería, enfermería escolar y salud escolar.

Para realizar la búsqueda, se utilizaron las palabras clave: enfermería escolar, cuidados escolares, hábitos saludables, enfermedad infantil, historia de la enfermería, educación para la salud, enfermería comunitaria.

4 Resultados

Los roles de la enfermera escolar son varios: asistencial, promoción de la salud, gestora e investigadora. Pero analizando su trabajo y competencias en otros países, también se conocen nuevas competencias como la asesora, de vigilancia y detección, acompañamiento, integración social....

Sus tareas las podríamos enumerar:

- Función asistencial: definida como la atención programada y la atención a demanda. Consistente en examen de salud, administrar tratamientos y cuidados de niños con enfermedades, bien crónicas o agudas.
 - Diagnostico enfermero temprano, valoración y supervisión. Elaborar un plan de cuidados individual a los alumnos que lo precisen. Revisar la evolución de la patología del alumno. Seguir su adaptación al contexto escolar y establecer los cuidados adecuados. Modificar el diagnostico enfermero según nuevas valoraciones.
 - Actuar ante las situaciones de urgencia y accidentes.
- Función educativa: realización de promoción de la salud en todo el ámbito educativo: padres, alumnos, profesores.... Participación en las escuelas de padres.
- Control y verificación de protocolos, vigilancia y medidas de riesgo alimentario para alérgicos en el comedor escolar y otros espacios o eventos.
 - Actuación para el control de las enfermedades: elaborar protocolos de actuación, control de riesgos epidemiológicos, así como formar parte del equipo responsable del plan obligatorio de emergencias y prevención de riesgos del centro.
 - Docencia: elaboración de programas a los alumnos, familias y profesores.
 - Promocionar auto-cuidados de los alumnos, adquisición de hábitos de vida saludables en alimentación, actividad física e higiene corporal y ambiental.
 - Función investigadora: estudiara las necesidades de salud de la comunidad educativa.
 - Investigación específica: desde el punto de vista del desarrollo, las patologías, impacto de programas, etc...
 - Función administrativa / gestora: consistente en realizar la historia de enfermería, para lo cual necesita una recogida de información de datos médicos, añadir la hoja de evolución y seguimiento, el registro de incidencias, la hoja de tratamiento, gráfica de constantes y autorización de tratamientos. También figurara un registro de las intervenciones que realiza en la consulta.
 - Canal de comunicación para transmitir la información de interés a tutores y resto de profesionales.
 - Realización de folletos o circulares informativos a toda la comunidad. También se encargara de su distribución y del asesoramiento posterior. Los folletos trataran sobre alergias, intolerancias, crisis convulsivas... o cualquier otra situación que pueda presentar un alumno.
 - Gestionar los recursos del centro para la labor asistencial: intentar disponer del material necesario para su trabajo, así como mantenerlo en buen estado. Lo ideal es que las consultas de enfermería tengan espacio suficiente, buena ventilación, mobiliario adecuado...todo adaptado a las necesidades que puedan tener

los alumnos.

- Función asesora dentro del sistema educativo.
- Puente para la coordinación y apoyo a dirección, tutores, profesores y/o departamento psicopedagógico en el centro de Atención Primaria u otros especialistas en cada caso concreto. La detección de riesgos y posibles malos hábitos se hace visible mas rápidamente, lo que permite actuar con inmediatez y derivar al especialista mas adecuado según sea el caso.
- Búsqueda continua de mejoras de la calidad y valoración de resultados.

Cuando en el centro educativo no hay profesionales de la enfermería:

- Hay mas absentismo escolar. Sobre todo en niños con problemas crónicos.
- Los profesores no saben afrontar algunas situaciones que no son de su competencia.
- Los padres tienen mas problemas en la conciliación laboral.
- La escuela es un lugar ideal para la Educación para la Salud. Se intenta formar a los profesores para lograr hábitos saludables en la escuela. En la práctica esto aumenta la carga de trabajo de los profesores.

5 Discusión-Conclusión

Simplemente asegurar que la enfermera escolar aporta lo mismo que las otras especialidades de enfermería, pero en un ámbito distinto, y más específico, el colegio.

En resumen, los alumnos tienen problemas de salud complicados y preocupantes, que van en aumento y se necesita mejor atención y control por parte de nuestra sociedad.

Los padres, así como los profesores se encuentran desbordados e incapaces de resolver por si solos estos problemas de salud, surgiendo así la necesidad de recurrir a profesionales sanitarios.

Con la enfermera en el colegio podríamos afirmar que seria una ganancia para todos: los padres, el centro, los profesores y sobre todo los alumnos.

6 Bibliografía

- Lorente García, AN. López Langa N. Salud escolar: Enfermería en centros educativos. Madrid.2014. <http://www.familiaysalud.es/>

- Aranda Martínez EM. Enfermería escolar: prevención primaria desde primaria. XIII Congreso Nacional AEETO. Abril de 2014.
- Jorge Araujo P. Importancia del rol de la enfermera escolar. Rev ROL Enferm 2013; 36 (7-8): 508-514.
- Encinar Casado A. Enfermería Escolar. La situación hoy en día. Rev. enferm. CyL . 2015;7 (1): 56-61.
- Álvarez Terán R, Eguilaz Fanlo M, Miguel Moreno S. La Enfermería escolar: un recurso necesario para la comunidad educativa. Rev Contextos Educ.2018;1(22): 165- 180.
- Guía AEPap para centros docentes. Grupo Educación para la Salud de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
- Competencias Profesionales de la Enfermería Escolar.2016 Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE).
- AMECE. Perfil de la enfermera escolar. Madrid 2009.
- López Langa N. Análisis de la enfermería en el ámbito educativo en la Comunidad de Madrid. Metas de Enfermería 2010, 13(4) 51-61.
- Glez Gcia, N y Lopez Langa,N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. Metas de enfermería, Sep. 2012; 15(7) 50-54.

Capítulo 8

ENFERMERÍA ANTE LA ANCIANIDAD Y LOS PROCESOS TERMINALES

LUCIA MARTINEZ MARTINEZ

SHEILA ALVAREZ GONZALEZ

1 Introducción

La enfermedad terminal se define con unos elementos fundamentales:

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- Falta de respuesta a tratamiento.
- Existencia de muchos problemas o síntomas intensos y cambiantes.
- Fuerte impacto emocional en paciente, familia e incluso el equipo de profesionales.
- Pronóstico de vida corto.

2 Objetivos

Los objetivos de este trabajo serán:

- Conocer el papel de enfermería ante los procesos terminales en el anciano.
- Determinar que el ser mayor puede condicionar planteamientos éticos en el paciente terminal.

3 Metodología

Mediante revisión bibliográfica conoceremos la valoración e intervención de enfermería en el proceso de enfermedad terminal, así como los aspectos éticos a

tener en cuenta. Para la obtención de información se usaron las palabras clave: anciano, enfermedad terminal, enfermería y cuidados paliativos.

4 Resultados

Principios éticos relacionados con la edad avanzada son:

- Individualidad.
- Derecho a beneficios sociales y sanitarios.
- Derecho de información y a tomar decisiones.

La enfermera debe realizar intervenciones para aliviar el dolor y el sufrimiento. Apoyar el contacto con el entorno familiar, favorecer la comunicación terapéutica y facilitar una atención de calidad.

Es muy importante la valoración familiar, tanto como dispensadora de cuidados como receptora de cuidados ya que puede sufrir cansancio en el desempeño del rol de cuidador y esto desembocar en una claudicación familiar.

Valorar el dolor es muy importante, teniendo en cuenta que tendrá un componente subjetivo/afectivo, y otro objetivo/cognitivo. Diferenciar también entre dolor agudo (síntoma de enfermedad) y crónico (el dolor es la enfermedad).

La administración de medicación será por vía oral, pasando a la parenteral si hay problemas de deglución (la subcutánea es la más efectiva).

Controlar los síntomas y el dolor, no evita una urgencia paliativa; las más frecuentes son: disnea, dolor severo, hemorragia masiva, crisis de agitación....

El tratamiento será la sedación activa cuando el sufrimiento del paciente es intenso y la muerte inminente.

5 Discusión-Conclusión

Recordar que la edad no es criterio para considerar un proceso como terminal. Es importante la identificación y cuidados del cuidador principal. La enfermera tiene un papel importante en control del dolor/síntomas; así como en la educación de la familia. Todos tenemos derecho a una muerte digna.

6 Bibliografía

- CANAL, MARINA E. (2004), La vejez y la muerte. Implicancias de la muerte en la vejez, III Foro Nacional de Docentes e Investigadores Universitarios sobre Envejecimiento y Vejez. II Jornadas Nacionales la Vejez, Mar de Plata, Argentina, agosto de 2004.
- COLELL, R. Y LIMONERO, J. T. (2003). ¿Qué preocupa al cuidador del enfermo oncológico? Rev. ROL Enf. 26(2):92-92.
- PÉREZ SERRANO, G.(2004):¿Cómo intervenir en personas mayores?. Ed. Dykinson. Madrid.
- PÉREZ SERRANO, G.(2006): Calidad de vida en personas mayores. Ed. Dykinson. Madrid.
- SARRATE CAPDEVILA (2006): Atención a las personas mayores. Intervención Práctica. Ed. Universitas. Madrid.

Capítulo 9

MANEJO DE LA EXTRAVASACIÓN DE MEDICAMENTOS CITOSTATICOS.

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

SUSANA MARTIN LORENTE

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

WALTER JAVIER ZAMBRANO MARQUEZ

1 Introducción

La extravasación se define como la salida de líquido intravenoso hacia los tejidos adyacentes.

2 Objetivos

Describir las medidas a tomar ante una extravasación de medicamentos citostáticos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en PubMed, Medline para identificar trabajos redactados de español e inglés que describen las medidas para el manejo de extravasaciones de medicamentos citostáticos.

4 Resultados

Clasificación de los medicamentos citostáticos según la toxicidad tisular:

- Vesicantes: Pueden producir necrosis tisular (Melfalán, Idarrubicina, Vincristina...)
- Irritantes: Producen inflamación (BCNU, Etopósido...)
- No agresivos: (Citarabina, Ciclofosfamida, Thiotepa...)

MEDIDAS GENERALES A TOMAR ANTE UNA EXTRAVASACIÓN

- Detener la administración y retirar el equipo de infusión.
- No retirar la vía.
- Aspirar aprox. de 3 a 5 mililitros de sangre a través de la vía.
- Retirar la vía.
- Mantener la extremidad elevada.
- No aplicar vendajes ni presión.

ANTIDOTOS ESPECIFICOS

- Dimetilsulfoxido (dmsO) 99%

Se usará junto a frío seco con:

Bendamustina.

Cisplatino.

Doxorrubicina.

Daunorrubicina.

Epirubicina.

Fluorouracilo.

Idarrubicina.

Mitomicina.

Mitoxantrona.

Aplicación tópica con una gasa empapada sobre un área doble a la afectada, cada 8 horas y durante 7 días. Dejar secar al aire. Posteriormente aplicar frío seco local 15 minutos cada 8 horas durante 3 días.

- Tiosulfato sódico 1/6 M

Se utilizará para:

Dacarbazina.

Mecloretamina.

Aplicación subcutánea , 6 punciones de 0,2 ml alrededor del área afectada. Una única administración.

Algunos autores consideran el uso del tiosulfato sódico a través de la vía extravasada si procediera antes de retirarla.

- Hialuronidasa 240 UI

Se utilizará junto a calor seco:

Vinblastina.

Vincristina.

Vindesina.

Vinorelbina.

Vinflunina.

Etóposido.

Tenipósido.

Se utiliza con frío seco:

Docetaxel.

Paclitaxel.

Aplicación subcutánea 240 UI, 6 punciones (40 UI c/u) alrededor del área afectada.

Una única administración.

PREVENCION DE LA EXTRAVASACION

- Manipulación de citostáticos por personal con experiencia en el manejo de estos medicamentos.
- Usar catéteres periféricos de pequeño diámetro.
- Elección correcta del lugar de venopunción.
- Comprobar el retorno venoso antes de comenzar la infusión.
- Lavar antes y después de cada dosis con suero.
- Observar frecuentemente la vía durante el tratamiento.
- Indicar al paciente que comunique cualquier molestia que note y que no realice movimientos bruscos.

5 Discusión-Conclusión

Una de las complicaciones mas graves que conlleva la administración de citostáticos es la extravasación. Es necesario conocer el tratamiento ante una extravasación de medicamentos citostáticos, en cualquier centro sanitario donde se prescriban, manipulen o administren medicamentos citostáticos. Se debería tener disponible en los centros donde se administren medicamentos citostáticos el protocolo de manipulación de medicamentos citostáticos como línea de actuación ante una extravasación y así disponer de un manejo seguro.

6 Bibliografía

- [www.cancercare.on.ca/index. Htm](http://www.cancercare.on.ca/index.Htm)
- Agentes citostaticos. Comision de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2003.
- Manual de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citostaticos. Marzo 2002.
- Servicio de Farmacia. Hospital Universitario Son Dureta.

Capítulo 10

PRIMEROS AUXILIOS: REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR BÁSICA (RCP)

LEONOR FERNANDEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Los primeros auxilios son aquellas medidas inmediatas que se toman en una persona lesionada, inconsciente o súbitamente enferma, en el sitio donde ha ocurrido el incidente (escena) y hasta la llegada de la asistencia sanitaria (servicio de emergencia). Estas medidas que se toman en los primeros momentos son decisivas para la evolución de la víctima (recuperación).

El auxiliador, antes de prestar ayuda (socorrer, auxiliar), debe siempre procurar el auto cuidado (no exponerse a peligros asegurando su propia integridad). Solo cuando su salud no corre riesgos podrá entonces asistir a la víctima.

2 Objetivos

- Conocer la diferencia entre emergencia y urgencia, y saber identificarlas.
- Comprender, aprender y practicar la técnica de RCP básica.

3 Metodología

Una emergencia es un incidente en la salud de una persona que puede llevarla a la muerte en forma inmediata y que siempre requerirá atención básica y avanzada. Las causas son múltiples y variadas.

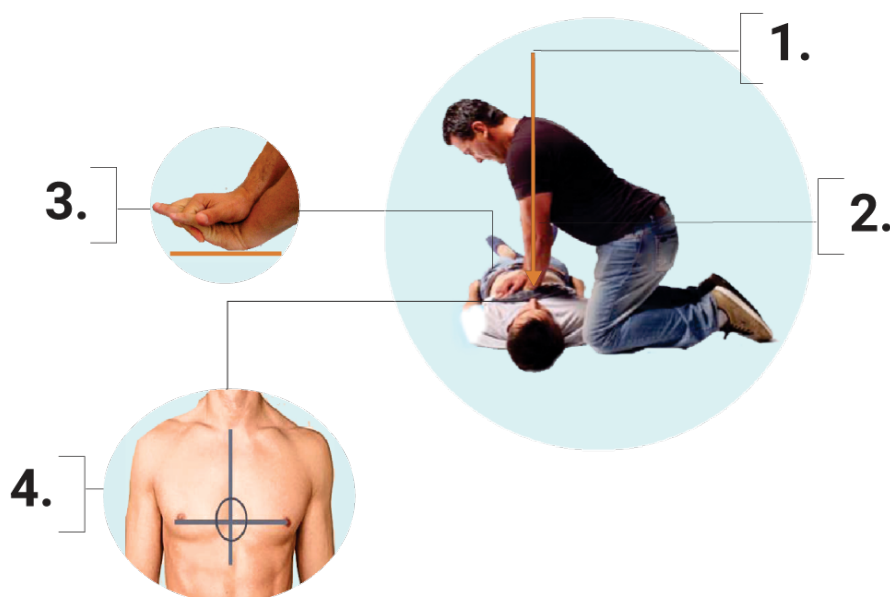
En una urgencia si bien no hay riesgo inmediato de muerte, puede haber riesgo alejado por lo tanto debe ser trasladado a un centro de salud para su adecuada atención. No comienza siendo emergencia pero algunos la viven como tal.

RCP BÁSICA:

- Adopte una postura erguida, los hombros deben estar alineados encima del esternón de la víctima; realizar la compresión, cargando el peso del cuerpo sobre los brazos rectos de manera que el esternón baje 5 a 6 cms.
- No doblar los codos.
- Realice 30 COMPRESIONES ininterrumpidas. Repita 5 ciclos (a un ritmo de entre 100 y 120 compresiones por minuto). Revalúe, si no hay respuesta continúe con las mismas hasta que llegue la ambulancia (soporte vital avanzado).

DEFIBRILADOR (DEA)

En caso de contar con un DEA (desfibrilador externo automático), úselo. Éste le dará las indicaciones. De lo contrario continúe las compresiones hasta que llegue el equipo médico.



4 Resultados

- Se inicia la cadena de la vida

Llamado telefónico al sistema de emergencias.

- Se conserva la vida

Evita complicaciones y ayuda a la recuperación aplicando los conocimientos básicos y recibiendo el entrenamiento adecuado.

- Se asegura una atención avanzada

Y el traslado a un centro asistencial.

Tener siempre a mano, en lugar visible y llevar consigo el número del servicio de emergencia de su localidad. Para casos de incidentes domésticos instruir a la familia.

La persona que realice la llamada tiene que tener presente, en lo posible, la siguiente información:

- Dirección del incidente a donde debe acudir la asistencia médica.
- Tipo de incidente y lesiones.
- Cantidad de personas involucradas.
- Existencia de riesgos para terceros.
- Procedimientos iniciados (RCP, maniobras, posicionamiento, etc.).
- Siempre debe ser el último en colgar (el operador puede requerir información importante).

5 Discusión-Conclusión

- Fortalecer la prevención y fomentar las acciones tendientes a disminuir los riesgos desarrollando una conciencia comunitaria en el cuidado y el uso seguro del espacio público y laboral.

- Identificar rápidamente el tipo de emergencia a la que se enfrenta el socorrista, lo que realza la importancia de la capacitación y el entrenamiento en técnicas de primeros auxilios.

6 Bibliografía

- www.salud.gob.ar/dinesa
- <https://www.aprendemergencias.es/>
- <https://www.argentina.gob.ar/salud/>

Capítulo 11

FISIOTERAPIA PARA EMBARAZADAS - PELVIPERINEOLOGÍA

MIRIAM DE LA RIVA LARIO

1 Introducción

El parto es un proceso fisiológico y dinámico, que implica una gran exigencia física. A pesar de que muchos factores influyen en el nacimiento, cómo estés físicamente en ese momento es muy importante. Porque, tanto si te administran anestesia epidural como si no, es imprescindible tu colaboración activa para poder dar salida a tu bebé.

Estudios realizados sobre mujeres deportistas, que presumiblemente tienen mayor fuerza, tono y condición física, han revelado que los partos tienen menos duración que los de las mujeres sedentarias, debido a la mejor condición física de la madre y por tanto a que su colaboración contribuye a mejorar estos resultados. La mejor forma para hacerlo es ponernos en manos de un fisioterapeuta, que nos ayudará a tonificar, flexibilizar y controlar las estructuras musculoesqueléticas implicadas en el momento del parto. Este tipo de preparación se inicia a partir del segundo trimestre.

Lo ideal es la combinación de un trabajo aeróbico con un trabajo de tonificación mediante ejercicios supervisados de los músculos de la pelvis, la región lumbosabdominal y los miembros inferiores.

A partir de la semana 33-34 de gestación es recomendable realizar estiramientos y flexibilizar la musculatura de suelo pélvico, con el objetivo de que no sufra lesiones durante la salida del bebé. Es decir, la musculatura de suelo pélvico debe

tener un buen tono muscular, ser fuerte y, además, flexible. Con esta preparación se trata de conseguir los músculos de un gimnasta, fuertes pero flexibles.

Se realizarán actividades como:

- Ejercicios de tonificación: Se insistirá en el trabajo de los pectorales.
- Ejercicios pélvico-perineales: Un periné bien tonificado puede repararse con mayor rapidez después del parto, ayudar a evitar la episiotomía e incluso llevar a una mayor satisfacción sexual.
- Practica ejercicios para movilizar tu pelvis sobre una pelota de fitball.
- Ejercicios circulatorios: Para mejorar la circulación de miembros inferiores.
- Estiramientos Suaves: Deben realizarse con precaución y sin excederse por la laxitud existente durante el embarazo.
- Ejercicios respiratorios y entrenamiento de la expulsión: Para relajarse en las contracciones, disminuir el dolor y mejorar el trabajo del parto.
- Desbloqueo /Liberación de la pelvis.
- Masaje perineal para elastificar los tejidos.
- Relajación.

Familiarízate con la fase expulsiva practicando con el Epi-No: es un dispositivo diseñado en Alemania que está teniendo muy buenos resultados con las embarazadas. Es un biofeedback que consta de una perilla que va hinchando un globo, mientras tenemos una sonda que se introduce en la vagina y sirve como un medidor de presión, así podemos realizar distintas fases de entrenamiento con el Epi-No.

2 Objetivos

- Favorecer el parto científico humanizado mediante diferentes técnicas.
- Facilitar y fomentar la recuperación abdominopélvica postparto.
- Reforzar la musculatura pélvico-perineal con ejercicios terapéuticos específicos.
- Informar a la embarazada de la favorable necesidad de mantener una vida sana y deportiva para incentivar la fase de expulsión durante el parto.
- Plantear un protocolo de trabajo para la recuperación y evitar así la aparición de posibles disfunciones de suelo pélvico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico, Pubmed español y Embase. También hemos obtenido gran información en libros de texto de técnicas de fisioterapia y en guías de ejercicios de la esfera pélvica.

Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2013 hasta 2018. Se encontraron 18 estudios y de ellos fueron seleccionados 7 artículos para realizar este capítulo de libro.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. Los descriptores utilizados fueron: “terapia”, “tratamiento”, “fisioterapia”, “esfera”, “pélvica”.

4 Resultados

Los cambios hormonales y mecánicos producidos durante el embarazo y los efectos de la salida del bebé durante el parto constituyen los principales factores de riesgo en la aparición de disfunciones del suelo pélvico, que pueden ser: incontinencia urinaria, incontinencia anal, dispareunia, dolor pélvico y caídas de vísceras pélvicas (vejiga, útero, recto). Aunque son frecuentes tras el parto, no deben considerarse como normales tras la cuarentena.

Las medidas de prevención deben comenzar ya en el embarazo y el parto, pero es la correcta actuación en el postparto lo que evitará el agravamiento de las lesiones y la aparición de disfunciones.

La fisioterapia específica para embarazadas se realiza a las 6 u 8 semanas después del parto con el fin de detectar síntomas de disfunción de suelo pélvico e ir tratándolos cuanto antes, aunque es a partir de las 12 semanas cuando se consideran problemas.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar los test oportunos a las puérperas después del parto, con el fin de detectar síntomas de disfunción de suelo pélvico e ir tratándolos cuanto antes, independientemente del tipo de parto- aunque no presenten síntomas-, y

resulta de visita obligada en aquellas mujeres cuyos síntomas persisten transcurrido un tiempo.

Se necesitaría implantar una mejora importante en todos aquellos centros de salud implicados en los ejercicios de pelviperineología para embarazadas, empezando por ampliar el equipo multidisciplinario, ampliando las horas de actividades exclusivas de estas situaciones y creando grupos de apoyo específicos según las necesidades individuales de cada mujer.

6 Bibliografía

- Bermúdez Millán, E.; Segura García, J.M.; Peral Rodríguez, M.L.; Rodríguez García, I.M.; Morales García, M.A.; Carrión Amorós, Y.; Rosa Ruiz, S. Análisis de la bibliografía referente a la efectividad de las técnicas de fisioterapia para el tratamiento de la incontinencia urinaria tras embarazo y parto múltiple. 2017; Vol. 1: 45-48.
- Bueno Montero, E. Evidencia científica sobre la sutura continua para reparar el perineo tras el parto. 2015; Enfermería Docente 1 (103).
- Martínez Álvarez, M. Gimnasia abdominal hipopresiva y su aplicación en el postparto. 2014.

Capítulo 12

ETILISMO. PROBLEMA DE SALUD SOCIAL

EVA QUIRÓS FERNÁNDEZ

1 Introducción

El abuso del alcohol fue reconocido desde épocas anteriores como un problema social, es el hábito tóxico más extendido en el mundo. La primera definición hecha por Jellinek fue: Todo uso de bebidas alcohólicas que cause daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad, o a los dos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea: el alcoholismo es un trastorno conductual crónico manifestado por ingestas repetidas de alcohol, excesivas, respecto a las normas dietéticas y sociales de la comunidad y acaban interfiriendo la salud o las funciones económicas y sociales del bebedor.

El criterio determinista se refiere a los mecanismos básicos de la ingestión nociva del alcohol o la incapacidad del paciente para tomar la decisión de no beber, o su ineptitud para decidir hasta cuándo tomar. Esto se expresa en la práctica por los patrones de consumo siguientes:

- No poder mantenerse 2 d seguidos sin beber.
- No poder controlarse cuando se comienza a beber.
- Necesitar el alcohol para enfrentar las exigencias de la vida.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conseguir mejorar la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes con alcoholismo.

Objetivos secundarios:

- Desarrollar la atención interdisciplinar, de los pacientes con dependencia alcohólica.
- Mejorar la detección precoz del alcoholismo y de los consumos de riesgo.
- Mejorar la atención y prevención de daños en los bebedores de riesgo.

3 Metodología

Para valorar un individuo como alcohólico se tiene en cuenta que cumpla los criterios tóxico y determinista, considerándose esto como alcoholismo primario, que es la entidad clínica que se caracteriza por la incapacidad del paciente de evitar esta conducta nociva.

El alcoholismo tiene manifestaciones secundarias de afecciones que preceden a la toxicomanía y participan en su patogenia:4,5 esquizofrenia, demencia arteriosclerótica, personalidad antisocial. En estas enfermedades existe una falta de crítica o indiferencia ante las consecuencias de su consumo inadecuado; actitud explicada por la enfermedad de base o por la inexistencia de valores éticos como sería el caso del alcoholismo secundario en un antisocial, al que no le importan las consecuencias sociales de su conducta.

La clasificación del paciente alcohólico: bebedor excepcional, bebedor social, bebedor abusivo sin dependencia, bebedor dependiente alcohólico sin complicaciones, dependiente alcohólico complicado y dependiente alcohólico complicado en fase final.

4 Resultados

La línea que separa la normalidad de la enfermedad se encuentra entre el bebedor social y el bebedor abusivo sin dependencia, y después la cuantía y frecuencia de la ingestión, las deficiencias nutricionales acompañantes, que lo lleva a una desnutrición energético proteica (DEP) grave, por desequilibrio y disminución de la ingestión de nutrientes, las que conformarán las restantes posibilidades evolutivas. El abstinentes total es el que nunca bebe.

- Bebedor excepcional: bebe ocasionalmente en cantidad limitada (1 ó 2 tragos) y en situaciones muy especiales (menos de 5 veces al año).
- Bebedor social: sujeto que bebe sin transgredir las normas sociales (no satisface los criterios tóxico y determinista, pues el alcohol no le produce efectos biológicos y psicosociales nocivos y mantiene su libertad ante este).
- Bebedor moderado: consume alcohol hasta 3 veces a la semana en cantidades menores que $\frac{1}{4}$ de botella de ron, 1 botella de vino o 5 medias botellas de cerveza de baja graduación. Hasta menos de 12 estados de embriaguez ligera al año.
- Bebedor abusivo sin dependencia: sobrepasa la cantidad anterior, ingiere más de 20 % de las calorías de la dieta en alcohol (bebedor problema).
- Dependiente alcohólico sin complicaciones: se establece la dependencia física cuya manifestación clínica está dada por la aparición en períodos de abstinencia de temblores severos, nerviosidad, insomnio, cefalea y sudoración. Pueden aparecer diarreas, subsaltos musculares o cuadros de delirium subagudo.
- Dependiente alcohólico complicado: además de lo anterior presenta complicaciones psíquicas como el delirium tremens, la alucinosis alcohólica y la psicosis de Korsakov, o aparecen complicaciones somáticas como polineuropatía, esteatosis hepática, cirrosis hepática, cardiomiopatías y gastritis.
- Dependiente alcohólico complicado en fase final: es notable el deterioro físico y psíquico, y su comportamiento social. Se reduce la tolerancia al tóxico y la aparición ocasional de cuadros convulsivos. Los pacientes presentan severos cuadros de desnutrición e incluso puede aparecer cáncer del subsistema digestivo.

5 Discusión-Conclusión

El equipo de atención primaria, por su estrecha interrelación con la población, debe hacer captación de los grupos de riesgo para futuros alcohólicos y trabajar con ellos, especialmente con los adolescentes y jóvenes, y desempeña un papel fundamental en el diagnóstico precoz del alcohólico y en la atención específica de esta afección, pero sobre todo, en la prevención de esta enfermedad y en la educación para la salud de todos, haciendo énfasis en la alimentación y nutrición adecuadas para mantener un estado nutricional normal.

El enfermo alcohólico no se cura nunca, pero su calidad de vida y su salud están determinadas por no beber una gota de alcohol, desempeñando un papel muy importante la labor educativa a pacientes y familiares, en cuanto a la enseñanza de los efectos dañinos del alcohol y sus consecuencias, para evitar recaídas.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. Glosario de trastornos mentales y guía Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre diagnóstico y tratamiento del alcoholismo y otras dependencias. Madrid: Aula Médica, 2003. para su clasificación. Ginebra,1976.
- Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales y guía para su clasificación. Ginebra:OMS;1976.
- Piña CA, Madrigal BE, Cassuri GM. Daño genético producido por las bebidas alcohólicas. Ciencia y Desarrollo. Vol XVII. México,1991.
- Tiihonen J, Kuikka J, Hakola. Acute ethanol induced changes in cerebral blood flow. Am J Psychiatr 1994;151(10):1505-8.
- Taber's Cyclopedic Medical Dictionary, 17 ed. Philadelphia 1993:64.
- Guthrie HA. Introductory nutrition. Guías de la Asociación Dietética Americana para promover buena nutrición y actividad física. 1886:625.
- Sabates RJ,Md. Preventive Diet. RSMDDPA Corporation. Carillon Group.1996,54,120.

Capítulo 13

TIPOS DE VÍAS VENOSAS CENTRALES

SUSANA MARTIN LORENTE

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Una vía central es un dispositivo que se emplea para extraer sangre y administrar tratamientos, como fluidoterapia, fármacos intravenosos o transfusiones de sangre. Se introduce un tubo delgado y flexible en una vena central, por lo general la situada debajo de la clavícula (subclavia). Luego se pasa el tubo hasta la vena cava superior, la cual facilita la entrada sanguínea al corazón. Para extraer sangre o administrar líquidos, se emplea el extremo del catéter fuera del cuerpo. Un catéter central de acceso venoso se puede dejar colocado durante semanas o meses para evitar la necesidad de pinchazos múltiples. Hay varios tipos de catéteres centrales de acceso venoso, se escoge uno u otro dependiendo de la patología subyacente a tratar.

2 Objetivos

Identificar los tipos de vías centrales y sus usos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de los artículos de vías venosas centrales en bases de datos relevantes, como Pubmed, Scielo y Uptodate, con las palabras

clave: vias centrales, tipos, PICC. Como criterios de inclusión: idioma castellano e inglés y artículos gratuitos. Como criterios de exclusión: publicación previa al año 2009.

4 Bibliografía

- Cárcoba Rubio N., Ceña Santorcuato S.. Central venous catheterisation of peripheral access through seldinger technique modified in the emergency room. *Enferm. glob.* [Internet]. 2010 Oct [citado 2019 Nov 19] ; (20). Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>

Capítulo 14

SALUD BUCODENTAL

MONTSERRAT PIÑERA MATA

1 Introducción

Las enfermedades buco-dentales especialmente las caries y las periodontitis, son uno de los problemas de la salud de mayor prevalencia en los países desarrollados.

La caries es una enfermedad infecciosa, como cualquier otra de las que vemos a diario en las consultas de los servicios de salud, con la particularidad de que es la más prevalente, aunque la naturaleza poco severa de esta enfermedad y el bajo nivel socio-cultural de conocimientos educativos hace que sea una de las menos consultadas.

La caries es, además, un proceso crónico, recurrente, acumulativo e irreversible (sin curación espontánea), que afecta a los tejidos calcificados de los dientes, provocando cambios de coloración, pérdida de translucidez y descalcificación de los mismos con formación de cavidades. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la 3ª calamidad sanitaria después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

Se calcula que afecta al 95% de los adultos de las naciones occidentales.

Se localiza preferentemente en las caras oclusales de los molares temporales y permanentes y en las caras proximales de la dentición temporal.

Las enfermedades periodontales son infecciosas, recurrentes y no tienen curación espontánea. El término "enfermedad periodontal" se utiliza para denominar a un conjunto de enfermedades caracterizadas por la afectación de los tejidos que forman las estructuras que protegen y dan soporte a los dientes (periodontal) a saber: encías, cemento radicular, hueso alveolar y ligamento periodontal.

2 Objetivos

Mediante educación Sanitaria se pretende modificar los conocimientos, actitudes y comportamientos de los individuos, bien sea individualmente o en grupo, con el fin de aumentar el nivel de salud de la población.

En España, la caries dental es un problema de salud de moderada prevalencia. La elevada morbilidad por caries y periodontopatías, y la alta sensibilidad y eficacia de las principales medidas preventivas, justifican el programa.

La detección de individuos de riesgo elevado de padecer caries es la principal intervención a realizar desde los servicios sanitarios públicos, especialmente desde la atención primaria de salud y dirigida a la población escolar y es en estos equipos de Atención Primaria y en las Unidades de Salud Bucodental dónde se ha detectado un mal estado de la Salud Bucodental de la población de la zona y una escasa concienciación sobre su importancia, así como pocos conocimientos sobre como realizar la higiene bucodental.

Objetivo generales

- Adquirir un concepto claro y amplio de la función y consecuencias de una buena o mala Salud Bucodental.
- Colaborar en la adquisición de un buen hábito de salud bucodental.

Objetivos específicos

- Motivar una higiene bucodental correcta.
- Desarrollar una conducta y actitud positiva.
- Identificar la placa bacteriana (microorganismos) y su relación con la producción de caries y sangrado de las encías (gingivitis).
- Identificar los alimentos cariógenos y su relación con la producción de caries.
- Valorar las consecuencias, a largo plazo, de una deficiente higiene bucodental (caries, gingivitis, enfermedad periodontal) y las consecuencias estéticas.
- Conocer la técnica correcta del cepillado y de utilización de la seda.

3 Metodología

Se pretende realizar un estudio de investigación sobre la salud bucodental en la población de nuestro entorno para conocer el verdadero impacto que puede ocasionar una mala higiene bucodental.

Para la elaboración del estudio se realizará una investigación consistente en

una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Una búsqueda sistemática de libros y también de artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Bibliografía

- Fundamentos de enfermería en A. P. "Editorial Síntesis".
- Fundamentos de Periodoncia. "Editorial Mosby Year Book".
- Programa de Salud Bucodental en personas con discapacidad intelectual. Dirección General de Salud Pública. 2003.
- Programa de Salud Bucodental. Gerencia de Plasencia. 1995.
- Programa Escolar Colgate de Higiene Bucodental.
- Proyecto de Salud Bucodental. C.S. Plasencia II. 2000.
- Salud Pública y Educación para la Salud. "Editorial Icepts".
- Tratado de higiene dental. "Editorial Salva".

Capítulo 15

HIGIENE DE MANOS COMO ESTRATEGIA FUNDAMENTAL EN EL CONTROL DE INFECCIONES

MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

GRACIELA ZAPICO LÓPEZ

1 Introducción

La infecciones sigue constituyendo un grave problema de salud pública en todo el mundo. Entre sus principales medidas de prevención y control está el lavado de manos, que según Semmelweis y Florence Nightingale, es un instrumento importante para la reducción de sus índices.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo consiste en estudiar la bibliografía referente sobre la importancia del lavado de manos para el control de infecciones.

3 Metodología

Se planteó una estrategia de revisión bibliográfica sobre el lavado de manos del personal sanitario. Se buscaron publicaciones posteriores al 2009 cuyo idioma

fuera el español, sólo se estudiaron textos completos. Se utilizaron bases de datos como el Scielo o Pubmed. Los criterios de inclusión fueron estudios sobre lavado de manos y los criterios de exclusión fueron textos no disponibles en español y sin texto completo.

4 Resultados

Se encontró un estudio publicado en el 2011, publicado por dos enfermeras (MS Coelho y C. Silva Arruda). Se analizó la frecuencia de lavado de manos por las enfermeras. En el análisis de los datos se determinó que 78% de los profesionales son mujeres. Con respecto a la edad, la mayor frecuencia se produjo en el grupo de 26 a 45 años con 60%. Entre las categorías profesionales, 36% son enfermeras, 58% técnicos de enfermería y 6% auxiliares de enfermería. Con respecto a la formación o actualización en el ámbito de la infección hospitalaria, se encontró que 48% de los profesionales no lo han hecho. Sobre el lavado de manos, 98% respondió que lo hacen desde el principio hasta el final de la jornada, 96% entre uno u otro procedimiento y 86% después de la retirada de guantes. Entre los productos utilizados, se observó gran adhesión a agua y jabón, práctica citada por 92% de los profesionales, seguida por el alcohol en gel (44%).

5 Discusión-Conclusión

Se pudo concluir que, aunque los profesionales saben la importancia de lavarse las manos y dicen realizar con frecuencia la atención de los pacientes, para llevar a cabo efectivamente la técnica, se muestran con una baja adhesión, indicando la necesidad de una mayor participación en la formación y actualización sobre el tema.

6 Bibliografía

- Coelho M, Arruda C, Simões S. HIGIENE DE MANOS COMO ESTRATEGIA FUNDAMENTAL EN EL CONTROL DE INFECCIÓN HOSPITALARIA: UN ESTUDIO CUANTITATIVO [Internet]. *Revistas.um.es*. 2019 [cited 16 May 2019]. Available from: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115161>

Capítulo 16

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA.

MARÍA ESTHER PELÁEZ SÁNCHEZ

CLAUDIA AMOR CANTERO

JESSICA RODRÍGUEZ REBOLO

LORENA FERMOSO NUÑO

1 Introducción

El alcohol es la droga más consumida en el mundo con una tradición cultural hacia su consumo. Es un depresor del sistema nervioso central capaz de causar tolerancia, dependencia y adicción.

En España el consumo de alcohol supone un importante problema de salud pública. El 22% de los hombres y el 10,6% de las mujeres son bebedores de riesgo. La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 13,9 años. El 22,2% de los jóvenes entre 14 y 18 años se emborracha una vez al mes y el 31,9% realiza un consumo de riesgo los fines de semana, siendo más frecuente entre las chicas.

2 Objetivos

- Detección precoz del Síndrome de abstinencia alcohólica por el personal de enfermería.

- Revisión de la bibliografía disponible sobre el síndrome de abstinencia alcohólica en pacientes hospitalizados.

3 Caso clínico

Varón de 50 años, ingresado en planta , intervenido de prótesis de rodilla hace 48h. Antecedentes personales: Infarto agudo de miocardio . Hipertensión arterial. Insuficiencia renal crónica. No intervenciones quirúrgicas. Presenta hiperactividad autonómica: Hipertensión arterial, taquicardia, temblor distal en manos, insomnio, náuseas y vómitos, alucinaciones (especialmente visuales y táctiles), agitación y ansiedad.

- Valoración:

Preguntar patrón de consumo: frecuencia, tipo, cantidad y consumo de otras sustancias. Valoración física general: estado general de salud, deterioro físico, perfil nutricional, patrón de descanso y enfermedades asociadas. Toma de constantes vitales. Aviso a médico responsable para continuar el resto de pruebas necesarias.

- Diagnóstico :

Los test más utilizados para cribado de bebedor de riesgo son :

MALT: detección del paciente alcohólico.

CAGE: screening del alcoholismo.

AUDIT: detección de bebedores de riesgo.

Criterios de bebedor de riesgo:

- 40 gr/día de alcohol en hombres.
- 24 gr/día de alcohol en mujeres.
- Cualquier consumo en embarazo, en menores de 16 años, personas enfermas o con tratamientos o que realicen actividades que desaconsejen el consumo de alcohol.

4 Resultados

La probabilidad y severidad del síndrome de abstinencia alcohólica varía en función de la cantidad de alcohol y el tiempo de consumo. Suele aparecer entre las 4 y las 12 horas tras la última ingesta, alcanzando el pico máximo a las 48 horas. Puede prolongarse hasta pasadas las 96 horas.

- Plan de cuidados:

Control de ansiedad. Técnicas de relajación.

Manejo de la conducta.

Mantener signos vitales, evitar depresión respiratoria, posibles aspiraciones, hipoglucemia y shock.

Administración de la medicación pautada según orden médica.

5 Discusión-Conclusión

Se valora la importancia del papel de la enfermería en el reconocimiento precoz de los síntomas del síndrome de abstinencia alcohólica. Además la persona alcohólica suele negar el problema, por lo que se suele detectar el cuadro cuando el paciente está en síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia alcohólica durante los ingresos hospitalarios es un problema con una alta prevalencia y, sin embargo, la tasa de detección por parte de los profesionales sanitarios es deficiente. Es importante tomar conciencia en el ámbito hospitalario de la problemática y optimizar la detección precoz de estos pacientes.

Las benzodiacepinas son los fármacos de elección en el tratamiento del síndrome de abstinencia alcohólica durante el ingreso hospitalario de los pacientes, pudiendo ser administrada en un esquema de dosis fija, esquema de dosis de carga o un esquema basado en los síntomas.

6 Bibliografía

- Taheri A, Dahri K, Chan P, Shaw M, Aulakh A, Tashakkor A. Evaluation of a symptom-triggered protocol approach to the management of alcohol withdrawal syndrome in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62:1551-5.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en población general en España. Edades 2011-2012. [consultado 12 Ene 2015] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es>.
- Muzyk AJ, Leung JG, Nelson S, Embury ER, Jones SR. The role of diazepam loading for the treatment of alcohol withdrawal syndrome in hospitalized patients. *Am J Addict.* 2013;22:113-8.

- Minozzi S, Amato L, Vecchi S, Davoli M. Anticonvulsants for alcohol withdrawal. Cochrane Database Syst Rev. 2010; 3:CD005064.
- Keating GM. Sodium oxybate: a review of its use in alcohol withdrawal syndrome and in the maintenance of abstinence in alcohol dependence. Clin Drug Investig. 2014;34:63-80.

Capítulo 17

IDENTIFICACIÓN CÓDIGO ICTUS

BELEN ROZADA FUENTE

1 Introducción

Los términos ictus, infarto cerebral, derrame cerebral o, menos frecuentemente, apoplejía son utilizados como sinónimos de la expresión ataque cerebrovascular. Anteriormente se lo llamaba accidente pero pasó a denominarse ataque porque un accidente se puede prevenir. Hoy en día, es cada vez mas frecuente la presencia de esta patología en nuestra sociedad, bien por su incidencia, como por el aumento de estrategias para prevenirla. Afecta tanto a individuos jóvenes sin patología aparente como a personas de mas edad y pluripatología. Su identificación y la actividad de estrategias para su atención temprana, se difunden en nuestra sociedad.

2 Objetivos

General:

- Implantar cuidados estandarizados, basados en evidencia, para los pacientes caso Código Ictus que se integren en el plan de cuidados, en la Red Sanitaria de Utilización Pública.

Específicos:

- Determinar los cuidados basados en evidencia, utilizando la taxonomía NIC, para pacientes caso Código Ictus.
- Describir la funcionalidad y registros necesarios para implementar estos cuidados en las aplicaciones informáticas OMI™, Selene™ y Millenium™.

- Formar a las enfermeras en la atención a los pacientes caso Código Ictus, según el plan de formación del Servicio de Calidad de la Dirección General de Planificación de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.

3 Metodología

Se formó un grupo de enfermeros con representantes de Atención Hospitalaria y Primaria, que reunió expertos en cuidados de neurología, metodología enfermera, historia clínica electrónica y definición e implementación de procesos de cuidados.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica por pares para determinar los cuidados basados en evidencia a aplicar en los tres ámbitos, en los que se presta atención a los pacientes en CI.

Coordinación entre equipos de Atención Primaria, SAMU y urgencias hospitalarias. Se realizó trabajo online y posteriormente se llevaron a cabo reuniones presenciales en las que se seleccionaron los cuidados basados en evidencia a realizar en cada uno de los ámbitos teniendo en cuenta nuestro contexto.

Se agruparon los cuidados en tres categorías:

- Los relacionados con diagnósticos de enfermería.
- Los relacionados con pruebas diagnósticas.
- Los relacionados con la vigilancia de la aparición de complicaciones de la enfermedad o pruebas diagnósticas.

4 Resultados

Se determinaron los cuidados para estas complicaciones considerando la broncoaspiración como el diagnóstico de enfermería riesgo de aspiración; se ha añadido también otro diagnóstico de enfermería, riesgo de retención urinaria, ya que en ambas situaciones las enfermeras pueden llevar a cabo intervenciones autónomas que monitorizan y disminuyen estos riesgos.

El resto de complicaciones se han considerado como complicaciones potenciales, o problemas interdependientes, en las que las intervenciones de las enfermeras van dirigidas, en general, a su detección precoz.

Tanto en el caso de los diagnósticos de enfermería como de las complicaciones

potenciales, se han seleccionado las intervenciones de enfermería, según la taxonomía NIC, que se han de llevar a cabo en cualquier ámbito de atención, y las específicas que proceden en situaciones determinadas, como es el caso de la fibrinólisis (a tener en cuenta el hospital central, como hospital de referencia con servicio de neurocirugía).

En la selección de actividades de cada una de las intervenciones, se han seleccionado únicamente las que corresponden a la situación Código Ictus. Se han omitido las relacionadas con la administración de medicamentos, salvo aquellas de especial relevancia. Se han determinado también las intervenciones NIC en respuesta a requerimientos terapéuticos siempre que ha sido posible y se ha empleado el lenguaje natural cuando no existía intervención en esta taxonomía.

5 Discusión-Conclusión

Dentro de la actualización del Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) Guía de Recomendaciones Clínicas. Ictus, se hace necesario determinar, en una primera fase, los cuidados de enfermería para aquellos pacientes que cumplen criterios de inclusión en el Código Ictus (CI). Se pretende asegurar que la atención sea de calidad, eficiente, sostenible y equitativa, independientemente del Área Sanitaria en la que se reciban los cuidados.

En la actualidad la atención de enfermería a estos pacientes, aunque hay un protocolo vigente, no está estandarizada ni soportada por taxonomías enfermeras y queda circunscrita al ámbito en el que se recibe. A menudo tiene un bajo registro en la historia clínica del paciente y no se integra con el plan de cuidados que se le realiza una vez ingresado.

Los cuidados a los pacientes caso Código Ictus han de enmarcarse en este proceso teniendo en cuenta que en las situaciones de atención urgente, como es el caso, no se utiliza el proceso completo, se pasa directamente a la fase de intervención, con protocolos de intervenciones NIC estandarizadas dirigidas, en el caso de CI, a vigilar posibles complicaciones del paciente.

Estos cuidados han de integrarse posteriormente con el plan de cuidados que se le hará al paciente una vez hospitalizado y que tendrá continuidad con el de Atención Primaria. Para que esto sea posible y para facilitar la continuidad en los cuidados, es necesario nombrarlos utilizando taxonomías enfermeras, en este caso como ya se ha comentado, la taxonomía NIC.

6 Bibliografía

- Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2015). . Barcelona: Elsevier.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014). Nursing Outcomes Classification (NOC). London: Elsevier Health Sciences.
- Bulechek, G. (2013). Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby.
- Carpenito, L. (1998). . Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
- Grupo de trabajo PCAI Ictus (2014). Guía de recomendaciones clínicas Ictus actualización. (Guía clínica) Oviedo: Dirección General de Innovación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias.
- Middleton, S., Grimley, R., & Alexandrov, A. (2015). Triage, Treatment, and Transfer. Stroke, 46(2), e18-e25. doi:10.1161/strokeaha.114.006139 .
- Murie-Fernández, M., Carmona Iragui, M., Gnanakumar, V., Meyer, M., Foley, N., & Teasell, R. (2012). Hombro doloroso hemipléjico en pacientes con ictus: causas y manejo. Neurología, 27(4), 234-244. doi:10.1016/j.nrl.2011.02.010
- Coskun Benlidayi, I., & Basaran, S. (2013). Hemiplegic shoulder pain: a common clinical consequence of stroke. Practical Neurology, 14 (2), 88-91.
- <http://blog.cofm.es/>.

Capítulo 18

TRABAJAR EN TURNO DE NOCHE Y LAS REPERCUSIONES PARA ENFERMERIA

CANDIDA M. GONZALEZ TORO

1 Introducción

El trabajo de enfermería implica una actividad constante las 24h del día, durante los 365 días del año. Esta necesidad continua de cuidados desemboca en unos horarios laborales y un ritmo de vida que implican mucho estrés. Los turnos de noche y las guardias fuera de horario de trabajo han demostrado en los últimos años, tener graves repercusiones para los trabajadores.

2 Objetivos

- Identificar como influye en la vida de una enfermera, el trabajo en horario nocturno.
- Conocer las consecuencias del cambio del ritmo circadiano natural debido a los horarios de trabajo.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros y bases de datos científicas como Scielo, Medline, google académico...

Palabras clave utilizadas: Turno de noche, ritmo circadiano, enfermería, riesgos.

4 Resultados

Las condiciones en las que se desempeña un puesto de trabajo influyen de forma significativa en la salud mental y física de los trabajadores.

Durante el sueño se producen muchos cambios fisiológicos en la respiración, función cardíaca, tono muscular, temperatura, función hormonal etc... ya que todo ser viviente está comandado por el reloj biológico que constituye el ritmo circadiano (oscilaciones de las variables biológicas en intervalos regulares de tiempo).

Es muy importante saber la importancia de las variaciones fisiológicas que se dan durante el sueño y cómo la ausencia o desplazamiento de éste, conduce a trastornos en las personas:

- Hay evidencia de que estos efectos negativos van en aumento con la edad.
- El trabajo nocturno afecta negativamente a los hábitos de alimentación, sueño, actividad física, vida social y favorece la aparición de enfermedades.
- Hay relación entre las guardias nocturnas y la aparición del síndrome de burnout, que aparece como una respuesta al estrés laboral prolongado. Quienes lo padecen se sienten agotados, cansados, desgastados emocionalmente.
- Repercute negativamente en la vida familiar y en la conciliación, pues es difícil combinar estos horarios de trabajo con los horarios de sus familias.
- Afecta a la salud mental de los individuos, por todos los cambios neurobioquímicos, con riesgo de padecer depresión y abuso de medicamentos.
- Las alteraciones del ritmo circadiano a largo plazo puede tener consecuencias adversas en múltiples sistemas, particularmente en el desarrollo de exacerbaciones de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial...
- Puede producir trastornos gastrointestinales, siendo frecuente el aumento de peso y la úlcera péptica, así como aumento del riesgo de diabetes.
- Hay evidencia de que el trabajo por turnos podría influir en el riesgo de cáncer y es más fuerte en el cáncer de mama, aunque el riesgo de cáncer de próstata, colorrectal y leucemia linfática crónica también podría aumentar por el trabajo de turnos. En esto todavía hay que seguir estudiando, pues los estudios son escasos.

Las enfermeras que trabajan a turnos diferentes pueden mejorar la tolerancia a los turnos cuando aprenden a adoptar medidas para reducir las variaciones en los cambios del sueño. Los turnos nocturnos deben contar con rotaciones que faciliten los descansos oportunos donde se respete al máximo los ciclos de sueño y descanso de las enfermeras.

5 Discusión-Conclusión

Están ampliamente demostradas las repercusiones que tiene el turno de noche en la salud de las enfermeras. Es necesaria una adecuada educación hacia los trabajadores en materia de estilo de vida, así como su participación activa en la toma de decisiones de turnicidad, la detección precoz de factores de riesgo psicosociales y la adopción de medidas preventivas. La gestión de los hospitales deben mejorar las horas de descanso del personal, adecuando rotaciones adecuadas para disminuir la continuidad en un horario de noche. Se deberían implantar programas de evaluación sobre el impacto de los turnos de noche, pues esos trabajadores son los encargados de brindar atención sanitaria a la población

6 Bibliografía

- Ramirez-Elizondo,N; Paravic-klijn, T. ; Valenzuela-Suazo,S. Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería. Index de enfermería. 2013. Vol 22, P. 152-155.
- Triguero, M.; Gil, J. ; Machín, T; Fernández, B. Efectos del trabajo nocturno en trabajadores de la salud de un hospital público universitario en la ciudad de Pinar del Río, cubo. Psicología: Teoría e práctica. 2009;11(3): 54-62.
- Deschamps, A. ; Olivares ,SB;De la Rosa, L; Asunsolo, A. Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición en el síndrome de burnout en médicos y enfermeras. 2011; 57:224.

Capítulo 19

LA CONCILIACIÓN LABORAL EN SANIDAD. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

MANUEL LOBO GONZÁLEZ

1 Introducción

”La conciliación personal, familiar y laboral se puede definir como la participación equilibrada entre mujeres y hombres en la vida familiar y en el mercado de trabajo, conseguida a través de la reestructuración 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”. (1)

Este debate se encuentra abierto en todos los países desarrollados; en las últimas décadas hemos asistido a procesos de cambio de gran calado en distintas estructuras sociales y económicas. Se ha avanzado en la adopción de medidas legislativas, administrativas y sociales, que en la mayoría de los casos aún no logran alcanzar el objetivo pretendido. El sector sanitario no es ajeno a esta problemática.

Como datos a destacar, hablamos de un sector: con precariedad laboral (altas tasas de temporalidad), integrado en su mayoría por mujeres, con la dificultad añadida de turnos variables y difíciles de cambiar (guardias, noches, festivos), el aspecto económico (el salario se reduce según las horas de trabajo reducidas).

2 Objetivos

Analizar y sintetizar el contenido de la evidencia científica publicada referente a la conciliación laboral en sanidad.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura científica publicada desde el año 2014 hasta la actualidad, en las principales bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud: Pubmed y en distintas guías de referencia. Los descriptores utilizados fueron: Conciliación laboral en sanidad (labor conciliation in health), equilibrio familiar y trabajo (work family balance).

Criterios de inclusión de los artículos:

- Categoría “revisión bibliográfica”.
- Inglés y español.
- Publicados en los últimos 5 años.

Criterios de exclusión:

- Artículos que no dispongan del texto completo en castellano o inglés.
- Estudios publicados con anterioridad al año 2014.
- Aquellos que no guardaran relación con el tema descrito.

El proceso de selección de artículos se dividió en dos fases. En la primera se analizaron los datos de la búsqueda a partir de la información proporcionada por título, resumen y el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. En la segunda fase se realiza la extracción de datos realizando la lectura a texto completo para así seleccionar aquellos de interés para la revisión.

4 Resultados

Los resultados obtenidos de la búsqueda citada anteriormente son los siguientes: en la base de datos Dialnet se obtuvieron 40 resultados, en la base de datos PubMed se obtuvieron 1609 resultados. Al realizar la búsqueda aplicando filtros según criterios de inclusión en el título, el resumen y el asunto, empleando también el filtro de los textos completos se obtuvieron 58.

Se procedió a la lectura del título y el resumen de cada uno de ellos, descartando los que por su temática no nos resultaban útiles, y por último se efectuó una lec-

tura completa de los 12 artículos restantes, eliminando aquellos que no cumplían criterios, quedándonos finalmente con estos, cuyos títulos y autor exponemos a continuación:

- Declaraciones de consenso de Working Time Society: efectos basados en la evidencia del trabajo por turnos y las horas de trabajo no estándar en los trabajadores, la familia y la comunidad. (Working Time Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work and non-standard working hours on workers, family and community). Arlinghaus A, Bohle P, Iskra-Golec I et al.
- Los efectos de la interfaz trabajo-familia en la satisfacción y el bienestar específicos del dominio en todas las naciones: los efectos moderadores de la cultura individualista y el desarrollo económico. (The effects of work-family interface on domain-specific satisfaction and well-being across nations: The moderating effects of individualistic culture and economic development). Xu S, Wang Y, Mu R et al.
- Examen de la hipótesis de la doble carga: una revisión sistemática del conflicto trabajo-familia y la ausencia por enfermedad. (Examination of the double burden hypothesis-a systematic review of work-family conflict and sickness absence). Nilsen W, Skipstein A, Ostby KA et al.
- La perspectiva de la madre: factores considerados al elegir entrar en una relación de padre y madre que trabaja en casa. (The Mother's Perspective: Factors Considered When Choosing to Enter a Stay-at-Home Father and Working Mother Relationship). Rushing C, Sparks M.
- Equilibrio trabajo-vida: Golpeando los acordes correctos para la armonía. (Work-Life Balance: Striking the Right Chords for Harmony). Morparia K.
- Trabajadoras latinas en Carolina del Norte: organización del trabajo, responsabilidades domésticas, salud y vida familiar. (Latina Workers in North Carolina: Work Organization, Domestic Responsibilities, Health, and Family Life). Rodriguez G, Trejo G, Schiemann E, et al.
- Más allá de la "integración" entre el trabajo y la vida. (Beyond Work-Life "Integration"). Williams JC, Berdahl JL, Vandello JA.
- Influencia de las variables de amortiguación en el lugar del trabajo y en la familia sobre la probabilidad de sufrir estrés. (Influence of Cushioning Variables in the Workplace and in the Family on the Probability of Suffering Stress). Gonzalo DC.
- Desarrollo y crisis de las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar en España (1997-2014). Un marco explicativo. Campillo Poza I.
- Condiciones laborales del trabajo nocturno. Corrales Moreno MA.
- Breve apunte normativo sobre la conciliación entre la vida familiar y laboral. Martín Rodríguez MA.

- Investigar la calidad de vida y el estado de equilibrio entre vida y trabajo de las enfermeras en Singapur. Kowitlawakul Y, Yap SF, Makabe S et al.

En esta nueva realidad social, las fronteras entre lo “personal” y lo “profesional” están cada vez más diluidas. Los cambios en el orden social, los nuevos modelos de familia y la atención a los dependientes se unen a la problemática de conciliar trabajo, familia y vida personal. La Administración debe promover normativamente medidas eficaces de conciliación en clave de igualdad y otra serie de medidas orientadas a realizar fines de igualdad y corresponsabilidad.

¿Qué efectos positivos encontramos en estas políticas? El aumento de la productividad, la reducción del absentismo, la mejora del clima laboral, el trabajo en un entorno flexible, tecnológicamente avanzado y el empoderamiento de los empleados. Buscamos un empleado responsable con la consecución de unos objetivos, sin supervisión, sin horarios, que organice sus tiempos y difumine sus esferas personal y profesional, sin que ninguna de ellas salga dañada; y a mayores, que se haga responsable de su salud, gestione su estrés, y organice sus tiempos de formación u otros de interés para su desarrollo vital.

Estas afirmaciones suenan utópicas cuando volvemos la mirada a nuestros profesionales sanitarios. Prácticamente todo se reduce a reducciones de jornada o excedencias, con la correspondiente repercusión económica y además, con una duración determinada. A la hora de analizar que estudios y que evidencia científica se ha publicado en los últimos años, en relación a la conciliación laboral en sanidad, hemos observado que en las principales bases de datos, apenas encontramos estudios importantes sobre el tema en cuestión. En definitiva, es innegable que se han producido avances en los últimos años, pero el panorama sigue siendo de una gran complejidad, por lo que necesitamos mayores estudios que profundicen en el tema, que sean capaces de analizar la efectividad y la eficacia de las medidas existentes en la actualidad, y que puedan avanzar hacia nuevas medidas que permitan alcanzar tal fin.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental conocer los efectos indeseables y nocivos que puede tener para el profesional sanitario los problemas de conciliación laboral. No tener en cuenta los problemas derivados de esta situación puede suponer un aumento de los problemas sanitarios con el consiguiente costo económico y aumento de morbilidad en los usuarios del sistema sanitario.

6 Bibliografía

- Conciliación entre la vida familiar, laboral y social. Jornada organizada por la Asociación de Mayores de Madrid XXI y la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. 2014. Madrid.
- Arlinghaus A, Bohle P, Iskra-Golec I, Jansen N, Jay S, Rotenberg L. Working Time Society consensus statements: Evidence-based effects of shift work and non-standard working hours on workers, family and community. *Ind Health*. 2019 Apr 1; 57(2):184-200.
- Xu S, Wang Y, Mu R, Jin J, Gao F. The effects of work-family interface on domain-specific satisfaction and well-being across nations: The moderating effects of individualistic culture and economic development. *Psych J*. 2018 Dec; 7(4):248-267.
- Nilsen W, Skipstein A, Østby KA, Mykletun A. Examination of the double burden hypothesis-a systematic review of work-family conflict and sickness absence. *Eur J Public Health*. 2017 Jun 1; 27(3):465-471.
- Rushing C, Sparks M. The Mother's Perspective: Factors Considered When Choosing to Enter a Stay-at-Home Father and Working Mother Relationship. *Am J Mens Health*. 2017 Jul; 11(4):1260-1268.
- Morparia K. Work-Life Balance: Striking the Right Chords for Harmony. *Front Pediatr*. 2016 Jan 12; 3:122.
- Rodriguez G, Trejo G, Schiemann E, Quandt SA, Daniel SS, Sandberg JC, Arcury TA. Latina Workers in North Carolina: Work Organization, Domestic Responsibilities, Health, and Family Life. *J Immigr Minor Health*. 2016 Jun; 18(3):687-96.
- Williams JC, Berdahl JL, Vandello JA. Beyond Work-Life "Integration". *Annu Rev Psychol*. 2016; 67:515-39.
- Gonzalo DC. Influence of Cushioning Variables in the Workplace and in the Family on the Probability of Suffering Stress. *Saf Health Work*. 2016 Sep; 7(3):175-84.
- Campillo Poza I. Desarrollo y crisis de las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar en España (1997-2014). Un marco explicativo. *Investigaciones feministas*. Nº. 5, 2014. (Ejemplar dedicado a: Monográfico: Políticas públicas en tiempos de crisis. Un análisis desde la perspectiva de género), págs. 207-231.
- Corrales Moreno MA. Condiciones laborales del trabajo nocturno. Tesis doctoral dirigida por Lourdes López Cumbre (dir. tes.). Universidad de Cantabria (2016).
- Martín Rodríguez M.A. Breve apunte normativo sobre la conciliación entre la vida familiar y laboral. Reflexiones académicas para la elaboración del Plan Estratégico de Ayuda a la Familia de Castilla-La Mancha: 2013-2016/ coord.. por Cristina Galán Torrecilla, Silvia Valmaña Ochaíta, María Paloma Gómez García.

2014, págs. 223-237.

- Kowitlawakul Y, Yap S.F., Makabe S, Chan S, Takagai J, et al. Investigar la calidad de vida y el estado de equilibrio entre vida y trabajo de las enfermeras en Singapur. *International nursing review en español: revista oficial del consejo Internacional de Enfermeras*. Vol. 66, N°. 1 (Marzo 2019), págs. 66-74.

Capítulo 20

HISTORIA DE VIDA: ROL DE CUIDADORA PRINCIPAL

VANESA OCAÑA DIAZ

1 Introducción

La vida de una persona que desempeña el rol de cuidador es una tarea ardua, constante y sacrificada que en la disciplina de la enfermería supone un nuevo campo de investigación por la gran repercusión que tiene y porque en muchas ocasiones este cuidador es un familiar directo. Teniendo en cuenta la visión holística de la persona, es importante conocer la perspectiva, experiencia y opinión de estos cuidadores.

En el presente trabajo, doy a conocer la vida de una cuidadora directa que adquiere el rol de cuidador en varias ocasiones. Nos muestra su evolución, su perspectiva sobre cuidados de salud y su opinión respecto a enfermería y el Sistema Sanitario. En el trabajo que a continuación se expone, se lleva a cabo un relato biográfico que recoge la experiencia vivida por una persona que desempeña cuidados de salud hacia otra persona en estado de dependencia total.

Diariamente, nos encontramos en el marco de atención primaria como especializada, familiares directos o no que desempeñan el rol de cuidador. Por ello, he querido plasmar en este trabajo de investigación cualitativa de carácter descriptivo, una historia de vida. De este modo, el relato en sí y la persona que nos facilita la información constituyen una gran importancia. (1)

Este relato biográfico establece una entrevista sobre la experiencia personal del entrevistado en el cuidado de una persona dependiente durante más de una dé-

cada, aunque durante la entrevista, el cuidador que nos describe su historia de vida nos narra más experiencias sobre cuidados de salud.

Se pretende demostrar con este trabajo, que no solo el profesional de enfermería o auxiliar son los principales cuidadores de salud para observar la metodología de los cuidados, sino que muchas personas (como la cuidadora entrevistada) realizan cuidados de salud. A su vez, quiero reflejar también la opinión y sentimientos de la misma, cuando tuvo que pasar por experiencias de cuidados de salud con personas cercanas como su marido o hija y su propia visión del sistema sanitario y de los profesionales de salud.

En este trabajo de historia de vida, he empleado tres fuentes principales: el vídeo, grabación de voz, y la propia entrevistada, además de una serie de libros, documentos y artículos por los cuales hemos realizado la entrevista a esta señora, y hemos podido analizar críticamente la entrevista y dar nuestra opinión personal de nuestro trabajo.

En la transcripción de la entrevista S.Q.R. expone su historia de vida, explica los acontecimientos por los cuales se dedicó al cuidado durante muchos años de distintos familiares cercanos a ella, y como conclusión hemos incluido cuestiones de actualidad y de opinión de la entrevista que creemos que puede ser un dato importante para poder analizar cómo se vive y se ve la Sanidad en nuestros tiempos, desde el punto de vista de la entrevistada, adoptando una actitud objetiva y crítica hacia el sistema actual.

2 Objetivos

- Conocer la realidad que vive el cuidador principal a través de la transcripción de la entrevista que se realiza más abajo.
- Comprender esta realidad.
- Dar una perspectiva a través de la entrevista, del plano psicológico y social de un plan de cuidados que realiza un familiar a través del rol de cuidador y la carga de trabajo que supone.

3 Metodología

Este trabajo se realizó teniendo en cuenta una demanda actual y de gran prevalencia. ¿Cómo se siente el familiar que actúa desde el rol de cuidador? ¿Qué necesidades diarias manifiesta? ¿Cuál es su experiencia respecto al desempeño de este

rol? ¿Qué ayudas percibe que puede o podría tener cuando se cuida a un familiar directo?

Es un relato biográfico que comporta un estudio de investigación cualitativo descriptivo. El material que se necesita para su realización fue principalmente:

- La principal pregunta o necesidad vislumbrada que nos llevó a realizar este trabajo.
- La persona entrevistada.
- Lo medios físicos (una habitación cómoda tanto para el entrevistador como la persona entrevistada)
- Una grabadora.
- Un cuaderno de campo.

Analizando uno a uno los materiales que nos llevaron a realizar este trabajo, comenzamos aclarando que los criterios de inclusión para escoger a la persona que se le va a entrevistar, era: ser familiar de la persona dependiente (para poder observar también el ámbito psicológico, familiar y moral de su historia de vida); ser su principal cuidador (para conocer la carga de trabajo real que desempeña); haber tenido varias personas a su cargo durante su vida (para comparar las distintas situaciones y cargas respecto al rol de cuidador) y que fuese una persona cercana al entrevistador, para crear un ambiente cómodo, cercano e íntimo que facilitase la entrevista y evitar forzar las preguntas.

Es de especial importancia, que esta entrevista pareciese más una conversación informal que la propia entrevista dicha para facilitar el relato y la expresión de sentimientos. Como el ámbito en el que se desarrolla este trabajo es en el ámbito asistencial salud- enfermedad, se escogió a una persona que cumpliera este requisito. La persona entrevistada, se llama Silvia y es tía política de la persona autora de este relato biográfico.

Se usó como medio físico la casa de Silvia, más concretamente el salón de su casa. Tras esto, se planteó un esquema con las principales preguntas: En una parte inicial, una breve introducción al contexto familiar y laboral de la entrevistada. En segundo lugar, que me expusiese el caso del cuidado de un familiar más largo que hubiese tenido (y conocer así el contexto económico y cultural durante estos cuidados). En tercer lugar, que me relatase otros casos de cuidados familiares que hubiese tenido. En cuarto lugar, que nos expresase sus emociones y el cambio moral y personal que supone el cuidado de personas dependientes. En quinto lugar, que nos exponga su visión personal sobre el sistema sanitario y la labor del personal que desempeña su función en él.

Tras esto, voy a describir brevemente cómo se llevó a cabo la entrevista con todos los materiales anteriormente expuestos:

- En una primera instancia, se concertó una cita personal e íntima, para comentarle los objetivos, y la metodología a realizar. La persona entrevistada estuvo de acuerdo y tras pedirle su consentimiento verbal para tratar los datos, se comenzó a elaborar un organigrama para este trabajo.
- El mismo, ha sido estructurado de la siguiente manera: en un período de dos horas aproximadamente se hizo el guion sobre la entrevista, escribiendo principalmente en un borrador las preguntas que queríamos que entrasen en la entrevista. Una vez hecho el borrador, en un plazo de una semana estuve buscando el vídeo y grabadora de casete y hablé con la entrevistada para acordar el día de la entrevista. Debo añadir, que este tiempo se alargó una semana porque la entrevistada estuvo ingresada en el hospital por un problema de salud. Una vez pasado este plazo, un miércoles fui a su domicilio y realizamos la entrevista, que duró unos 80 min más o menos. Durante la entrevista decidí cambiar la forma de llevarla a cabo, porque pensé que sería mejor que Silvia contara su historia de vida, y durante la misma realizar la entrevista siguiendo el borrador. Hay cuestiones que no se plantean en la entrevista por el hecho de que la propia entrevistada mientras hablaba ya contestaba a estas preguntas a través de sus experiencias, sentimientos y opiniones.

4 Resultados

ENTREVISTA

Silvia. - Me llamo S.Q.R, tengo 46 años, trabajo en un Ayuntamiento de Auxiliar Administrativo. Estoy casada, en marzo va a hacer 25 años (mis bodas de plata). Tengo dos hijos, tu prima cumple ahora 22 años, y tu primo 19. A raíz de estar bregando con enfermos, fue a raíz de quedarme con la hermana de la abuela que me hice cargo de ella.

V. - Tu tía, ¿no?

Silvia. - Es tía de mi marido, tía carnal, hermana de mi suegra, a mí no me tocaba nada. A raíz de cerrar un negocio que teníamos, pues entonces a ella la iban a meter en una residencia y entonces, nos hicimos cargo de ella, porque quieras o no era una ayuda para la casa dentro de que yo bregué con ella porque la tuve 7 años, pero a los dos años de estar aquí en la casa, se me metió ya en cama y entonces fue bregar con ella para todo, poner pañales, lo que es bregar con una persona que no se mueve de la cama para nada.

V. - Pero, ¿a esta mujer usted la tuvo en su casa o la ayudaron más personas?

Silvia. - No, no, no. Yo me hice cargo de ella hasta que murió.

V. - ¿Recibió alguna ayuda económica?

Silvia. - Claro, la pensión de ella me la quedaba yo [asiente con la cabeza]

V. - Pero, ¿esta ayuda económica que corresponde a su pensión, le cubría los gastos básicos?

Silvia. - Que va. [Niega con la cabeza] Ella cobraba por aquel entonces... [se queda pensativa] No sé si llegaba a las 60.000 pesetas. Hombre, era una ayuda, por eso mismo me la quedé, porque cuando no dispones de nada, por poquito que cojas...

V. - Y, ¿cuándo empezó a cuidarla tenía conocimientos o información, relacionado con los cuidados, o la propia experiencia le sirvió para desenvolverse?

Silvia. - Tú no te puedes hacer una idea la primera vez que yo dije de ponerle un pañal, porque ella, yo la tenía que andaba con una garrota, y, pero bueno, iba a su dormitorio, iba al salón al comer, iba a su servicio...Y en el hospital, la ataban con vendas en las barandillas, atada, por si se tiraba de la cama; y, luego van y le dan el alta y no se movía. Y tú imagínate la primera vez que yo puse un pañal, que yo eso no sabía...

V. - Y más una persona mayor...

Silvia. - Yo me acuerdo que yo en la primera vez que puse un pañal, lo hacía como a los niños pequeños que les coges las piernas, le metes su pañal, pero claro, estamos hablando de una persona de 70 y tantos años. Hasta que, por sí, tú sola te das cuenta. Ya la inclinas, le metes su pañal, la traes para acá se lo metes... [gesticula mucho con las manos intentando explicar la situación]

V. - Que la propia experiencia te ha hecho aprender...

Silvia. - Por el instinto, como los animales, no les enseñas nada, pero por la necesidad. Fueron 5 años teniendo pañales y haciéndoselo absolutamente todo, hasta darle de comer.

V. - Y, ¿tuviste que reducir tu jornada laboral?

Silvia. - No, porque yo antes de irme a trabajar la dejaba arreglada. Atenderla era yo solamente, y entonces yo le daba su comida, que comía como las limas, [sonríe] eso sí tenía un saque que para qué. Que eso también es importante, que si comes rendía mejor. Aunque le hacían la analítica y le salían bordadas. Pero nunca ha padecido de nada. Y el día que murió, porque llega tu hora y tienes que morir. Y luego, era yo la que la atendía y más nadie.

V. - Y, ¿qué sentías cuando veías que se iba apagando, que iba empeorando poco a poco?

Silvia. - El caso es que ella no fue empeorando, ella estaba metida en su cama, comía estupendamente, fue un día que me la encontré ya fallecida.

V. - Una parada cardíaca.

Silvia. - Y ya había desayunado cuando entré al dormitorio me la encontré echada para atrás. Y yo lo pasé muy mal, porque yo sabía que estaba muerta. Y murió de lo que has dicho: una parada cardiorrespiratoria, vamos y por lo menos eso es lo que hay. Y mis hijos no saben nada, porque eran muy pequeños. Se quedaron con la vecina, y les dije que se la habían llevado muy mala, y que murió estando en el hospital, y yo no quería que supieran... [se queda pensando] que supieran que había muerto aquí. Pero ella de aquí salió en la caja metida y todo. Y estuvieron aquí, todo el día en casa de mi vecina.

V. - Y, ¿cuánto tiempo estuviste cuidando de ella?

Silvia. - En cama, cama, 5 años. Desde que entró en mi casa, 7 años en total. Entonces se muere, y quieras o no, yo no disfrutaba, yo no tenía vida, no teníamos vida nadie, no podíamos ir a ningún sitio.

V. - Teníais que cuidarla.

Silvia. - ¿Cómo te ibas a ir? No podíamos, tú no dispones de tu vida para nada. Entonces cuando murió, porque yo muchas veces mi suegra sabía que lo pasaba tan mal pues muchas veces mi suegra me decía: "pues Silvia si hay que meterla en una residencia se mete y tal y que cual". Y no, yo me hice cargo de ella hasta que saliera con los pies para adelante. Hay que ser responsables en la vida. Y así fue. Y hasta que no salió con los pies hacia delante no salió. Entonces cuando murió, pues la verdad fue como al niño que le ponen zapatos nuevos. Yo de ver, que yo podía salir, con más libertad, irte un día entero por ahí, ya para mí era un lujo.

V. - Con tus hijos, tu familia...

Silvia. - Sí, si... [se queda pensativa] Al año y pico, mi madre. Llevo ya 5 años y medio teniendo a mi madre con pañales.

V. - Pero, ¿qué patología tiene?

Silvia. - A raíz de romperse la cadera. Que mi madre está en una cama por culpa de ella. Porque a ella la ponían a andar, el fisioterapeuta bajaba todos los días la sacaban de la cama y tiraba de ella, pero ella era como si le pusieran cemento en

los pies. ¿Sabes lo que te digo? Como si tuviera los pies, tú tirabas de ella, y que no no...el miedo que tenía. Y entonces nos la llevamos sin andar del hospital. Y en la casa, con miles de fatigas con el andador, conseguimos que fuera al servicio, fuera y venía, ahora que por la noche le poníamos su pañal. Pues claro, para evitar que se levantara.

V. - La actitud positiva también influye mucho en la recuperación del paciente.

Silvia. - Eso te iba a decir yo, que se recuperó poquito. Porque que fuera al servicio eso era ya un lujo. Pero que pasa, que a los dos años me rechaza la placa que le pusieron aquí en la cadera y empezó a supurarle la herida. Hubo otra operación. Yo me acuerdo que le dije al médico: “sólo espero que Dios me deje a mi madre como me la traje”, porque costó tanto que andase con ese andador, y yo era feliz, porque estaba mi madre en el hospital, eran esos pasillos tan grandes del hospital, estaba andorreando que no es lo mismo andar en la casa, que llegas allí y te tienes que dar la vuelta. Y yo estaba contenta, porque mi madre estaba en el hospital y andaba que para qué. Pensé: “me la llevo mejor que me la traigo”. Pero que va. La tuvieron 30 días metida en una cama sin moverla para nada.

V. - Peor todavía.

Silvia. - ¿Qué pasó? Que ya sí que es verdad que mi madre no ha puesto los pies en el suelo para nada. Entonces de eso hace ya 3 años, 3 años y medio, que la operaron por segunda vez. 3 años y medio metida en una cama. Pero a raíz de morir mi padre, pegó un batacazo y ya los dos primeros meses: “que yo no tengo ganas...” Y ahora llevamos un mes y pico para acá, que le está fallando la cabeza...eso también del riego.

V. - Del riego sanguíneo.

Silvia. - Del riego sanguíneo. Y dice cosas que no tiene sentido. Es decirte, ella está tocada, pero que yo lo que no quiero es ver a mi madre y que llegue el día en que a mí no me reconozca. Hombre, te haces cargo de la situación, pero eso tiene que ser muy duro para un hijo. [se le saltan las lágrimas]

V. - Y más, haciéndote cargo de todo...

Silvia. - Ah, y mi madre, aunque yo trabajo de 8 a 15 h, vengo a las 3 y media a la casa, lo que es llevar una casa, mejor o peor, haz comida para otro día, y a las 6, 6 y media subo todos los días a atender a mi madre.

V. - A su casa, ¿ella está en su casa?

Silvia. - Bueno, desde que murió mi padre, vive con una hermana mía, pero esta hermana mía es minusválida y bastante que le da la comida y está pendiente de

ella. Pero mi madre vomita, o se hace caca, mi hermana tiene que llamar o a mi hermana la mayor o yo, que somos las dos que estamos pendientes de ella. Ella sale y entra cuando tiene que hacerlo...pero para bregar con ella, estando en una silla de ruedas, ya sube ella o tengo que subir yo. Es como si tuvieras un [se queda pensativa]...como si tuvieras una alarma, que me llama mi hermana y me dice que mamá ha vomitado y tengo que subir.

V. - Dedicas todo tu tiempo libre a ella.

Silvia. - Tu tiempo libre y el que no es libre. Porque si estás arreglando tu casa, y me llama mi hermana para que arregle a su madre, tiene que dejar sus cosas. Es constantemente un sin vivir lo que tienes. Vaya a ser que se levante y se caiga o por ejemplo yo le puse lo de la asistencia en la Cruz Roja que eso lo pagaba mi padre. Pues mi padre no sé si era 18 o 20 euros que todos los meses le quitaban, ósea pagaba. Pero se daba besado. Son muy primorosos, tocas el botón y enseguida qué te pasa. Eso también fue una tranquilidad, porque digo en un momento dado le pasa algo por lo menos esta gente ya nos llama a nosotros. Es un sentir constante. Y ahora estoy más tranquila porque quieras o no tengo a mi hermana que está pendiente de ella y a lo mínimo que vea, Silvia sube corriendo o a la otra que está a 50 metros. Y entonces, ahora esa tranquilidad sí que la tengo, que antes no la tenía, que era de pensar que le podía pasar algo.

V. - ¿Habías pensado en trasladarla aquí (en su domicilio)?

Silvia. - No, porque está en casa de mi hermana y ese dormitorio que era de matrimonio lo hemos adaptado, hemos puesto dos camas de 1.5 m, en un rincón le hemos puesto una televisión, vamos ni las reinas. Su televisión, y está el dormitorio muy acoplado para ella. Si yo me la trajera a mi casa lo primero, es que no tengo sitio donde acostarla, entonces dormiría conmigo y tu tío dormiría en el sofá, porque no tengo sitio. Si yo hubiera tenido una habitación vacía, mi madre está conmigo. Lo he estado haciendo durante 7 años, no me hubiera importado con mi madre. Con los ojos cerrados. Pero no tengo sitio. Mi padre murió, pero dio 3 meses nada más. Mi padre tuvo una caída, que el golpe fue aquí [se señala la cabeza]. Tuvo un golpe aquí en la cabeza, entonces cuando lo llevé a Urgencias, dijeron que no sabían si había antes el huevo que la gallina o la gallina antes que el huevo. No sabían si la caída había provocado el derrame cerebral, o el derrame había provocado la caída. Claro, yo llevé a mi padre sin pensar que tenía eso. Pero ya al pobre le hicieron una resonancia y es yo me acuerdo que al médico le dije: "¿usted cree que se pondrá mejor?", y esas palabras no se me olvidan, me dice el médico: "usted piense hoy y piense mañana, y mañana piense en pasado "como diciendo su padre pende de un hilo. Mi padre tenía en el cerebro como un

coágulo. Mi padre era un hombre muy activo, iba a la plaza a hacer los mandados, pendiente de mi madre, por eso no nos íbamos con ellos, porque mi padre era una ayuda muy grande la que teníamos con él. Pero a raíz de darle el derrame cerebral ya es que estábamos con las dos camas. Y mi padre por las noches le poníamos un pañal también. O sea, yo arreglaba a mi padre, le ponía su pañal, la medicina, en fin, todo lo que se tomaba, y cuando terminaba con él, me iba al otro lado de la cama a arreglar a mi madre y tú no te puedes hacer una idea lo que yo sufría de ver a mis padres... [se pone a sollozar]...Bueno, los dos con pañales, los dos indefensos, y lo pasamos muy mal. Mi padre la primera vez que le dio el derrame estaba en tensión. Entonces me acuerdo que estaba así en el sillón orejero de estos que tenemos con las manos así apoyadas y de cada dedo le caía una gota de sudor y blanco como la cera y así con los ojos [lo personaliza], y claro tú a lo mejor le hablabas “¡Papá, Papá!, y entonces hacía el amago de querer abrir los ojos y se veía que estaba vivo, pero era un muerto. Eso impresionaba. Porque los tres últimos días de vida de mi padre los pasó en el Hospital, que yo hablé con el médico que por favor no me lo subieran porque se estaba muriendo y el pobretico no quería morirse allí.

V. - Claro.

Silvia. - Pero por norma general cuando tú ya no tienes solución vas para arriba. Igual que la primera vez que le dio el derrame, estuvimos 25 días allí, 25 noches que estuve durmiendo con mi padre y luego salió mi padre. Porque mi padre se quedó sin mover una pierna, sobre todo esta [se señala una pierna]. Esta pierna era como una pierna de goma en la que tú le tirabas pellizcos y él no se enteraba de nada. Y en cambio, salió andando. Yo me acuerdo que cogía el andador en el Hospital, y yo le cogía el camión de aquí arriba porque me daba miedo, ya lo que me faltaba que se rompiera la cadera y hacía así [gesticula agitando las manos] y me decía: “a mí me dejas”. Porque mi padre siempre ha tenido...si mi madre hubiera tenido la mitad de mi padre de narices, mi madre no estaría en una cama. Pero a mi madre lo que le ha perjudicado tanto ha sido, el ¡ay! ¡Ay!

V. - El miedo.

Silvia. - Y luego también la segunda operación, que le habían quitado una placa, y sepa Dios lo que ella se imaginara, que pensaría que al quitarle la placa se le caería la pierna o algo. Lo que ella tenía en la cabeza, porque mi madre podía haber andado perfectamente. Pero ya se encharcan los cuerpos y ya cada vez menos.

V. - Y tú, durante todos los años que te has dedicado a los cuidados, ¿no has pensado en dedicarte a eso?

Silvia. - ¿Cuándo? Si a mi madre ni me ve ni deseo. Pero yo por eso, tanto a ti [señala a la entrevistadora] como a las que están estudiando enfermería que ahora les van a enseñar cómo cuidar enfermos, le digo pues las clases te las ahorras, que yo te enseñaré. Pero he aprendido sola.

V. -Y ahora, ¿has cambiado las formas en que cuidabas a los enfermos respecto antes?

Silvia. - Los cuidados son los mismos y la forma de moverlos y eso sigue siendo la misma lo que pasa que lo que antes tardabas 10 minutos ahora te lo haces enseguida. La sabes mover, la sabes poner, hay que calcular para que el pañal quede centrado porque eso también hay veces que no lo metes bien, te queda más corto de aquí que de allí...Entonces eso es un vicio que ya tienes. Y entonces enseguida está puesto el pañal. Yo le pongo su pañal y aparte le pongo tres pañales más, como las compresas, pero en grande. Le pongo un refuerzo porque si no es así...y sábanicas de esas, cosa que no recetan y lo veo muy mal, y es cada dos por tres cambiándole...Porque si no fuera por eso, estaríamos todos los días cambiando sábanas, quitándole sábanas...un auténtico desastre.

V. - Pero tú ¿has pensado en dejar tu trabajo y dedicarte a esto?

Silvia. - No puedo, entonces ¿qué comemos? Y mi marido es pensionista y con una pensión hoy en día ¿dónde vas? He pensado en no dejarlo, al revés, el día que no tenga a mi madre, porque por ley de vida me tiene que faltar, yo por las tardes ...estoy tan habituada a perder tiempo por las tardes que me buscaría otro trabajo.

V. - Ya, pero, no me refiero al cuidado de familiares, sino al cuidado profesional de enfermería.

Silvia. - Hombre, a mí me gusta ayudar a la gente, lo que pasa que yo no tengo estómago. Yo veo un hospital o urgencias como he ido con mis padres, tú sabes que está la sala de espera, porque cuando tú estás en urgencias sabes a la hora a la que entras, pero no a la hora que sales; y yo, si llega uno con la cabeza abierta, o llega uno cojeando, yo es que...no tengo estómago. Yo es que parece que todos los problemas de esas personas son míos. Y me da una lástima...y luego será también a raíz de pasar tanto, estoy muy sensible y es que lo paso muy mal...Yo no serviría para lo que vosotros hacéis, ni muerta, yo en un hospital no sirvo. Y si veo a alguien con la cabeza pelada, tú ya sabes que las cosas de niños...ya de muerte, yo no sirvo para eso.

V. - Silvia, ha dicho que es más sensible ahora, entonces, me puedes explicar el por qué...

Silvia. - Eso ha sido los que he tenido en cama, luego de 7 años para acá que fue cuando mi suegro empezó a ingresarse. Hombre, yo con mi suegro no he bregado porque mi suegra se encargaba...Y luego era muy amante de sus hijos y para que pase una noche mala sus hijos para eso estaba ella. Luego no he bregado con él. Pero mi suegro era cada 15 días en el hospital le daban el alta y a la casa porque también se estaba muriendo, porque llegó también su hora y aquí y allí hasta que murió el pobre. Mi suegra a los dos años murió. Luego mi marido me lo ingresan porque resulta que él empezó a perder peso, y llegó a perder 25 kg. Pero él venía de trabajar y yo con el paso de los días yo lo veía muy deteriorado. Luego una tos exagerada. Pero claro íbamos al médico, porque los médicos algunos dejan mucho que desear, y decía que eso era porque había dejado de fumar, que bebiera mucha agua, pues nada y seguía así. Yo me acuerdo que él fue una segunda vez. Claro yo como trabajo, se acercaba él. Que no me ha dicho nada, que beba agua y tal y que cual. Y la tercera vez digo voy yo contigo. Mira por donde no estaba su médico que era verano y estaba de vacaciones. Bueno pues esa suplente decía de las mismas, le ponía las gomas en la espalda en el pecho, eso es porque ha dejado de fumar. Claro eso es lo mismo que ven en el ordenador. Yo lo veía tan mal y tan deteriorado, que mi cuñada que trabaja en el hospital, ella es técnico de laboratorio, ya lleva 20 años, porque yo la llamé, y él es muy enemigo de los médicos y le dije mira cuñada, como que es cosa tuya, digo a ver si puedes ir a la casa, sacarle sangre, porque él decía que a médicos, nada...Entonces mi cuñada me llamó y me dice, mira he estado hablando con mis compañeros y me han dicho que no, que hay que seguir el protocolo, que es ir a Urgencias, etc. Y así fue, mira M., que me ha dicho A. que hay que bajar. Bajamos a Urgencias le hacen sus pruebas y eso, yo llorando como una magdalena porque estaba muy mal e incluso pensaba que tenía un cáncer, pero era por la pérdida de peso tan exagerada, y resulta que tenía tuberculosis.

V. - Estabas impotente, de ver que los médicos no hacían nada...

Silvia. - Esa noche le hicieron eructar, lo ingresaron. Se podía estrujar la ropa, la espalda como la de los negritos, hombre no tanto, pero era todo hueso, porque él es un hombre corpulento. Eso, daba lástima. Aislado en una habitación, pero es que entrabamos con mascarillas. Pero no es que nos pegara nada, es que nosotros podíamos pegarle. Es más, mi hermana estaba minusválida y le dijeron en planta que no entrase, por el simple hecho de las ruedas de la silla. Claro, era él, que estaba muy bajo de defensas y fatal. Pues tú date cuenta dos meses ingresado. [se echa las manos a la cara]

V.- Y, ¿a raíz de qué le dio esa enfermedad?

Silvia. - Pues eso se pilla. Ya no sabemos si lo pilló en el centro social, de la gente de tercera edad, luego también como dijeron en el hospital, esas enfermedades hace 30 años no se curaban, la gente se moría. Mi marido si no se llega a ver antes, ni lo cuenta.

V. - O si no se la pillan a tiempo, porque según los médicos, no tenía nada.

Silvia. -Pero él llevaba ya 4 meses, lo que pasa que los médicos no le hacían caso.

V. -Entonces fue por negligencia médica, quizás por eso se agravó...

Silvia. - Sí, si yo denuncié, pero los médicos se tapan unos a otros, y no hemos podido conseguir nada. Porque tú das sentencia y eso te da gana de tirarte por la ventana, porque todo lo que hay en esa sentencia es mentira. Porque a mi marido le sacaron dos nódulos, bueno, pues en la sentencia pone que el médico de cabecera le diagnosticó los dos nódulos y yo tengo ahí mi factura que lo demuestra que yo lo llevé al abogado, que me costó 100 euros la visita. Y como eso todo. Y no conseguimos nada. Ni tampoco dispongo yo de dinero para pleitear. Y si no tienes, no te puedes embarcar, porque si no me tengo yo que meter...sepa Dios.

V. - El sistema sanitario a veces comete errores.

Silvia. - No te puedes hacer una idea. Luego cuando mi marido estaba ingresado; tú sabes que hay tres turnos, mañana, tarde y noche, y tú sabes que rellenas un cuestionario y yo, el defecto que tengo es que soy muy clarica, que eso no sirve para nada, porque lo hechas al buzón, lo leerán o no o lo tirarán a la papelera, y yo lo rellené y en tres turnos; tan solo una persona amable conmigo. Entonces yo a las 8 tenía que estar en mi trabajo, pues cuando yo me iba, le dejaba a mi marido, la cama vestida y limpia, la habitación fregada, el cuarto de baño que olía a lejía, allí no entraba la limpiadora para nada, ¿por qué? si yo podía hacerlo. Es decirte que guerra muy poquita. Y yo iba por la noche y le decía de darme las sábanas, y me decían: “es que eso hasta mañana...” Y si ibas por las mañanas, no podías porque molestabas a las señoritas que estaban con el café en el cambio de turno. [habla con ironía] Cuando llegaban las bandejas, abrían las puertas dando patadas o no entraban a la habitación. Daba la sensación de que era un leproso. Y mira, somos personas. Muy mal.

V. - Ahí se ve la diferencia de cuando tú cuidas a una persona en tu casa...

Silvia. - El trato amable...o tú misma que te desplazas a la casa de esa persona que le hace falta el trato a lo que tú le das y el sistema sanitario ofrece...que es pésimo. Pero vamos a ver, tú que eres enfermera, es porque tienes vocación. Tienen que pensar esa gente que nosotros no vamos por gusto a los hospitales,

porque yo estoy a gusto en mi casa. De por sí, que tú ya no te encuentras bien o esa situación...porque claro no por el enfermo sino por el mismo acompañante; si esa situación de por sí es desagradable, porque nadie quiere un hospital, si encima a ti te tratan como si fueras una mierda pues tú te sientes como una cucaracha. Porque mira, vosotros estáis bregando con las personas y jugáis con la salud de las personas. Una negligencia vuestra les cuesta la vida a las personas. [Compara su oficio con el de las enfermeras para destacar la importancia de este último]. Estábamos bien, pero al pasar lo que pasó...pero menos mal que el pobretico mío pasó de eso. Pero claro, eso le dejó secuelas y lo más grave fue que le dejó una depresión de caballo.

V. - Ahí es lo que yo te iba a decir, ya el trabajo de los enfermeros y médicos no sólo es lo físico, sino que tú estás en un hospital, porque estás mal, pero también te tienen que cuidar psicológicamente.

Silvia. - Y nosotros no podemos tener queja, porque ya te digo, ni entraba la limpiadora. Pero es que luego le mandaban los análisis de esputos, y eso se lo hacían todas las semanas y para cuando llegaba las 6 de la mañana ellas se inmutaban bien poco. Y hasta la temperatura tomada y nosotros la verdad que somos de molestar bien poco. Y tratamos con educación a la gente. Porque igual que yo trato con educación a la gente quiero que me traten a mí. Igual que digo esto de mi marido, mi hija entre medias. Me voy al médico, mire usted que le duele mucho las piernas, el famoso que no trató bien a mi marido, bueno vamos mandarle una analítica. Voy a los resultados de la analítica, y me dice esto está muy bien. Entonces le digo yo, digo mire usted, S., Don S., que no sé si mi hija tendrá azúcar porque su padre es diabético. ¡TRAS!, me vuelve a coger la hoja y me dice: “¡Oh por Dios!... El azúcar a cuatro y pico”. Le volvieron a hacer la misma prueba. Como eso era viernes, y hasta el lunes no hay Centro de Diagnóstico, me la ingresaron. El viernes entró mi hija a Urgencias y el lunes por la mañana le dieron el alta y de ahí automáticamente al C. de Diagnóstico. Como tú sabes que el hospital está loco perdido. Con el cariño que la trataron, cómo le enseñaron a esa niña a pincharse insulina quitándole importancia...Porque yo me acuerdo que el endocrino, Don A., cuando mi hija estaba en Urgencias, me acuerdo que le dijo: “S. eres diabética, pero tú no te preocupes que eso es que el páncreas, las células que hay son como cristales y se te han roto, entonces tú la insulina que te proporciona el cuerpo tú te la tienes que poner”. Y me acuerdo que le dijo mi hija: “Ah no me importa, porque mi tita J. es diabética”. Claro porque ella ve que mi hermana es una persona normal. Mi hija tenía 15 años. Y no le dio importancia. Yo me salí al pasillo y me puse a llorar. Su padre ingresado en la quinta sin poderse salir de la habitación, este móvil nada más que llamándome, desesperada

como los locos dándole vueltas a la cabeza y eso...tantos malos ratos que hay que pasar.

V. - Y su trabajo, ¿no dejó de trabajar?

Silvia. - Los días en que tuvieran ingresada a mi hija también los tenía. Y luego que empecé a coger de las vacaciones. Ya te digo, eso era...la subía a la quinta con su padre. Pero siempre un hijo es un hijo. Pero yo era dormir con ella y muy pendiente de ella. Y son muchos palos los que llevo dados. Muchos. Y ya te digo, tu marido enfermo, tu padre, tu madre...Y cuando ya te tocan los hijos...eso es...Y ahora...yo me caigo, me dan 15 puntos en la cabeza y desde entonces estoy peor, porque yo tengo una artrosis genética de mi madre, me caigo me escurro con agua, me hago daño en la mano, aquí en la muñeca que yo tengo un bulto. Me decían que era tendinitis. Ósea, que yo de los médicos tengo que contar, bien poquito.

V. - En el hospital, no has visto así cambios, ¿cómo que te traten con más amabilidad?

Silvia. - Ahora cuando he estado ingresada por eso, muy primorosas. Sobre todo, las de prácticas, que encanto de niñas.

V. - ¿Tú crees que el Sistema Sanitario estaba mejor que ahora? ¿O tú crees que con tanta tecnología está peor?

Silvia. - Pues tú lo has dicho, porque con tanta tecnología que hay y todo eso... [Explica el avance en la medicina para la cura de enfermedades como el cáncer]...En ese aspecto estamos más adelantados. Pero yo de lo que me quejo es del trato a los enfermos. Es que parece que tú le debes dinero a esa gente.

V. - Pero claro, si ahora hay tanta tecnología, tantas máquinas que te ponen ya el antibiótico, el roce del paciente con el enfermero o médico va a ser mínimo. Entonces si una persona está ingresada, ¿quién va a valorar a esa persona en el aspecto psicológico?

Silvia. - En ese aspecto ya te digo, en que estamos más adelantados no lo discuto, pero del trato y el roce con el enfermo y la espera para que te vean, eso es lo que tiene que ponerle solución. [muestra indignación]. Igual que cuando estás esperando a que te hagan un trasplante hígado, o de corazón y estás esperando en lista de espera y a lo mejor tú te tiras tres años, y si en esos tres años ¿te mueres? Es que eso no puede ser así. Eso en el siglo XXI y que estemos así todavía eso es vergonzoso. Por eso te digo, que yo tengo muy poca confianza en los médicos. Es que no la tengo. Porque lo primero que te tratan como a una mierda.

V. - Para ti, ¿qué significa la enfermería? Porque has dicho que te han tratado

mal...

Silvia. - Hombre yo ahora cuando he estado, tanto las veteranas como las de prácticas un primor. Lo único que os pido es que el día en que tratéis con enfermos, que los tratéis con cariño, aunque tengáis las tripas negras...

V. - Y cambiando un poquillo de tema, tú cuando has estado en el hospital o por los propios cuidados que tú has realizado, ¿has sentido que has intervenido en la intimidad del paciente?

Silvia. - No. No del todo, porque cuando yo bregaba con ellos, creo que mayoría no se daban cuenta.

V. - Y respecto al tema anterior, del trato amable, se está propiciando de que se debería poner en los partos, o una persona que está al borde de la muerte, ya llevarla a la casa para que tenga un contacto más familiar. ¿Estás de acuerdo con eso?

Silvia. - Eso es porque lo deseé la gente. [Ejemplifica] Yo por ejemplo no quisiera morir en mi casa, para no dejar recuerdos, porque es muy desagradable y así evitas...Yo no soy partidaria de morir en la casa hay gente que sí y eso es de respetar.

V. - Sabemos que lo has pasado muy mal y que eres una persona religiosa, cosa que te ha ayudado muchas veces, ¿o ha cambiado algo?

Silvia. - La fe muchísimo, y cuantos más problemas he tenido y más he llorado, más fe tengo. Tú tienes tu vida escrita y tú tienes que pasar por lo que tienes escrito. Pero yo he tenido mucho apoyo en ellos. La fe no, al revés cada día la tengo más reforzada.

V. - Muchas veces también ayuda mucho. Los momentos que sientes que te fallan las fuerzas.

Silvia. - Cuantas más cosas me están pasando más fe tengo y ya te digo, yo creo a mi manera. Igual que yo a los curas los respeto y no comparto muchas cosas de ellos. Y si no pierdo ya la fe con todo lo que he pasado, ya no la pierdo. Y siempre dándole gracias a Dios. Y además que eres una persona muy alegre y optimista. Siempre que un problema por muy gordo que sea, siempre tiene una parte positiva. Y por muy mal que tú estés, tienes que mirar atrás porque siempre va a haber gente que estará peor que tú. Todo se supera en la vida.

V. - Y sobre los temas de actualidad, de la ley del aborto...has dicho que crees mucho en Dios pero que hay cosas en las que no estás de acuerdo. Por ejemplo: ¿estás de acuerdo con la Iglesia que se pone en contra de las células madre, o

manipular lo biológico, ley del aborto?

Silvia. - Yo no estoy de acuerdo en lo que traen con las células madre, porque si estuviera ya andando mi hija a lo mejor no se tendría que pinchar 6 veces al día. Pero seguro que estos que se niegan a todas estas cosas yo le ponía una diabetes o mil cosas porque las células madres curarían muchísimas enfermedades. Y eso son patochadas.

V. - Esto provocaría también que el sistema actual cambiase mucho. Y, ¿estás de acuerdo con el aborto?

Silvia. - Hombre, yo estoy de acuerdo. Pero siempre que fuera porque el feto está malamente, o porque la madre corra peligro por algo. Luego también hay que verse en esa situación. La Ley está ahí, quien quiera que la coja y quien no, pues no. Cada una puede hacer lo que quiera.

Tras esto, me despido de Silvia, le doy las gracias por el trato recibido y por haber colaborado en este proyecto.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de este trabajo cualitativo descriptivo es plasmar la visión de un cuidador principal sobre la atención a una persona que precisa unos cuidados parcial o totalmente compensadores. Pocas veces encontramos un trabajo de estas características ya que en la práctica enfermera; cuando realizamos un Proceso de Atención Enfermero, no hacemos una entrevista exhaustiva como la que he transcrito al cuidador principal sobre cómo se siente adaptando este rol; sino que la entrevista va más orientada a las necesidades reales del paciente. Era necesario conocer la perspectiva del familiar, y los puntos a mejorar que él cree conveniente. En el caso de la persona que he entrevistado, se entrelazan varios aspectos: su rol como cuidadora principal y a su vez su papel como esposa y madre que encarna la figura materna que lleva todo y que puede con todo (2).

En la entrevista, Silvia nos narra su experiencia en el inicio de los cuidados, de la ansiedad sentida por el desconocimiento y la soledad porque ella tenía que llevar todo, incluso en el tema económico porque era la figura principal que aportaba dinero en casa. A pesar del cambio social sobre la figura femenina, la inserción de ésta al entorno laboral, aún sigue habiendo una presión social y moral de que es la mujer quien se encargue de los cuidados de salud (2).

Destaca en primera instancia la sorpresa que ella se lleva cuando se le pregunta

si hay opción de dejar su trabajo, ya que ella destaca la falta de medios y de apoyo tanto a nivel económico, familiar y personal para abordar la situación. En segundo lugar, llama bastante la atención como ella por sí sola, asume ese rol con la tía de su marido porque "es lo que hay", o "no hay de otra", sin posibilidad de poder compartir ese rol y sea otra persona quien lo desempeñe. En tercer lugar, expresa con bastante pesar el trato recibido en los servicios sanitarios, en los cuales se sintió poco apoyada hasta el punto de hacer funciones propias del personal sanitario con tal de no molestar.

En cuarto lugar, destaca la labor de la enfermería, pero lamenta que muchos profesionales no tienen un trato respetuoso con el paciente, obviando la situación delicada en que se encuentra el mismo. En quinto lugar, durante la entrevista realicé un par de preguntas relacionadas con temas controvertidos como células madres y aborto. Ella da su opinión, pero siempre destacando por encima de todo el respeto de la persona a decidir sobre sí misma.

Para finalizar creo que este trabajo puede abrir la puerta a muchos debates: desde el buen uso de la sanidad, el trato hacia los pacientes; la gran labor del cuidador y cómo nos ayuda a enfermería en el día a día sobre todo en la atención primaria y sobre todo, en el Proceso de Atención Enfermero no sólo valorar al paciente y sus necesidades sino también buscar intervenciones para reducir la carga de trabajo del cuidador que se verá reflejado en su trato hacia el paciente a quien le presta cuidados.

6 Bibliografía

- Manuel Amezcua y César Hueso Montoro. Cómo elaborar un relato biográfico. FI. 2005.
- Ismael Jiménez Ruiz 1 María Moya Nicolás. La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar The family caregiver: the naturalized sense of obligation in women to be caregivers. Scielo. Enero 2018.

Capítulo 21

CAPACIDAD DEL PROFESORADO DE EDUCACIÓN INFANTIL Y PRIMARIA PARA ATENDER A ALUMNOS DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

RUBÉN DELGADO FERNÁNDEZ

1 Introducción

Durante el curso académico los estudiantes permanecen cerca del 30% del día en los colegios e institutos, periodo que se ve incrementado en el caso de aquellos jóvenes que participan en actividades extraescolares y en el cual, como consecuencia de la imposibilidad de ser supervisados por sus padres o tutores, se encuentran bajo el cuidado de los profesores.

La necesidad de que los profesores posean unos conocimientos y habilidades óptimos que les permitan actuar ante cualquier situación de urgencia que requieran primeros auxilios, así como poder satisfacer las necesidades de aquellos alumnos diagnosticados con alguna enfermedad crónica, sumado a la falta de personal sanitario en los colegios e institutos, ha motivado a diferentes organizaciones, como la Junta de Castilla y León, el Gobierno de Canarias, el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte o El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a desarrollar diferentes protocolos y guías que faciliten al personal docente satisfacer las necesidades, en materia de salud, de sus alumnos. Sin embargo, múltiples estudios demuestran que un porcentaje muy alto de los profesores no cuentan con

los medios ni conocimientos necesarios para atender a estas situaciones, ya que no reciben una preparación en este aspecto durante su periodo formativo como docentes, por lo que un intento equivocado de ayudar a un alumno puede tener graves consecuencias, tanto para el alumno que recibe la ayuda, cuyo estado de salud puede agravarse, como para el profesor que interviene, cuya actuación puede generarle dificultades legales, siendo estos los motivos por los que resulta fundamental proporcionar a los profesores información, así como herramientas, que les permitan actuar con seguridad y eficacia ante estas situaciones.

Existe cierta ambigüedad y contradicción en cuanto a la administración de medicación en las escuelas, ya que las guías clínicas y protocolos manifiestan que los profesores no tienen la obligación de administrar medicación a los alumnos al no poseer formación específica que se lo permita. Sin embargo, en el Código Penal, en sus artículos 195 y 196, se establece la obligatoriedad de socorrer a toda persona en situación de riesgo vital, penándose la omisión del deber de socorro cuando no se produzcan riesgos propios ni a terceros, por lo que generalmente la decisión de cómo actuar ante estas situaciones recae sobre los profesores.

Esta revisión se centra en el abordaje de enfermedades crónicas en colegios de educación infantil y primaria, ya que entre el 10%-15% de los escolares y adolescentes padecen una de ellas, concretando en el Asma, la Diabetes Mellitus, la Epilepsia y las Alergias Alimentarias y partiendo de la premisa de que la falta de información que poseen los profesores acerca de estas enfermedades puede tener múltiples repercusiones negativas hacia los alumnos que las padecen, como no recibir la atención que requieren durante el periodo escolar, sentirse diferentes al resto de alumnos, presentar limitaciones al realizar ejercicio físico, que su integración social se vea dificultada, tener que faltar al colegio, no poder asistir a actividades extraescolares y excursiones, etc.

Resulta relevante que el apoyo legal e institucional que se recibe en materia de sanidad en los colegios, así como la cooperación entre el ámbito educativo y sanitario, son muy limitados y que actualmente el número de protocolos oficiales de formación hacia el profesorado acerca de estas enfermedades son prácticamente inexistentes, lo que dificulta el progreso. De forma paralela, cabe destacar que por lo general las habilidades que los profesores poseen para atender a los alumnos diagnosticados con estas patologías son adquiridas fundamentalmente a través de su propia experiencia o como consecuencia de que un hijo la presente, además de por la información recibida por los padres. Sin embargo, en muy contadas ocasiones se debe a haber participado en cursos formativos oficiales.

2 Objetivos

Analizar los conocimientos y habilidades que los profesores de educación infantil y primaria poseen para atender a alumnos diagnosticados con patologías crónicas.

3 Metodología

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos electrónicas como Pubmed, Cuiden, Scielo, MEDES y Medline, debido a su relevancia en el campo de ciencias de la salud tanto a nivel nacional como internacional.

Se emplearon los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS); Docentes (Faculty), Primeros auxilios (First aid), Asma (Asthma), Diabetes Mellitus (Diabetes Mellitus), Epilepsia (Epilepsy) e Hipersensibilidad a los alimentos (Food Hypersensitivity), los cuales fueron introducidos en los buscadores de forma individual, así como combinados mediante los Operadores Booleanos AND y OR, dando lugar a las siguientes fórmulas de búsqueda; “Docentes AND Primeros auxilios” y “Docentes AND (Asma OR Diabetes Mellitus OR Epilepsia OR Hipersensibilidad a los alimentos”.

Se incluyeron dentro del estudio aquellos artículos que hubieran sido publicados desde el año 2005 hasta la actualidad y que contasen con alguna de las palabras clave en su título o resumen.

Como resultado de la búsqueda bibliográfica se obtuvieron 79 artículos, de los cuales se eliminaron aquellos que no cumplieron los criterios de inclusión, así como los que no presentasen relevancia en el estudio, limitándose el número de artículos a 16.

4 Resultados

El asma, que actualmente puede llegar a considerarse como un síndrome, es la enfermedad crónica más frecuente que se presenta durante la infancia en los países desarrollados. En España aproximadamente medio millón de estudiantes padecen asma, lo que implica la presencia de una media de tres alumnos con esta patología por cada aula.

Sin embargo, a pesar de que el asma es muy frecuente entre los alumnos, múlti-

ples estudios han revelado que la formación que los profesores poseen sobre esta enfermedad es limitada, lo que genera la necesidad de que reciban información que les facilite reconocer los síntomas de una crisis asmática, supervisar y ayudar en la administración de medicamentos broncodilatadores de tipo inhalador, así como la toma de otras decisiones que permitan mejorar la calidad de vida de los alumnos que presentan la enfermedad, lo que fomente disminuir su morbimortalidad y demanda asistencial.

La Diabetes Mellitus Tipo 1 o Diabetes Insulinodependiente es la segunda enfermedad crónica más prevalente en niños y adolescentes, siendo a su vez la enfermedad metabólica más frecuente en este rango de edad. En España cerca de 30.000 escolares presentan esta patología, ya que el 80% de los casos de este tipo de Diabetes se desarrolla antes de los 18 años.

Los estudiantes que padecen Diabetes Mellitus tipo 1 suelen estar bien integrados en los colegios y escuelas. Sin embargo, esto se debe en gran medida a la colaboración de sus familias, ya que está comprobado que los profesores presentan un nivel de conocimiento bajo-medio acerca de la enfermedad, lo que les induce a actuar con inseguridad en posibles situaciones de urgencia. Es evidente que una adecuada formación acerca de lo que es la Diabetes y sus consideraciones, algo que por lo general los propios docentes demandan, les permitiría ofrecer de forma satisfactoria orientación y cuidado a sus alumnos, por ejemplo; siendo capaces de interpretar sus niveles de glucosa y sabiendo actuar en consecuencia, evitando tener que alertar a los padres o solicitar asistencia sanitaria.

Estudios recientes postulan que las complicaciones asociadas a la Diabetes Mellitus comienzan a emerger desde la edad pediátrica, ya que los niños diabéticos cuyos niveles de glucemia no se encuentran bien controlados tienen más probabilidades de presentar caries, infecciones, alteraciones de la visión, etc. siendo este otro de los motivos por lo que resulta fundamental ofrecer un adecuado control de la enfermedad durante el horario escolar.

En cuanto a la Epilepsia, cabe destacar que afecta a unas 360.000 personas en España, encontrándose prácticamente el 25% de los afectados en periodo escolar. Las crisis epilépticas suelen ser breves y auto-limitadas, pero en otros casos pueden presentar una duración de más de cinco minutos y acompañarse de convulsiones, situaciones de urgencia en las que resulta fundamental administrar el tratamiento de rescate con rapidez, ya que de lo contrario aumentan las probabilidades de ocasionar secuelas neurocognitivas.

Diversos estudios evidencian que la información y los recursos con los que se cuenta en las escuelas para hacer frente a la epilepsia son muy limitados. Sin embargo, la responsabilidad de actuar cuando estas situaciones acontecen en el colegio se delega en los profesores, los cuales al no poseer formación sanitaria al respecto no están obligados legalmente a administrar la medicación de rescate, por lo que ante estas situaciones es frecuente que se comuniquen con los servicios de emergencia, algo que puede generar complicaciones en los alumnos al retrasarse la administración del tratamiento. Por otra parte, que la administración del tratamiento de rescate se realice por vía rectal es sin duda una dificultad añadida para los profesores, ya que tener que retirar la ropa del alumno afectado les genera un gran conflicto. Sin embargo, actualmente se comercializa un fármaco de rescate de administración bucal/nasal, lo que facilita la actuación ante crisis epilépticas).

Por último, las Alergias Alimentarias afectan aproximadamente al 4%-6% de la población infantil, incrementándose este valor de forma anual. Los alimentos que con más frecuencia generan reacciones alérgicas en niños son la fruta, el huevo, la leche y el pescado. Las manifestaciones que genera una reacción alérgica pueden ser leves, como reacciones cutáneas, pero también podemos encontrarnos ante otras más graves, como el shock anafiláctico, el cual genera gran riesgo vital y cuya atención está poco protocolarizada en los colegios, la cual se basa en la administración de adrenalina. En muchas ocasiones estas reacciones no se producen por la ingesta de un alimento al cual se presenta alergia, sino como consecuencia de la contaminación cruzada de los alimentos tras la manipulación de otros, por la presencia de alérgenos ocultos, etc.

En la actualidad muchos niños realizan alguna de las comidas principales en el colegio, como el desayuno y la comida, lo que obliga a las escuelas a proporcionar dietas especiales para alérgicos, intolerantes, etc. Determinados estudios han demostrado que prácticamente una quinta parte de los alumnos alérgicos presentan una reacción alérgica durante su estancia en la escuela y que en determinadas ocasiones la respuesta ante un shock anafiláctico se retrasa.

5 Discusión-Conclusión

En base a los datos obtenidos tras la revisión bibliográfica partimos de la premisa de que los estudiantes de educación infantil y primaria diagnosticados con alguna enfermedad crónica presentan una gran vulnerabilidad, requiriendo que los profesores posean unos conocimientos óptimos que les permitan atenderles

satisfactoriamente cuando se requiera, algo que en la actualidad no se cumple en la mayor parte de los casos como consecuencia de la escasa información y protocolos de actuación con los que cuentan los profesores.

Se puede afirmar que es evidente que la figura de la enfermería es necesaria en los colegios, ya que aunque los profesores pueden contar con información para proporcionar cuidados, e incluso primeros auxilios, a alumnos diagnosticados con enfermedades crónicas, los profesionales que cuentan con formación específica en materia de sanidad poseen una preparación y capacidades que garantizan que la atención proporcionada sea idónea y ajustada a las necesidades de cada situación y persona, asegurándose su eficacia.

6 Bibliografía

- López Langa N, García Dueñas P, Rodríguez Soriano SC, Mayoralas Alises S, Villa Asensi JR, Díaz Lobato S. Protocolo de actuación ante una crisis asmática en Centros Educativos. *Rev Patol Respir* [revista en internet]. 2013 [acceso 20 de febrero de 2019]; 16(3): 98-102.
- Gómez Manchón M, Gómez Carrasco JA, Ramírez Fernández J, Díez Fernández T, García de Frías E. Necesidades del niño escolarizado con diabetes mellitus. Visión de padres y profesores. *An Pediatr* [revista en internet]. 2009 [acceso 28 de enero de 2019]; 70(1): 45-52. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org>.
- Rodríguez Fernández-Oliva CR, Torres Álvarez de Arcaya ML, Aguirre-Jaime A. Conocimientos y actitudes del profesor ante el asma del alumno. *An Pediatr* [revista en internet]. 2010 [acceso 15 de febrero de 2019]; 72 (6): 413-419. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org>.
- Korta Murua J, Pérez-Yarza EG, Pérttega Díaz S, Aldasoro Ruiz A, Sardón Prado O, López-Silvarrey Varela A, et al. Impacto de una intervención educativa sobre asma en los profesores. *An Pediatr* [revista en internet]. 2012 [acceso 20 de febrero de 2019]; 77(4): 236-246. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org>.
- Korta Murua J, López-Silvarrey Varela A. Asma, educadores y escuela. *An Pediatr* [revista en internet]. 2011 [acceso 29 de enero de 2019]; 74(3): 141-144. Disponible en: <http://www.analesdepediatría.org>.
- Fernández Martínez A, Porcel Gálvez AM, Porcel Gálvez MB, Calvo Lluch Á, Navarro Navarro EV, de la Cruz Máquez JC, et al. Protocolos de actuación en Emergencias Sanitarias en Centros Educativos y Deportivos Andaluces [monografía en internet]. 3ª edición. Andalucía: Junta de Andalucía, Conserjería de Turismo, Comercio y Deporte; 2011 [consultado 16 de febrero de 2019].

- Raspall-Chaure M, Martínez-Bermejo A, Pantoja-Martínez J, Paredes-Carmona F, Sánchez-Carpintero R, Wait S. Management of prolonged convulsive seizures in the community: Results of the PERFECT study in Spain. *An Pediatr [revista en internet]*. 2014 [acceso 4 de marzo de 2019]; 81(2): 99-106.
- Navarro Prado S, González-Jiménez E, Yus López L, Tovar Gálvez MI, Montero-Alonso MA. Análisis de conocimientos, hábitos y destrezas en una población diabética infantil: Intervención de Enfermería. *Nutr Hosp [revista en internet]*. 2014 [acceso 3 de marzo de 2019]; 30(3) 585-593. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7357.pdf>
- Rubio Cabezas O, Oliver Argente J. Diabetes mellitus en niños y adolescentes: complicaciones crónicas y enfermedades asociadas. *An Pediatr [revista en internet]*. 2007 [acceso 23 de febrero de 2019]; 66 (3): 282-289.
- López Siguero JP, Leiva Gea I. Insulina aspart en población pediátrica. *Av Diabetol [revista en internet]*. 2012 [acceso 23 de febrero de 2019]; 28(1): 22-26. Disponible en: <http://www.elsevier.es>.
- Cross JH, Wait S, Arzimanoglou A, Beghi E, Bennett C, Lagae L, et al. Are we failing to provide adequate rescue medication to children at risk of prolonged convulsive seizures in schools?. *Arch Dis Child [revista en internet]*. 2013 [acceso 8 de marzo de 2019]; 98(10): 777-780.
- Cardona V, Guilarte M, Luengo O. Alergia a alimentos. *Med Clin [revista en internet]*. 2006 [acceso 1 de marzo de 2019]; 126(11):424-430.
- Caballé-Gavalda L, García-Cid E, Fontcuberta-Famadas M, Balfagón-Marzal P, Durán-Neira J. Gestión del riesgo asociado a los alérgenos en los comedores escolares de la ciudad de Barcelona. *Gac Sanit [revista en internet]*. 2014 [acceso 11 de febrero de 2019]; 28(6): 450-455.
- San Mauro Martín I. Herramienta de educación nutricional para alérgicos a huevo y proteína de leche de vaca de edad pediátrica. *Nutr Hosp [revista en internet]*. 2014 [acceso 17 de febrero de 2019]; 29(5): 1062-1069.
- Martínez Álvarez JR, García Alcón R, Villarino Marín A, Serrano Morago L, Marrodán Serrano MD. Encuesta nacional sobre comedores escolares y demanda de dietas especiales. *Nutr Hosp [revista en internet]*. 2012 [acceso 21 de febrero de 2019]; 27(1): 252-255.
- Ravarotto L, Mascarello G, Pinto A, Schiavo MR, Bagni M, Decastelli L. Food allergies in school: design and evaluation of a teacher-oriented training action. *Ital J Pediatr [revista en internet]*. 2014 [consultado 27 de febrero de 2019]; 40: 1-9.

Capítulo 22

DIVERSIDAD CULTURAL, UN RETO PARA LA ENFERMERÍA

ALMUDENA PANIZO LÓPEZ

CLARA FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MONTSERRAT MARCOS MONTAÑA

MÓNICA DACUÑA LÓPEZ

1 Introducción

La inmigración en España es desde finales de la década de 2000, un fenómeno de gran importancia demográfica, social y económica en España. La inmigración a España aumentó significativamente a principios del siglo XXI hasta llegar a formar el 12,2% de la población española en 2010. En 2017, este porcentaje ha bajado a 9,8% de la población nacional. Desde 2011, la inmigración a España ha ido bajando cada año y en 2017 había bajado un 20,5% desde entonces.

Según el INE, en 2017 la población extranjera en España era de 4.572.807 personas o el 9,8% de la población nacional. España recibe inmigrantes principalmente de Iberoamérica y otras partes de Europa. En 2017, los grupos que más aumentaron su población en el país venían de Venezuela, Colombia, Italia, Ucrania, y Argentina.

La población en España es muy variada y está dominada por las áreas culturalmente cercanas. En España, la mayoría de los inmigrantes provienen de Iberoamérica (el 36,21% del total de extranjeros afincados en España, según el

censo INE 2006); les siguen después los procedentes de la Unión Europea (34,45%) y del norte de África (14,83%). A gran distancia se encuentran los extranjeros provenientes de la Europa no comunitaria (4,40%), el África subsahariana (4,12%), el Extremo Oriente (2,72%), el Subcontinente indio (1,67%), América del Norte (0,66%) y Filipinas (0,48%). Del resto de Asia y de Oceanía sólo son originarios el 0,50% restante, mientras que están registrados un 0,02% de apátridas.

Según la publicación reciente del INE (25/06/2019), el crecimiento poblacional de España se debió al crecimiento de la población de nacionalidad extranjera, ya que la de nacionalidad española se redujo. El número de extranjeros aumentó en 285.554 personas durante 2018, hasta un total de 4.848.516 a 1 de enero de 2019. Este incremento respondió, en gran medida, a un saldo migratorio positivo de 330.197 personas. Por el contrario, la población de nacionalidad española se redujo en 9.368 personas.

La diversidad cultural origina barreras culturales entre profesionales de la salud y pacientes dando como resultado cuidados deficientes en calidad. La principal barrera que los profesionales de enfermería encuentran en las personas de otra cultura son las barreras de comunicación, siendo los problemas más relevantes el desconocimiento del idioma y la falta de comunicación. Esto da lugar a una dificultad para acceder a los recursos disponibles, comunicar la necesidades en salud, entender qué cuidado o tratamiento se necesita y para conocer la historia de salud exacta del paciente. La barrera de comunicación provoca frustración, inseguridad y problemas de vulnerabilidad tanto en pacientes como en enfermeras. La comunicación es un proceso complejo que incluye lenguaje corporal, expresión facial, contacto visual, tono y distancia, entre otros.

Para Ávila y Palomo la comunicación es una herramienta terapéutica por la que se accede al principio de autonomía, al consentimiento informado, seguridad, confianza e información necesaria para el paciente. Según Arrenciado entre el 90-100% de los pacientes culturalmente diferentes tienen problemas para comprender a las enfermeras. Cuidar es un acto comunicativo, es el encuentro con el paciente para buscar relaciones significativas y respetuosas, que implica el acercamiento a otras culturas. Cuando la comunicación es pobre los pacientes están insatisfechos, ya que según Lipson el paciente considera incompetente a la enfermera con la que ha encontrado dificultad para comunicarse, lo que crea un ambiente de desconfianza.

Una adecuación lingüística y cultural de los servicios de salud se relaciona con mejoría del estado de salud, mayor satisfacción por la calidad de la asistencia,

mayor seguimiento del plan de cuidados menor necesidad de visitas al centro de salud, y estancias hospitalarias más breves. Otra barrera relevante es la barrera de acceso al sistema sanitario, bien por desconocimiento o bien por situación de ilegalidad. La Ley de Extranjería en su artículo 12 dedicado al derecho a la asistencia sanitaria indica que “los extranjeros inscritos en el padrón del municipio en el que vivan tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles. Los extranjeros que se hallen en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia cuando padezcan enfermedades graves o accidentes, y a la continuidad de estos cuidados hasta el alta médica. Los menores de 18 años y las embarazadas (embarazo, parto y puerperio) tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que la población de origen”.

Se plantea la necesidad de poner solución a estas barreras mediante el uso de pictogramas o paneles de comunicación, lenguaje no verbal (señas y gestos), ayuda de otros compañeros, uso del inglés, elaboración de dibujos, servicio telefónico o no de intérpretes y mediadores culturales.

A partir de la cultura y el cuidado, surge la enfermería transcultural, rama de la enfermería con influencia de la Antropología, cuyo foco principal es el estudio y análisis comparativo de diferentes culturas o subculturas. El personal de enfermería con formación transcultural debe tomar en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes, con el fin de desarrollar un cuerpo de conocimiento humanístico y científico organizado para proveer una práctica de enfermería, culturalmente específica y universal. Para lograrlo es importante desarrollar la investigación en un marco teórico que considere las diversidades culturales como eje central para otorgar cuidados de enfermería culturalmente competentes, cuyo resultado será mejorar la calidad de atención a la población que vive o se desarrolla con una cultura diferente a su contexto cultural, lo cual mejorará el quehacer profesional, partiendo de la percepción de la cultura propia y de las personas a las cuales se atiende. El resultado será un trato humanizado, mejor calidad de la atención y comunicación que evidencien la adquisición de la competencia cultural en los servicios de salud. El presente trabajo tiene la finalidad de reflexionar sobre la importancia de la enfermería transcultural para fundamentar la práctica profesional basada en un cuerpo de conocimiento científico y humanizado, cuyo fin sea mejorar la calidad de los cuidados de enfermería culturalmente competentes con base en las necesidades del paciente/familia/comunidad y sistema de salud.

Transculturalidad para la atención de la salud

La definición de cultura está relacionada con la interculturalidad, puesto que existen diferentes culturas, grupos sociales diferentes, es decir, existe la cultura específica del género humano y que es común a todos los hombres, pero está aquella con características propias y variables de cada grupo humano. Todas las culturas presentan un patrón universal similar desde el punto de vista antropológico: al respecto, Harris considera que la superestructura toma en cuenta la creatividad, ideología y valores (ideología y valores religiosos, éticos, morales y estéticos, actividades lúdicas, artísticas, creativas y expresivas) y aspectos intelectuales y mentales (organización psicológica, cognitiva y afectiva, organización y sistema educativo formal y no formal). La estructura aborda la economía política (relaciones externas, sistema de distribución y acceso al poder, poder territorial, militar y judicial) y la economía doméstica (sistema familiar, parentesco, clan, papel de la mujer, relaciones intergeneracionales, sistemas de consumo, ahorro, distribución y reparto). Por último, la infraestructura considera el modo de reproducción (regulación del crecimiento demográfico, técnicas y ritos de crianza y educación intrafamiliar) y el modo de producción (requisitos mínimos de subsistencia como artesanía, herramientas, vivienda, alimentación, cocina, vestuario, salud, recolección, agricultura, caza, pesca, entre otros).

La enfermería transcultural

En el ámbito de la enfermería profesional, como concepto surge la enfermería transcultural en el año de 1950, la cual intentó unir la práctica de la enfermería con el conocimiento antropológico, para brindar un mejor cuidado a los pacientes cada día más heterogéneos. El desarrollo de esta área surge ante la diversidad cultural creciente que caracteriza a las poblaciones dentro y entre los países nacional y mundialmente. La enfermería transcultural permite descubrir los puntos de vista personales o culturales, referentes a los cuidados para entenderlos, aplicarlos y aprovechar estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales. Leininger menciona que es “un área formal de conocimientos y prácticas humanísticas y científicas centrada en fenómenos y competencias del cuidado de enfermería enfocada en el cuidado cultural holístico para ayudar a individuos y grupos a mantener o recuperar su salud/bienestar, para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y benéfica”.

La enfermería se enfrenta al multiculturalismo lo cual supone un reto y una oportunidad para la disciplina, al transformar la práctica profesional en cuidados cul-

turalmente competentes, al convertirse en agente de cambio en los sistemas de salud. Cuando se aborda la diversidad cultural para brindar el cuidado desde la perspectiva de enfermería, se emplea múltiples términos como enfermería transcultural, intercultural e internacional, los cuales son utilizados de forma indistinta, por lo que causan confusión; sin embargo cada uno de ellos tienen una perspectiva propia. En relación con lo anterior, para Leininger, la enfermería transcultural permite a los profesionales de enfermería prepararse y comprometerse a desarrollar conocimientos y prácticas en la transculturalidad, se enfocan a varias culturas con una base teórica y práctica de enfermería comparativa, mientras que la intercultural alude a los profesionales de enfermería que aplican conceptos antropológicos y la enfermería internacional se centra en profesionales capaces de trabajar entre dos culturas.

Madeleine M. Leininger fue la fundadora y líder en la teoría de los cuidados culturales a las personas (teoría de la diversidad y de la universalidad), desarrolló este enfoque desde la antropología cultural, social y psicológica y de la enfermería. El desarrollo de sus investigaciones ha permitido entender las diferencias culturales existentes en los cuidados humanos, la salud y la enfermedad. La etno-enfermería permitió el progreso de la enfermería transcultural al centrar el estudio de las creencias, valores y prácticas empleados en la asistencia de enfermería de acuerdo con los conocimientos cognitivos o subjetivos sobre una cultura en particular, expresados mediante el lenguaje, experiencias y sistema de valores aplicados a fenómenos de enfermería como la asistencia, la salud y los factores ambientales. El método de investigación cualitativa en etno-enfermería permitió al profesional de enfermería captar el punto de vista interno de las culturas al analizar los complejos cuidados y los fenómenos culturales.

La relevancia del desarrollo de la enfermería transcultural ha permitido implementar el cuidado de enfermería profesional con énfasis en la transculturalidad, considerada “un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modelo de conducta”. La finalidad es “descubrir las particularidades y las universalidades de los cuidados de los humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones y después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada”.

El modelo teórico para la enfermería transcultural de Leininger, “el modelo del sol naciente”, se desarrolló en 1970 y describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria de vida y del contexto de su entorno. Señala que los cuidados y la atención están influenciados por el lenguaje, la etnohistoria y el entorno como: los valores culturales, creencia y estilos de vida y factores de tipo tecnológico, religiosos y filosóficos, familia y factores sociales, políticos, legales, económicos y educativos. Además, permite determinar las decisiones y acciones de los cuidados por parte de enfermería, para desarrollar cuidados culturalmente coherentes encaminados a la preservación y mantenimiento de los cuidados culturales, adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación y reestructuración de los cuidados culturales.

Posterior al modelo de Leininger, surgen propuestas teóricas que permiten sustentar la enfermería transcultural, siendo similares en sus principios: estos marcos teóricos engloban las estrategias que los individuos utilizan para mantener, proteger y recuperar su salud física, mental y espiritual considerando los cuidados transculturales, entre los que se encuentra Rachel E. Spector con el de Herencia cultural y Tradiciones de salud ; Larry Purnell, con el de la Competencia cultural ; Josepha Camphina-Bacote, quien implementó el Proceso de Competencia cultural en la prestación de los servicios de cuidados de salud y el modelo de Juliene Lipson. Cuando enfermería emplea un modelo teórico con enfoque transcultural para sustentar su práctica profesional se esperaría que los beneficios para la población que atiende sea brindar cuidados culturales holísticos y congruentes con sus necesidades, debido a que la diversidad cultural promueve que la sociedad sea cada vez más compleja, diversa y con múltiples matices culturales. Al hacer referencia a los cuidados culturales, Leininger menciona que son “actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas”.

Para Spector los cuidados de enfermería para ser considerados “cuidados culturales deben ser culturalmente sensibles y competentes, un cuidado culturalmente sensible implica que se poseen conocimientos básicos y actitudes constructivas hacia las tradiciones de salud observadas en los diversos grupos culturales en el lugar en el que se está trabajando”. Desde la óptica de la cultura, analizar el cuidado humano implica comprender que es inseparable y propio del ser humano, el cual es diverso, plural, universal y complejo, por lo tanto, cuidar está influen-

ciado por la cultura de quien proporciona y de quien recibe el cuidado.

La importancia al desarrollar los cuidados culturales permite considerar la vida humana desde la perspectiva holística, o sea a la persona con sus múltiples referencias culturales, significados de vida y salud, valores o modos de vivir, su estructura social, las formas de comunicación y contexto en general, para devolver el bienestar al paciente, al conducir las prácticas del cuidado de enfermería desde la perspectiva transcultural: cuando el personal de enfermería ha sido capaz de involucrar la integración de conciencia cultural, conocimientos culturales, habilidades culturales, encuentros y deseos culturales se dice que logró “la competencia cultural”.

Investigación en enfermería transcultural

La investigación en enfermería transcultural se considera importante para el avance del conocimiento de la disciplina, aun cuando existe la necesidad de contar con una perspectiva global; sin embargo, la literatura en investigación de enfermería en esta área ofrece poca información. Es necesario contar con estudios comparativos plurinacionales e internacionales en grupos minoritario o específicos con culturas similares a partir de los que se proponga cambios a nivel de las políticas en salud, para establecer reformas a nivel de los sistemas y organizaciones. Al interior de los países, es prioritario obtener información sobre las variaciones culturales de la población que se atiende, evidenciar las necesidades de mejoras, los cambios generados en los procesos de la atención o sistemas de organización y cuáles han sido los sus resultados; no obstante, es ineludible establecer redes de investigación de enfermería transcultural internacional y nacional, así como inter y multidisciplinar para crear una base de datos global que sustente las necesidades de las poblaciones y las propuestas para abordar las problemáticas identificadas en salud por grupos minoritarios o vulnerables.

Otro aspecto necesario consiste en identificar las barreras en los sistemas de comunicación verbal (lenguaje/idioma) y no verbal de las personas en su diversidad cultural con el equipo de salud, la cual permite integrar la conducta y favorece los procesos cognitivos y afectivos; de igual modo, es fundamental identificar algunas de las reacciones psicológicas o físicas observadas en la población de migrantes o poblaciones con características diferentes a la cultura “predominante” de la región, ya que pueden manifestar reacciones defensivas dentro del proceso de adaptación a una nueva cultura, debido a que los cambios culturales provocan una etapa de transición al enfrentarse a diferentes modos de vida o de cultura que cambia de una sociedad a otra que generan en el individuo o familia un “ajuste

personal y nuevo aprendizaje social al enfrentarse a nuevas culturas o entornos”.

En el ámbito asistencial, se debe evidenciar la aplicabilidad de los modelos teóricos de la enfermería transcultural tomando en cuenta los fenómenos de estudios específicos de la enfermería y los resultados de su abordaje para mejorar la práctica del cuidado, por ciclo de vida, grupo étnico, grupos etarios, género, minorías de raza o creencias religiosas, lo cual sustentará las intervenciones para la prestación de los servicios a las personas o grupos. También es importante contar con instrumentos validados en español para identificar las necesidades culturales de la población y las competencias culturales del personal de salud, así como establecer un sistema de diálogo o “negociación” entre el profesional de enfermería y el paciente/familia para determinar -en conjunto- la forma de implementar los cuidados culturales, respetando las normas de la institución de salud y los deseos/costumbres de respeto de la cultura o religión del paciente ; es decir, enfermería no debe separar el patrón cultural, de salud y del cuidado al planificar las intervenciones.

Como componente prioritario en la preparación de los profesionales en enfermería, se debe fomentar el desarrollo de la competencia cultural para abordar la investigación transcultural, logro que se obtiene al incorporar tópicos de mayor impacto de tipo social o en salud derivados de la diversidad cultural en los planes de estudio de formación básica o de posgrado. Entre algunos de esos temas, se encuentra los retos de la salud mundial, los sistemas de entrega de atención a la salud, las teorías y modelos transculturales, la comunicación intercultural, las creencias de salud y enfermedad de base cultural y prácticas, bases culturales en las modalidades de curación y atención, evaluación de la salud cultural, roles profesionales y atributos de enfermería transcultural.

2 Objetivos

- Conocer el abordaje de la competencia cultural en cuidados desde la Enfermería transcultural.
- Reconocer la diversidad cultural de la sociedad en los servicios de salud y comprender las barreras que se encuentran.
- Exponer la perspectiva que tiene el personal de Enfermería sobre el paciente con una cultura diferente a la propia y la perspectiva que tiene este paciente de la Enfermería.
- Analizar las demandas que plantea el personal de enfermería al atender a la persona de una cultura diferente a la propia.

3 Metodología

El método ha consistido en realizar una revisión bibliográfica de artículos publicados preferentemente en los últimos cinco a diez años, en las bases de datos: Cuiden, Cinhal, Lilacs, Cuidatge, Scielo y Dialnet, donde pude obtener información acerca de cómo se está abordando el cuidado que las enfermeras proporcionan, teniendo en cuenta las consideraciones culturales. De igual modo, se han analizado otros documentos y publicaciones que hacen referencia a la salud en el perfil de inmigrante. He incluido todos aquellos artículos que centraban su contenido en la competencia cultural en la práctica y en la formación académica y excluido aquellos que no tuviesen base científica o no respondieran al objetivo del tema de revisión.

4 Resultados

Esta sociedad multicultural origina situaciones de salud-enfermedad ante las que debemos ofrecer cuidados de calidad. Es necesario que la Enfermería entienda la cultura del otro y cómo esta interactúa con la del lugar de origen. Los grupos culturales tienen que ser reconocidos en su distinción, deben ser tratados bajo los mismos principios y reglas, pero respetando las diferencias propias y específicas del grupo al que pertenecen.

Ante una sociedad con una gran diversidad cultural (multicultural y multiétnica), Purnell propone la importancia de ser competente culturalmente. Define el concepto de competencia cultural, como la capacidad del profesional de la salud para aportar cuidados basados en las características culturales del individuo o comunidad a la que atiende, promoviendo la comprensión cultural de las situaciones humanas en el proceso de salud enfermedad, desde los aspectos emic (visión subjetiva de los individuos) y etic (visión de los profesionales).

5 Discusión-Conclusión

La globalización y la migración de poblaciones son fenómenos complejos en diversos países que ocasionan demandas en diversos ámbitos de la sociedad, principalmente en la atención a la salud de la población. El sistema de salud debe responder a esa necesidad que surge ante la demanda social; sin embargo, tal acción supone un reto al tratar de abatir las desigualdades generadas por condiciones de tipo cultural, edad, sexo, genero, etnia, residencia, entre otros aspectos que son

propios de grupos o colectivos que solicitan acceso al cuidado de la salud y a la prestación de la asistencia sanitaria, pero que presentan una diversidad cultural que genera barreras para otorgar servicios de salud acordes a sus necesidades.

Ante la diversidad cultural que predomina, enfermería no puede quedarse al margen, debe considerar la cultura, la comunicación y el cuidado dentro del contexto sanitario como elementos importantes para desarrollar la enfermería transcultural. El personal de enfermería con formación transcultural debe considerar a la persona en su totalidad para brindar cuidados holísticos, humanizados, culturalmente competentes y congruentes con base en las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de los individuos, familias y grupos a los cuales brinda el cuidado.

6 Bibliografía

- <https://es.wikipedia.org>.
- INE CP- 1 de enero de 2019 y EM- 2018. Datos provisionales <http://www.ine.es>.
- Barco DV, Cruz AS, Rodríguez BZ, Herrera CD. Gestión del cuidado desde una perspectiva transcultural. Rev. Cubana Enfermer.[Internet] 2011;27 (1): 57-65. Disponible en <http://scielo.sld.cu>.
- Bauer k, Bai Y. Innovative educational activities using a model to improve cultural. Procedia Social and Behavioral Sciences. [Internet] 2015; 174: 705-710. Disponible en <http://www.sciencedirect.com>.
- Soriano AE, González JA, Cala VC. Retos actuales de educación y salud transcultural. Tomo1, Vol. 1. 2014.
- Raile AM. Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. Modelos y teorías en enfermería. 8a ed. España: Elsevier; 2015. p. 405-429
- Bonill de las Nieves Candela, Celdrán Mañas Miriam. El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. Index Enferm [Internet]. 2012 ; 21(3): 160-164. Disponible en:<http://scielo.isciii.es>
- Mastrapa YE, Gilbert Lamadrid MP. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. Rev Cuba Enferm. 2016; 32(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu>.
- Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Enferm Univ. 2015; 12 (3): 134-43.
- Marqués Gracia S, Marqués Díez B., La vulnerabilidad social en las personas inmigrantes y la responsabilidad del tercer sector, la experiencia de la fundación San Ezequiel Moreno. Fundación San Ezequiel Moreno. Zaragoza. 2014.

Capítulo 23

CASO CLÍNICO: DETECCIÓN CASUAL DEL GLAUCOMA CRÓNICO

ELENA DIAZ-CUETO MARTINEZ

ÁNGELA GARCÍA RODRÍGUEZ

MARIA TERESA CORRALES PINTO

MÓNICA CORRALES PINTO

MARÍA VICTORIA COUTO CALVO

1 Introducción

El glaucoma crónico es una neuropatía óptica progresiva cuyo principal factor de riesgo, entre otros muchos, es el aumento de la presión intraocular.

El glaucoma constituye una de las principales causas de ceguera irreversible en el mundo, al no dar síntomas provoca un deterioro progresivo del nervio óptico y por ello cuando el paciente acude al oftalmólogo ya es en estadios avanzados de la enfermedad.

Entre los principales factores de riesgo se encuentran:

- El aumento de la presión intraocular.
- La edad.
- Raza negra.
- Enfermedades endocrino-metabólicas como la diabetes mellitus.

Por ello se realizarán mediciones de la presión intraocular por parte del oftalmólogo a través de una prueba llamada tonometría siendo normal 10-21 mmHg y alta por encima de 21 mmHg sugerente de glaucoma aunque se necesitan más pruebas complementarias para llegar al diagnóstico.

Entre ellas: la paquimetría que es la medida del grosor corneal.

La gonioscopia que permite hacer una valoración del ángulo camerular que es el lugar anatómico por donde drena el humor acuoso siendo este la causa del aumento de PIO.

2 Objetivos

Ser capaces de detectar precozmente el glaucoma a través de mediciones de la presión intraocular por parte del oftalmólogo a la población adulta de riesgo.

3 Caso clínico

Paciente femenino de 69 años que acude a revisión al oftalmólogo por sensación de arenillas en los ojos desde hace unos meses. A la Exploración con lámpara de hendidura se detectan signos leves de ojo seco que justifican su cuadro. Por lo que se decide tratamiento de mantenimiento con lubricantes oculares tópicos. De forma rutinaria se le realiza una topometría ocular resultando unos valores de 27 mmHg en ojo derecho y 28 mmHg en ojo izquierdo. Se realiza una paquimetría corneal que normal. En el campo visual se detecta un leve defecto inferior en ambos ojos, y en el fondo de ojo una excavación papilar de 0,6 en ambos ojos.

4 Resultados

Ante los hallazgos compatibles con glaucoma crónico en ambos ojos, se decide tratamiento con Timolol colirio al 0,5% cada 12 horas. Se revisa al mes y medio, constatándose unas tensiones de 14 mmHg en ambos ojos. En la actualidad la paciente mantiene controles estables con dicho tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

El Glaucoma crónico es una enfermedad que no da síntomas hasta fases muy avanzadas y puede conducir a la ceguera. Por lo tanto a partir de los 40 años

conviene tomar la tensión ocular periódicamente para su detección precoz. En este caso como en otros muchos se detectó de forma casual al venir la paciente por otro motivo.

6 Bibliografía

- Redondo Piño LR, Maciques Rodríguez JE, Pérez Muñoz ME, Licea Puig M. Asociación de la diabetes mellitus con el glaucoma crónico simple. Rev Cuba Endoc. 2013;24 (3): 314-22.
- Muñoz-Negrete FJ, González-Martín-Moro J, Casas-Llera P, Urcelay-Segura JL, Rebolleda G, Ussa F, et al. Guía terapéutica del glaucoma crónico por cierre angular primario. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. marzo de 2015;90 (3): 119-38.
- Glaucoma: diagnóstico y tratamiento. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://www.cun.es>.
- Rodríguez Uña I, Martínez-de-la-Casa JM, Pablo Júlvez L, Martínez Compadre JA, García Feijoo J, Belda Sanchís JI, et al. Manejo farmacológico perioperatorio en pacientes con glaucoma. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. junio de 2015;90 (6): 274-84.

Capítulo 24

EL TRASTORNO POR ATRACÓN Y SU IMPORTANCIA DENTRO DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

AIDA GIL VECINO

LAURA SANROMAN CLAROS

RUTH BOUSOÑO VIZCAÍNO

MARIA AURORA GUTIERREZ GARCIA

1 Introducción

En 1959 el psiquiatra Albert Stunkard publica su artículo “Los patrones de alimentación y la obesidad” en el cual expone que, en su estudio con pacientes obesos ha detectado una conducta alimentaria de la que nada se había hablado hasta el momento. Se trata de los primeros vestigios de lo que hoy conocemos como Trastorno por Atracón. En 1970 Kornhaber habla sobre el “Síndrome por atiborramiento” que se caracterizaba por hiperfagia, malestar emocional y depresión. En el 87, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) incluye los atracones dentro del término bulimia en su Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-III-R) En el año 1992 Spitzer y su equipo logran a través de sus estudios definir la clínica del trastorno por atracón. Y hablan de este como un ente separado del término de Bulimia nerviosa (BN) . Fairburn en 1995 sugiere desvincular el comer compulsivamente de la Bulimia Nerviosa. A

pesar de esto el DSM-IV lo incluye en un apéndice de la BN y el DSM-IV-TR dentro de los trastornos alimentarios no especificados. Finalmente, en el año 2013 es reconocido en el DSM-V como un trastorno con categoría propia.

Este trastorno alimentario se caracteriza por ingerir cantidades de comida superiores a las que normalmente comería otro individuo en el mismo espacio de tiempo, de manera reiterada y sin necesidad de tener apetito. Por norma general estos atracones los llevan a cabo en la más estricta intimidad, por los sentimientos vergonzantes que dicha conducta despierta en ellos. Los individuos que lo padecen sienten una total falta de control sobre sus impulsos. Quieren pero no pueden parar de comer y esto les lleva a tener sentimientos de culpabilidad y de malestar consigo mismos. Guarda similitudes con la Bulimia Nerviosa pero en este caso no existen conductas purgativas a través del vómito, los laxantes o diuréticos. Se estima que hasta un 30% de los pacientes con este trastorno tienen obesidad. Según Latner y Wilson los atracones de pacientes obesos con TA incluyen ingestas más pequeñas y de menos calorías, aunque en el cómputo del día ingieran una mayor cantidad de comida.

2 Objetivos

Identificar a los pacientes que presentan este trastorno y ayudarles a alcanzar y mantener su salud física y mental a través de un abordaje multidisciplinar.

3 Metodología

Para la documentación bibliográfica se han realizado búsquedas sistemáticas en diferentes bases de datos como Scielo, Pubmed, Dialnet y Medline utilizando diferentes combinaciones de descriptores: Trastorno por atracón, conducta alimentaria, adicción a la comida y dietoterapia.

Se han obtenido un gran número de artículos y a través de la aplicación de diferentes métodos de descarte se han seleccionado un total de 15 artículos de los que se ha extraído la información relevante en relación con el tema que nos ocupa. También se han consultado varios libros que se centran específicamente en este trastorno de la conducta alimentaria.

4 Resultados

Según el DSM-V los criterios son los siguientes:

La ocurrencia de episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:

- Ingestión, en un breve período de tiempo (por ejemplo 2 horas), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en el mismo espacio de tiempo y en condiciones similares.
- Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p.ej., sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere o las cantidades de lo que se come).

Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:

- Comer mucho más rápidamente de lo normal.
- Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
- Comer solo, debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
- Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.

Malestar intenso respecto a los atracones. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.

El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia o anorexia nerviosa. Especificar si el paciente se encuentra:

- En remisión parcial: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un período continuado.
- En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un período continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

- Leve: 1-3 atracones a la semana.
- Moderado: 4-7 atracones a la semana.

- Grave: 8-13 atracones a la semana.
- Extremo: 14 o más atracones a la semana.

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge el Trastorno por atracón en la subcategoría F50.8 “Otros Trastornos de la Conducta alimentaria”. Al cual se han añadido dos códigos nuevos para diferenciar el F50.81 “Trastorno de ingestión compulsiva” (también denominado TA) del F50.89 “Otros Trastornos no especificados de la conducta alimentaria”.

FACTORES DETERMINANTES EN EL TRASTORNO POR ATRACÓN

A día de hoy son muchas las teorías que intentan explicar el detonante de un TA. Las que hablan de variantes genéticas como el FTO (gen asociado a la masa grasa y la obesidad) que provoca una predisposición por parte de los individuos al consumo de alimentos ricos en azúcares y grasas o la expuesta por Micali en 2015 donde descubrieron que los genes asociados con el IMC (entre los que se incluye el FTO) están relacionados con un mayor riesgo de atracones en adolescentes. Otras defienden que el proceso neurológico que se desencadena en el individuo es similar al de la adicción a sustancias y podríamos estar hablando de la comida como un componente adictivo. Aún así este punto sigue siendo motivo de controversia ya que los únicos estudios que han demostrado un “enganche patológico” con la comida se han llevado a cabo exclusivamente con animales. Faiburn en 2012 habla del Trastorno por atracón como una evolución de otros trastornos de la salud relacionados con las conductas alimentarias.

El TA puede desarrollarse a raíz de otro trastorno alimentario (Anorexia, Bulimia), como resultado de los intentos fallidos por controlar la obesidad (dieta), por sobrealimentación en la infancia o por un mal control de impulsos en lo que a la comida se refiere. Hablar de una única causa como responsable de un trastorno de índole psicológica es algo que a día de hoy a quedado obsoleto. En el Trastorno por Atracón influyen múltiples y complejas causas. El caldo de cultivo son determinados tipos de conductas que se repiten como un patrón a lo largo del tiempo.

Factores psicológicos:

- Suele ir asociado a patologías relacionadas con el estado de ánimo o de tipo ansioso (problemas de conducta, depresión mayor).
- Los individuos presentan un bajo concepto sobre sí mismos (autoevaluación negativa).

- Fluctuaciones emocionales (estados emocionales negativos).
- Preocupación excesiva por el cuerpo, el peso y la dieta.
- Hábitos alimentarios caóticos. Los individuos pasan por fases restrictivas en las cuales hacen todo tipo de dietas. Acto seguido experimentan un periodo de compulsión, donde el ansia por la comida predomina y por ende la sobreingesta.
- Consumo de sustancias. Se observa una alta de prevalencia entre consumo de drogas legales e ilegales y el TA según afirma Ross et al. (12).

Factores interpersonales:

- Haber sido víctima de abusos sexuales o físicos.
- Relaciones familiares y personales disfuncionales (crisis familiares o sentimentales, mínimo afecto parental, desatención materna o sobreprotección, rechazo...).
- Acontecimientos vitales estresantes (muerte de un familiar próximo, divorcio, cambio o despido de trabajo, tener un hijo...).
- Interacciones sociales negativas (rodearse de gente que critica su físico).
- Dificultades para expresar los sentimientos y emociones.

Factores genéticos:

- Predisposición a la obesidad.
- Antecedentes de trastornos alimentarios en la familia.

Factores sociales:

- Cánones de belleza impuestos por la moda, la publicidad y los medios de comunicación, donde se relaciona el estar delgado con el éxito y la felicidad.
- Haber sido víctima de burlas, acoso o comentarios ofensivos por su peso, apariencia o silueta.

DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

Entrevista:

Sería interesante que los profesionales sanitarios fuésemos capaces de discernir entre la obesidad y un trastorno por atracón. Para ello será necesaria una exploración más amplia que nos permita su detección temprana. La empatía juega aquí un papel fundamental. De ella va a depender que el paciente sea capaz de sincerarse con nosotros y de recibir una atención terapéutica específica para a su trastorno. Es preciso hacer hincapié durante la entrevista en antecedentes familiares y personales patológicos (adicciones, fobias, antecedentes de TCA...), posibles alteraciones conductuales (patrones alimentarios anormales, etapas de restricción- compulsión, fluctuaciones en el peso, purgas, exceso de ejercicio

físico y/o antecedentes familiares con este tipo de conductas) trastornos emocionales (ansiedad, depresión...) y trastornos cognitivos (imagen corporal distorsionada).

La evaluación de la conducta alimentaria juega aquí un papel fundamental. Se puede llevar a cabo no sólo con entrevistas al propio paciente sino también a sus familiares y allegados. Ya que existen casos en los que el paciente no acepta su problema. Los cuestionarios y los autorregistros también resultan muy útiles. Otra opción diagnóstica es hacer una entrevista semiestructurada en la que se incluyan preguntas relacionadas con los criterios diagnósticos del DSM-V para el TA. A día de hoy no existe una entrevista específica para el trastorno por atracón pero la Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos alimentarios –IV (Interview for the Diagnosis of Eating Disorders-IV), posee aval en el ámbito clínico.

Cuestionarios:

Puede resultar interesante el uso de cuestionarios que midan la insatisfacción corporal. El más utilizado es el Cuestionario de Forma corporal (Body Shape Questionnaire- BSC) Valora la preocupación por el peso y la imagen, la insatisfacción corporal y con su apariencia física, el miedo a engordar, las intenciones de adelgazar y la evitación de situaciones en las que su apariencia corporal quedase expuesta o fuese observada. Otra forma de valoración son las escalas de siluetas o figuras en las que el paciente deberá señalar la que más se parezca a la suya e identificar a qué silueta o figura le gustaría parecerse. Las escalas del Inventario de desórdenes alimentarios (Eating Disorder Inventory) suelen ser útiles también. Nos centraremos en la que hace alusión a la insatisfacción corporal.

La Escala de atracones (Binge Eating Scale- BES) es de las pocas escalas que son específicas para el TA. Fue desarrollada por Gormally, Black, Duston y Rardin en 1982. Está compuesta de 16 ítems con varias respuestas posibles. Evalúa aspectos emocionales, conductuales y cognitivos en relación con los atracones. Va de 0 a 46 puntos. En función de la puntuación obtenida se establece el riesgo de padecer un trastorno de este tipo.

Debido a la similitud entre Bulimia Nerviosa y TA habrá casos en los que ante la duda deberá realizarse el Bulimia Test (BULIT) para descartar que se trate de esta patología. Tiene 32 ítems y otros 4 a mayores que valoran el abuso de laxantes y diuréticos. Este evalúa atracones o conductas descontroladas con la comida, malestar, conductas compensatorias como el vómito auto inducido, fluctuaciones en el peso y preocupación por lo que se come. Otro factor a tener en cuenta es el

ansia por la comida (craving/food craving) Hay autores que despojan a este término de su carácter científico por tratarse de un concepto excesivamente amplio que, objetivamente no hay manera de medir. A pesar de esto se ha demostrado la estrecha relación que existe entre el food craving y los atracones en la BN. Se le considera responsable del abandono temprano de los programas para perder peso en pacientes obesos, y la principal causa de la duración de los TCA. Tal es la importancia que se da al craving que los programas de tratamiento de adicciones incluyen estrategias para su manejo.

El Food Craving Questionnaire (FCQ) tiene dos versiones. Uno mide el deseo ansioso por comer como rasgo de la personalidad (FCQ-T) a través de 39 ítems y el otro mide la intensidad de los deseos de comer en el momento presente (FCQ-S) por medio de 15 ítems. La persona da puntuaciones que van desde el 1 al 6 en función de la frecuencia con la que le ocurran las situaciones descritas. El Cuestionario de los Tres Factores de Alimentación (Three Factor Eating Questionnaire) mide la restricción, desinhibición y sensación de hambre cuando el paciente se enfrenta a la comida. Consta de 51 ítems. El cuestionario de patrones de alimentación y peso versión revisada (QEW-R Questionnaire of Eating and Weight Patterns) Consta de 28 ítems mediante los cuales se valora la presencia de atracones y su frecuencia, algunos criterios adicionales para el diagnóstico del TA y las conductas purgativas. Hace hincapié también en la cantidad de comida que se ingiere durante los atracones, cuánto duran, sentimientos de culpa respecto a la comida, peso y dieta.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

El enfoque debe ser multidisciplinar y se puede llevar a cabo en distintos niveles asistenciales. Abordaje psicológico.

- Terapia cognitivo-conductual.

La terapia de elección para estos pacientes es la cognitivo conductual (TCC) ya que aborda los aspectos cognitivos del trastorno (preocupación por la imagen corporal, reglas dietéticas autoimpuestas y pensamientos polarizados) y los conductuales (hábitos alimentarios descompensados) Las intervenciones están estructuradas para adaptarse a las necesidades individuales de cada paciente. A través de técnicas conductuales y educativas se ayuda a los individuos a recuperar el control sobre su alimentación. Consta de unas veinte sesiones, con dos sesiones a la semana al inicio.

Se divide en tres etapas:

Etapas 1

Desgranar qué es lo que lleva al paciente a comer compulsivamente y a mantenerlo en el tiempo. Anotar de manera detallada la ingesta, incluyendo no solo la comida sino también la bebida, así como los pensamientos y emociones. Introducir un patrón de alimentación regular. Desarrollar estrategias útiles para evitar la ingesta compulsiva. Educación sobre alimentación, peso y apariencia.

Etapas 2

Desterrar las dietas restrictivas e introducir paulatinamente alimentos que el paciente considera “Prohibidos”. Estrategias eficaces para reaccionar ante situaciones cotidianas sin necesidad de recurrir a la comida. Tratar la preocupación por el peso y la imagen corporal identificando y modificando los pensamientos negativos.

Etapas 3

Desarrollar estrategias realistas para evitar las recaídas. Psicoterapia interpersonal (PTI).

Esta terapia se usaba originariamente para tratar la depresión pero, ha demostrado dar buenos resultados en el TA. Se centra en mejorar las relaciones interpersonales y en tratar el estrés. Estos pacientes suelen presentar dificultades notorias para relacionarse en sociedad y presentan una tendencia al aislamiento que favorece el mantenimiento y la perpetuación de los atracones en el tiempo. Las restricciones sociales que se autoimponen para no ser observados ni juzgados propicia en ellos una cierta “fobia social” Evitar estas situaciones les hace sentirse más relajados y esto fomenta que eviten la interacción social. El objetivo de la TIP es, desarrollar habilidades interpersonales eficaces, que sustituyan a los comportamientos disfuncionales del paciente y fomentar una autoimagen saludable. Se desarrolla en 16-20 sesiones estructuradas en tres fases. En la primera fase se identifican los problemas interpersonales que afectan al paciente y fomentan el TCA. En la segunda fase el paciente comprenderá la raíz y la magnitud de estos problemas y trabajará con ellos. Y en la última fase se valorarán los progresos y las estrategias para mantenerlos en el tiempo evitando así las recaídas.

- Terapia de conducta para perder peso.

A través de técnicas conductuales se busca disminuir la ingesta y mejorar así los hábitos alimentarios y fomentar la actividad física. Suele realizarse en grupo. Se centran en el peso y no en el atracón. Emplear dietas hipocalóricas con el fin de conseguir una restricción calórica puede ser un arma de doble filo si no se maneja de manera adecuada, ya que puede dar lugar a nuevos atracones y

empeoramiento del trastorno. Por todo ello, la eficacia de esta terapia es menor en comparación con las otras.

- Terapia de autoayuda.

Es un tipo de terapia relativamente barata y accesible. El paciente elige el lugar, el cuándo y el ritmo de trabajo, sin necesidad de tener que adaptar sus horarios a unas citas marcadas por su terapeuta. Consta de un programa donde se explica paso a paso al paciente las acciones que debe llevar a cabo. Se suelen emplear libros, principalmente el de Fairburn que lleva por título “La superación de los atracones de comida” La primera parte está orientada hacia la comprensión de lo que es un atracón y los TCA que puede desencadenar. La segunda se centra en el programa de autoayuda. Por un lado los autoregistros de ingestas fomentarán la consecución de unos patrones alimentarios regulares y por el otro se desarrollarán estrategias y alternativas para enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana sin necesidad de recurrir a la comida.

- Terapia cognitiva mejorada o transdiagnóstica.

Fue desarrollada por Fairburn. Es una combinación de la TIP y la TCC, más elaborada y sofisticada. Se tiene en cuenta aquellos factores que mantienen en “activo” el trastorno: perfeccionismo clínico, baja autoestima, dificultades interpersonales e intolerancia a los cambios del estado de ánimo. Aporta nuevas estrategias para recuperar el control sobre la alimentación, se aborda la obsesión por el peso y la imagen corporal de manera más profunda y concienzuda y se hace especial hincapié en cómo prevenir las recaídas. Tiene dos versiones: la focalizada que se centra en la psicopatología propia del TCA y la extendida para tratar los mantenedores (perfeccionismo clínico, baja autoestima...) Existe también una versión específica para jóvenes (entre 15 y 18 años), otra intensiva y otra de grupo. Respecto a la duración del tratamiento Fairburn establece que se puede llevar a cabo en 20 sesiones (es lo más habitual) o en 40.

- Mindfulness y terapia dialéctica conductual.

En los últimos años, el mindfulness o “Atención plena” se ha convertido en una alternativa más para el tratamiento de los TCA. Observar las emociones durante el proceso de meditación puede ayudar al paciente a tolerar las emociones negativas y a reducir la intensidad con la que se perciben y la duración de las mismas. Facilita que el individuo sea capaz de distinguir entre la sensación de hambre y saciedad e identifique la excitación emocional y las señales externas. De este modo se logra que disminuyan los antojos y los atracones. La terapia dialéctica conductual se usó en un principio para el tratamiento de los trastornos límite de personalidad y se ha modificado para el tratamiento del TA. Ayuda a comprender

la importancia de los sentimientos negativos y su relación con los atracones. A través de técnicas como el Mindfulness se enseña al paciente a centrarse en el momento presente, lo cual ayuda a controlar las emociones y a tolerar mejor la angustia. A través de esta terapia el paciente aprende a poner límites, a comunicar sus necesidades y a transformar las emociones que se quieren cambiar. Es llevada a cabo por un terapeuta y puede ser a nivel individual o grupal.

Abordaje farmacológico.

La finalidad del tratamiento con fármacos es la de reducir el número y frecuencia de los atracones, favorecer el control de impulsos y mejorar la sintomatología derivada de los estados depresivos. Reas y Grilo en 2008 llevan a cabo una revisión sistemática y centrada en investigaciones sobre la eficacia del tratamiento farmacológico en el TA. Las conclusiones a las que llegan son las siguientes:

Los tratamientos farmacológicos parecen ser eficaces en el tratamiento de los atracones a corto plazo.

No hay suficiente información para determinar la eficacia del tratamiento farmacológico a largo plazo si se plantea como terapia única.

Los fármacos más eficaces para reducir los atracones son los antiobesidad, como la subutramina, así como algunos antiepilépticos como el topiramato.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), como la fluoxetina, no parecen ser tan útiles como tradicionalmente se ha considerado para tratar trastornos donde el control de los impulsos es clave, como aparentemente ocurre en el Trastorno por Atracón.

Las conclusiones que podemos sacar sobre el abordaje farmacológico son las siguientes:

- La efectividad farmacológica es principalmente a corto plazo.
- Los fármacos más utilizados son los antidepresivos(ISRS), los antiobesigenos (sibutramina) y los antiepilépticos (topiramato).
- No existe un fármaco de elección y con un consenso general entre la comunidad científica , sin embargo, los que poseen un mayor aval en estudios recientes son los ISRS.
- La sibutramina a pesar de su eficacia demostrada está siendo objeto de revisión por sus efectos adversos a nivel cardiovascular, lo cual hace plantearse bastante el empleo de este fármaco como tratamiento.
- La utilización de antidepresivos no implica una mejoría del estado depresivo. Ya que los pacientes que padecen un TA no reaccionan terapéuticamente como cabría esperar.

- No hay evidencias de que asociar un tratamiento farmacológico mejore los resultados obtenidos con otro tipo de tratamientos, como la psicoterapia.
- Existe una actitud reacia por parte de los pacientes para abordar su problema de la conducta alimentaria por medio de psicofármacos.

Abordaje quirúrgico.

La cirugía bariátrica, empleada en casos de obesidad severa, carece de suficientes evidencias en el tratamiento de este trastorno. Se recomienda hacer una valoración psiquiátrica y psicológica antes de decidir si una persona puede o no ser apta para este tipo de cirugía y, en caso de serlo, continuar el seguimiento tras la intervención. En los meses posteriores a la cirugía los pacientes con TA pueden experimentar una remisión completa de los atracones y una pérdida de peso inicial significativa. A pesar de esto los comportamientos compulsivos tienden a aparecer tras los 12 meses de seguimiento. Tienen lugar cuando los pacientes aprenden a manejar su nueva condición y a eludir las restricciones alimentarias derivadas de la intervención. Los atracones clásicos dejan paso a grandes ingestas calóricas en forma líquida o semilíquida.

5 Discusión-Conclusión

La adquisición de hábitos alimentarios saludables, la disminución de los niveles de estrés y auto exigencia junto con el potenciamiento de la autoestima son los pilares fundamentales para el tratamiento de estos pacientes. El desconocimiento y la desinformación por parte de los profesionales de la salud sobre este trastorno dificultan su detección y genera un sentimiento de incompreensión por parte de quienes la padecen.

6 Bibliografía

- Hamburger, WH. Emotional aspects of obesity. Medical Clinics of North America. 1951; 35: 483-99.
- Stunkard, AJ. Eating patterns and obesity. Psychiatric Quarterly[Internet].1959; [Consultado 30 May 2019] 33(2):284-295.
- Kornhaber, A. The Stuffing Syndrome. Psychosomatics. 1970; 11: 580-584.
- American Psychiatric Association. Diagnostic. DSM-III-R Manual Diagnóstico y Estadístico Trastornos Mentales. Barcelona: MASSON SA. 1998.

- Spitzer , R.L, Yanovski , S, Wadden, T, Wing, R, Marcus, M. Binge eating disorders: A multisite field trial of the diagnostic criterial. International Journal of Eating Disorders . [Internet]1992; [Consultado 4 Jul 2019] 11: 191-203. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com>.
- Fairburn.C. La superación de los atracones de comida. 2th.ed. Barcelona: Paidós, 2017.
- García A. El Trastorno por Atracón en el DSM-V [Internet].Revista Iberoamericana de Psicopatología. 2014 [Consultado 13 Jun 2019]; 110: 70-73.
- MSCBS:Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Unidad. Cuadernos de Codificación CIE-10-ES. Nuevos Códigos de Codificación CIE-10-ES 2018. Diagnósticos y Procedimientos. [Internet]. 2017; [Consultado 29 Jul 2019] 4: 31.
- Moreno, S., Rodríguez, S., Fernandez-Santaella, M. ¿Qué es el ansia por la comida? Madrid: Pirámide; 2006.
- Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchmann, G.C., McKenzie, S.J., Watkins., P.C., Assesment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nerviosa. Nueva York: Pergamon; 1990.
- Raich, R.M., Anorexia, Bulimia y otros trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide; 2011.
- Reas DL, Grilo CM. Review and Meta-analysis of Pharmacotherapy for Binge-eating Disorder. Obes Silver Spring Md [Internet]. septiembre de 2008 [citado 30 de junio de 2019];16(9).

Capítulo 25

PLASMODIUM

LUCÍA MARTÍÑO CANGA

LORENA GARCÍA ARIAS

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LETICIA RODRÍGUEZ RIVERA

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Parasitología del paludismo.

2 Objetivos

Conocer el método de transmisión, clínica, diagnóstico y tratamiento de la malaria.

3 Metodología

Obtención de información acerca de la patología a través de fuentes bibliográficas.

4 Resultados

- Localización:

El Plasmodium es transmitido por un vector, la hembra del mosquito Anopheles, que es portador del parásito al alimentarse de la sangre de un vertebrado infectado. En el tubo digestivo del mosquito se lleva a cabo el ciclo sexual del parásito con la fecundación de los macro y micro gametos, y posteriormente se desarrolla el cigoto motil llamado ookinete.

Una división asexual da origen al esporozoíto, que es el estadio infectante del hospedador vertebrado. Cuando los esporozoítos que están en las glándulas salivares del vector son inyectados dentro del hospedador vertebrado, son transportados rápidamente al hígado donde invaden a los hepatocitos, en los cuales ocurre una división asexual llamada esquizogonia hepática o ciclo extraeritrocítico que da origen al estadio llamado merozoíto. Este proceso de invasión del esporozoíto ha sido extensivamente estudiado por varios investigadores, aunque poco se sabe del desarrollo y liberación del merozoíto proveniente de las células hepáticas. En *P. vivax* se ha descrito otro estadio adicional llamado hipnozoíto, el cual queda latente en los hepatocitos¹.

- Patología:

Este parásito causa malaria o paludismo (del latín “palus”, pantano). Existen cinco especies que infectan al ser humano (hospedador vertebrado): ovale, malariae, vivax, falciparum y knowlesis. Esta última se reportó como una zoonosis de primates a humanos en regiones africanas. La especie falciparum es la más agresiva en relación a las manifestaciones clínicas, y es responsable de la mayoría de las muertes en el hospedador humano.

Los signos y síntomas de la malaria no complicada se presentan con una frecuencia similar a como lo hacen en la malaria complicada. Entre ellos están la fiebre, el escalofrío y la sudoración; otros hallazgos con frecuencia variable son la cefalea, el dolor osteo-muscular generalizado, la tos, el vómito y la diarrea. Sin embargo, otros signos que se presentan durante el curso de la enfermedad o que son sólo evidentes al momento del diagnóstico, se observan con mayor frecuencia en los casos complicados y son indicio de deterioro clínico, que pueden incluir alteraciones neurológicas (bajo nivel de consciencia, psicosis), respiratorias (disnea), ictericia (por aumento de la bilirrubina debido a la hemólisis generada por el plasmodio durante la esquizogonia) o hematuria.

- Tratamiento:

La malaria es una de las enfermedades tropicales importadas que con más frecuencia se diagnostican en nuestro país. La mortalidad en viajeros que adquieren la enfermedad oscila alrededor del 2-3%, siendo el principal factor asociado al mal pronóstico el retraso diagnóstico y del inicio del tratamiento antiparasitario. Podemos diferenciar entre el tratamiento del paludismo complicado o no complicado:

- Tratamiento del paludismo no complicado.
- Tratamiento de las infecciones por *P. falciparum*.

La OMS recomienda los tratamientos combinados basados en la artemisinina para el tratamiento del paludismo no complicado causado por *P. falciparum*. Estos tratamientos, que combinan dos principios activos con diferentes mecanismos de acción, son los más eficaces en este momento. Actualmente, la OMS recomienda cinco tratamientos combinados basados en la artemisinina para combatir el paludismo por *P. falciparum*. La elección de uno u otro deberá realizarse en función de los resultados de los estudios de eficacia terapéutica contra las cepas locales de *P. falciparum*.

En zonas con baja transmisión se añadirá al tratamiento antipalúdico una dosis baja y única de primaquina a fin de reducir la transmisión de la infección.

Tratamiento de las infecciones por *P. vivax*. Las infecciones por *P. vivax* deberían tratarse con cloroquina en zonas donde este medicamento mantenga su eficacia. En zonas donde se haya detectado resistencia de este protozooario a la cloroquina, las infecciones deberán tratarse con un tratamiento combinado basado en la artemisinina, y a ser posible uno donde el medicamento asociado tenga un período de semieliminación largo. A fin de prevenir las recidivas, se añadirá primaquina al tratamiento; su dosis y frecuencia dependerán de la actividad enzimática de la G6PD que presente el paciente.

Tratamiento del paludismo complicado:

El paludismo grave se tratará con artesunato inyectable (intramuscular o intravenoso) durante un mínimo de 24 horas, seguido de un TCA completo de tres días una vez que el paciente pueda tolerar la medicación oral. Cuando no se pueda administrar tratamiento parenteral, los menores de 6 años con paludismo grave recibirán artesunato rectal antes de ser trasladados inmediatamente a un centro sanitario en el que puedan recibir toda la atención que necesitan. Teniendo en cuenta el desarrollo reciente de resistencia, es esencial que no se utilicen formulaciones inyectables basadas en la artemisinina ni supositorios de artesunato como

monoterapia. El tratamiento inicial del paludismo grave con estos medicamentos tiene que completarse con un TCA de 3 días.⁵

- Pruebas diagnósticas:

La confirmación del diagnóstico se hace por la demostración de los parásitos del paludismo en frotis de sangre y en gota gruesa. Pueden ser necesarios los estudios microscópicos repetidos cada 12 a 24 horas, por la variación del número de parásitos en sangre periférica, sobre todo en la infección por *P. falciparum*. Incluso, a veces, no se puede demostrar la presencia de parásitos en los frotis de pacientes que han sido tratados en fecha reciente o que están bajo tratamiento. Existen métodos de diagnóstico muy sensibles como las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR) o mediante la detección de antígenos circulantes del plasmodio (tests rápidos de inmunocromatografía, útiles sobre todo para el paludismo por *P. falciparum*).

Los anticuerpos, demostrables por inmunofluorescencia u otras técnicas, pueden aparecer después de la primera semana de infección y persistir durante años por lo que pueden indicar sólo una infección previa y, por lo tanto, no son útiles para el diagnóstico de la enfermedad actual.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia la investigación así como prevención y tratamiento precoz de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Spencer L.M, Gómez A, Collovini E. Mechanisms of invasion from sporozoite and merozoite of Plasmodium. *Bionatura. Open Journal*. 2016;1(2): 89-97.
- Tobón, A. Signos de peligro en el paciente con malaria. *Biomédica* [Internet]. 2009;29(2):320-329. Recuperado de: <https://www.redalyc.org>.
- Carmona Fonseca, J, Tobón C., A, Álvarez S., G, Blair Trujillo, S. El tratamiento amodiaquina-sulfadoxinapirimetamina tiene eficacia del 98% para la malaria falciparum no complicada (Antioquia, Colombia; 2003). *Iatreia* [Internet]. 2005;18(1): 5-26. Recuperado de: <https://www.redalyc.org>.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Tratamiento del paludismo: panorama general. [online] Available at: <https://www.who.int>. [Accessed 27 Mar. 2019].

- Alger J, Diagnóstico Microscópico de la Malaria Gota Gruesa y Extendido Fino. Revista de Medicina de Honduras, 2012, 74: 216-218.
- Arrospide V Nancy, Flores P Ruben, Ruiz C Jose. Evaluación de una prueba rápida para el diagnóstico de Malaria en áreas endémicas del Perú. Rev. peru. med. exp. salud publica [Internet]. 2006 Abr [citado 2019 Mar 27] ; 23(2): 81-86. Disponible en: <http://www.scielo.org>.

Capítulo 26

VIVIR CON EPOC

JULIO MORGADO RODRIGUEZ

NURIA SUAREZ FERNANDEZ

SUSANA MARTIN LORENTE

1 Introducción

La EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), engloba varias enfermedades como puede ser el Enfisema, Bronquitis crónica, asma y otras, afectando las vías aéreas, llegando a ser muy incapacitante, disminuyendo la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Hipoxia: Insuficiencia de O₂ en órganos y tejidos suministrado por la sangre aunque el flujo sanguíneo sea normal.

Disnea: Sensación de falta de aire o dificultad para respirar.

Como principal característica presenta una reducción persistente del flujo de aire, gradualmente los síntomas empeoran , existiendo una inflamación de la mucosa de los bronquios de manera crónica lo que conlleva a la producción de un moco que es anómalo provocando una obstrucción de las vías aéreas y como consecuencia de esto la oxigenación de la sangre y del organismo es inadecuado , el pulmón depende de la elasticidad de los bronquios y de los sacos de aire para así lograr la salida de aire , producto de la EPOC pierden elasticidad y se estiran en exceso por lo que queda aire atrapado que no puede salir.

Esta patología puede aparecer como Enfisema o Bronquitis crónica, ambas están

muy relacionadas y pueden presentarse simultáneamente o una de ellas termina provocando la otra .

Enfisema esta patología lesiona las paredes , las fibras elásticas de los alvéolos , al exhalar las vías respiratorias de pequeño tamaño colapsan impidiendo la salida del aire desde los pulmones.

Bronquitis crónica: aquí los bronquios se inflaman y estrechan produciendo exceso de mucosidad ,bloqueando aun mas los bronquios que ya de por si están estrechos , instaurándose la tos crónica en un intento de limpiar las vías respiratorias.

2 Objetivos

Tomar conciencia sobre esta patología incurable pero prevenible ya que esta muy asociada al habito tabaquero, el hecho de no fumar previene en gran medida el hecho de padecer EPOC.

También en nuestra vida diaria y trabajo estamos expuestos a múltiples factores de riesgo que pueden desencadenar en el padecimiento de dicha enfermedad por lo que es objetivo hoy en día por las políticas sanitarias identificar dichos factores y tomar medidas para así impedir o disminuir la posibilidad de desarrollar EPOC.

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 tabaquismo es la causa principal de la EPOC , si el habito se mantiene en el tiempo un fumador tiene muchas posibilidades de desarrollar la enfermedad.

Existen ademas otros factores que están muy relacionado con lo aparición progresiva de dicha patología como son :

- Estar expuesto al humo indirectamente del tabaco (fumadores pasivos).
- Exposición a determinados tipos de gases o emanaciones de los mismos en el ámbito laboral.
- Exposición considerable en zonas de alta contaminación.
- La utilización frecuentemente fuego para cocinar sin la ventilación adecuada .

No hay ninguna cura para la EPOC pero si se pueden tomar muchas medidas para mejorar los síntomas e impedir que la enfermedad empeore , dejar de fumar es la mejor opción para reducir el daño pulmonar .

Como tratamiento paliativo se puede utilizar medicamentos de alivio rápido tipo broncodilatadores para ayudar a abrir las vías aéreas , fármacos para reducir la inflamación pulmonar , antibióticos ya que las infecciones pueden empeorar la EPOC , oxigenoterapia muy utilizada por los niveles bajos de oxígeno que cursa esta enfermedad y la utilización de una maquina para ayudar en la respiración

5 Discusión-Conclusión

La disnea es el factor que mayor impacto tiene sobre la calidad de vida ,al comienzo de la enfermedad esta muy relacionada al esfuerzo pero a medida que se cronifica aparece en reposo.

Se pueden tomar medidas que utilizándose de manera habitual en nuestra vida diaria puede evitar que la EPOC empeore , proteger los pulmones y permanecer saludable.

Caminar distancias cortas y progresivamente aumentar la misma para aumentar la fuerza, intentar no hablar durante el ejercicio si existe dificultad para respirar, utilice la respiración con los labios fruncidos al exhalar para vaciar los pulmones antes de la siguiente respiración.

Evitar exponerse a climas extremos como al aire muy frio o temperaturas elevadas.

Asegurarse de que no se fume en el hogar y evitar sitios frecuentado por fumadores. Reducir la contaminación atmosférica producida por chimeneas u otros irritantes. Uso de oxigenoterapia si existiese indicación. Consumo de alimentos saludables y acudir a un nutricionista si existiese dificultad para mantener un peso adecuado. Manejar el estrés y el estado de animo , puede ser de gran ayuda los grupos de apoyo donde se pueden compartir experiencias y problemas comunes.

En la actualidad existe cirugía para extirpar partes del pulmón afectado que puede ser de gran ayuda a otras zonas del pulmón menos afectadas funcionen mejor (Enfisema).

6 Bibliografía

- Celli BR, Zuwallack RL. Pulmonary rehabilitation. In: Broaddus VC, Mason RJ, Ernst JD, et al, eds. Murray and Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. 6th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 105.
- Criner GJ, Bourbeau J, Diekemper RL, et al. Prevention of acute exacerbations of COPD: American College of Chest Physicians and Canadian Thoracic Society guideline. Chest. 2015;147 (4): 894-942. PMID: 25321320.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) website. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: 2019.

Capítulo 27

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRROSIS HEPÁTICA Y ALCOHOL

MARÍA CARMEN BERENGUER ÚBEDA

1 Introducción

La cirrosis hepática es una enfermedad degenerativa crónica del hígado que destruye la estructura de la función hepática. Puede clasificarse según su biología (cirrosis alcohólica, cirrosis biliar, cirrosis postnecrótica o cirrosis metabólica).

EPIDEMIOLOGIA

La cirrosis alcohólica es el tipo más común y se presenta sobre todo en hombres de edad media. La cirrosis biliar puede aparecer como consecuencia de enfermedades del colágeno (cirrosis biliar primaria) o como resultado de una obstrucción biliar prolongada (cirrosis biliar secundaria). La necrosis aparece como complicación de una enfermedad hepática crónica como la hepatitis, y la cirrosis metabólica se asocia a defectos metabólicos poco frecuentes.

FISIOPATOLOGÍA

Cualquiera que sea la causa específica, la cirrosis aparece como resultado de cambios degenerativos subsiguientes a un daño hepático repetido que varía desde una necrosis hepatocelular limitada a la destrucción de lóbulos enteros. El proceso de reparación implica la producción de tejido conectivo para unir la solución de continuidad de la estructura hepática y la regeneración o hipertrofia de los hepatocitos, lo que produce distorsión anatómica con alteración de la estructura del hígado. Estas distorsiones impactan sobre la estructura vascular, siendo las áreas de regeneración sólo perfundidas por la arteria hepática.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Al principio la cirrosis es por lo general silenciosa siendo muy pocos los síntomas específicos. A medida que se acumula el daño en el hígado, pueden aparecer los siguientes síntomas: malestar general, pérdida de apetito, pérdida de peso, náuseas y vómitos, diarrea o estreñimiento, agrandamiento del hígado, ictericia, prurito, eritema palmar, angiomas, ascitis, edema en extremidades, anemia, asterixis, cabeza de medusa (venas del abdomen dilatadas), dispepsia crónica, coluria, esplenomegalia, hematemesis por rotura de varices esofágicas, hipersensibilidad a los medicamentos provocada por el mal funcionamiento del hígado, encefalopatía o cambios en el estado de conciencia.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Analítica de sangre determinando los niveles de bilirrubina, aspartato, aminotransferasa, alanito aminotransferasa, fosfatasa alcalina, albúmina sérica, IgA, IgM, tiempo de protrombina, amoníaco y aminoácidos séricos, nitrógeno ureico, creatinina, electrolitos, glucosa, etc.
- Analítica de orina con niveles de bilirrubina y urobilinógeno.
- Radiografía de abdomen en bipedestación.
- Ecografía abdominal.
- Paracentesis.
- Papilla de bario.
- Esofagogastroduodenoscopia.
- Angiografía.
- Gammagrafía hepática.
- Presión venosa portal y presión venosa hepática de enclavamiento.
- Biopsia con aguja percutánea.
- Electroencefalograma.

TRATAMIENTO MÉDICO

Para un paciente en la fase precoz de la enfermedad, el objetivo del tratamiento es eliminar tóxicos como el alcohol. El único tratamiento definitivo para un paciente con enfermedad hepática intensa es el trasplante hepático. En otro caso, el tratamiento se centra en la corrección de los síntomas y complicaciones relacionados comentados anteriormente.

- Eliminación de la ingesta de alcohol.
- Dieta hiperproteica e hipercalórica (la carga proteica se reduce en pacientes con encefalopatía hepática).

- En pacientes con ascitis restricción de sodio, reposo en cama, paracentesis si es necesario, monitorización de la presión venosa central en pacientes con inestabilidad hemodinámica, tratamiento diurético.
- En pacientes con encefalopatía hepática leve: enemas, sonda nasogástrica y aspiración gástrica, intubación endotraqueal si es necesario, dieta absoluta y reposición intravenosa de líquidos y electrolitos.
- En pacientes con hemorragia gastrointestinal: dieta absoluta, colocación de sonda nasogástrica y lavados con suero salino helado o agua corriente, administración endovenosa de líquidos y electrolitos, transfusión de sangre si es necesario, colocación de sonda de Sengstaken-Blakemore en caso de varices esofágicas sangrantes.
- Paracentesis para controlar la ascitis.
- Escleroterapia endoscópica.
- Derivación peritoneovenosa.
- Derivación portocava terminolateral o laterolateral.
- Derivación esplenorrenal distal.
- Trasplante hepático.

Como tratamiento farmacológico cabe destacar la administración de:

- Vitaminas y oligoelementos. Vitamina K.
- Espironolactona (en pacientes con ascitis y edema).
- Hidroclorotiazida (en ascitis resistentes).
- Furosemida (en ascitis resistente a la combinación de las dos anteriores).
- Albúmina pobre en Sal (en la ascitis y edema).
- Cefamandol (en pacientes con peritonitis bacteriana).
- Neomicina (en pacientes con encefalopatía hepática).
- Lactulosa (para mantener dos o tres deposiciones al día en pacientes con encefalopatía crónica).
- Levodopa (para aumentar la resistencia vascular en pacientes con síndrome hepatorenal).
- Vasopresina (en pacientes con varices esofágicas).
- Propanolol (para profilaxis a largo plazo en el tratamiento de varices esofágicas).
- Cimetidina (para reducir la acidez gástrica y la esofagitis por reflujo).
- Insulina (según necesidades para controlar la hiperglucemia).

2 Objetivos

- Identificar los cuidados de enfermería en pacientes con cirrosis hepática y consumidores de alcohol.

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 y Medline seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Al tratarse de una enfermedad crónica, se hará imprescindible cambiar los hábitos de vida y administrar la medicación adecuada a los síntomas que lleva consigo la cirrosis.

En cuanto a los cuidados de Enfermería, será prioritario concienciar al paciente y a sus familiares del carácter crónico de la enfermedad. Además, se vigilarán los síntomas para actuar ante ellos en caso de complicación, ya sea con medicamentos o prestando el apoyo anímico necesario.

CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.

Algunas actividades que puede hacer para ayudar a cuidar su enfermedad son:

- Eliminar la ingesta de alcohol.
- Ingerir una dieta saludable, equilibrada y baja en sal.
- Recomendación de vacunas para patologías como la influenza, hepatitis A y hepatitis B, y neumonía neumocócica.
- Evitar el sedentarismo dentro de sus posibilidades de movilidad.

El profesional de Enfermería tendrá que valorar, y por ello presentará especial atención a los siguientes aspectos:

- Alteración del nivel de líquidos por la ascitis.
- Peligro de hemorragia por hipocoagulabilidad y varices esofágicas.
- Alteración de la nutrición por anorexia, dispepsia y disfunción metabólica.

- Posible infección por leucopenia y déficit fagocitario.
- Hipertermia por inflamación.
- Disfunción respiratoria por restricción de movimiento ventilatorio.
- Prurito, malestar y dolor por los depósitos de ácidos biliares en piel, inflamación hepática y distensión abdominal.
- Autocuidados deficientes.
- Alteración de la autoestima por cambios corporales y de actividad.
- Posible alteración de la conducta y procesos intelectuales por hiperamonemia.
- Ansiedad y alteración del sueño.
- Intolerancia a la actividad por fatiga.
- Alteración de la piel por edema y posibles ulceraciones.
- Alteración de la función sexual.
- Falta de conocimientos sobre su enfermedad.

Según los problemas que se vayan presentando, se irán incorporando al plan de atención los siguientes cuidados.

- El reposo absoluto favorece la recuperación tisular hepática y reabsorción de líquido ascítico.
- Control continuo y exhaustivo del balance hidroelectrolítico.
- Recabar información sobre sus gustos en las comidas y brindar dichos platos. No obstante, se habrá de tener en cuenta que la dieta debe de ser hiposódica, moderadamente pobre en grasas y rica en proteínas (excepto en casos de existir hiperamonemia).
- La restricción de alcohol será absoluta desde el primer momento.
- Se educará al paciente y la familia sobre el reconocimiento precoz de la hipoglucemia y el control de la presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria además de mantener una higiene estricta.

5 Discusión-Conclusión

El alcohol es la principal causa de la cirrosis hepática, es importante que el profesional de enfermería incida en los cuidados de los síntomas de la patología y en la educación sanitaria para mejorar los estilos de vida de estos pacientes.

El cuidado a estos pacientes por lo que podemos ver es variado, dada la complejidad de la enfermedad. Gracias a los planes de cuidados de enfermería, se pueden unificar criterios que faciliten el cuidado de estos.

6 Bibliografía

- Garcia-Tsao G. Cirrhosis and its sequelae. In: Goldman L, Schafer AL, eds. Goldman's Cecil Medicine. 25th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016: chap 153.
- Carithers RL, McClain C. Alcoholic liver disease. In: Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ. Feldman: Sleisinger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 86.
- Garcia-Tsao G, Lim JK; Members of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program. Management and treatment of patients with cirrhosis and portal hypertension: recommendations from the Department of Veterans Affairs Hepatitis C Resource Center Program and the National Hepatitis C Program. Am J Gastroenterol. 2009;104: 1802 - 1829. PMID: 19455106.
- Rehm J, Shield K. Global Alcohol-Attributable deaths From Cancer, Liver Cirrhosis, and Injury in 2010 Alcohol Res Curr Rev. 2014;35 (2): 10.
- Orman ES, Odena G, Bataller R. Alcoholic liver disease: Pathogenesis, management, and novel targets for therapy. J Gastroenterol Hepatol. 2013;28 Suppl 1:77-84.
- Zakhari S. Overview: How is alcohol metabolized by the body? Alcohol Res Health. 2006;29(4):245-54.

Capítulo 28

LA CARGA DE LOS CUIDADORES EN PACIENTES TERMINLES

GRACIELA ZAPICO LÓPEZ

MARIA EUGENIA RUBIO GOMEZ

MARIA DEL MAR ALONSO DE LA COBA

1 Introducción

La literatura nos dice que, entre un 60 a 90 % de las personas que cuidan a una persona enferma en casa, son mujeres, las cuales dedican más de la mitad del día a cuidar del enfermo. Por otra parte, culturalmente se ha cedido este trabajo a las mujeres con la excusa de la maternidad, la ternura, delicadeza, dulzura, etc y es en ellas, en las que recae el peso de la salud del enfermo, del viejo o del incapacitado. Esto produce una sobrecarga en la mujer, aparece la depresión, irritabilidad, somnolencia, trastornos digestivos, etc.

2 Objetivos

Describir y analizar los cuidados que se realizan al familiar que cuida al enfermo terminal.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica a través de las bases de datos: Medline, PubMed, SCOPUS.

Las palabras clave fueron: cuidador, cuidado, familia, enfermo terminal. Se seleccionaron documentos relacionados con el cuidado desde 2010 hasta el 2017.

Los criterios de inclusión fueron: que tratara de enfermos terminales adultos, documentos en español y en inglés, y que desarrollaran el tema de los cuidados enfermeros en los cuidadores y/o familia. Los criterios de exclusión fueron: artículos que traten de pediatría y cualquier documento publicado antes de 2010.

4 Resultados

Se hallaron 8 documentos relacionados con el cuidado de la familia del paciente que se encuentra en situación de últimos días. Hay que decir que en cada cultura vive la enfermedad de una manera, cabe destacar la cultura oriental.

5 Discusión-Conclusión

Holloway et al, refleja algunos aspectos relacionados con la enfermería que son el aspecto emocional desde el punto de vista del día a día y la imposibilidad de la tomar decisiones que atañen al enfermo directamente. El manejo del dolor y los cuidados de confort son los aspectos más importantes que los familiares tienen en cuenta. También pone de manifiesto que el contacto entre el paciente, la familia y el personal sanitario es fundamental para disminuir la ansiedad, la frustración, la angustia y la depresión, desarrollando medidas de autocontrol.

Hirano et al, plantea la posibilidad de que el paciente terminal fallezca en su casa, si es así su voluntad. Proporcionar a la familia herramientas como el afrontamiento de la realidad, de asumir el devenir de los acontecimientos y de enseñar a realizar un duelo correcto y de saber despedirse y en qué momento del enfermo, sin que por ello haya resentimiento o dolor patológico hacia el enfermo. Varios autores advierten de que aunque los pacientes son los que tienen que decidir sobre su muerte, es decir cómo morir, en dónde morir y rodeados de las personas que fueron significativas en su vida, es decir que se debe valorar sobre todo la autonomía del paciente, en la realidad esto no es del todo verdad. En ocasiones son los sanitarios o los familiares, los que toman el liderazgo y toman decisiones sin contar con el enfermo, pensando que éste no podrá tomar rienda de su destino a causa de su enfermedad o para no sobrecargar de decisiones al enfermo.

Se debería abordar el compromiso emocional entre el paciente, la familia y los

propios profesionales. También se debería abordar los aspectos biopsicosociales del enfermo y de sus familias. La limitación en cualquiera de estas dimensiones podría hacer flaquear la calidad de los cuidados y sobrecargar al cuidador. Es importante dosificar la información, dedicar el tiempo necesario, realizar las explicaciones pertinentes a sus familiares y al paciente, con un apunte muy importante, que es, no sobrecargar la información, ya que podría producir evasivas y negación.

Los familiares agradecen la visita del equipo que estuvo con su familiar hasta su fallecimiento durante el duelo porque no se sienten solos y abandonados.

6 Bibliografía

- Cejudo López Á, López López B, Duarte Rodríguez M, Crespo Serván M, Coronado Illescas C, de la Fuente Rodríguez C. (2015). El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*, 25(3), pp.124-132.
- Gómez-Batiste X, Espinosa J, Porta-Sales J, Benito E. (2010). Modelos de atención, organización y mejora de la calidad para la atención de los enfermos en fase terminal y su familia: aportación de los cuidados paliativos. *Medicina Clínica*, 135(2), pp.83-89.
- Holloway R, Arnold R, Creutzfeldt C, Lewis E, Lutz B, McCann R, Rabinstein A, Saposnik G, Sheth K, Zahuranec D, Zipfel G, Zorowitz R. (2014). Palliative and End-of-Life Care in Stroke: A Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(6), pp.1887-1916.
- Hirano Y, Yamamoto-Mitani N, Ueno M, Takemori S, Kashiwagi M, Sato I, Miyata N, Kimata M, Fukahori H, Yamada M. (2010). Home Care Nurses' Provision of Support to Families of the Elderly at the End of Life. *Qualitative Health Research*, 21(2), pp.199-213.
- Millas Ros J, Hasson N, Aguiló Pérez M, Lasagabaster Orobengoa I, Muro Gorostegui E, Romero Iturralde O. (2015). Programa de atención social domiciliaria sobre la atención a los cuidados paliativos en el País Vasco. *Experiencia Saiatu. Medicina Paliativa*, 22(1), pp.3-11.
- Secpal.com, (2016). SECPAL. [online] Available at: <http://www.secpal.com>.

Capítulo 29

RECICLAJE DE FÁRMACOS

TANIA MENÉNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

El reciclaje de medicamentos sirve para evitar un impacto medioambiental negativo (farmacontaminación). Los puntos SIGRE son localizaciones repartidas en locales y centros relacionados con la medicina, en ellos se pueden depositar los medicamentos para reciclar.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer la asociación SIGRE.

Objetivos secundarios:

- Detallar los medicamentos que se deben reciclar.
- Enumerar la clasificación del fármaco reciclado.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre SIGRE, en las bases de datos Scielo, Medline, Dialnet y Google Académico. Las palabras clave que se han utilizado para realizar la búsqueda son: SIGRE, medicamentos, reciclaje, fármacos. medicamentos.

4 Resultados

La asociación SIGRE es una entidad que sin ánimo de lucro se encarga de garantizar el correcto reciclaje, para ello cuenta con la colaboración de laboratorios, distribuidores farmacéuticos y farmacias.

Los medicamentos que se deberían de reciclar son:

- Envases vacíos que han estado en contacto con los medicamentos.
- Medicamentos que ya no se van a consumir.
- Medicamentos caducados.
- Medicamentos sin prospecto o sin envase que pueden generar confusión en su administración.
- Medicamentos que por una mala conservación pueden tener alteradas sus propiedades (exposición al sol o luz, temperatura inadecuada o humedad).

Clasificación del fármaco reciclado:

- Los envases se clasifican por materiales (cartón, papel, vidrio, plástico...).
- Los medicamentos no peligrosos se destruyen por combustión sirviendo este procedimiento para recuperar energía eléctrica o para ser utilizada en instalaciones industriales.
- Los medicamentos peligrosos deben de ser destruidos por un gestor especializado.

5 Discusión-Conclusión

Hay que concienciar a la población sobre la importancia del reciclaje de los medicamentos que no se vayan a utilizar, para minimizar los daños que los medicamentos puedan causar al medio ambiente. Para ello debemos informar sobre los puntos de reciclaje vinculados a la asociación SIGRE. Desde que dio comienzo el reciclaje de fármacos, se ha evitado en España la emisión de 77.000 toneladas de CO₂, por lo que es importante continuar con esta práctica.

6 Bibliografía

- .Fent K, Weston AA, Caminada D. Ecotoxicology of human pharmaceuticals. *Aquat Toxicol.* 2006.
- Guía para la evaluación del impacto medioambiental de los medicamentos de uso humano de la EMA (2006) (EMA/CHMP/SWP/4447/00 corr1) Accedido el 4 de noviembre de 2016.

- Kramer, F (2003). Educación Ambiental para el desarrollo sostenible. Madrid: Asociación Los libros de la Catarata.

Capítulo 30

LAVADO DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

El lavado de manos consiste en eliminar la suciedad y flora que pueda estar presente en las manos para así evitar la transmisión de infecciones de persona a persona o a uno mismo. Ésto ayuda a proporcionar una segura atención al paciente.

2 Objetivos

Objetivo general

- Revisar la literatura científica acerca del lavado de manos en el medio hospitalario.

Objetivos secundarios

- Describir las dos soluciones que existen para realizar un lavado de manos en el medio hospitalario.
- Especificar las recomendaciones en cuanto al lavado de manos.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos relacionados con el lavado de manos, publicados en las revistas indexadas en las bases de datos Pubmed y Medline, además se han revisado protocolos de diferentes hospitales. Para ello se han utilizado los descriptores lavado, higiene, manos, desinfección.

4 Resultados

Entre las maneras que existen para realizar un correcto lavado de manos en el medio hospitalario la higiene con agua y jabón o con solución hidroalcohólica son 2 de ellas. Lavado con agua y jabón en caso de que haya suciedad visible y siempre que empecemos y terminemos nuestro turno de trabajo. Éste lavado debe durar entre 40-60 segundos. Mediante solución hidroalcohólica para las demás situaciones. Éste proceso debe durar entre 20-30 segundos.

Según sea el lavado con uno u otro han de seguirse unos pasos los cuales deben realizarse antes de tener contacto directo con un paciente o prerealización de cualquier tarea que deba ser limpia o que requiera de asepsia. Además se debe realizar el lavado de manos después de haber estado expuesto a fluidos corporales o tras contacto con el paciente o su entorno. También una vez quitados los guantes. Se recomienda no llevar joyas ni anillos así como llevar las uñas cortas y limpias. Deben mantenerse limpios y desinfectados los dispensadores de jabón o soluciones hidroalcohólicas.

5 Discusión-Conclusión

Un correcto lavado de manos es importante para evitar la transmisión de infecciones nosocomiales en el medio hospitalario.

Es una técnica eficaz, fácil y sencilla que debe ser conocida y realizada por todo el personal sanitario. Es una técnica que ya desde los estudios de grado, es prac-

ticada por los universitarios para realizar un correcto lavado de manos cuando inicien su vida laboral.

El correcto lavado de manos además de realizarlo cuando corresponde, disminuye de manera exponencial las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

- Control de las infecciones en enfermería. Ediciones Doyma.
- Protocolo de lavado de manos. C. Pérez, B. Fernández, A. López, M.J. Fernández. Hospitales Puerta de Hierro, Guadarrama, Clínico y El Escorial, de Madrid.
<https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 31

REDES SOCIALES Y SALUD MENTAL: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

NAIARA CASTAN PESCADOR

1 Introducción

En los últimos años las tecnologías de la información han suscitado un gran interés. En la actualidad, la gran revolución de Internet ha transformado nuestras vidas, sobre todo su incorporación en los teléfonos móviles que nos permite estar permanentemente conectados.

Esta pieza se ha convertido en indispensable para muchos y gran parte de la población la ha incorporado en su vida. Los juegos, la mensajería instantánea y las redes sociales constituyen el mayor consumo por parte de los usuarios llegando a generarse conductas tecnológicas adictivas (1).

Los adolescentes y los jóvenes constituyen los grupos más vulnerables por su menor capacidad de autorregulación y por la presión que ejercen los grupos a estas edades (2).

En cuanto al sexo, los hombres presentan el problema manifestando un menor control conductual, mientras que en las mujeres parece estar relacionado con un problema de control emocional.

Según la bibliografía, no existe consenso en cuanto a la clasificación de este problema, unos autores lo engloban junto con las patologías adictivas equiparándolo a la adicción a sustancias debido a la pérdida de control que guarda relación con la corteza pre-frontal. Otros lo tachan de algo novedoso no relacionado con las adicciones ya conocidas (3).

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM en adelante, (4) no lo reconoce como patología específica aunque sí que se podría incluir en la categoría de trastorno de control de impulsos. Si bien es cierto que existe una relación entre estas adicciones comportamentales y la personalidad de base del individuo. Además, se están generando nuevos términos en la sociedad como Nomofobia o adicción al teléfono móvil.

Existe división de opiniones, (5) algunos autores consideran que se está psiquiatrizando este problema sin tener un amplio conocimiento sobre él dada su reciente aparición. Por otro lado, el abuso de las tecnologías de la información está suscitando preocupaciones entre los profesionales de la salud mental, que lo consideran como una patología social con características epidémicas.

2 Objetivos

Conocer la evidencia científica más actual sobre la utilización de las redes sociales y su relación con la salud mental

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica en español e inglés de los últimos 5 años en las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Cinhal, Dialnet y Cochrane, con la finalidad de recopilar la evidencia científica más actualizada sobre el tema.

Se seleccionaron ensayos clínicos aleatorizados y revisiones sistemáticas utilizando combinaciones de las palabras clave en términos MeSH social networks y mental health.

4 Resultados

La pieza clave es la fusión de internet junto al teléfono móvil que genera una hiperconexión constante. Las redes sociales han cambiado por completo las relaciones entre los seres humanos de hoy en día, además exigen mirar el móvil en numerosas ocasiones llegando a más de 150 veces por día (3).

Los síntomas que nos alertan de que se está generando un problema son varios, entre ellos el aislamiento, los cambios en el estado de ánimo, el mal funcionamiento cotidiano, el estrés, el bajo rendimiento académico y los problemas

de autoestima son los más usuales (6).

En ocasiones el problema puede llegar a ser muy grave creando una situación de tolerancia y dependencia parecida a la que se genera en los consumos de drogas. Puede generar repercusión en todas las esferas de nuestro autocuidado como son el sueño, la alimentación, la socialización y provocar una reducción de la actividad física.

A nivel psíquico muchos jóvenes utilizan las redes para manejar sus emociones, su autoestima y escapar de su vida real convirtiéndose en una obsesión y minimizando las consecuencias.

Los diagnósticos psiquiátricos más relevantes relacionados con este tipo de conductas son la depresión, el déficit de atención y los problemas relacionados con el sueño. La agresividad por exposición a situaciones violentas también es considerado un efecto negativo (1).

Una de las consecuencias más graves que se está observando entre los adolescentes es el ciberbullying o acoso virtual, generado por el anonimato y la posibilidad de tener una identidad falsa que nos proporciona internet (7).

Las recomendaciones que parecen más consistentes incluyen la reducción del número de horas del uso de dispositivos móviles, ser prudentes a la hora de publicar, mantener la privacidad y proteger la vida personal, presencia de los padres en las redes de las que sus hijos forman parte y actuación como modelos, establecimiento de reglas consensuadas y sobre todo fomentar aficiones durante el tiempo libre (5).

5 Discusión-Conclusión

Existen dificultades para conocer el alcance del problema dada su reciente aparición, no obstante el uso frecuente de las redes constituye un factor de riesgo en sí mismo.

En la actualidad no se cuenta con una etiqueta diagnóstica específica para este problema pero muchos autores luchan por conseguirla (4).

Se debe prestar especial atención a los adolescentes y jóvenes ya que aún se encuentran construyendo su identidad personal y desarrollo sexual, además son más vulnerables a la presión ejercida por su grupo de iguales.

A pesar de las consecuencias negativas descritas en el apartado de resultados, como profesionales de la salud los enfermeros, debemos fomentar un uso saludable de internet con estrategias de prevención y promoción de este tipo de conductas de riesgo dirigidas tanto a familias como a profesionales de la educación (6).

Entre los aspectos beneficiosos del uso de redes sociales se encuentra el apoyo mutuo a nivel académico, el aumento en la toma de decisiones y en la memoria de trabajo así como su uso para fomentar la promoción y prevención de la salud comunitaria.

Para posteriores estudios se propone conocer con datos a la incidencia de este problema en nuestro país y la creación de intervenciones adecuadas para su prevención.

6 Bibliografía

- Schou Andreassen C, Billieux J, Griffiths and Daria JMD, Demetrovics Z, Elvis Mazzoni E, Pallesen S. La relación entre el uso adictivo de las redes sociales y los videojuegos y síntomas de trastornos psiquiátricos: un estudio transversal a gran escala. *Rev. Toxicomanías*. 2017;(81): 2-2.
- Chalco Huaytalla K, Rodríguez Vega S, Jaimes Soncco J. Revista Risk of addiction to social networks, self-esteem and self-control in high school students. *Rev. Cienc. Salud*. 2016; 9(1).
- Prieto Gutiérrez JJ, Moreno Cámara A. Las redes sociales de internet ¿una nueva adicción. *Rev. Arg Clínic. Psic*. 2015; 149–155.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- Medrano JL, López Rosales F, Díaz Loving R. Addictive behavior to social network sites and it's relationship with the problematic use of the mobile phone. *Acta Inv. Psic*. 2017; 7(3): 2832-2838.
- Echeburúa Odriozola E. Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Rev. Esp. de Drogodep*. 2017; 37(4).
- Navarrete Villanueva D, Castel Feced S, Romanos Calvo B, Bruna Barranco I.

Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica. *Psic. Y salud*. 2017; 27(2).

Capítulo 32

EL NURSE-LED, LA NOVEDOSA FORMA ORGANIZATIVA CENTRADA EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

JUNCAL SANZ PASCUAL

ELENA GONZÁLEZ ESAIN

VIRGINIA GALENDE GALARZA

BERTA GARCIA MURILLO

MARIA SALINAS BARIAIN

1 Introducción

EL Nurse-led es una forma de organización en el que los recursos, programas e intervenciones están dirigidos únicamente por enfermeras. Con esto se consigue aumentar la accesibilidad y la eficiencia de los servicios sanitarios. En países como Reino Unido, Australia, Canadá o EEUU llevan años implantados.

2 Objetivos

Encontrar evidencias científicas de la forma organizativa Nurse-led y comprobar su efectividad en la práctica clínica.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible en varias bases de datos: Pubmed, Los, Biblioteca Cochrane plus y Scielo, mediante el formato PICO, utilizando criterios MeSH con las siguientes palabras clave: Nurse-led teams, Nurse practice patterns, nurse administrators, nursing, interprofessional collaborative practice.

Se seleccionaron artículos por su mayor relevancia poniendo límites de tiempo desde 2015. Hubo dificultades al seleccionar artículos que se hubieran llevado a cabo en España, y no se obtuvo suficiente representación. La mayoría de estudios encontrados fueron de origen inglés y americano.

4 Resultados

Se analizaron 25 artículos de los cuales únicamente 6 fueron especialmente relevantes para alcanzar nuestro objetivo, y se dispuso de texto completo para poder realizar una lectura crítica en profundidad.

5 Discusión-Conclusión

El Nurse-led es una forma de organización emergente, sobre todo en España, que necesita más evidencias para poder desarrollar su efectividad.

Hay tres aspectos de gran controversia:

- Resultados económicos.
- Formación y competencias de las enfermeras.
- Reticencias de profesionales de otras categorías, como facultativos.

En todos se concluye con que ante la gran prevalencia de las enfermedades crónicas, las enfermeras tenemos un papel definitivo y esta forma organizativa es un criterio potencial que no hay que descartar. Se hace necesario seguir investigando acerca de coste-beneficio al igual que las competencias de la enfermera.

6 Bibliografía

- Zozaya-Monohon, M., & Corona, A. R. (2019). Success of a Nurse Practitioner-led Interdisciplinary Team. The Journal for Nurse Practitioners.

- Torres-Ricarte, M., Crusat-Abelló, E., Peñuelas-Rodríguez, S., & Zabaleta-del-Olmo, E. (2015). El Nurse-led en la Atención Primaria de Salud: una oportuna y prometedora innovación organizativa. *Enfermería Clínica*, 25(2), 87-91.
- Schentrup, D., Black, E. W., Blue, A., & Whalen, K. (2019). Interprofessional Teams: Lessons Learned From a Nurse-Led Clinic. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(5), 351-355.
- Pilon, B., Ketel, C., & Davidson, H. (2015). Evidence-based development in nurse-led interprofessional teams. *Nursing Management*, 22(3).
- Sandlund, C., Hetta, J., Nilsson, G. H., Ekstedt, M., & Westman, J. (2017). Improving insomnia in primary care patients: a randomized controlled trial of nurse-led group treatment. *International journal of nursing studies*, 72, 30-41.

Capítulo 33

VIRUS DEL DENGUE: ACTUACIÓN ENFERMERA

HECTOR FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

El Dengue es una enfermedad ocasionada por el virus del Dengue perteneciente al género Flavivirus.

Existen tres formas clínicas en las que este se puede manifestar:

- Fiebre del Dengue: La más frecuente y menos grave. Comienza repentinamente, con fiebre alta que dura entre 3 y 5 días, acompañada de una cefalea, mialgias intensas, artralgias, dolor retroorbitario y erupción maculopapular cuando empieza la defervescencia. Puede asociar fenómenos hemorrágicos de poca intensidad (petequias, epistaxis, gingivorragia). La recuperación puede venir acompañada de fatiga y depresión que duren meses.
- Síndrome del choque del Dengue: Es una complicación de las formas anteriores, suponiendo la forma más grave de Dengue hemorrágico. Asocia las manifestaciones de anteriores con un cuadro de shock con hipotensión intensa. Sin un tratamiento adecuado presenta una letalidad superior al 20%.
- Fiebre hemorrágica. Comienza con fiebre y malestar intenso, seguida de trombocitopenia y aumento de permeabilidad vascular, con las consecuentes manifestaciones hemorrágicas a diversas escalas.

El diagnóstico puede realizarse basándose en la clínica y la epidemiología, se puede confirmar mediante técnicas de laboratorio, por ejemplo aislando el virus en suero y tejido, mostrando el aumento en anticuerpos específicos o también empleando inmunofluorescencia o PCR.

2 Objetivos

- Analizar la situación epidemiológica del virus del Dengue tanto a nivel mundial como europeo en la última década.
- Identificar las causas, síntomas y tratamientos del Dengue, diferenciando entre el Dengue clásico y el Dengue hemorrágico, analizando sus particularidades y diferencias de tratamiento.
- Mejorar la calidad de la atención y eficiencia del trato con el paciente con fiebre por Dengue mediante el uso de este documento como herramienta metodológica.

3 Metodología

Empleado una metodología basada en la revisión bibliográfica de bases de datos como Pumbed y Scielo. Así como la revisión de publicaciones de asociaciones como la OMS o AMSE. Descartando todas las publicaciones bibliográficas referentes al Dengue que no estuvieran basadas en ningún dato o estudio científico.

De todas las referencias analizadas solo hemos optado por las más útiles y contrastadas para el cumplimiento de los objetivos citadas en la bibliografía posterior.

Hemos usado palabras clave para la búsqueda como Dengue, Dengue hemorrágico, Dengue prevención, Aedes aegypti.

4 Resultados

EL DENGUE EN EUROPA

Los casos de Dengue importados en Europa aumentan anualmente, pasando, según datos del ECDC, de los 530 notificados en 2008 a los 1.207 en 2012. Destacar que, en estudios se ha identificado el Dengue como la causa de la fiebre en un 2%-16,5% de los viajeros febriles a su vuelta.

En Europa el virus del Dengue continúa siendo en líneas generales una enfermedad de importación. Aún así se han dado casos en los últimos años, en algunas regiones del continente se ha establecido el A.albopictus que durante 2010 produjeron casos autóctonos de Dengue en Francia y Croacia.

Unos años más tarde se notificó un brote en el archipiélago de Madeira,

perteneciente a Portugal, se pudieron contabilizar hasta 2100 casos hasta su control total.

Entre los viajeros regresados de países de ingresos bajos y medianos, el Dengue constituye la segunda causa de fiebre diagnosticada tras el paludismo o malaria.

EPIDEMIOLOGÍA EN ESPAÑA

Los casos detectados en España han sido hasta 2018 exclusivamente importados de las zonas endémicas. Las Comunidades con mayor notificación de Dengue han sido Cataluña, Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana, de viajeros procedentes sobre todo de América latina, Asia y Pacífico. El mayor número de casos notificados fue en 2015 y 2016, observándose un claro descenso en 2017 y sobre todo en 2018. En el mes de octubre de 2018, se confirmaron los tres primeros casos de Dengue autóctono en España.

Ninguno de ellos tenía antecedente de viaje a un país endémico o con transmisión conocida de Dengue. A finales del mes de octubre se confirmaron dos nuevos casos de Dengue autóctono, posiblemente asociados a los primeros y en el mes de noviembre se notificó otro caso adicional sin relación aparente con los anteriores. Estas personas habían estado en localidades de Andalucía, Murcia y Cataluña, en alguna de las cuales *Ae. albopictus* está establecido, en una época del año en la que la actividad del vector es importante. Tanto en Andalucía como en Cataluña se habían notificado casos importados de Dengue. Aunque se tomaron las medidas de control pertinentes, no se pudo demostrar la presencia del virus en los vectores locales. Los estudios microbiológicos de las cepas virales junto con los datos epidemiológicos, sugirieron que la transmisión ocurrió a partir de dos casos índices importados de zonas con transmisión activa.

PAPEL ENFERMERO ANTE EL DENGUE.

Tratamiento dengue clásico:

Manejo ambulatorio en el caso de que el paciente no muestre signos alarmantes y plaquetas por encima de $100,000/\text{mm}^3$. Es recomendable mantener una hidratación adecuada aunque no presente sintomatología de deshidratación.

En cuanto a la alimentación, si el paciente tolera la vía oral es recomendable mantener la alimentación siempre ofreciendo alimentos con fácil capacidad de digestión. Otro factor importante es el control de temperatura, para ello podemos apoyarnos en el uso de Acetaminofén 500mg en adultos cada seis horas, por vía oral. Es fundamental evitar el uso de cualquier antiinflamatorio, como la aspirina

o ibuprofeno incluidos los Aines debido a la posibilidad de que puedan producir sangrado.

Es necesario el reposo en cama del paciente y manteniendo siempre una adecuada higiene corporal para prevenir otro tipo de complicaciones al paciente. El procedimiento de laboratorio inicial sería la realización de un hemograma completo, identificando valores basales de plaquetas, hemoglobina y glóbulos blancos. Es necesario un control diario hasta los tres días posteriores a la desaparición de sintomatología febril.

Ingreso dengue clásico:

Fundamental el control y registro de los signos vitales cada 6 horas. Tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, temperatura. Monitorización de indicadores de riesgo como dolor abdominal, descenso de temperatura, somnolencia, vómitos... Evaluación y tratamiento de la posible deshidratación, mediante vía parenteral u oral.

MANEJO DEL DENGUE HEMORRÁGICO SIN CHOQUE.

Además de los anteriores aspectos comunes con el Dengue clásico, al presentar un Dengue hemorrágico será necesario:

- Hemograma completo, conteo plaquetas, leucocitos, hemoglobina y hematocrito. Total de proteínas, haciendo fijación en la albúmina, transaminasas y realizar un examen de orina.
- Ecografía abdominal es el método más efectivo para mostrar la evidencia de extravasación temprana de líquidos ante sospecha de un caso de Dengue hemorrágico.
- La realización de una Radiografía de tórax P.A., útil para identificar la aparición de posible fluido pleural.

MANEJO DEL DENGUE HEMORRAGICO CON CHOQUE.

Tras la hospitalización del paciente se realiza una monitorización continua de signos vitales, si dispone de monitor o cada 15 minutos en caso de no disponibilidad del mismo: PAS (calcular PAM y presión diferencial), FR, FC, Temperatura, hasta revertir estado de choque. Restablecer volumen circulatorio para mejorar perfusión tisular: - 300-400 ml/m² SC o 20-40 ml/kg pasar en una hora. Utilizar solución de lactado de ringer o solución salina al 0,9 %, hasta mejorar la perfusión tisular. Llevar registro de líquidos cada 6 horas y proceder de acuerdo a los resultados.

Mantener el aporte hídrico por lo menos hasta 48 horas después de haberse controlado el estado de choque, ante un caso de sangrado profuso que ponga en riesgo la vida del paciente, se puede transfundir plaquetas*. Una Unidad de plaqueta por cada 10kg de peso. Monitorear plaquetas, hemoglobina y hematocrito (hemograma completo) cada 24 horas. Si se ha restablecido la vía oral, iniciar oferta de líquidos y valorar la utilización de alimentos estimando los riesgos. Administración de medicamentos de acuerdo a la prescripción médica, excepto heparina, corticoides, antivirales e inmunoglobulinas.

Realizar balance hídrico. Control de diuresis horaria. Es importante observar y controlar los sangrados y el uso de elementos sanguíneos de acuerdo a indicaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

Tanto a nivel mundial como europeo, el Dengue es una enfermedad que ha aumentado mucho su presencia en el panorama, en las últimas décadas. Ha llegado a ser considerada como segunda causa de hospitalización en pacientes tras la estancia en entornos tropicales.

Esta enfermedad podría ser controlada de una manera mucho más eficiente, aun existiendo vacunas se debería hacer énfasis en la educación de la población y eliminar los centros de criaderos del vector para reducir así la propagación.

Es imprescindible evitar el silencio epidemiológico para dar mayor connotación a la percepción del riesgo que debe tener la población mundial ante esta enfermedad en aumento de riesgo.

Es necesario tener conocimientos para un trato enfermero, siendo crucial en casos graves de Dengue con presencia de hemorragia, además de un protocolo adecuado de control médico para reducir tanto las complicaciones como la mortalidad.

6 Bibliografía

- Dengue y Dengue hemorrágico. Organización Mundial de la Salud.OMS.
- Panorama epidemiológico de fiebre por Dengue y fiebre hemorrágica por Dengue.
- Norma Oficial Emergencia Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. AMSE <https://www.amse.es>.

- Cuadro Clínico De La fiebre Hemorragica Del Dengue. Díaz AG, Kouri MG, Guzmán. Febrero 2016.
- Schmidt-Chanasit J, Emmerich P, Tappe D, Günther S, Schmidt S, Wolff D, et al. Autochthonous Dengue virus infection in Japan imported into Germany, September 2013. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com>.
- Orellano PW, Pedroni E. Análisis costo-beneficio del control de vectores en la transmisión potencial de Dengue. Rev Panam Salud Publica Jul 2014 Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com>.

Capítulo 34

RUIDO, MARCO LEGAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

LEDA MARIA CALERO BUENO

MÓNICA MARTÍNEZ SÁNCHEZ

SALVADOR SÁNCHEZ SÁNCHEZ

CARLOS LÓPEZ SIMARRO

1 Introducción

Las condiciones ambientales constituyen un punto significativo al bienestar del paciente, siendo el ruido uno de los componentes incluidos en los mismos.

El ruido queda definido como “sonido sin valor”, “energía acústica audible, que afecta adversamente el buen estado fisiológico – psicológico de la gente”. Cada vez es considerado con mayor frecuencia como un peligro para la salud. Según diversos estudios el ruido escuchado de forma prolongada, ya sea en nuestra vida laboral o cotidiana, puede causar problemas de salud como hipertensión arterial o enfermedades cardíacas. Afecta también a la atención y la memoria. Un ruido por encima de 80dB desencadena comportamientos agresivos. Se atribuye también a un mayor consumo de tranquilizantes y somníferos.

El ruido fue catalogado por la OMS como una forma más de contaminación en 1972 y a partir de este momento es cuando se comenzó a tomar conciencia de la problemática que esto suponía.

EFFECTOS DEL RUIDO SOBRE LA SALUD:

- Cefalea.
- Dificultad para la comunicación oral.
- Disminución de la capacidad auditiva.
- Perturbación del sueño y descanso.
- Estrés.
- Fatiga, neurosis, depresión.
- Molestias o sensaciones desagradables que el ruido provoca, como zumbidos y tinnitus, en forma continua o intermitente.
- Efectos sobre el rendimiento.
- Alteración del sistema circulatorio.
- Alteración del sistema digestivo.
- Aumento de secreciones hormonales (tiroides y suprarrenales).
- Trastornos en el sistema neurosensorial.
- Disfunción sexual.
- Otros efectos.

LEGISLACIÓN APLICABLE:

- Directiva del Consejo de 12 de mayo de 1986 relativa a la protección de los trabajadores contra la exposición al ruido durante el trabajo (86/188/CEE). Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 137: 28-34 (24.5.86).
- Real Decreto 1316/1989, de 27 de octubre, relativo a la protección de los trabajadores frente a los riesgos derivados de la exposición al ruido (BOE nº 263, de 2 de noviembre de 1989).
- Real Decreto 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo (BOE nº 97, de 23 de abril de 1997).

2 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer el marco legal del ruido a nivel hospitalario.

Objetivos específicos:

- Identificar las causas principales de ruido percibidos por los pacientes y personal sanitario.
- Determinar las acciones que pueden modificar los niveles de ruido en el ambiente sanitario.
- Modificar los aspectos negativos generados por un ruido excesivo.

3 Metodología

Tipo de estudio: Se realiza búsqueda bibliográfica en bases de datos de Google Académico, Elsevier, Scielo y diferentes fuentes bibliográficas, así como artículos científicos de diferentes revistas indexadas. La búsqueda se realiza en idioma castellano, utilizando como palabras clave: ruido, impacto negativo, contaminación acústica, condiciones ambientales hospitalarias.

Ámbito: Centros sanitarios hospitalarios.

4 Resultados

En todos los estudios encontrados, se supera el nivel de ruido recomendado por la OMS. Siendo las principales fuentes de ruido, las producidas por el personal, el ruido proveniente del aparataje y técnicas que realiza el personal sanitario, las conversaciones en los pasillos, los timbres, las alarmas de los dispositivos médicos, los carros de medicación y comidas, el uso abusivo de los teléfonos móviles y el excesivo número de visitantes en los hospitales.

Por otro lado las intervenciones educativas en materia de concienciación al personal y a los pacientes indican que son efectivas para disminuir ruido.

5 Discusión-Conclusión

Se pueden concretar los efectos negativos que tiene el ruido en la salud y las intervenciones modificables que se podrían mejorar.

El ruido es una de las causas más importante que interfiere en el sueño-descanso de los pacientes, así como en su proceso de recuperación.

Los niveles altos de ruido están muy unidos al incremento en la administración de medicación para dormir.

Importancia en la modificación de comportamientos y hábitos rutinarios por parte de los profesionales sanitarios, en el que se podría intervenir de manera directa, son muy importantes para disminuir el ruido.

Necesidad de educación y concienciación tanto a pacientes como personal sanitario, implementando programas para disminuir el ruido.

6 Bibliografía

- La Organización mundial de la salud (OMS) proporciona en una página de consulta dedicada a la temática del ruido enlaces hacia descripciones de actividades, informes, noticias y eventos, así como hacia los datos para entrar en contacto con los diversos programas y oficinas de la OMS que se ocupan del tema. Puede consultarse la "Guidelines for Community Noise" edited by Birgitta Berglund, Thomas Lindvall, Dietrich H Schwela World Health Organization 1999.
- Marquis-Fabre C, Premat E., Aubrée D. and Vallet M. Acta Acustica united with Acustica Vol. 91 (2005) pp. 613-642. "Noise and its effects: A review on qualitative aspects of sound. Parts I and II"
- Ferran D., Cabaní T. Efectos del ruido sobre la salud.
- Hernando Gracia C, Ferrer López E, Viñuales Laviña M, Viñuales Laviña I. Niveles de contaminación acústica en los hospitales. Revista Electrónica de PortalesMedicos.com. Volumen XIV. Número 22 – Noviembre de 2019.
- Perea Baena MC. El silencio en la UCI. ¿Una utopía? Evidentia 2006 jul-ago; 3(10).

Capítulo 35

EL PERSONAL SANITARIO Y LA UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO MÓVIL DURANTE EL HORARIO LABORAL

BEATRIZ RESCALVO FLORES

ANA ZARATE JIMENEZ

ANA GONZÁLEZ JIMÉNEZ

MACRINA TORTAJADA SOLER

1 Introducción

Actualmente el teléfono móvil es una parte fundamental en la vida de las personas, tanto en su entorno social, como laboral, creando así una gran dependencia.

Los teléfonos móviles han cambiado por completo la manera de relacionarse y de obtener información. Hoy en día muchas personas padecen síndrome de abstinencia si no utilizan su teléfono móvil durante algunas horas, estos síntomas incluyen sufrimiento físico y psicológico.

La inclusión de los teléfonos móviles en nuestra vida diaria y en nuestras costumbres, así como las grandes ventajas que proporcionan, hacen que no se tengan en cuenta las consecuencias negativas que estos pueden ocasionar.

La utilización de este dispositivo durante el horario laboral, en este caso, en el entorno sanitario, puede conllevar problemas para el paciente y para el profe-

sional. Los más importantes que están relacionados con los teléfonos móviles son la iatrogenia y que las ondas electromagnéticas ocasionen interferencias con los aparatos electrónicos habitualmente usados en hospitales o centros de salud.

En el entorno sanitario es frecuente encontrar profesionales que utilizan sus teléfonos móviles paralizando así los procesos de cuidados o terapéuticos a los pacientes. Esto repercute en la calidad de atención al paciente, así como en el proceso de recuperación, ya que no se tienen en cuenta las acciones a realizar que están pautadas en los protocolos.

Cuando una persona se encuentra hospitalizada o acude a una consulta, o a cualquier servicio de salud, todo profesional sanitario debe saber que el paciente busca resolver un problema que está afectando a su calidad de vida, así como a su estado de salud. Es necesario entonces que se diagnostique correctamente y que el tratamiento también sea el preciso para su enfermedad.

Es deber de los profesionales sanitarios cuidar en todo momento la seguridad del paciente, para la correcta aplicación del tratamiento y la resolución de su enfermedad, evitando así que sufra alteraciones de la salud derivadas del ingreso hospitalario.

Desde los años 90 se ha investigado acerca de la distracción en la memoria, aprendizaje y función cognitiva, concluyendo que nuestra mente no está diseñada para atender a múltiples tareas y entradas de información simultáneas. Generalmente, los participantes en este tipo de estudios mostraron problemas a la hora de realizar tareas simples de forma simultánea.

Por esto, los investigadores confirman que el cerebro humano solo puede responder de forma eficaz a una tarea simultánea.

Sabemos que la utilización excesiva de redes sociales genera una grave distracción para los trabajadores, entre los que nos incluimos los profesionales de la salud. Una encuesta publicada por perfusionistas cardíacos confirmó que ellos aún sabiendo que era incorrecta la distracción de la monitorización, el 50 % admitía utilizar sus teléfonos durante los procedimientos.

Existen también estudios que evidencian los beneficios de los teléfonos inteligentes en la formación de los profesionales de la salud. Pero hay una falta de estudios que confirme que dicho uso sea beneficioso durante la práctica clínica ya que supone un riesgo, esta distracción colabora con que no se cumplan las funciones básicas de la atención sanitaria.

La función principal de los profesionales de enfermería es la vigilancia clínica de los pacientes a su cargo, esta distracción puede resultar una problemática cuando entra en juego el uso de los dispositivos móviles.

Por otra parte, las redes sociales nos brindan una oportunidad al ser un medio de fácil alcance tanto para estudiantes como para profesionales de la salud en las facultades, ya que mejoran el conocimiento y fomentan la comunicación. A pesar del aumento del uso de dichas plataformas, existe un déficit de evidencia que respalde la eficacia y resultado de los mismos como estrategia de enseñanza tanto en estudiantes como entre profesionales.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Conocer la prevalencia del uso del teléfono móvil durante la jornada laboral por parte del personal sanitario.

Objetivos específicos:

- Determinar las ventajas del uso del dispositivo móvil durante la jornada laboral.
- Identificar los inconvenientes del uso del dispositivo móvil durante la jornada laboral.

3 Metodología

Tipo de estudio: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje.

Cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, formación previa a nivel legislativa-sanitaria etc... También se preguntará a los usuarios cuántas veces cogen el móvil durante el horario laboral, si lo cogen para consultar dudas acerca del trabajo o para atender asuntos personales, o si depositan el móvil en un sitio al principio de la jornada y no lo cogen hasta el fin del horario laboral.

Ámbito/población: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Servicio de Medicina Interna, planta tercera izquierda. Colectivo de enfermería de dicho servicio.

Criterios de exclusión/inclusión: Colectivo de enfermería que trabaje en la

planta de medicina interna del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Quedarán excluidos todo aquel personal que no sea de enfermería de dicha planta o aquellas personas que no quieran formar parte del estudio.

Consideraciones éticas: La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación.

Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento para participar en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación del Comité de Ética de Investigación del Área.

Procedimiento de recogida de datos:

- Fase primaria. Comprende el primer mes del inicio del estudio. Durante esta fase, se realizará la presentación del proyecto de investigación, en ella se tomará contacto con los participantes del estudio. El investigador principal transmitirá la información al colectivo participante, es decir, colectivo de enfermería de la planta de medicina interna del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, indicando los objetivos del estudio y resolviendo las posibles cuestiones que se planteen acerca del mismo.
- Fase secundaria. Su inicio corresponde al segundo mes del inicio del estudio hasta la finalización del tercer mes. En ella se administrará el cuaderno de recogida de datos, el cual estará complementado por una hoja anexa informativa en la que se detallará el objetivo del estudio, la importancia de su desarrollo (solventado las posibles cuestiones para su correcta realización). Por otro lado, dicho anexo informativo tiene un componente ético-legal en el que se advierte que el hecho de completar la encuesta implicará su consentimiento para participar en el estudio. La entrega y recogida de dicho cuestionario será realizada por un enfermero que participe íntegramente en este proyecto durante la última semana lectiva en turno de mañana (en horario de 9:00 horas a 10:00 horas) dentro del periodo previsto en esta fase hasta completar el total de los participantes.

- Fase terciaria. En ella, se llevará a cabo el análisis y publicación de los datos durante el cuarto mes.

Análisis estadístico I:

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excel y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov.

Análisis estadístico II:

Se realizará también un análisis bivalente, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de $p < 0,05$.

4 Bibliografía

- Diestra Chávez I, Rivera Rios ML, Rojas Saenz YG. Relación entre uso de las redes sociales con distracción por teléfonos inteligentes durante la práctica clínica y opciones acerca de sus normas de restricción según estudiantes de enfermería. Universidad de Ciencias y Humanidades de Lima [Internet]. 2018: 14-6.
- McBride DL. Distraction of clinicians by smartphones in hospitals: a concept-analysis. J Adv Nurs [Internet]. 2015 [citado 17 de octubre de 2016];71(9):2020-30.
- Cho S, Lee E. Distraction by smartphone use during clinical practice and opinions about smartphone restriction policies: A cross-sectional descriptive study of nursing students. Nurse Educ Today [Internet]. 2016 [citado 15 de junio de 2017];40:128-33.
- McBride DL, LeVasseur SA, Li D. Non-Work-Related Use of Personal Mobile Phones by Hospital Registered Nurses. JMIR MHealth UHealth [Internet]. 2015 [citado 21 de noviembre de 2016];3(1):e3.
- Fernández Vaquerizo S. El uso de equipos de telefonía móvil en la práctica clínica y el riesgo de iatrogenia y de malfunción de la tecnología sanitaria. Estudio y

propuestas de mejora a través de un programa informático [Internet]. 2017: 3-8.

- Pacheco López P, Estévez Ramos RA, Barco González AI, Sánchez Soto JM. Repercusión de los dispositivos móviles en la atención de enfermería a usuarios en estado crítico. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2016; 41 (4): 126-8.

Capítulo 36

LA FITOTERAPIA Y SU COMPARATIVA FARMACOLÓGICA

NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS

ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ

1 Introducción

La fitoterapia consiste en el tratamiento de las enfermedades mediante el uso de plantas medicinales, frescas, o secas, o por sus extractos naturales. La OMS define planta medicinal a todo vegetal que contiene en uno o más de sus órganos sustancias que pueden ser usadas con finalidades terapéuticas o que son precursoras en la semisíntesis químico farmacéutica.

Si lo comparamos con el tratamiento convencional, es evidente que el tratamiento por medio de una sustancia aislada, perfectamente dosificada por unidades, es mucho mejor controlable por el médico que la acción ejercida por un conjunto de sustancias agrupadas en una preparación, a menudo tan engañosa como una «tisana». Por tanto, un problema que se plantea a la fitoterapia es el hecho de que los efectos y las reacciones son diferentes según los pacientes a quienes se administra el tratamiento.

Estos efectos no sólo dependen de la fisiología del enfermo, sino también de las notables diferencias en la eficacia de plantas de la misma especie, según el hábitat natural, la exposición al sol, el microclima, la estación del año en que se recoge la planta y la forma en que ha sido tratada. Por esta razón, los cultivos de plantas medicinales a gran escala se realizan de forma racional; los terrenos poseen

la misma exposición, son regados con igual cantidad de agua, se seleccionan es-
crupulosamente las semillas o las cepas de plantas y los principios activos se
preservan gracias a métodos de desecación y estabilización.

La farmacología actual tiene un origen claro en la fitoterapia, pero al ir buscando
nuevos derivados de esos productos básicos los han hecho tóxicos por su ex-
tremada potencia y por no estar asociados a los compuestos naturales con los
que están asociados en las plantas y que les hacen fácilmente integrables en el
organismo.

En la práctica de la fitoterapia podemos hacer que un determinado producto esté
más o menos concentrado, según lo necesitemos, desde una simple infusión hasta
los aceites esenciales o las tinturas, por poner algún ejemplo. Además, y reinci-
diendo en lo dicho, esas sustancias activas están unidas a productos tan natu-
rales en las plantas como en el hombre y por eso son fácilmente asimilables por
nuestro organismo. Otra peculiaridad de la fitoterapia es que ante una dolencia
podemos escoger entre una amplia gama de plantas de nuestro entorno, la más
fácil de conseguir y con unas características terapéuticas similares. Esto no debe
llevarnos al error de pensar que al ser plantas podemos tomarlas de forma indis-
criminada, debe ser el médico quién nos oriente en cuanto a todo esto, ni que se
deba abandonar la medicina habitual.

2 Objetivos

- Establecer las diferentes formas de preparación de plantas medicinales.
- Identificar las funciones más representativas de las plantas medicinales.
- Exponer los principios activos de las plantas y aumentar su concentración.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de
buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal,
Lilacs, Google Académico y Pubmed español. También hemos obtenido gran in-
formación en libros de texto sobre comunicación entre distintos profesionales
del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este
tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 55
estudios de interés y de ellos fueron seleccionados 7 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha

búsqueda. Los descriptores utilizados fueron: “FITOTERAPIA”, “ACCIÓN FARMACOLÓGICA”, “PLANTAS MEDICINALES”, “ENFERMERÍA”.

4 Resultados

-Las plantas medicinales tienen distintas formas de prepararse según su utilización, tales como la infusión, cocción, maceración, baños, enemas, compresas, cataplasmas y otras formas como son los gargarismos, colirios, tinturas, etc. Las plantas medicinales tienen distintas formas de prepararse según su utilización. Para cada planta medicinal existen unas formas adecuadas de preparación y de empleo, por lo que es conveniente conocerlas y saber aplicarlas de forma apropiada, con el fin de aprovechar mejor las propiedades de la planta o de alguna de sus partes.

- Las plantas medicinales para los trastornos cardiovasculares en el caso de los vasos dilatadores son el muérdago, tilo y perejil, entre otros. Para los fluidificantes y preventivos de trombosis encontramos ajo, cebolla y onagra entre otros. Para los hipolipemiantes, la avena, olivo y manzano entre otros. La planta que mejora la insuficiencia respiratoria es la vircapervinca, en el caso de plantas diuréticas están la zanahoria, manzano y fumaria, entre otras. Para la hipertensión arterial son el olivo, la valeriana o la lengua de ciervo. En el caso de la hipotensión arterial podemos observar el espino blanco, agripalma o ginseng. Como antihe-morroidales están la alholva o la milenrama.

En el caso de actuar como laxante la higuera o el cacto como principales y las plantas antidiarreicos el arándano o el aliso. Para remediar la úlcera varicosa están el aloe vera, roble y algodónero entre otras.

- Es evidente que el tratamiento por medio de una sustancia perfectamente dosificada por unidades es mucho mejor controlable por el médico que la acción ejercida por un conjunto de sustancias agrupadas en una preparación. Las plantas medicinales no presentan efectos secundarios porque los principios activos que poseen están en concentraciones muy bajas, a diferencia de los medicamentos normales.

Toda planta medicinal tiene principio activo que proviene tanto del metabolismo primario o secundario. Los ejemplos de principios activos son: alcaloides, glucósidos, glucoquininas, mucilagos, fitohormonas, antisépticos o taninos.

5 Discusión-Conclusión

Para que en la fitoterapia se lleven a cabo los principios de la medicina naturalista y éstos se solapen con la farmacodinámica de los principios activos de los medicamentos se deben de cumplir las siguientes características:

- «Que el tratamiento no produzca efectos secundarios». Las plantas medicinales no presentan efectos secundarios porque los principios activos que poseen están en concentraciones muy bajas, a diferencia de los medicamentos normales, que conllevan efectos secundarios pero los efectos deseados se producen antes. Además, las plantas medicinales actúan a nivel general sobre el organismo, y por eso la enfermedad tarda más tiempo en desaparecer pero evitan efectos indeseados en otros órganos ya que si usamos un medicamento sólo donde se encuentra la patología podría dañar otros órganos.
- «Propicia los propios procesos curativos del organismo». Una planta medicinal busca remediar la enfermedad favoreciendo una reacción propia del organismo. Por ejemplo, para bajar la fiebre utilizaríamos una planta para provocar sudoración.
- «Que tu alimento sea tu medicina y que tu medicina sea tu alimento». Aquí los médicos naturistas hacen referencia a la importancia de llevar una dieta equilibrada.

6 Bibliografía

- Arteché García, Alejandro (dir). Fitoterapia: Vademécum de prescripción, 2ª edición, Bilbao: Publicaciones y Documentación.
- Fernández Pérez, Temístocles. Manual de patología médica y fitoterapia. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas (Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Serie III).
- Gil Ruiz, Pilar. Productos naturales. Pamplona: Universidad Pública de Navarra.
- González Bernardo de Quirós, Adrián y Muñoz López de Bustamante, Fernando. Secretos y virtudes de las plantas medicinales. De la Morena García, Enrique; Baxter, David, 3ª Edición. Madrid: Selecciones Reader's Digest, D.L., 463 págs.
- Muñoz López de Bustamante, Fernando. Fitoterapia, 3ª Edición. Madrid: Selecciones del Reader's Digest (IBERIA), S.A.
- Pamplona Rroger, Jorge D. Enciclopedia de las plantas medicinales. Madrid: Safe-liz, 2 vol., vol. 1, 398 págs. y vol. 2, 408 págs.

- Pérez Agustí, Adolfo. Enciclopedia de las plantas medicinales. Madrid: Edimat Libros, D.L., 159 págs.

Capítulo 37

DETECCIÓN Y MANEJO DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE QUE TOMAN ANTIPSICÓTICOS DE SEGUNDA GENERACIÓN

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

MARIA ELENA VILLAR OLIVAR

DEBORA BONILLA ARENA

1 Introducción

Los antipsicóticos de segunda generación o atípicos actúan como antagonistas dopaminérgicos, al igual que los antipsicóticos de primera generación o típicos, pero, a su vez, presentan también un efecto antagonista serotoninérgico (5-HT₂) y, con diferente sensibilidad, también bloquean algunos otros subtipos de receptores noradrenérgicos, colinérgicos e histaminérgicos. Los antipsicóticos de segunda generación constituyen en la actualidad uno de los grupos de fármacos más utilizados en el tratamiento de los TMG (trastornos mentales graves) como la esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo sobre todo. Frente a los denominados neurolépticos clásicos, de primera generación o convencionales representados por el haloperidol y el grupo de las fenotiacinas, se

definió un nuevo grupo de fármacos denominados como atípicos, según los siguientes criterios clínicos:

- Eficacia antipsicótica similar en los síntomas productivos de la esquizofrenia que son: un exceso o distorsión de las funciones normales, como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado y comportamiento gravemente desorganizado o catatónico.
- Mayor eficacia sobre la sintomatología negativa que consiste en: una disminución o pérdida de las funciones normales, como aplanamiento afectivo, disminución de la fluidez y de la productividad del pensamiento y del lenguaje (alogia), y disminución del inicio del comportamiento dirigido a un objetivo (abulia).
- Menor tasa de efectos adversos de tipo extrapiramidal como son: parkinsonismo, distonía y acatisia, que son los más frecuentes y el síndrome neuroléptico maligno.
- Menor incremento en los niveles plasmáticos de prolactina.
- Además, parecen ser más beneficiosos en el tratamiento de pacientes con antecedentes de mala respuesta a los antipsicóticos convencionales o clásicos.

El prototipo de antipsicótico de segunda generación fue la clozapina. Si bien en la década de los 90 y hasta nuestros días se han introducido en terapéutica nuevos fármacos. En España están actualmente comercializados risperidona, olanzapina, quetiapina, paliperidona y aripiprazol sobre todo.

Mientras que todas las características que les definen como de segunda generación o atípicos han sido presentadas por algunos autores como sustanciales ventajas en el manejo a largo plazo del enfermo psiquiátrico, con una mejor aceptación del tratamiento (mejor cumplimiento), mayor colaboración del paciente y mejor abordaje por parte del facultativo y del resto del personal que trabaja con el paciente psicótico se ha prestado menos atención a características propias de su perfil de efectos adversos, que pueden ser determinantes en el manejo del enfermo. Los pacientes con enfermedades mentales graves como la esquizofrenia y el trastorno bipolar tienen un substancial aumento del riesgo de muerte comparado con la población general. En Estados Unidos, se ha calculado que la media de años potencialmente perdidos en pacientes con enfermedad mental va de 25 a 30, comparada con la población general.

Por tanto, el hecho de que los antipsicóticos de segunda generación presenten menor incidencia de efectos extrapiramidales no significa que sean inocuos, sino que disponen de un perfil de efectos adversos diferentes que hemos de conocer y manejar en la misma medida que manejamos los de los clásicos. El presente

trabajo se refiere a los datos obtenidos en la bibliografía en la detección y manejo de los efectos adversos de los antipsicóticos de segunda generación como es el síndrome metabólico.

Los fármacos antipsicóticos se prescriben en la actualidad no sólo para trastornos psicóticos como las esquizofrenias, sino también en otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas como la depresión mayor, anorexia nerviosa, agitación psicótica y otras. Estas patologías se asocian a enfermedades comórbidas tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, aumento del peso corporal y síndrome metabólico. Es frecuente que las personas que padecen trastorno mental grave sufran múltiples problemas de salud física debidos, entre otros motivos a estilos de vida poco saludables, como el sedentarismo o desequilibrios nutricionales, y a factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión, el tabaquismo o la obesidad.

El síndrome metabólico es una entidad caracterizada por resistencia a la insulina, obesidad abdominal, dislipidemia aterogénica (hipertrigliceridemia, disminución del colesterol-HDL y aumento del colesterol-LDL), hipertensión arterial y un estado protrombótico y proinflamatorio.

2 Objetivos

- Revisar la asociación del síndrome metabólico y los antipsicóticos de segunda generación.
- Conocer cómo se debe actuar con los pacientes que tengan estos dos factores.

3 Metodología

Para la elaboración de la presente revisión se han utilizado como material trabajos publicados en revistas, artículos y guías internacionales de alto impacto en esta área. Su búsqueda se ha realizado en varias bases de datos, las cuales se definen brevemente a continuación agrupadas por idioma:

Español:

1. Dialnet :<http://dialnet.unirioja.es/>: Dialnet es uno de los mayores portales bibliográficos de acceso libre y gratuito, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana en Internet, recopilando y facilitando el acceso a contenidos científicos, principalmente a través de alertas documentales.

Además cuenta con una base de datos exhaustiva, interdisciplinar y actualizada, que permite el depósito de contenidos a texto completo.

2. SciELO : <http://scielo.isciii.es/scielo.php>: Scielo España es una biblioteca virtual formada por una colección de revistas científicas españolas de ciencias de la salud seleccionadas de acuerdo a unos criterios de calidad preestablecidos. El proyecto SciELO es el resultado de la cooperación entre BIREME (Centro Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud) y FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo). En España está siendo desarrollado por la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, gracias al acuerdo de colaboración establecido en la OPS/OMS y el Instituto de Salud Carlos III. El principal objetivo del proyecto es contribuir al desarrollo de la investigación, aumentando la difusión de la producción científica nacional y mejorando y ampliando los medios de publicación y evaluación de sus resultados. El proyecto contempla la aplicación y desarrollo de una metodología común para la preparación, almacenamiento, difusión y evaluación de la literatura científica en formato electrónico.

Inglés:

1. PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed : El sistema de búsqueda PubMed ha sido desarrollado por la National Center for Biotechnology Information (NCBI) en la National Library of Medicine (NLM) de Estados Unidos. PubMed permite el acceso a las bases de datos compiladas por la NLM, como son MEDLINE, Pre-MEDLINE (compuesta por citas enviadas por los editores), Genbak y Complete Genoma.

2. Elsevier: <http://zl.elsevier.es/es>: Elsevier es un proveedor líder mundial de soluciones de información que mejoran el rendimiento de la ciencia, la salud y profesionales de la tecnología, dándoles el poder para tomar mejores decisiones, ofrecer una mejor atención, y a veces hacer descubrimientos innovadores, que permitan avanzar en los límites del conocimiento y el progreso humano. Elsevier ofrece soluciones digitales basadas en la Web - entre ellos ScienceDirect, Scopus, Inteligencia Investigación Elsevier, y ClinicalKey - y publica casi 2.200 diarios, como The Lancet y Cell, y más de 25.000 títulos de libros.

Las palabras clave empleadas en dicha búsqueda han sido en dos idiomas: castellano e inglés, así pues encontramos las siguientes:

En castellano:

- Antipsicóticos y esquizofrenia.
- Efectos secundarios y antipsicóticos.
- Alteraciones metabólicas y antipsicóticos.
- Síndrome metabólico y antipsicóticos atípicos.

En inglés:

- Atypical antipsychotics AND metabolic syndrome.
- Side effects AND antipsychotics.
- Metabolic and antipsychotic disorders.

4 Resultados

El consumo de antipsicóticos a largo plazo conlleva alteraciones metabólicas. Tal y como comenta Gentile (24) en su revisión bibliográfica de 2009 al estudiar los factores relevantes en la ganancia de peso durante el tratamiento a largo plazo con antipsicóticos atípicos, la mayor parte de estos estudios suelen estar basados en primeros episodios de la enfermedad y son de corta duración (25), a pesar de que los antipsicóticos son fármacos empleados de forma crónica, en tratamientos de larga evolución.

Uno de los estudios existentes a largo plazo (Makin y cols.2012) (26) concluye que si bien los pacientes estabilizados en tratamiento antipsicótico a largo plazo presentan alteraciones metabólicas menos pronunciadas que en las primeras etapas del tratamiento, estos pacientes tienen una carga más alta de riesgo cardiovascular. Por ello, la vigilancia de los parámetros cardiometabólicos debe comenzar de forma inmediata nada más comenzar un tratamiento antipsicótico, con el fin de evitar el aumento de riesgo cardiovascular, que por otro lado, suele ser insuficientemente tratado en esta población.

Se insiste en que el control y prevención de los efectos secundarios asociados al tratamiento antipsicótico es tan importante, si no más, que la predicción de los resultados del tratamiento, ya que los efectos secundarios debidos al tratamiento no solo condicionan y contribuyen a un rechazo de la medicación, incumplimiento e incluso abandono, si no que ponen en riesgo la salud física de los pacientes. Enfermería en el ámbito de la salud mental debe aprender a reconocer aquellos signos que alertan de problemas cardiometabólicos relacionados a los antipsicóticos en pacientes con trastorno mental grave y así poder prevenir la progresión a DM tipo 2, enfermedades cardiovasculares y en último caso una muerte prematura.

Actuación ante pacientes susceptibles de esta patología:

- Control cardio-metabólico. El seguimiento metabólico ha sido reiterado varias veces a través de consensos y guías clínicas. La mayoría de éstas afirman que el personal (psiquiatras, enfermeros...) relacionado con los servicios de salud men-

tal deberían obtener datos basales del paciente con TMG y luego monitorizarlos a lo largo del tratamiento mínimo cada 6 meses.

Son cuatro los parámetros que deben registrarse en estos pacientes en relación al SMet: tensión Arterial. Peso, IMC. Glucemia basal. Perfil lipídico (colesterol-total, colesterol-LDL, colesterol-HDL y triglicéridos)

- Evaluación de parámetros clínicos y de laboratorio
- Signos vitales: frecuencia cardiaca y tensión arteriales a los 6,12,18 y 24 meses.
- Peso e IMC a los 6,12,18 y 24 meses.
- Glucemia y lípidos: a los 12 y 24 meses excepto si: Glucemia > 125mg/dl repetir en la siguiente visita. Cambio de tto antipsicótico, repetir a las 10 semanas y a los 6 meses. Repetir si incremento de peso >5%

Actuaciones del profesional de enfermería en el seguimiento y tratamiento de las alteraciones metabólicas y cardiovasculares.

Con respecto a la obesidad, en el enfermo mental grave es recomendable la determinación del peso, del IMC y de la medición del perímetro abdominal en cada visita a su enfermera, tanto para facilitar la monitorización del peso como para la concienciación del paciente en la necesidad de mantener un peso óptimo.

Cuando el peso sea elevado (sobrepeso u obesidad) se recomendará por parte del profesional de enfermería el inicio de medidas higiénico-dietéticas encaminadas a reducirlo, como puede ser:

- El incrementar el ejercicio físico y disminuir la ingesta calórica.
- Si las medidas anteriores no son suficientes se pueden emplear fármacos coadyuvantes para ayudar en la pérdida de peso (siempre bajo control de un facultativo)
- En otras ocasiones será preciso evaluar la medicación, ya que como hemos indicado determinados antipsicóticos se asocian a un incremento del peso.

Así mismo, en todo paciente, o al menos en aquellos con sobrepeso u obesidad, es recomendable la medición del perímetro abdominal, la determinación de la tensión arterial y la realización de un perfil lipoproteico básico y glucemia basal, para conocer si existe o no un síndrome metabólico.

En relación con la diabetes mellitus, en los pacientes mentales graves se debe monitorizar los niveles de glucemia al menos una vez al año, o incluso de forma más frecuentes en pacientes con glucemias en el límite alto de la normalidad (un valor entre 100 y 126mg/dl se define como prediabetes), cuando existan ganancias de peso importante y cuando se empleen fármacos que potencialmente interfieran en el metabolismo de los carbohidratos.

Ante un aumento de la glucemia:

- La primera medida a tomar sería la modificación de los hábitos higiénico-dietéticos.
- Sin embargo, cuando estas medidas fracasen, se recomienda iniciar tratamiento en todo paciente con glucosa en ayunas superior a 125mg/dl o cuando la hemoglobina glicosilada sea igual o superior al 7% (29), empezando inicialmente con el empleo de antidiabéticos orales y si no es suficiente asociando o cambiando el tratamiento a insulina.

En el tema de la dislipemia, al igual que con otras poblaciones de alto riesgo, en estos pacientes es adecuado realizar determinaciones frecuentes del perfil lipídico. En general se recomienda una determinación basal que incluya colesterol total, triglicéridos, colesterol LDL y colesterol HDL a todos los pacientes. Posteriormente, a los mayores de 45 años se debería realizar una determinación anual, o con mayor frecuencia en caso de ganancia de peso o si se emplean fármacos que pudieran alterar la concentración de las lipoproteínas.

Se ha demostrado que determinadas medidas higiénico-dietéticas pueden ayudar en el control de la dislipemia; así una reducción del peso y la realización de ejercicio físico mantenido reducen el colesterol y los triglicéridos, elevando el colesterol HDL; mientras que el consumo importante de alcohol puede producir aumento de los triglicéridos, por lo que debe limitarse su consumo. En pacientes que no se consiga el control adecuado con dichas medidas y exista riesgo de complicaciones cardiovasculares deberá valorarse el inicio de tratamiento antilipemiente.

En cuanto a la tensión arterial, se recomienda en la población general al menos una toma cada 5 años en sujetos con presión arterial normal. Si existiera una tensión normal-alta, las mediciones deberían ser anuales y si las cifras son elevadas la frecuencia de mediciones dependería del manejo clínico del paciente.

En pacientes mentales graves se recomienda, sin embargo, una vigilancia más estrecha de la tensión arterial, con determinaciones semestrales, e incluso más frecuentes si existieran modificaciones en el peso. Si apareciera una tensión elevada se debería remitir a estos pacientes a su médico de atención primaria, con el fin de estimar la necesidad de iniciar un tratamiento antihipertensivo. Se recomienda tratamiento en todo paciente con cifras superiores a 140/90mmHg así como en aquellos pacientes diabéticos o con enfermedad renal crónica y tensiones superiores a 130/80mmHg. En pacientes con elevaciones ligeras a menudo se puede controlar con modificaciones del estilo de vida:

- Como control del peso.
- Aumento de la actividad física.
- Disminución del consumo de alcohol.
- Reducción de la ingesta de sal e incremento del consumo de productos frescos bajos en grasas.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome metabólico o SMet es una identidad descrita en 1923 por el médico sueco Eskil Kylin, quién definió la asociación entre hipertensión, hiperglucemia y gota). En un artículo sobre SMet, Zimmet y cols., citan al médico español Gregorio Marañón quién señalaba que “la hipertensión arterial es un estado prediabético, este concepto también se aplica a la obesidad y debe haber alguna forma de predisposición de carácter general para la asociación de la diabetes (del adulto) con la hipertensión arterial, la obesidad y quizá también con la gota de manera que la dieta es esencial para la prevención y el tratamiento de todas estas alteraciones”.

Desde esa época hasta los años 80 ha habido más descripciones de esta entidad... En 1988, Raven (6) lo describió como “Síndrome X” que incluía un conjunto de alteraciones metabólicas que tenían como centro la resistencia a la insulina, aunque éste no describió la obesidad como una característica del síndrome. El síndrome metabólico recibió nombres tan diversos como “cuarteto de la muerte”, “síndrome de insulina resistencia”, “dislipidemia aterogénica” o “síndrome dismetabólico”

El Síndrome metabólico se puede definir en la actualidad como la conjunción de factores de riesgo cardiometabólicos asociados a la resistencia insulínica, los cuales son: obesidad abdominal (excesivo tejido adiposo en y alrededor del abdomen), dislipidemia aterogénica (hipertrigliceridemia, disminución del colesterol-HDL y aumento del colesterol-LDL), hipertensión arterial, intolerancia a la glucosa, estado protrombótico (elevación en sangre del fibrinógeno o inhibidor del activador del plasminógeno tipo 1 y estado proinflamatorio o elevación en sangre de la proteína C reactiva). Estos factores de riesgo favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, que incluyen enfermedad coronaria y cerebrovascular, así como DM tipo 2.

El síndrome metabólico es muy frecuente en pacientes con enfermedades mentales graves. Se ha encontrado la presencia de síndrome metabólico en pacientes con esquizofrenia que aún no habían iniciado tratamiento o en los que solo los

habían tomado durante dos semanas (7).

Efectos secundarios de los antipsicóticos de segunda generación (ASG) a nivel metabólico

- Mecanismos implicados en el aumento de peso: el aumento de peso relacionado a los antipsicóticos de segunda generación (ASG) podría ser debido a un efecto sobre el apetito, los patrones dietéticos, la actividad física y el gasto energético o el rendimiento calórico en reposo, los antipsicóticos de segunda generación parece que se asocian a un aumento del apetito y una disminución de la sensación de saciedad, que puede favorecer la aparición de ansiedad por la comida (craving) y atracones provocado por un lado, por el bloqueo de los receptores histaminérgicos H1 en los centros del hambre en el hipotálamo y por el bloqueo serotoninérgico 5-HT2C por otro, lo que explicaría la tendencia a la obesidad causada por dichos fármacos. Teórica y prácticamente no todos los antipsicóticos bloquean los mismos receptores ni tampoco en igual medida, por lo que aquellos fármacos que producen un mayor aumento de peso son aquellos que producen mayor antagonismo en estos receptores

- Mecanismos implicados en las alteraciones en el metabolismo de la glucosa: el efecto de los antipsicóticos sobre las alteraciones del metabolismo de la glucosa podría deberse tanto a mecanismos indirectos (secundarios al aumento de peso y el incremento del tejido adiposo, que favorecen el desarrollo de alteraciones en el metabolismo de la glucosa y RI: resistencia a la insulina) (11) como directos, como sugieren la presencia de alteraciones en el metabolismo de la glucosa en pacientes que no experimentan incrementos significativos de peso o que son detectables a relativamente corto plazo tras el inicio del tratamiento. La resistencia a la insulina que acompaña a la obesidad parece deberse a la producción por el adiposito de cierto número de productos biológicos como la leptina, ácidos grasos libres, adiponeptina y otras sustancias (factor de necrosis tumoral alfa y resistina) que modulan entre otras cosas la secreción de insulina y la sensibilidad a la misma, de tal manera que un aumento en la producción de estas sustancias demandan un aumento en la secreción de esta hormona. Actualmente existe evidencia que sugiere que el uso crónico de algunos antipsicóticos de segunda generación incrementan los niveles de leptina como producto de la obesidad produciendo un aumento de peso. Sin embargo Hagg y cols., describieron pacientes en los que los niveles de leptina estaban aumentados de manera independiente del peso en pacientes tratados con clozapina.

La hiperinsulinemia, como producto de la secreción de los productos sintetiza-

dos por el adiposito, produce una menor sensibilidad de sus receptores en los órganos diana y la disminución de la utilización de glucosa en esas células, de tal forma que se requieren concentraciones de insulina superiores a lo normal para producir una respuesta cuantitativamente adecuada.. La disminución de la utilización de glucosa produce un aumento de su concentración en sangre que demanda aún más la secreción de insulina. En fases tempranas la glucosa se mantiene normal porque las células beta del páncreas compensan aumentando la producción de insulina.

A medida que avanza la resistencia a la insulina las células beta del páncreas se vuelven incapaces de mantener el estado de hiperinsulinismo hasta llegar a un fallo aún mayor originando la DM tipo 2.. Paralelamente a esta vía, se ha propuesto que las concentraciones elevadas de ácidos grasos libres, aspecto muy común en la obesidad, pueden obstaculizar el empleo de la glucosa por el músculo esquelético, promover la producción de este azúcar por el hígado y trastornar la función de la célula beta debido a que también demanda el aumento de la secreción de insulina.

- Mecanismos implicados en la hipertrigliceridemia: existe evidencia de que los antipsicóticos podrían originar alteraciones lipídicas por dos mecanismos principales:

Un efecto directo sobre el metabolismo lipídico por estímulo de la producción hepática o la inhibición de su metabolismo.

Un efecto indirecto secundario al aumento de peso y el desarrollo de resistencia a la insulina.

Las alteraciones lipídicas incluirían alteraciones en los triglicéridos, colesterol total y LDL colesterol, con mayor efecto sobre los niveles de triglicéridos, al menos para la clozapina, olanzapina y quetiapina. La resistencia a la insulina produce también hipertrigliceridemia debido a que las lipasas dependientes de insulina en las células grasas son normalmente inhibidas por ella. La falta de función de la insulina en los adipositos produce elevados niveles de lipólisis y la liberación de un exceso de ácidos grasos del tejido adiposo que en el hígado son transformados en triglicéridos. El exceso de ácidos grasos libres predispone al depósito de estos en otros tejidos y la progresiva acumulación de ácidos grasos e hiperglucemia podría ocasionar un fenómeno de toxicidad en la célula beta (glucolipototoxicidad) que también son determinantes en el agotamiento de la capacidad secretora de la célula beta.

- Estado proinflamatorio y protrombótico: aunque todavía la fisiopatología de estos estados es algo incierta se cree que son múltiples los mecanismos subyacentes. Una de las causas puede ser la misma obesidad, ya que el exceso de tejido adiposo libera citoquinas inflamatorias que pueden elevar los niveles de proteína C reactiva (PCR) y de fibrinógeno. Se ha encontrado también una elevación del inhibidor del activador de plasminógeno tipo 1 (PAI-1)

Conclusiones:

- El uso de antipsicóticos de segunda generación es muy útil en el tratamiento de los trastornos mentales graves, y al usarlos se debe tener en cuenta que algunos de estos forman parte de las variables que influyen en la aparición del síndrome metabólico mediante una cadena de mecanismos que van desde el aumento del apetito y consecuente aumento de peso, hasta el desarrollo de una resistencia a la insulina y diabetes mellitus pudiendo terminar en muchas ocasiones en la muerte prematura del paciente, ya que unidos a la vida sedentaria de este tipo de pacientes duplican y triplican el riesgo cardiovascular.
- La presencia de Síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovasculares tienen una alta prevalencia en pacientes con enfermedad mental grave.
- Si bien no existe suficiente evidencia científica hasta la fecha se puede afirmar que, en términos de alteraciones metabólicas e incremento de peso, la olanzapina y clozapina son los fármacos que más producen estas alteraciones seguidos por risperidona y quetiapina; parece que la ziprasidona, aripiprazol y sertindol tienen un papel mucho menos importante en la génesis de estas alteraciones.
- Es necesario que el personal de salud mental conozca el riesgo del uso de antipsicóticos de segunda generación en pacientes con trastorno mental grave para así incluir en el tratamiento una valoración del riesgo/beneficio del antipsicótico usado con respecto a sus parámetros metabólicos e intentar corregirlos mediante medidas higiénico-dietéticas en la medida de lo posible o con tratamientos farmacológicos específicos y en caso de no ser posible valorar un cambio de antipsicótico.
- La figura del enfermero/a es necesaria dentro del equipo multidisciplinar que atiende a personas tratadas con antipsicóticos (de primera y segunda generación), cualquiera que sea su edad. Así pues, de acuerdo a sus competencias, el enfermero/a podrá ayudar a la mejora de la calidad de vida de estos pacientes mediante un seguimiento exhaustivo del: peso, índice de masa corporal (IMC). Tensión arterial (TA) y frecuencia cardíaca (Fc). Glucemia basal y hemoglobina glicosilada (si es preciso). Perfil lipídico ((colesterol-total, colesterol-LDL, colesterol-HDL y triglicéridos).

6 Bibliografía

- (1) Colton C, Manderscheid R. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*. 2006Apr;3(2):A42. Epub 2006 Mar 15.
- (2) Kim, Sean; Lee, Gayoung; Kim, Eric; Jung, Hyejin; Chang, Jongwha (enero - marzo 2017). «Quetiapine Misuse and Abuse: Is it an Atypical Paradigm of Drug Seeking Behavior?»[Mal uso y abuso de la quetiapina: ¿Es un paradigma atípico de la conducta drogodependiente?]. *J Res Pharm Pract*
- (3) McDonagh, Marian; Peterson, Kim; Carson, Susan; Fu, Rochelle; Thakurta, Sujata (julio de 2010). Drug Class Review: Atypical Antipsychotic Drugs: Final Update 3 Report (en inglés). Oregon Health & Science University.
- (4) Kylin E. Studien uber das Hypertonie-Hyperglyka 'mie-Hyperurika' miesyndrom. *Zentralbl Inn Med* 1923;44:105-127.
- (5) Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: An American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* 2005;112:2735-52.
- (6) Raven G. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes*. 1988 Dec;37(12):1595-607.
- (7) Patel JK, Buckley PF, Woolson S, Hamer RM, McEvoy JP, Perkins DO, et al. Metabolic profiles of second generation antipsychotics in early psychosis: findings from the CAFE study. *Schizophr Res*. 2009 Jun;111(1-3):9-16. Epub 2009 Apr 26.
- (8) International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Brussels Belgium International Diabetes Federation. 2006.
- (9) Cuerda C, Velasco C, Merchan-Naranjo J, Garcia-Peris P, Arango C. The effects of secondgeneration antipsychotics on food intake, resting energy expenditure and physical activity. *Eur J Clin Nutr*. 2014;68(2):146-152.
- (10) Saltiel AR, Kahn CR. Insulin signalling and the regulation of glucose and lipid metabolism. *Nature*. 2001;414(6865):799-806.
- (11) Henderson DC, Vincenzi B, Andrea NV, Ulloa M, Copeland PM. Pathophysiological mechanisms of increased cardiometabolic risk in people with schizophrenia and other severe mental illnesses. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(5):452-464.
- (12) Henderson DC, Cagliero E, Copeland PM, et al. Glucose metabolism in patients with schizophrenia treated with atypical antipsychotic agents: a frequently sampled intravenous glucose tolerance test and minimal model analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(1):19-28.

- (13) Powers A. Diabetes mellitus. En: Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison: Principios de Medicina Interna. Chile: McGraw Hill; 2005. p. 2367-97.
- (14) Grundy SM, Brewer HB, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C. Definition of metabolic syndrome: report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation* 04;109;433-438.
- (15) Jin H, Meyer JM, Mudaliar S, Jeste DV. Impact of Atypical Antipsychotic Therapy on Leptin, Ghrelin, and Adiponectin. *Schizophrenia research* 2007;100(1-3),70-85.
- (16) Hägg S, Söderberg S, Åhrén B, Olsson T, Mjörndal T. Leptin concentrations are increased in subjects treated with clozapine or conventional antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2001 Nov;62(11):843-8.
- (17) Stahl SM, Mignon L, Meyer JM. Which comes first: atypical antipsychotic treatment or cardiometabolic risk? *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Mar;119(3):171-9.
- (18) Yan H, Chen JD, Zheng XY. Potential mechanisms of atypical antipsychotic-induced hypertriglyceridemia. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013;229(1):1-7.
- (19) De Hert M, Detraux J, van Winkel R, Yu W, Correll CU. Metabolic and cardiovascular adverse effects associated with antipsychotic drugs. *Nat Rev Endocrinol*. 2011;8(2):114-126.
- (20) Meyer JM, Stahl SM. The metabolic syndrome and schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2009 Jan;119(1):4-14.
- (21) Vidal-Puig A, Carmena Rodríguez R. Obesidad y síndrome metabólico. In Farreras P, Rozman C. *Medicina Interna*. Barcelona: Elsevier; 2009. p. 1993-2000.
- (22) López-Jaramillo C, Castaño Mejía A, Henao Velásquez A, Restrepo Palacio TF, Osorio Zuluaga J. Síndrome Metabólico y Trastorno Afectivo Bipolar: una revisión de la literatura. *Rev Colomb Psiquiatr* 2013;42(3),283-91.
- (23) Gentile S. Contributing factors to weight gain during longterm treatment with second- generation antipsychotics. A systematic appraisal and clinical implications. *Obes. Rev*.2009; 10: 527–542.
- (24) Newcomer JW. Second-generation (atypical) antipsychoticsand metabolic effects. A comprehensive literature review. *CNSDrugs* 2005; 19(Suppl. 1): 1–93.
- (25) Mackin P, Waton T, Watkinson HM, Gallagher P. A four-year naturalistic prospective study of cardiometabolic disease in antipsychotic-treated patients. *European Psychiatry* 2012; 27:50–55.
- (26) Arranz MJ, de Leon J. Pharmacogenetics and pharmacogenomic of schizophrenia: a review of last decade of research. *Mol Psychiatry*. 2007 Aug (8): 707-47. Epub 2007 Jun 5.

- (27) Ref Sáiz J, Bobes J, Ruiloba V, Ubago G, García-Portilla MP, Grupo de Trabajo sobre la Salud Física del Paciente con Esquizofrenia. Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría biológica. *Actas Esp Psiquiatr*. 2008;36(5):251-264.
- (28) Manu P. When therapeutic lifestyle changes fail; pharmacological management of metabolic syndrome in psychiatry. Ponencia presentada en el 159th Annual Meeting of the American Psychiatric Association. Toronto, 20-25 Mayo, 2006.
- (29) Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL y cols. National Heart, Lung and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure; National High Blood Pressure Education Program Coordination Committee: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure; the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289:2560-72.

Capítulo 38

CUIDADOR DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

YOLANDA QUEIPO HERÍAS

BEGOÑA COLLAR ALVES

SUSANA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Cuidador del paciente oncológico en fase terminal (situación actual).

El 50% de los pacientes con cáncer fallecen por su causa y el 50% de ellos lo hacen en una fase avanzada de la enfermedad (Sanz y Molinero, 2013). Cuando el cáncer pasa a definirse como enfermedad terminal entendida según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) como “enfermedad avanzada, progresiva, incurable con falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes, gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico y pronóstico de vida limitado” (SECPAL, 2019), se hace necesario en relación definir los cuidados paliativos, que según las OMS son aquellos cuidados que “mejoran la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan a enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo” dentro de ellos se presentan algunos concretos como aliviar el dolor, considerar la muerte como un proceso normal, apoyar al paciente para que su vida sea activa en medida de lo posible hasta la muerte y ayudar a la familia del paciente a adaptarse a la situación y en el proceso

de duelo con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente, con la premisa de ofrecerlos y aplicarlos desde la fase inicial de la enfermedad terminal conjunto a los tratamientos que se apliquen directamente respecto a la enfermedad (OMS, 2019). Partiendo siempre en medida de lo posible de la autonomía del paciente en lo que a decisiones y necesidades que se tratan el proceso paliativo dada la carga ética que conlleva el proceso y los aspectos que la legislación no abarca a determinar (Ortega-Galán, 2019).

Los sanitarios deben tener en cuenta que estos cuidados deben proporcionarse cuando el paciente y su entorno denotan estar preparados para recibirlos, y teniendo en cuenta siempre como prioridad las decisiones del paciente sobre el proceso, respetando sus creencias y valores (Sanz y Molinero, 2013). Cabe señalar la importancia en estos casos del paciente frente a la enfermedad, ya que se tiende a centrarse en el tratamiento de la enfermedad, y debería de considerarse especialmente en estos casos al paciente y las personas de su entorno centrando los cuidados en las necesidades de los mismos cuando el proceso se vuelve terminal (Bruera y Cerana, 2015), así pues la perspectiva correcta sería que los sanitarios adoptasen una relación de cooperación para con el paciente, sus familiares y entorno, así como con el resto del equipo sanitario (Sanz y Molinero, 2013).

Los estudios respecto al papel del cuidador se tornan en este caso en su mayoría como cualitativos, respaldan que deben acompañarse un lenguaje propicio para obtener la información dado el tema que se trata, la situación del entrevistado y la información que se pretende obtener (Arantzamendia, et al., 2017). Tal y como refleja el estudio realizado por Záu et al. (2009) por encima del 90% de las ocasiones el cuidador es un familiar y principalmente mujeres, hecho que confirman Rizo et al. (2016) y Guerrero et al (2016) en sus estudio en el que, además, concretan el parentesco del cuidador respecto al paciente siendo principalmente cónyuges y secundariamente hijos, adicionalmente expresa como la edad acompaña la sobrecarga del cuidador presentándose más acusada cuanto más joven es el cuidador independientemente de su género, presentándose tal afección según Aira et al. (2017) en más del 50% de los cuidadores de pacientes paliativos sin tener en cuenta la patología paliativa de base.

Además, el duelo se considera dentro de los cuidados paliativos. El impacto que la pérdida tendrá en la familia se debe evaluar durante todo el proceso y cuando esta se produzca deben atenderse las necesidades que puedan acaecer al respecto al cuidador o familia del paciente, en el denominado duelo (Sanz y Molinero, 2013).

Todo ello interpone la importancia del papel medio sanitario cuando se da una

situación paliativa en un paciente oncológico, concretamente el estudio realizado por Tirado et al. (2011) enfatiza el papel que juega la valoración de enfermería en este tipo de pacientes y su entorno dado que supone un punto de expresión para paciente y cuidador dando lugar así a la detección de necesidades a controlar, problemas a resolver o puntos donde actuar para que la situación sea correctamente llevada por ambos.

2 Objetivos

- Concretar la situación global del cuidador del paciente oncológico.
- Determinar la relación entre cuidador, medio sanitario y paciente.
- Clarificar la relación del paciente respecto al cuidador.

3 Metodología

Para la realización del presente estudio se han utilizado las bases de datos Pubmed y Cuiden, así como, el buscador de la biblioteca online del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Para la obtención de material bibliográfico en dichas sedes web, se ha utilizado en todas ellas las siguientes palabras clave: cuidados paliativos, cuidador paciente terminal, cuidador oncológico.

Criterios de inclusión y exclusión.

Para la selección del material bibliográfico se han usado como criterios de inclusión la selección de artículos que tratan sobre el cuidador oncológico y se han descartando aquellos cuya temática no se centraba cuidados paliativos.

4 Resultados

Cuidador:

En mayor parte de los casos el papel de cuidador lo desempeñan hijos y cónyuges (Moreira de Souza y Turrini, 2011). El cuidador del paciente oncológico toma una papel esencial cuya relevancia se acusa cuando el tratamiento se torna a paliativo, acaece entonces sobre el cuidador tal y como muestra el estudio de Aline Inocent (2009) sentimientos de impotencia y angustia respecto a la situación paliativa, así como miedo al momento de la muerte. En concreto el estudio realizado por Moreira de Souza y Turrini (2011) refleja la afección de las esferas físicas, mental y social del cuidador como las principales afectas en el proceso terminal del paciente con cáncer:

- El desgaste físico deriva asumir paulatinamente las actividades para las que el paciente se vuelve dependiente, la complejidad técnica de los cuidados, así como de la necesidad de formarse y aprender cuidados especializados resultando en el agotamiento físico del cuidador. (Moreira de Souza y Turrini, 2011).
- La sobrecarga mental del cuidador se relaciona con que los cuidados no se reflejen mejoría o curación del enfermo a lo que se sumaría, adicionalmente, la dificultad para controlar el dolor del enfermo y las distintas reacciones del mismo respecto a su situación resultan en el desgaste mental y emocional del cuidador. Si tal situación se acompaña de tristeza y falta de apoyo aumenta las probabilidades de que el cuidador pase por estadios de depresión. (Moreira de Souza y Turrini, 2011).
- En lo que respecta a lo social cabe destacar el papel cuidador de la mujer y el rol que esta asume dentro de la familia. Por otro lado, la enfermedad en fase paliativa repercute en la dinámica familiar y laboral, recae directamente en el cuidador cuando asume este rol y cuando termina el proceso paliativo. Otros aspectos que comprometen al cuidador son su situación económica y accesibilidad a los servicios sanitarios. (Moreira de Souza y Turrini, 2011).

Para paliar los efectos de desgaste del rol del cuidador algunas bibliográficas muestran estrategias como la rotación de cuidadores puede ser de ayuda para evitar el desgaste de los mismos. La formación de grupos de cuidadores es un punto interesante ya que en ellos confluye el intercambio de experiencias entre sus miembros contribuyendo con ello a la mejora de la experiencia del cuidador del paciente con cáncer en situación terminal (Inocenti, et al., 2009). Además de respetar y apoyar las creencias y valores del cuidador ya que como explican los estudios revisados en gran parte de ocasiones la fe sirve como estrategia principal para afrontar la situación desde la perspectiva del cuidador (Inocenti, et al., 2009). Otros Nogeria et al (2012) centran la actuación en la prevención y creación de redes de apoyo.

En base al estudio de Bermejo et al. centrado en la percepción del paciente sobre su enfermedad y el que el 84,5% de los pacientes paliativos estudiados tenían un cáncer, en él se determina que el 50% de los pacientes a estudio no deseaban tener conocimiento absoluto sobre su enfermedad y determina que en 64,4% de los casos existe una conspiración del silencio en su entorno, cabe señalar que tal desinformación puede ser parcial (desconocimiento del pronóstico por parte del paciente) o total (desconocimiento absoluto, no sabe el diagnóstico).

Por otro lado, dicha conspiración puede verse como adaptativa cuando el pa-

ciente no quiere saber más sobre su situación y desadaptativa cuando el paciente sí demanda esa información, toma especial importancia este aspecto, además de sobre el paciente dada su desinformación, sobre el cuidador ya que sobre él repercuten las dudas y emociones del paciente suponiendo una carga extra que contribuye al desgaste si la conspiración del silencio se realiza a sabiendas de que el paciente quiere ser informado (Bermejo et al. 2012).

Reigada, Ribeiro y Novellas (2015) en su investigación establecen cuatro ejes en torno a los que establecer la capacidad de cuidar (práctico, relacional, experiencia y salud) y la evaluación de la familia con el fin de detectar deficiencias de cuidado, creando una conciencia de cuidado hacia la familia desde el plano sanitario encargado de cuidados paliativos atendiendo dichas deficiencias, formando y en definitiva cuidando a los cuidadores. Concretando entorno a la sobrecarga del cuidador actualmente en España para determinar si existe tal situación se utiliza la Escala Zarit formada por 22 ítems que atañen las esferas de salud física, psíquica, actividades sociales y recursos económicos, puntuados mediante una escala Likert de 1 a 5, dicha escala fue creada en 1980 por Zarit, Reeve y Bach-Peterson posteriormente en el 2010 fue validada por Martín-Carrasco et al. y así se utiliza actualmente España, A continuación se presenta dicha escala (Odrizola M. et al 2008).

Finalmente, estudios como el realizado por Zambrano y Ceballos en 2007 arrojan luz inicialmente sobre la sobrecarga del cuidador mediante el uso de la escala Zarit determinando como principales afecciones en el cuidador los trastornos del patrón del sueño, la irritabilidad, ansiedad, reacción exagerada a las críticas o dificultad para desenvolverse en relaciones interpersonales entre otras, dando veracidad y base al conocido entonces como síndrome de carga del cuidador.

- Medio sanitario-cuidador-paciente:

La importancia de los servicios de cuidados paliativos para pacientes oncológicos se advierte ya en el estudio realizado por Juan Manuel Núñez Olarte (2016) en el que muestra como la creación de un servicio específico en España, presentado como atención en Consultas Externas para pacientes oncológicos necesitados de Cuidados Paliativos, libera al medio hospitalario y acerca al paciente a una atención más concreta respecto a sus necesidades y acerca la atención al cuidador del paciente situándose como punto de referencia para orientar y atender las necesidades del mismo y del paciente. Toma una dinámica concreta como servicio, poniendo atención en la relación sanitario-paciente y sanitario-cuidadores/familia sustentando las bases para el afrontamiento de la enfermedad terminal y su desenlace (Núñez, et al., 2016).

Los equipos de cuidados paliativos se ponen de relevancia al actuar como soporte de cuidados en las esferas físicas, emocionales, sociales, espirituales, culturales y éticas del paciente y cuidador, así pues, estos deben ser considerados una unidad de cuidado para el equipo sanitario dadas las necesidades de ambos y el papel del cuidador como tal (Inocenti, et al., 2009) para el que se debe formar desde el ámbito sanitario. En contra cuando el paciente ingresa en el hospital, en base al estudio de Cortés-Funes et al, paciente y cuidador deben asumirse como entidades diferentes con necesidades propias dada la afección del uno sobre el otro ya que como concluye dicho estudio la percepción del paciente sobre su entorno familiar y social influyen en su situación emocional (cuanto más funcional es su entorno familiar menos carga emocional), pero para el cuidador dicha percepción no afecta a sus emociones ya que el foco de su atención es el paciente, paradójicamente los cuidadores casados presentan mayor posibilidad de depresión que los solteros, es un reto para los sanitarios en estos casos la atención conjunta e individual de ambos individuos (Cortés-Funes et al., 2003).

- Paciente-cuidador:

La clasificación de los pacientes receptores de cuidados paliativos puede realizarse en función de su complejidad y soporte familiar pudiéndose dividir en 3 niveles: nivel 1 sería baja complejidad de cuidados y alto apoyo familiar, nivel 2 cuidados de baja complejidad y bajo apoyo familiar, y nivel 3 que comprende a aquellos que precisan cuidados de alta complejidad y que requieren de un equipo especializado que atienda sus necesidades (Sanz y Molinero, 2013).

En adicción el estudio de Núñez et al en 2016 estudio muestra la clasificación de pacientes necesitados de estos cuidados en cuatro grupos: el primero acoge a pacientes con metástasis y tratados con quimioterapia paliativa donde se precisa coordinación con oncología para decidir cuidados respecto al proceso de quimioterapia, el segundo a aquellos para los que a quimioterapia paliativa deja de ser útil y el servicio centrara su atención en proporcionar cuidados paliativos, en el tercer grupo se encierran aquellos pacientes en fase terminal demandantes de cuidados paliativos pero que se encuentran adecuadamente para recibir dichos cuidados en la consulta y en el cuarto grupo se sitúan aquellos que su estado general ya no les permite una visita programada en consulta. Cabe señalar la disposición de servicios como revisiones telefónicas y la respuesta de citación casi inmediata para realizar la primera consulta y tomar contacto con el paciente y su entorno (Núñez, et al., 2016), lo que supondría una buena base de apoyo para cuidador y paciente dada la disponibilidad del servicio.

Particularmente cabe señalar la complejidad que toman los cuidados paliativos cuando el paciente es un niño, al respecto en este caso el papel de los padres como cuidadores es esencial, el cuidador se implica en todas las esferas del paciente, el vínculo que mantiene con él es único por ello el trato desde el punto de vista sanitario debe ser totalmente individualizado para que el proceso paliativo sea llevado adecuadamente, se traten adecuadamente las necesidades de paciente y cuidador, para que los padres acepten la muerte como un proceso natural de la vida y para garantizar una buena calidad de vida del paciente hasta su fallecimiento (Castañeda et al., 2015). Otro caso especial para tener en cuenta se da cuando el paciente padece algún grado de discapacidad intelectual dada la compleja interpretación de lo que el paciente transmite o siente, así como la toma de decisiones respecto a sus cuidados paliativos, los estudios al respecto señalan especial dificultad para la detección de las situaciones avanzadas, y sobre el cuidador o responsable repercute una responsabilidad extra y su papel se torna imprescindible para atender el paciente tanto detectar sus necesidades como para transmitirles y aportarles los cuidados necesarios (Olaya MA. 2017).

En el caso del paciente geriátrico, de por sí sin que la enfermedad suponga un tratamiento paliativo ya se observa sobrecarga en los cuidadores y necesidad de apoyo a los mismos (Silva, J. et al 2016), aspecto al que se suma la responsabilidad del cuidador o cuidadores respecto a la toma de decisiones a cuando el tratamiento es paliativo, dada la habitual presencia de diversos cuidadores o grados familiares implicados en el cuidado, actúa entonces, el sanitario como mediador, en lo que se refiere concretamente al paciente geriátrico los deterioros cognitivos son una patología frecuente que limita, dificulta, los cuidados paliativos y con la que el cuidador debe enfrentarse en adicción al proceso paliativo. En contra en estos casos el proceso de duelo no suele precisar de apoyo sanitario, siendo el entorno familiar, social y la fe los puntos de sustento en este proceso como consta en la recopilación de estudios realizada por Concepción Jiménez en el año 2010, aspectos a tener en cuenta, también, en el proceso paliativo al atender y cubrir las necesidades espirituales del paciente tal y como explica el Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2011).

5 Discusión-Conclusión

La mayoría de los estudios coinciden en la implicación temprana de los pacientes en los cuidados paliativos y simultánea a los tratamientos curativos, para una adopción gradual a los mismos.

Plan de atención conjunto y coordinación entre servicios, familia y paciente. Fomentar el autocuidado en medida de lo posible, favorece en todas las esferas a paciente y cuidador.

Debe tomarse en especial consideración los cuidados paliativos en el paciente pediátrico, dado que habitualmente el cuidador son los padres y su relación con el paciente es única y a tener en consideración a la hora de tratar desde el entorno sanitario, así como los pacientes geriátricos donde los cuidadores varían habitualmente y para los que la toma de decisiones se vuelve más complicada dado el número de familiares o cuidadores a cargo del paciente.

6 Bibliografía

- Inocenti, A. Gimenes, I., y Inocenti, A. (2009). Experiencias y sentimientos de los cuidadores familiares de pacientes con cáncer en cuidados paliativos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*.11(4), 858-865.
- Moreira de Souza, R., y Turrini, RNT. (2011) Paciente oncológico terminal: sobrecarga del cuidador. *Enfermería Global*, 22, 1-13.
- Arantzamendia, M. Lopez-Dicastillo, O. Robinson, C., y Carrascoa, JM. (2017). Investigación cualitativa en Cuidados Paliativos. Un recorrido por los enfoques más habituales. *Medicina paliativa*, 24 (4), 219-226.
- Núñez, JM. Susana Guevara, S. Conti, M. Sánchez, M. Solano, ML. Pérez, C., y Espinal, E. (2016). Incorporación de los «cuidados paliativos precoces» en la actividad de una consulta externa de cuidados paliativos en un centro oncológico terciario. *Medicina Paliativa*, 23(1), 3-12.
- Córtes-Funes F, Abián L, Córtes-Funes H. (2003). Adaptación psicosocial del paciente oncológico ingresado y del familiar principal. *Psicooncología*, 0, 83-92.
- Bruera, E. y Cerana, A. (2016). Medicina paliativa: cuidando el paciente más que la enfermedad. *Medicina Paliativa*, 26(1), 1-2.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2019). Guía de Cuidados Paliativos.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). Cuidados paliativos.
- Sanz, ME., y Molinero E. (2013) Cuidados paliativos en el paciente oncológico. *Medicine*, 11(27), 1669-1676.
- Castañeda, C. O'Shea, G. Gallardo, DM. Farreras, D. Calderón, M. Chavez, P. (2015). Cuidados paliativos: la experiencia en pediatría. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 181-184.
- Olaya MA. (2017). Cuidados paliativos en personas con discapacidad intelectual:

estudio cualitativo desde la perspectiva de los profesionales del ámbito sociosanitario. *Medicina paliativa*, 24(4), 210-218.

- Jiménez C. (2010). Cuidados al final de la vida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(1), 45-48.
- Záu, L. Záu, C. De Barros, AK. Da Silva, M. (2009). Cuidador primario del paciente con cáncer sin posibilidad de curación, repercusiones de esta carga. *Revista Brasileña de enfermería*, 62(1).
- Bermejo, JC. Villacieros, M. Carabias, R. Sanchez, E. Díaz-Albo, B. (2013). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medicina paliativa*, 20 (2), 49-59.
- 15. Rizo, AC. Molina, M. Millán, NC. Pagán PE. Machado, J. 2016. Caracterización del cuidador primario de enfermo oncológico en estado avanzado. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 32(3), 1-13.
- Aira, P. Domínguez, C. Cano, JM. García, I. Molina, E. Vicente, M. et al. 2017. Características de los pacientes con enfermedad crónica avanzada incluidos en un programa de cuidados paliativos domiciliario. *Medicina Paliativa*, 24(4), 179-187.
- Reigada, C. Ribeiro, E. y Noellas, A. 2015. Capacidades familiares para cuidar de enfermos oncológicos paliativos: un estudio cualitativo. *Medicina Paliativa*, 22(4), 119-126.
- Tirado, G. López-Saez, A. Capila, C. Correa, A. Geidel, B. La Valoración del Síndrome del Cuidador. (2011). *Desarrollo Cientif Enferm*, 19 (3), 102-106.
- Martín-Carrasco, M., Otermin, P., Pérez-Camo., Pujol, J., Agüera, L., Martín, M., Gobart, A., et al. (2010). EDUCA study: Psychometric proprieties of the Spanish version of the Zarit caregiver Burden Scale. *Aging & Mental Health*, 14(6), 705-711.
- 20. Zarit, SH. Reeve, KE. Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-55.
- Odriozola, M. Vita, A. Maiz, B. Zialteta, L. y Bengoetxea L. (2008). Índice de esfuerzo del cuidador: test diagnóstico de sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia. *SEMERGEN*. 34(9):435-438
- Zambrano, R. Ceballos, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 1, 26-39.
- Silva, J. Gonzales, T. Mas, T. Marques, S. Partezani RA. (2016). Sobrecarga y calidad de vida del cuidador principal del adulto mayor. *Av Enferm*.34(3):251-258.
- Nogueira PC, Rabeh SAN, Caliri MHL, Dantas RAS, Haas VJ. Pantalla (2012). sobrecarga del cuidado e impacto en la calidad de vida relacionada a la salud de los cuidadores de individuos con lesión medular. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*

20(6).

- Guerrero, JA. Romero, G. Martínez, M. Martínez RA. Rosas, SC. (2016). Percepción del cuidador primario sobre las intervenciones de enfermería al paciente en estado terminal. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc.*24(2):91-98
- Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2011). *Medicina paliativa*, 18(1),1–3.
- Ortega-Galán AM. 2019. Cuidados compasivos en el final de la vida: una cuestión ética. *Enfermería Clínica*, 29(1), 1-2.
- Odrizola M. et al (2008).

Capítulo 39

ROL DE ENFERMERÍA ANTE EL ENFERMO DE SALUD MENTAL

MÓNICA OTERO TORRE

1 Introducción

A nivel mundial los trastornos mentales alcanzan 14% de la carga global de enfermedad. Y esto ha dado pie a que la enfermería en psiquiatría se ha ido transformando al igual que otras áreas de la Enfermería, de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos aportados por las ciencias sociales, biomédicas y de la conducta.

Se ha fortalecido con teorías propias, hoy reconocidas como tales, dentro de las cuales predominan la teoría de la "relación interpersonal enfermera paciente" de Hildegard Peplau, la teoría de "las necesidades humanas" de Virginia Henderson, la aplicación de la teoría de "adaptación" de la hermana Calixta Roy, y otras teorías que han aportado elementos importantes no solo al trabajo de la enfermera en el área de Psiquiatría, sino que además han colaborado con sus aportes al manejo integral de la persona enferma, sea cual sea el ámbito donde se encuentre y el problema que tenga.

Actualmente, los procesos de intervención dirigidos a la persona con enfermedad mental y su grupo familiar, se basan en el trabajo interdisciplinario. Es de vital importancia el papel que desarrolla el profesional de enfermería por la posición que ocupa en la función de asumir el proceso de cuidado y por la implicación que tiene en dichos procesos. Por eso es necesario que el profesional de enfermería sea congruente tanto con el estado de salud de la persona como con los cuidados, que tienen que basarse en un proceso científico que asegure la calidad de estos.

Los profesionales de enfermería prestan una atención holística y no crítica a todos los pacientes. Éstos dan una consideración positiva e incondicional. La jerarquía de Maslow da a los profesionales de enfermería una base para saber priorizar las necesidades de los pacientes de salud mental y las intervenciones de enfermería. Se debe de dar más importancia a las necesidades fisiológicas como la nutrición y la eliminación; seguidas de las de seguridad; amor y pertenencia, estima y por último las de autorrealización.

La Enfermería en Salud Mental es un área que emplea teoría del comportamiento humano, para prevenir y corregir los trastornos mentales y sus secuelas, y para fomentar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad. Reconociendo al ser humano como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para cambiar y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por múltiples factores provenientes de su entorno familiar y social.

En el caso de salud mental no hay una definición aceptada de forma universal, pero existen unos acuerdos sobre los pensamientos, sentimientos y las conductas que se consideran saludables o no saludables. Las personas mentalmente sanas tienen las siguientes características:

- Interpretan exactamente la realidad.
- Tienen un autoconcepto saludable.
- Se pueden relacionar con los demás.
- Alcanzan un sentido de significado en la vida.
- Demuestran creatividad/productividad.
- Tienen control sobre su conducta.
- Se adaptan a los cambios y los conflictos.

2 Objetivos

-Conocer la existencia de la evidencia científica que existe sobre la actuación y las intervenciones que realizan las enfermeras con los enfermos de salud mental.

3 Metodología

Se hace una búsqueda bibliográfica a través de las siguientes bases de datos: Scielo, Dialnet, Cuiden, ScienceDirect y Pubmed usando como descriptores: "salud

mental”, ”rol de la enfermera” y “pacientes”. Los criterios de inclusión han sido todo tipo de estudios tanto en inglés como en castellano.

4 Resultados

En cuánto a la prevención primaria se trata de reducir los factores de riesgo, en el caso de la Salud Mental, se usan programas diseñados para reducir el porcentaje de emociones desagradables, neutralizando los factores sociales, estresantes y potencialmente peligrosas que pueden llevar a la enfermedad mental.

De esta manera se potenciaría la personalidad del individuo sano, además de la familia y de la comunidad. Este programa implica a los miembros destacados de la comunidad, como son las escuelas, centros de salud, iglesias...El profesional de enfermería como miembro del equipo de salud tiene la capacidad para evaluar los factores de riesgos sociales peligrosos para la comunidad. Pero a veces los cambios en el comportamiento de la persona, pueden ser evidentes sólo para la familia, amigos y otros en su red social. De hecho, por este motivo, la familia y los amigos son considerados como fuentes muy importantes de ayuda para el tratamiento de los trastornos mentales de adultos y adolescentes.

Una vez identificados los factores de riesgo y los grupos más vulnerables, la enfermera planea actividades de promoción de la salud, apoyándose en la teoría de crisis y más específicamente en las crisis de desarrollo. Se podrán realizar actividades para desarrollar con los padres, los escolares, los adolescentes, ancianos reduciendo el riesgo de nuevas crisis y preparando a los grupos de la comunidad para enfrentarse a nuevas tareas y expectativas.

Esta labor que hace el profesional de enfermería en la comunidad se le llama asesoramiento anticipatorio, y la puede realizar a nivel individual o conformando grupos de personas con intereses similares para conseguir las metas de promoción de salud mental. Puede ayudarse de sesiones educativas formales o informales según las características de los grupos y circunstancias. También se usan socio dramas, dinámicas grupales, verbalización de sentimientos. A través de estas actividades tanto a nivel individual como por visitas de familiares la enfermera puede captar de forma precoz a las personas con problemas de salud mental y atenderlos lo antes posible para evitar su progreso a un estado patológico.

La enfermera a nivel grupal puede llevar a cabo actividades con fines terapéuticos concretos, que estimulen la socialización de los pacientes, el desarrollo de

habilidades comunicacionales y de funciones mentales, que favorezcan la expresión de sentimientos y la búsqueda de vínculos con la realidad. Además, la terapia grupal permite economizar tiempo y esfuerzo a los profesionales de la salud responsables de la atención a las familias.

Por otra parte, la intervención psicoeducativa en el trabajo en grupos tiene muchos beneficios en la intervención familiar, por una parte impulsa el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y potencia las redes de apoyo social, y por otra parte desarrolla un escenario sociocultural de obtención del conocimiento en el que se conoce diferentes puntos de vista y las alternativas a los comportamientos patológicos.

Por último, otra labor del personal de enfermería que se considera a nivel de prevención primaria es el rol ante la intervención en crisis situacionales, presentadas por las personas que se encuentren en su entorno comunitario u hospitalario. No es difícil que se desencadene una crisis ante una situación de enfermedad, de hospitalización o de muerte. Y al ser la enfermera, uno de los profesionales que pasa más tiempo con los pacientes, es la que interviene en primer lugar. Dada la frecuencia con que se dan estas situaciones de crisis y la necesidad de atender integralmente a la persona, se hace necesario contar con profesionales preparados en el área capaces de intervenir eficazmente.

En cuanto a la prevención secundaria, los programas en el campo de la salud mental tienen la finalidad de reducir la prevalencia del trastorno mental, mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo, facilitando el acceso a los servicios de salud mental. Es muy importante reconocer los desordenes del comportamiento en los niños y adolescentes, actividades que interfieran en sus rutinas de la vida diaria y con el proceso de aprendizaje; signos de descompensación incipientes en adultos y ancianos ante situaciones de cambio. La enfermera es la encargada de detectar estas situaciones, intervenir si esta preparada y remitir a un profesional competente.

Las acciones de prevención secundaria se reducen al tratamiento del enfermo mental en una institución psiquiátrica y limitada por el difícil acceso y por el alto coste de las clínicas privadas. Dentro de estas instituciones el profesional de enfermería cumple con funciones de tipo administrativo, asistencial, educativo, y en menor medida investigativo.

En su rol administrativo es responsabilidad del profesional, de enfermería cuidar del buen funcionamiento del proceso de salud mental de los pacientes, así como coordinar sus actividades con las del equipo multiprofesional.

Según el artículo de Huizing, afirma que las enfermeras de salud mental, por su experiencia en el trabajo con grupos de autoayuda y en el apoyo psicosocial, están colaborando con las enfermeras de atención primaria en los talleres dirigidos a las cuidadoras familiares. Además en el ámbito de la atención comunitaria de salud mental, se considera fundamental implantar y facilitar la cooperación y coordinación con las enfermeras de Atención Primaria (AP) ya que las enfermeras de familia son los profesionales que están más cerca de la población y por tanto de sus necesidades.

Estas actividades están proporcionando instrumentos que aumentan la autonomía profesional de las enfermeras y mejoran la coordinación y el trabajo en equipo, para dar respuesta de manera eficaz y efectiva a las expectativas de los pacientes y sus familiares. Dichas actuaciones son dirigidas principalmente por las enfermeras de los dispositivos de salud mental, pero tiene gran repercusión en todo el equipo de profesionales, que de forma multidisciplinar constituye el eje de la atención de los problemas de salud mental.

Una labor que cumple constantemente es la educativa tanto con el paciente como con la familia y el personal a su cargo, de acuerdo a las necesidades identificadas.

La intervención de enfermería en la prevención terciaria no está muy desarrollada, porque la labor de rehabilitación y readaptación del paciente al medio laboral se deja en manos de otros profesionales como terapeutas ocupacionales y trabajadoras sociales. Pero la labor de la enfermera no sólo termina cuando el paciente regresa del hospital, sino debe llegar al seguimiento sistemático al hogar, visitas domiciliarias a la familia y a los pacientes, ayudarle a superar los periodos de dificultad. Al regresar del medio hospitalario es cuando más ayuda necesita para continuar con su proceso terapéutico y evitar la desocialización. Es allí cuando la familia requiere más orientación y apoyo para superar las dificultades que se presenten.

La enfermera debe estar presente formando parte del equipo interdisciplinario de los centros de rehabilitación, hogares de paso, hogares protegidos y otros similares, aportando sus conocimientos y su experiencia en la relación terapéutica con los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

En la práctica asistencial de la enfermería de salud mental, la relación persona-enfermero aparece como una constante, es decir nuestra función como profesionales de enfermería se basa en una relación de ayuda que requiere de una condición de sensibilidad, respeto y amor hacia la persona cuidada para que tenga un propósito terapéutico y de importancia.

Se busca implantar una relación terapéutica en la cual el profesional de enfermería sea la pieza clave en el proceso terapéutico, en el cual exista un crecimiento personal tanto por parte del cuidador como por la persona cuidada.

La Enfermería en Salud Mental es un área que usa la teoría del comportamiento humano, para cuidar a las personas con trastornos mentales y sus secuelas, y para impulsar una salud mental óptima en el individuo, la familia y la comunidad. El cuidado de enfermería ante la persona con sufrimiento psíquico se basa en que se le considere como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse, para modificar conductas y adaptarse a diferentes circunstancias; un ser influenciado en su comportamiento por varios factores que vienen del entorno social y familiar. Es necesario tener en cuenta las diferentes peculiaridades propias de cada persona con sufrimiento psíquico que van a influir en la vivencia de la enfermedad. Además, el profesional de enfermería debe tener en cuenta a las familias de las personas con enfermedad mental, convirtiéndolos en sujetos de cuidado. Es imprescindible que se desarrolle en los profesionales de enfermería, competencias de ayuda interpersonal, que mantengan la perspectiva de integralidad y cuidado holístico.

6 Bibliografía

- Castaño Mora Y, Erazo Chávez IC, Piedrahita Sandoval LE. Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria con enfermedad mental. *Enferm Global*.2012;28.
- Linda Eby, Nancy J Brown. Cuidados de enfermería en salud mental. Segunda edición. Madrid.Pearson Educación SA;2010.
- Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid*. 2015; 6(2): 1107-19.
- Cuevas-Cancino JJ, Moreno-Pérez. NE. Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*. 2017;14(3):207-218.

- Huizing E. Los cuidados enfermeros en salud mental en Andalucía. Rev Asoc.Esp Neuropsiq.2006;26(1):2340-2733.
- Esguerra de Cárdenas I. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatra.Avances de enfermería.1991;9(1).
- F Jorm A, J Morgan A, Wright A.First aid strategies that are helpful to young people developing a mental disorder: beliefs of health professionals compared to Young people and parents.BMC Psychiatry.2008;8(42.)

Capítulo 40

PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA PICADURA DE GARRAPATA

NEREA OTEO GARCIA

NURIA OSCARIZ PIEDRAFITA

MARÍA CARRILLO DE ALBORNOZ LEZAUN

MAITE RODRÍGUEZ ANTÚNEZ

1 Introducción

Las garrapatas son pequeños arácnidos hematófagos, es decir, se nutren de sangre.

Habitualmente la garrapata se encuentra en el campo, en la hierba, esperando que pase un animal para alimentarse de él, si ese animal está infectado, la garrapata también se infecta, actuando como vector y pudiendo transmitir los microorganismos patógenos (virus, bacterias o protozoos) al próximo animal de quien se alimente, ocasionándole la enfermedad.

Aunque las garrapatas son más frecuentes en animales, también pueden picar a las personas, especialmente en los meses cálidos, de primavera a otoño, cuando son más activas, existiendo una gran variedad de enfermedades que pueden transmitir a las personas. Si bien es cierto que no todas las garrapatas transmiten enfermedades, ni pican a humanos, una sola garrapata puede albergar varios tipos

de virus o bacterias, pudiendo llegar a transmitir distintas enfermedades a las personas, siendo las más frecuentes la Enfermedad de Lyme, Fiebre botonosa o exantemática mediterránea y Debonel/Tibola, aunque también se han descrito casos de Anaplasmosis y Fiebre de Crimea-Congo.

Estas importantes repercusiones en la salud de las personas, hacen necesario que el profesional de enfermería proporcione la educación sanitaria a la población para evitar la picadura de garrapata, así como que conozca la adecuada actuación en el caso de producirse la picadura.

2 Objetivos

Conocer e informar a la población de las medidas adecuadas para prevenir la picadura de garrapata, así como la correcta actuación de enfermería para su extracción si la picadura de garrapata se ha producido.

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 las bases de datos Cuiden, Pubmed y Cochrane, de la evidencia disponible y realización de una lectura crítica de aquellos artículos que reúnen las características de búsqueda seleccionadas, utilizando las palabras clave “extracción”, “garrapata”, “enfermedades” “humanos” y sus sinónimos en inglés “removal”, “ticks”, “diseases”, “humans”, estableciendo 5 años como límite en los resultados por año de publicación.

4 Resultados

La actuación más eficaz es: prevención de la picadura.

Para ello es de gran importancia informar a la población sobre medidas como:

- Evitar zonas infestadas por garrapatas.
 - Utilizar ropas claras, para poder verla antes de que se prenda en la piel.
 - Exponer la menor superficie corporal posible.
 - Administrar repelentes.
 - Tras ir al campo, o estar con ganado, revisar cuidadosamente piel y cuero cabelludo, puesto que la picadura no suele producir en el momento, dolor ni picor.
- Una vez producida la picadura: extraer la garrapata cuanto antes.

Existe la creencia popular que el uso de diferentes métodos, como impregnarlas con vaselina, aceite, alcohol, aplicar calor..., inducen a la garrapata a desprenderse. Estos métodos, según la evidencia científica, aunque pueden provocar que la garrapata se suelte del tejido, tienen un alto riesgo de transmisión infecciosa, puesto que pueden producir estrés a la garrapata, haciendo que ésta deposite su contenido infeccioso en la piel del paciente.

Es importante retirar la garrapata con tracción suave y continua, facilitando que se desprenda sola, sin tirar de las patas o retorcerla.

-Explicar la técnica ayuda a disminuir el nivel de ansiedad del paciente.

-Es importante el uso de una técnica aséptica para disminuir el riesgo de infección por la manipulación de la herida.

La bibliografía consultada indica adecuado el uso de pinzas de punta fina y curva, sin dientes o pinzas específicas para extracción de garrapatas, “O’Tom Tick Twister.”

En ambas opciones, se debe introducir la pinza tan cerca de la piel como sea posible, sujetando la garrapata por la cabeza.

Con las pinzas metálicas aplicaremos una tracción constante y firme, de forma perpendicular, hasta que se extraiga. En el caso de usar las pinzas específicas para extracción de garrapatas, no realizaremos tracción, sino que deberemos girar ligeramente y levantar. La garrapata se suelta por sí sola tras 2-3 vueltas. Se debe conseguir una extracción completa de la garrapata sin comprimir su abdomen, evitando así introducir su contenido gástrico y con ello los microorganismos patógenos.

Al extraerla, es importante, observar que está completa, viva y que la herida no contiene ningún resto.

Desinfectaremos la zona con antiséptico, povidona yodada o clorhexidina.

Si es posible, se recomienda no tirarla y conservarla en un bote cerrado con papel húmedo, o alcohol al 70% y en el caso de desarrollar complicaciones, enviarla para su estudio.

Se recomienda informar al paciente sobre los signos y síntomas precoces de infección, que deberá vigilar durante las siguientes 4 semanas a la picadura, puesto que es el periodo máximo de incubación de enfermedades infecciosas transmitidas por garrapatas, y acudir al médico si se produce malestar general, fiebre, erupción en la piel y cefalea.

No se recomienda el uso rutinario de profilaxis antibiótica para la prevención

de las infecciones transmitidas por garrapatas, únicamente será necesario si la garrapata ha sido manipulada, no ha sido posible su extracción completa viva, o se encuentra repleta (varios días de alimentación).

5 Discusión-Conclusión

La rápida, correcta y completa extracción de la garrapata disminuye el tiempo de contacto con la persona y el riesgo de enfermedades infecciosas transmitidas por estos parásitos, que junto con la educación sanitaria para la prevención de picaduras y el conocimiento de los signos y síntomas precoces de infección, destacan la importancia de la actuación enfermera al prevenir que una pequeña garrapata provoque un gran problema de salud.

6 Bibliografía

- Coleman N and Coleman S. Methods of tick removal: A systematic review of the literature. *AMJ* 2017;10(1):53–62.
- Fernández-Lerones M.J, De la Fuente-Rodriguez A, Mora Saez E, Landaluce-Fuentes M. Picadura de garrapata: ¿Una simple retirada del artrópodo? *MED Y FAM*. 2016;5(3):116-121.
- Akin Belli A, Dervis E, Kar S, Ergonul O, Gargili A. Revisiting detachment techniques in human-biting ticks. *J Am Acad Dermatol*. 2016 Aug;75(2):393-7.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Semtsi, Eimc. Guía de actuación ante picadura de garrapata. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 Oct.
- Fignon J, Chirouze C, Hansmann Y, Lemoque C, Mentgen V, Saunier A et al. Lyme borreliosis and other tick-borne diseases. Guidelines from the French Scientific Societies (I): prevention, epidemiology, diagnosis. *Med Mal Infect*. 2019 Aug;49(5):318-334.
- Huygelen V, Borra V, De Buck E, Vandekerckhoue . Effective methods for tick removal: A systematic review. *J Evid Based Med*. 2017 Aug; 10(3):177-188.
- Piñeiro R, Carabaño I. Manejo práctico de las picaduras de Insecto en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2015;17(66):159-66.

Capítulo 41

UTILIZACIÓN DE PLASMA EN IMPLANTOLOGÍA ORAL

LEIRE AZCONA CIRIZA

1 Introducción

El uso de plasma enriquecido en factores de crecimiento (Plasma Rich in Growth Factors) es una de las últimas técnicas de regeneración celular, se utiliza para acelerar la curación de las lesiones musculares, tendinosas y articulares, incluso también para tratamientos estéticos. Su uso en implantología oral está ampliamente consolidado. Es un producto 100% autólogo, es decir, se obtiene de la propia sangre y posee una extraordinaria actividad biológica. Los factores de crecimiento o GF (growth factors) son un conjunto de sustancias, la mayoría de naturaleza proteica que junto con las hormonas y los neurotransmisores desempeñan una importante función en la comunicación intercelular. Desempeñan su función a muy baja concentración en los líquidos corporales. Actúan uniéndose a receptores celulares situados en la membrana celular que transmiten la señal del exterior al interior de la célula, mediante el acoplamiento de diferentes proteína quinasas que se fosforilan y que activan una cascada de señales que acaba con la activación de uno o varios genes.

Podemos encontrar factores de crecimiento en las plaquetas y en el plasma. Sus funciones son:

- Proliferación.
- Migración.
- Secreción autocrina y paracrina: Se excreta ácido hialurónico, colágeno...
- Efectos antiinflamatorios.

- Potencial bacteriostático: Frena la aparición de bacterias en las primeras 24 horas.

Para su obtención es necesaria una extracción sanguínea, ya que se trabaja con plasma autólogo. Se separa en dos partes F1 (fracción pobre en factores de crecimiento) y F2 (fracción rica). En implantología oral entre sus funciones destacan:

- Regeneración alrededor de los implantes: Estabiliza injertos, mejora quimiotaxis, proliferación y diferenciación de las células osteogénicas.
- Tratamiento de las extracciones: Acelera la epitelización, disminuye el dolor y reduce la inflamación.
- Tratamiento de áreas post-extracción: la regeneración ósea es más rápida y completa.

2 Objetivos

- Establecer la secuencia de obtención de plasma para su uso en implantología oral.
- Proporcionar a los profesionales de enfermería conocimientos relacionados con el uso del plasma rico en factores de crecimiento.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos ScieLo, Science Direct y Google Académico. Utilizando los descriptores “plasma rico en factores de crecimiento” “implantología oral” “técnica” “indicaciones” “complicaciones” “cuidados de enfermería” relacionándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se revisan artículos en inglés y español desde el año 2007 hasta la actualidad. Además se revisan diferentes manuales sobre implantología oral.

4 Resultados

- La secuencia del proceso es la siguiente:
 1. Punción venosa.
 2. Extracción de sangre: se requieren volúmenes muy pequeños, dependerá del procedimiento a realizar.
 3. Separación celular: se puede preparar ambulatoriamente de forma sencilla y cómoda.

3.1. Centrifugado: a través de una máquina centrifugadora se lleva a cabo la separación de la sangre del plasma. Tiempo 6 a 9 minutos.

3.2. Pipeteado: con la ayuda de pipetas de diferentes calibres se procede a la separación de las F1 y F2 para su posterior activación.

4. Obtención del plasma rico en factores de crecimiento:

4.1. Calentamiento: A temperatura de 37° C el tiempo de formación del plasma rico en factores es de 5 a 25 minutos, dependiendo de la fracción con la que trabajemos. Es posible utilizar un calentador para acelerar el proceso de formación del plasma.

4.2. Activación: Se utiliza cloruro cálcico (ClCa2) que acelera la formación del plasma enriquecido.

. Hueso: 1000uL plasma F2 + 50uL ClCa2 + material injerto (0.5 gr)

. Coágulo: 1000uL plasma F2 + 50uL ClCa2

. Membrana de fibrina: 1000uL plasma F1 + 50uL ClCa2

Plasma para irrigación: Sin activar. Utilizado como medio de cultivo para humectar el implante.

- El desglose de pasos en la extracción de plasma autólogo permite a los profesionales de enfermería aumentar los conocimientos de la profesión y complementar trabajo. Además pese a las controversias de los resultados de esta técnica, es segura debido a su naturaleza autóloga por lo que no habrá riesgos de anafilaxia ni rechazo en el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Abundantes autores lo describen como un método sencillo y muy eficaz. Se trata, dicen, de una técnica segura debido a su naturaleza autóloga y que disminuye considerablemente los tiempos de recuperación.

Existe una controversia manifiesta sobre su uso ya que hay estudios que defienden que no mejora la regeneración. Como profesionales de enfermería tenemos la obligación de conocer bien la técnica y sus posibles complicaciones con el fin de ofrecer una asistencia de calidad, aportando seguridad clínica en la práctica diaria.

6 Bibliografía

- Plasma rico en factores de crecimiento. [Acceso 17/12/2019] Disponible en : http://onblood.es/plasma_rico_factores_crecimiento.html
- Anitua E. Plasma Rich in growth factors: Preliminary results of use in the preparation of sites for implants. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1999; 14: 529-535.
- Anitua E. The use of plasma rich of growth factors in oral surgery. *Pract Proced Aesthet Dent* 2001; 13:487-493
- Bravo S Eduardo, Oliva M Patricio. Efectividad del Plasma Rico en Plaquetas en la Cicatrización de Implantes Dentales: Una Revisión Sistemática. *Int. J. Odontostomat.* [Internet]. 2013 [citado 2019 Dic 18] ; 7(1): 87-92. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl>
- Beca T, Hernandez G, Morantes S, Bacones A. Plasma rico en plaquetas. Una revisión bibliográfica. *Av. Periodont Implan-tol.* [Internet]. 2007[citado 2019 Dic 18] ;19,1: 39-52. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/view/10320111/plasma-rico-en-plaquetas-una-revision-bibliografica-scielo-espana>

Capítulo 42

CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL 2019 EN ASTURIAS

AIDA VALLINA RIESTRA

YOLANDA ROCES FERNÁNDEZ

GLORIA VALDÉS PELÁEZ

1 Introducción

La vacuna de la gripe no es efectiva frente a catarros y resfriados. Se trata de inyectar la vacuna del virus de la influenza vivo atenuado. Será la enfermera encargada de las vacunas, la que se cerciure de su buen estado, además de conservar los precintos, la fecha de caducidad y que no se rompa la cadena de frío (deben mantenerse entre 2 y 8°C).

2 Objetivos

- Establecer la población diana o personas de riesgo para la administración de la vacuna.
- Indicar los cuidados en la administración de la vacuna.

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

Se recomienda vacunar a la siguiente población:

- Mujeres embarazada.
- Mayores de 65 años.
- Niños prematuros hasta dos años de edad.
- Personas con enfermedades crónicas.
- Personas que conviven con embarazadas, enfermos crónicos o mayores de 65 años.
- Personal sanitario, bomberos, policías y restos de servicios públicos esenciales.

- El procedimiento es muy simple. Debe ponerla el personal de enfermería, en un Centro de Salud, hospital o centro habilitado. Se debe limpiar la zona del brazo o muslo donde se vaya a poner. Hay que ponerla intramuscular, aspirar para comprobar que no se ha inyectado en ningún vaso y a continuación administrar. Es normal que se tenga la zona un poco enrojecida después de ponerse la vacuna, se recomienda poner calor local el primer día para favorecer la vasodilatación y con ello la absorción de la vacuna y los días siguientes frío para bajar la inflamación si la hubiese.

Se puede poner la vacuna en pacientes alérgicos al huevo (ya que contiene trazas) y en embarazadas. No se recomienda ponerse la vacuna si a hecho alguna reacción a alguna anterior o algún componente de la vacuna. Se debe consultar al médico si está tomando antibióticos, si tiene algún signo gripal o el síndrome de Guillain Barré.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda poner la vacuna todos los años, sobretodo en la población de riesgo. Esto es debido a que la vacuna una vez puesta va perdiendo dicha inmunidad a lo largo del año. La vacuna es gratuita y solo hay que solicitarlo en el Centro de Salud o en los servicios de Prevención de los puestos de trabajo.

Tarda entre 8-10 días en empezar a hacer efecto, debido a esto se recomienda a los pacientes no retrasarla de un año para otro.

6 Bibliografía

- Campaña de Vacunación Antigripal 2019 [Internet]. Astursalud.es. 2019 [cited 18 December 2019]. Available from: <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/campana-de-vacunacion-antigripal-2019>
- <https://www.mscbs.gob.es/>.
- saber V. Vacuna contra la influenza o gripe (inactivada o recombinante): lo que usted necesita saber: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. Medlineplus.gov. 2019 [cited 18 December 2019]. Available from: <https://medlineplus.gov/>.
- Quiénes deberían y quiénes NO deberían vacunarse contra la influenza [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [cited 18 December 2019]. Available from: <https://espanol.cdc.gov/enes/flu/prevent/whoshouldvax.htm>.

Capítulo 43

EL SUEÑO Y DESCANSO, UN GRAN RETO HOSPITALARIO.

MARTA PEREZ ABIETAR

HECTOR NAVAS DOMINGUEZ

VERÓNICA VACÁRCEL LÓPEZ

DAVID ESCRIBANO COELLO

CARMEN ALARCÓN HERREROS

1 Introducción

El sueño es una parte integral de la vida cotidiana, además de una necesidad biológica que permite recomponer las funciones físicas y psicológicas necesarias para un pleno rendimiento.

Existen diversas etapas del sueño, las más importantes son:

- La etapa I, de somnolencia o adormecimiento, hay tono muscular y no hay movimientos oculares o, si los hay, son muy lentos.
- La etapa II - III, de sueño ligero, se caracteriza por una disminución del ritmo electroencefalográfico; sigue existiendo tono muscular, y no hay movimientos oculares.
- La etapa IV, de sueño profundo, presenta un ritmo electroencefalográfico menor, no hay movimientos oculares y el tono muscular se mantiene o puede estar muy disminuido. Esta fase dura aproximadamente un 25% del total del tiempo del sueño.

- Las etapas I a IV se denominan en su conjunto sueño no REM (NREM). El músculo diafragma sigue manteniendo el tono, y contrayéndose, permitiendo la respiración. De la instauración del sueño REM es responsable el tronco del encéfalo. Las fases de sueño NREM y REM se alternan sucesivamente, cuatro a cinco veces por la noche. En total, la fase de sueño NREM dura unas 6 horas; y la fase de sueño REM, dos horas. Es más fácil despertar al sujeto en la fase de sueño REM que en la fase NREM.

No dormir lo suficiente y con buena calidad puede impactar negativamente en nuestro estado de salud, y la mayoría de las personas están muy familiarizadas con los efectos negativos a corto plazo. Estos pueden producir: somnolencia diurna, irritabilidad, problemas de concentración, dolor de cabeza, fatiga, etc.

Las principales consecuencias de una mala calidad de sueño de manera repetida o crónica son:

Cardiovasculares.

- Hipertensión.
- Cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia cardiaca.
- Fibrilación auricular.

Metabólicas.

- Síndrome metabólico.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Obesidad.
- Dislipidemia.

Neurológicas.

- Enfermedad vascular cerebral.
- Deterioro cognitivo o demencia.

Psiquiátricas.

- Depresión.
- Ansiedad.
- Suicidio.

Otras

- Síndrome de fatiga crónica.

En la actualidad los TS son un factor de riesgo muy importante para diversas enfermedades cardiovasculares, entre ellas la hipertensión, el infarto agudo del miocardio, la insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular, etc. La explicación más aceptada para esta asociación tiene que ver con que los TS generan un estado de estrés crónico, lo cual conlleva a un aumento en la producción de hormonas de estrés como el cortisol; además de una mayor actividad del sistema simpático y un estado de inflamación crónica, todo lo cual favorece el daño al endotelio vascular, genera hipertensión y un posible desencadenante para la trombosis.

Otras enfermedades adicionales que aumentan el riesgo cardiovascular y su mortalidad son: obesidad, la diabetes y el síndrome metabólico.

En la esfera neurológica, los TS también son un factor de riesgo independiente para el desarrollo de enfermedad vascular cerebral (infarto cerebral), y además son un factor de pronóstico negativo para la recuperación funcional del mismo. Un estudio reciente sugiere que la duración prolongada de sueño incrementa aún más el riesgo de EVC que el sueño.

Finalmente los TS, se ha relacionado con el desarrollo de depresión y ansiedad; sin embargo, establecer con claridad la causalidad entre insomnio y depresión resulta complejo ya que existe una asociación bidireccional entre ellos. Normalmente el insomnio suele considerarse como secundario a la depresión, sin embargo, existe evidencia que sugiere lo contrario: el insomnio resulta un factor de riesgo (en cualquier grupo de edad), para el desarrollo de la depresión; adicionalmente, el insomnio agrava los síntomas de depresivos y modifica la respuesta al tratamiento y la tasa de recaídas de la misma forma, además de que se ha demostrado que el tratamiento del insomnio por medios no farmacológicos también mejora la respuesta al tratamiento antidepressivo.

Con la revisión bibliográfica pretendemos extraer los artículos más representativos que tratan el descanso del paciente en los hospitales, para conocer las medidas que aportan estos para mejorar el descanso.

2 Objetivos

- Conocer y aplicar las medidas principales para un mejor descanso del paciente en el hospital.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en buscadores como Google Académico, El Editorial, Elsevier, bases de datos como Scielo y diferentes fuentes bibliográficas. La búsqueda se ha realizado en idioma castellano, utilizando como palabras clave: sueño reparador, insomnio, descanso y sueño.

4 Resultados

Las medidas a tener en cuenta durante el ingreso del paciente para facilitar un mejor descanso son:

- Evitar la iluminación innecesaria en las habitaciones y en las zonas comunes de las unidades/servicios durante el tiempo de descanso.
- Reducir el ruido ambiental en las habitaciones y en las zonas comunes de las unidades/servicios durante el tiempo de descanso.
- Programar, en la medida de lo posible, las tareas para permitir el descanso de las personas hospitalizadas.
- Leer y mantenerme al día sobre los beneficios del descanso en la salud de las personas hospitalizadas.
- Preguntar y tener en cuenta las preferencias de las personas hospitalizadas respecto a su descanso.

Después de revisar 10 artículos desde el año 2006 al 2018, las medidas más importantes que aportan los hospitales en España son: evitar la iluminación innecesaria (establecido en 3 protocolos hospitalarios), reducir el ruido ambiental (publicado en 2 artículos), programar, en la medida de lo posible, las tareas a realizar (establecido en 2 protocolos). Otra medida sería leer y mantenerse al día sobre los beneficios del descanso y por último preguntar y tener en cuenta las preferencias de las personas hospitalizadas.

5 Discusión-Conclusión

Según búsqueda bibliográfica las dos medidas más utilizadas son evitar la iluminación innecesaria y reducir ruido ambiental.

En conclusión, podemos afirmar que existen unas medidas muy sencillas y fáciles de aplicar, las cuáles todo personal del ámbito de la salud debería realizar para facilitar el descanso de los pacientes ingresados en los centros hospitalarios

para mejorar su recuperación, ya que un sueño reparador es imprescindible para mejorar y mantener la salud de los individuos.

6 Bibliografía

- MCCARLEY RW. Sleep, dreams and states of consciousness. En: P. M. Conn. Neuroscience in medicine. Philadelphia, 1995: 535-554.
- STERIADE M, MCCORMICK, DA, SEJNOWSKI TJ. Thalamocortical oscillations in the sleeping and aroused brain. Science 1993; 262: 679-685.
- PURVES D, AUGUSTINE GJ, FITZPATRICK, D, KATZ, LC, LAMANTIA, AS AND MCNAMARA, J. Invitación a la neurociencia. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 2001.
- LUGARESI E, MEDORI R, MONTAGNA P, BARUZZI A, CORTELLI P, LUGARESI A, et al. Fatal familial insomnia and dysautonomia with selective degeneration of thalamic nuclei. N Engl J Med 1986; 315: 997-1003.
- ASERINSKY E, KLEITMAN N. Regularly occurring periods of eye motility, and concomitant phenomena, during sleep. Science 1953; 118: 273-274.
- MOORE RY. Neural control of the pineal gland. Behav Brain Res 1996; 73: 125-130.
- Cheng, K., Myers, K. Child and adolescent psychiatry. The essentials. Lippincott Williams & Wilkins, 2005. Pp 267-280.
- Dulcan, M., Martín, DR., Lake, M. Concise guide to Child and Adolescent Psychiatry. Third edition. American Psychiatric publishing Inc. 2003.
- Kutcher, SP. Child and adolescent psychopharmacology. W.B. Saunders Company. 1997. Pp 333-337.
- Lewis, M. Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive Textbook. 3rd edition. Williams and Wilkins, 2002.
- Martin, A., Scahill, L., Charney, DS., Leckman, J. Pediatric Psychopharmacology, 2002.
- Wiener, J., Dulcan, M. Tratado de Psiquiatría de la Infancia y la adolescencia. MASSON, 2006. Pp 733-748.

Capítulo 44

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON PARKINSON

MARTA GUILLÉN FERNÁNDEZ

MIRIAM MIRAMON PLANILLO

MARTA NAVARRO CILLERO

MARÍA ÁNGELES PÉREZ GUERRA

1 Introducción

La Enfermedad de Parkinson (EP) es la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente después de la enfermedad de Alzheimer y un problema sociosanitario de primer orden debido a su creciente prevalencia.

Tiene 4 manifestaciones clínicas principales: bradicinesia, temblor en reposo, rigidez e inestabilidad postural. Sin embargo, el proceso degenerativo, da lugar a otras manifestaciones clínicas entre las que se incluyen trastornos del olfato, del sueño, anímicos, cognitivos, digestivos o genito-urinarios, entre otros.

Al tratarse de una enfermedad crónica, la EP evoluciona hacia un proceso degenerativo que supone un deterioro en su calidad de vida y en su autonomía para realizar las actividades cotidianas. Las alteraciones motoras hacen que, con frecuencia, aparezcan síntomas como disfagia, caídas recurrentes, estreñimiento, etc.

Dada su complejidad y cronicidad, su sintomatología varía, por lo que la respuesta al tratamiento puede cambiar deteriorando la autonomía del paciente.

Por ello es muy importante el papel de la enfermería que trabaja en la correcta implementación del tratamiento y en el seguimiento de los pacientes.

2 Objetivos

- Describir las actividades que debe realizar enfermería para ayudar al paciente con enfermedad de Parkinson en su vida diaria.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la enfermedad de parkinsón. Se ha realizado una búsqueda sistemática de fuentes documentales de interés, guías, protocolos y artículos de organizaciones y sociedades científicas y profesionales.

4 Resultados

El objetivo, desde la perspectiva enfermera, irá encaminado a:

- Evitar caídas.
- Asegurar un uso correcto de los medicamentos.
- Llevar una dieta adecuada.
- Prevenir el estreñimiento.
- Detectar casos de urgencias.

Evitar caídas.

- Estimular al paciente, durante la deambulaci3n, para que balancee los brazos para compensar la marcha y que levante los pies para evitar caídas.
- Enseñar ejercicios de cabeza y cuello para fomentar una postura adecuada.
- aconsejar detenerse de vez en cuando para reducir la velocidad de la marcha.
- Estimular la realizaci3n de ejercicios articulares diariamente para mantener la flexibilidad, la fuerza y el equilibrio de la marcha.
- Utilizar zapatos de suela lisa que no resbalen.

Asegurar un uso correcto de medicamentos.

- Tomar la medicaci3n seg3n la pauta establecida y no olvidar ninguna dosis.
- Tomar la medicaci3n antes de las comidas para reducir la aparici3n de náuseas.
- No suspender de manera brusca la medicaci3n porque empeora los sntomas.

Llevar una dieta adecuada.

- Evitar preparados con vitaminas B6 ya que disminuyen la eficacia de la Levodopa.
- Ajustar la cantidad de proteínas en la dieta y tomarlas por la noche.

Prevenir el estreñimiento.

- Mantener una buena hidratación.
- Utilizar alimentos ricos en fibra.
- Beber un vaso de agua tibia o caliente, zumo de naranja, ciruelas o kiwi en ayunas.
- Realizar algún tipo de ejercicio físico, especialmente caminar.

Detectar casos de urgencias.

- Deterioro de los síntomas motores:
- Estado hipocinético: síndrome de acinesia aguda-hiperpirexia (acinesia extrema + fiebre)
- Estado hipercinético: discinesias severas
- Deterioro del estado mental:
- Psicosis dopaminérgica: delirios, alucinaciones, ilusiones o una sensación falsa de presencia.
- Síndrome confusional.
- Síndrome por retirada de agonistas dopaminérgicos (AD): Caracterizado por síntomas de gran apatía y ansiedad de difícil control.

5 Discusión-Conclusión

La Enfermedad de Parkinson carece de tratamiento curativo, por lo que las acciones e intervenciones irán dirigidas a conseguir la mejor situación funcional posible para la adecuada realización de las actividades básicas de la vida diaria, manteniendo la independencia funcional durante el mayor tiempo posible y mejorar, así, la calidad de vida del paciente.

Por tanto la enfermería, debe estar capacitada y formada para ayudar en la medida de lo posible en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes.

6 Bibliografía

- Recomendaciones de Práctica Clínica en la ENFERMEDAD DE PARKINSON, Grupo Andaluz de Trastornos del Movimiento Sociedad Andaluza de Neurología,

2017 <https://portal.guiasalud.es/>

- Fistera, Tudela (acceso 16 diciembre 2019). Disponible en: <https://www.fistera.com/>
- Gaceta Médica, Tudela (acceso 16 diciembre 2019). Disponible en: <https://www.gacetamedica.com/>
- Nutrición en la enfermedad de Parkinson, 2017 <http://www.aulamedica.es>
- CONSEJOS SOBRE ALIMENTACIÓN PARA PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON <http://www.aep-taray.org/>
- Protocolo de manejo y derivación de pacientes con enfermedad de parkinson, diciembre 2012 <http://www.amn-web.com/>
- Guía de buena práctica clínica en Geriatria ENFERMEDAD DE PARKINSON, 2009 <https://www.segg.es>

Capítulo 45

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SOBRE SÍNDROME BURN OUT EN LAS ENFERMERAS

MERCEDES GARCÍA FERNÁNDEZ

SONIA ESCUDERO RODRÍGUEZ

MONTSERRAT HERNANDEZ MORENO

1 Introducción

El síndrome de “burn out” o también conocido “síndrome del trabajador quemado”, fue descrito por Freudenberger en los años 70. Es una enfermedad laboral cuya incidencia entre la población activa va en aumento, sobre todo en los sectores de docencia o sanidad, donde el trato con el público es continuo. Este desgaste profesional genera agotamiento mental, físico y emocional que con el tiempo puede trascender a la vida personal del trabajador. Maslach y Jackson (1986) lo definieron como la presencia de altos niveles de cansancio emocional, cinismo y depersonalización, y un sentimiento de ineffectividad y reducida realización personal. Es un desajuste entre el trabajador y su lugar de trabajo. Es un problema importante en los profesionales de enfermería, pudiendo influir la unidad o servicio donde éstas trabajen.

2 Objetivos

Analizar cómo influye el síndrome burn out en el personal sanitario, en concreto en el personal de enfermería, tanto hospitalario como de atención primaria; y cuáles son los factores que pueden favorecer que se dé este síndrome.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de libros y artículos en varias bases de datos electrónicas (PubMed y Scielo), así como Elsevier y Biblioteca Cochrane, haciendo una selección de los mismos. Se seleccionan trabajos realizados desde 01 de enero de 2017 hasta la actualidad. Se realiza la búsqueda con las siguientes palabras clave: síndrome burn out, sanitario, enfermero.

4 Resultados

Entre los artículos seleccionados se encuentra un estudio de un total de 1721 enfermeras de cuidados críticos y emergencias en Andalucía. Se detectó un alto nivel de agotamiento en el 38,5% de las encuestadas. Agotamiento emocional en el 10,5% de la muestra, la despersonalización en el 16,8% y un bajo nivel de realización personal en el 63,3%. Una puntuación alta de agotamiento se asoció con factores de personalidad y depresión.

Mediante un muestreo aleatorio estratificado proporcional, se reclutó a un total de 133 enfermeras de hospitalización, concluyendo en este estudio que más de un tercio de las enfermeras de emergencias y cuidados críticos experimentan un alto nivel de agotamiento.

Los factores de personalidad y depresión se asociaron con el agotamiento en las enfermeras.

En un hospital de Tangerang se seleccionaron ocho salas de hospitalización, obteniendo entre otros resultados que la política del horario de trabajo y la carga de trabajo fueron predictores significativos de agotamiento, representando el 87.2% de la varianza.

En Guangzhou se encuestaron a 166 enfermeras de 8 hospitales en abril de 2017 aplicando el Inventario de Burnout de Maslach para investigar su agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Las enfermeras sufrieron agotamiento moderado, tanto en agotamiento emocional como en despersonalización, así como agotamiento severo en la realización personal. Comparándolas con las enfermeras de los hospitales generales, las de hospitales de enfermedades ocupacionales tuvieron puntuaciones más bajas en agotamiento emocional y despersonalización, y más altas en realización personal. Las casadas tuvieron mayor puntuación en agotamiento emocional. Las enfermeras de 6-10 años y 21-25 años de edad laboral tuvieron mayor puntuación en agotamiento emocional.

En una revisión bibliográfica de 38 artículos del año 2018, se encontró un alto nivel de agotamiento emocional en el 31% de las enfermeras, 24% de alta despersonalización y bajo logro personal en el 38%.

Los factores relacionados con el agotamiento incluyeron: experiencia profesional, factores psicológicos y estado civil. Las altas tasas de prevalencia de agotamiento emocional, la alta despersonalización y la baja realización personal estaban presentes entre las enfermeras del área médica. El perfil de riesgo podría ser: enfermera, multiempleada, con sobrecarga de trabajo y poca experiencia.

También un metaanálisis de 2017 arrojó datos sobre las enfermeras de atención primaria. La alta prevalencia de agotamiento emocional fue del 28%, la alta despersonalización del 15% y el bajo logro personal del 31%.

5 Discusión-Conclusión

El tipo de hospital, el servicio, el estado civil de la profesional, la edad laboral y el estilo de afrontamiento son muchos de los factores influyentes del agotamiento laboral. La política y la carga de trabajo del cronograma de trabajo de enfermería fueron factores fundamentales que llevaron al agotamiento de las enfermeras que trabajan en las salas de hospitalización. El agotamiento emocional y el bajo rendimiento personal son muy comunes entre las enfermeras de atención primaria, mientras que la despersonalización es menos frecuente.

Regulando la carga de trabajo, aplicando una adecuada política de trabajo e interviniendo de forma adecuada en las demandas laborales, se puede prevenir el agotamiento en todas las enfermeras estudiadas.

6 Bibliografía

- Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, R Cañadas G, San Luis-Costas C, Ortega-Campos E, de la Fuente-Solana E. Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. *Emergencias*. 2018 Oct;30(5):328-331.
- Yestiana Y, Kurniati T, Hidayat A. Predictors of burnout in nurses working in inpatient rooms at a public hospital in Indonesia. *Pan Afr Med J*. 2019 Jun 27;33:148.
- Liu HT, Zheng BN, Lu YJ, Guo JY, Lin QH. Analysis of the situation and influential factors of job burnout among 166 nurses in Guangzhou, China. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi*. 2019 Aug 20;37(8):576-580.
- Rostamabadi A, Kargar Shouroki F, Jalilian H, Choobineh A, Azmoon H, Shakerian M. The relationship between work-related psychosocial factors and burnout among Iranian nurses: Job Demand-Control-Support model. *Med Lav*. 2019 Aug 26;110(4):312-320.
- Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Cañadas-De la Fuente GA. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Dec 10;15(12).
- Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*. 2018 May 10;19(1):59.

Capítulo 46

INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA DEPRESIÓN

JESÚS BAHAMONDE GONZÁLEZ

1 Introducción

Los trastornos mentales son cada vez más frecuentes en la población general, destacando la depresión como uno de los más recurrentes, y siendo considerada como la principal causa de discapacidad en el mundo desarrollado.

Suele aparecer en personas mayores, ligándose con otras enfermedades crónicas como la diabetes o la insuficiencia cardíaca.

Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

Esta patología se acompaña de una alta morbilidad, con altos costes sanitarios y sociales, pues en muchas ocasiones acaba siendo crónica. Además, existen terapias tanto farmacológicas como no farmacológicas, siendo en ocasiones difícil contrastar cuales son las más útiles dentro de la amplia variedad.

En trabajos previos se ha estudiado la relación del ejercicio físico en múltiples patologías, indicando sus beneficios, pero sin concretar unas pautas definidas en cuanto a duración, frecuencia, intensidad y tipo de ejercicios más adecuados.

En la presente revisión sistemática se busca responder a dichas dudas, concretando para ello una búsqueda en la relación del ejercicio con la enfermedad depresiva.

2 Objetivos

- Determinar la influencia de la actividad física en la depresión.
- Indicar los ejercicios, la frecuencia, la duración y la intensidad más adecuados para dicha patología.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de interés en distintas bases de datos como Pubmed, Elsevier, y Dialnet.

Para ello se utilizaron los siguientes Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Depresión (Depression), Ejercicio (Exercise), Salud Mental (Mental Health), Efectos en la Salud (Impacts on Health).

Las fórmulas de búsqueda fueron “Depression AND Exercise”, “Mental Health AND Exercise” y “Depression AND “Exercise” AND “Impacts on Health”.

Se incluyeron aquellos artículos que contaran con algunas de las palabras claves en su título, teniendo en cuenta solo aquellos que fueran publicados a partir del año 2000.

Tras la búsqueda en las diferentes bases de datos se encontraron un total de 25 artículos, siendo útiles tras aplicar los criterios de inclusión un total de 12 artículos.

4 Resultados

Los resultados hallados en los artículos seleccionados muestran un evidente efecto beneficioso de la actividad física en prácticamente cualquier enfermedad mental, pero en concreto respecto a la enfermedad depresiva ya que produce una mejora en sus síntomas, siendo estos calibrados antes y después de su implementación.

Además, no solo se encuentra una asociación entre actividad física y mejoría clínica, sino también parece tener efectos beneficiosos en su prevención, ya que encontramos mejor estado de ánimo y mayores recursos en aquellas personas que desempeñan actividad física con regularidad.

Asimismo, determinados estudios hallan la relación entre actividad física en la infancia con la depresión, encontrando que los individuos que fueron más activos

en su infancia presentan menos episodios depresivos en la edad adulta.

Respecto a las características del tipo de ejercicio más adecuado, los resultados nos indican diferentes modalidades, aunque predominan los deportes aeróbicos, con duración media, que combinan varias disciplinas, que se realizan en grupo y de intensidad moderada.

Encontramos interesante profundizar en si los ejercicios de tipo anaeróbico o de fuerza podrían tener los mismos resultados, pues la mayoría de los artículos seleccionados se centran en ejercicios cardiovasculares o aeróbicos.

Haciendo referencia a la frecuencia no parece existir un número de horas semanales exactas, pues la sola implementación del ejercicio ya permite obtener algunos de sus beneficios.

Cabe destacar que los beneficios obtenidos mediante la realización de actividad física son parecen ser comparables a los obtenidos con terapias farmacológicas, pero evitando los efectos adversos de estas últimas.

Sin embargo, al no existir una evidencia clara, sería necesario realizar más estudios experimentales para asegurar dicha afirmación. Las recomendaciones indican que el tratamiento debe ser individualizado, siendo la combinación de ambas terapias una opción interesante.

5 Discusión-Conclusión

Para la elaboración de esta revisión se han empleado estudios observacionales y de intervención, buscando la asociación entre actividad física y enfermedad depresiva. Los resultados obtenidos indican una relación inversa entre ambas, siendo el ejercicio un factor protector contra su desarrollo.

Todos los artículos incluidos tienen en común que la practica deportiva llevada a cabo en los estudios no se caracterizaba por una intensidad, frecuencia o duración elevada, lo que parece indicar que la implementación de actividad, aunque sea de manera reducida, ya puede mejorar el cuadro clínico de la depresión.

Sin embargo, hay que mencionar que tanto la intensidad media-moderada, como el aumento de la frecuencia van asociados a mejores resultados.

El papel de la actividad física cobra un papel importante en el tratamiento de múltiples enfermedades crónicas, tales como diabetes o sobrepeso, pero no adquiere la trascendencia suficiente en su empleo como terapia en enfermedades mentales.

Los resultados obtenidos sugieren la necesidad de potenciar esta práctica en la población general, ya que su incorporación repercute de manera directa en la mejora de su calidad de vida, tanto si padecen enfermedades mentales como no, pues recordamos su papel protector.

6 Bibliografía

- OMS | Depresión. WHO [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2019 Dec 17]; Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Patiño Villada FA, Arango Vélez EF, Baena LZ. Ejercicio físico y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. Elsevier; 2013 Jun 1 [cited 2019 Dec 19];42(2):198–211. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/>
- Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *J Psychiatr Res* [Internet]. 2016 Jun [cited 2019 Dec 19];77:42–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26978184>
- Archer T, Josefsson T, Lindwall M. Effects of Physical Exercise on Depressive Symptoms and Biomarkers in Depression. *CNS Neurol Disord - Drug Targets* [Internet]. 2015 Jan 22 [cited 2019 Dec 19];13(10):1640–53. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil* [Internet]. 2015 Jul 31 [cited 2019 Dec 19];37(16):1490–5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25342564>
- Ströhle A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *J Neural Transm* [Internet]. 2009 Jun 23 [cited 2019 Dec 19];116(6):777–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18726137>
- Kvam S, Kleppe CL, Nordhus IH, Hovland A. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Sep 15 [cited 2019 Dec 19];202:67–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27253219>
- Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: A review of the exercise program variables. *J Sci Med Sport* [Internet]. 2014 Mar [cited 2019 Dec

19];17(2):177–82. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23602562>

- Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the Treatment of Depression and Anxiety. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2011 Jan 31 [cited 2019 Dec 19];41(1):15–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21495519>
- Wegner M, Helmich I, Machado S, Nardi A, Arias-Carrion O, Budde H. Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta-Analyses and Neurobiological Mechanisms. *CNS Neurol Disord - Drug Targets* [Internet]. 2014 Jun 12 [cited 2019 Dec 19];13(6):1002–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- RedIRIS. S, Universidad Autónoma de Madrid. Revista internacional de medicina y ciencias de la actividad física y del deporte. [Internet]. Vol. 14, Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte, ISSN-e 1577-0354, Vol. 14, No. 54, 2014, 16 págs. CV Ciencias del Deporte (RedIRIS); 2014 [cited 2019 Dec 17]. 11-16 p. Available from: <https://dialnet.unirioja.es>
- Balchin R, Linde J, Blackhurst D, Rauch HL, Schönbacher G. Sweating away depression? The impact of intensive exercise on depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 Aug [cited 2019 Dec 19];200:218–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Capítulo 47

LOS CUIDADOS PALIATIVOS DE FAMILIARES EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

PATRICIA SÁNCHEZ PASCUAL

1 Introducción

Una parte esencial dentro de la medicina paliativa la representa la familia. Contribuyendo a los cuidados del enfermo y asumiendo en ocasiones roles técnicos que requieren la debida atención e instrucción necesarias por parte del equipo de cuidados para no influir negativamente en la evolución del paciente, ya que en la mayor parte de los casos, no poseen el nivel de conocimientos necesarios para brindar los cuidados paliativos que pueda requerir el enfermo en las diferentes fases evolutivas de su enfermedad.

El cáncer es una de las enfermedades que desde su inicio provoca frecuentemente muchos síntomas y estos se hacen cada vez más cambiantes y complejos según avanza la enfermedad. Muchos autores afirman que el enfermo con cáncer, sobre todo, en fases avanzada y terminal, es un enfermo plurisintomático y multicausal.

El paciente oncológico en estadio terminal presenta gran variedad de síntomas que se van haciendo más complejos y cambiantes con el avance de la enfermedad, por lo que se hace muy difícil controlarlos. Esto, unido a la casuística socio-económica del entorno familiar, marcará en gran medida las pautas a seguir por el equipo de paliativos.

El dolor es uno de los síntomas más frecuentes en el paciente oncológico y uno de los que más sufrimientos causa según diversos estudios epidemiológicos, sólo la mitad de los pacientes terminales con dolor, reciben el tratamiento adecuado, lo que ocasiona que el 25-30 % de ellos mueren con dolor, dado fundamentalmente por desconocimiento por parte de familiares y profesionales del manejo de los analgésicos.

El silencio que se produce alrededor del paciente para evitar entristecer o preocupar al paciente, constituye un aislamiento y una pérdida de contacto con la realidad independiente de la enfermedad. El estadio final de la enfermedad es la etapa en que la familia necesita más apoyo, ya que pasan por las mismas etapas que el paciente pero de forma diferente, tratando de negar aún una muerte inminente.

2 Objetivos

- Asegurar la correcta adquisición de suficientes conocimientos técnicos como para que los familiares cuidadores puedan asumir las funciones básicas sin riesgo para el enfermo, y conocer las necesidades formativas de los cuidadores.
- Minimizar el impacto psicológico de la enfermedad en los familiares.
- Dotar de capacidad técnica y de respuesta para garantizar la confortabilidad y la dignidad del enfermo en su fase terminal.

3 Metodología

La metodología a seguir en este estudio observacional descriptivo constituirá una simbiosis entre el equipo de cuidados paliativos y los familiares identificados como cuidadores. Para ello se llevarán a cabo entrevistas o cuestionarios con el fin de acotar qué necesidades formativas podrían requerir estas personas durante durante 6 meses (de junio a diciembre de 2019), posteriormente se analizarán los datos obtenidos. A la vez, durante la asistencia al paciente del equipo de cuidados paliativos, se imparten conocimientos básicos acerca de los cuidados del paciente. El objetivo de este feedback es construir un entorno de intercambio de conocimientos donde el equipo de cuidados paliativos pueda apoyarse para enfocarse en aquellas tareas que sólo puedan ser realizadas por personal médico, constituyendo la familia, además de un soporte emocional, una ayuda técnica adecuada para el equipo de paliativos. Se deben descubrir las necesidades formativas y carencias técnicas de los familiares que ostentarán el papel de cuidadores

mediante los cuestionarios.

La formación básica que se imparte durante la asistencia se acotará a las necesidades en los siguientes campos:

- Físicas del paciente.
- Psicológicas: que carga psicológica puede llevar el familiar y cómo puede ayudar al paciente a aceptar su situación.

Tras la evaluación de las necesidades y de los cuestionarios realizados por las familias de los enfermos o sus cuidadores, se deberían obtener varias conclusiones relativas a los siguientes puntos por las variables que se estudian:

- Exponer el nivel de conocimientos de la familia sobre los cuidados físicos que se le brindan al paciente oncológico en estadio terminal.
- Visibilizar el nivel de conocimientos sobre cuidados psíquicos.
- El nivel de satisfacción por la atención que les brinda el equipo de salud a familiares, cuidadores y pacientes en fase terminal
- Conocer las necesidades formativas en los cuidados paliativos que solicitan o desean tener los familiares y/o cuidadores para dar una mejor atención domiciliaria.

4 Bibliografía

- Redondo Rodón BF, Chacón Roger M, Grau Abalo JA, Nicot Verdecia L. Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase Terminal. Rev Cubana Oncol. 14(2);1998:83-6.
- Escalona Reguera M. Equipo multidisciplinario de atención a pacientes oncológicos en la Atención Primaria de Salud. Rev Cubana Oncol. 2000;16(3):158-62.
- González-Longoria Boada L. Morbilidad por cáncer en Dominica (1995-1998). Rev Cubana Oncol. 2001;17(1):26-9.
- Pire Stuart,T, Grau Ávalo J, Llantá Abreu MC. La Información médica al paciente oncológico. Rev Cubana Oncol. 2001;17(2):105-10.

Capítulo 48

PREVENCIÓN EN EDUCACIÓN SEXUAL

PATRICIA SÁNCHEZ PASCUAL

1 Introducción

La prevención en educación sexual trata de evitar los riesgos asociados a la actividad sexual. La educación sexual aparece como necesidad social para evitar los riesgos que conlleva la actividad sexual, dando lugar a un modelo defensivo de intervención preventiva en el que enmarcar los diferentes frentes a resolver y los principales intervinientes.

2 Objetivos

Conocer los principales objetivos de la educación sexual.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: sexual, prevención, educación, salud. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los principales objetivos de la educación sexual son principalmente preventivos, como:

- Evitar problemas de salud.
- Evitar embarazos no deseados.
- Evitar SIDA.
- Evitar ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual).
- Evitar costos económicos a los sistemas de salud.
- Proporcionar información y acceso a métodos de prevención.
- Facilitar la información sexual verídica a todos los grupos de población que así lo requieran.

Las campañas publicitarias son la forma más específica de intervención en cuanto a prevención, ya que pueden ir orientadas a toda la población o a grupos de riesgo en particular. La creación de asociaciones, centros y teléfonos específicos para ofrecer orientación y ayuda dan amplia cobertura a este tipo de eventualidades.

El mayor peso recae sobre los servicios de salud y sobre los servicios sociales, ya que sobre ellos impactan las primeras consultas cuando existe un problema o un requerimiento de información por parte de la población. La sexualidad puede ser fuente de graves conflictos, desequilibrios emocionales.. etc. Por ello, los adultos deben crear un ambiente de diálogo y comprensión donde los adolescentes puedan exponer sus necesidades y dudas, alejándose de actitudes paternalistas o represivas que bloquean esta comunicación.

5 Discusión-Conclusión

Los padres y educadores debieran instar a los centros de enseñanza a que integren actividades de educación sexual en las que ellos puedan colaborar con el personal docente. La educación sexual puede ser impartida por profesores formados, especialistas, profesionales sanitarios y sociales, pero debe de ser una formación que tengan los adolescentes, pues en la actualidad hay un auge en ETS, y esto tiene un gran impacto en la sociedad.

6 Bibliografía

- López, F Y COL. La vida sexual del adolescente. 1999.
- Castillo, JL Y COL. Sexualidad humana, Junta de Andalucía.

- García JL. Guía práctica de información sexual para el educador. 1984.
- Plan de atención a los problemas de salud de los jóvenes de Andalucía. Junta de Andalucía. Año 2000.
- García, JL. La educación sexual en el marco de la educación para la salud. Año 1987.

Capítulo 49

PATOLOGÍA Y PSICOTERAPIA ASOCIADA AL CONSUMO DE ALCOHOL

DOLORES CHICO DE GUZMAN PEREZ

LUCIA RODRÍGUEZ CHICO DE GUZMÁN

1 Introducción

El alcohol es una sustancia que afecta ampliamente a todo el organismo. Esta afectación física no es exclusiva de estados de alcoholismo, es decir, su consecuencia es de un consumo de alcohol (especialmente cuando existe cronicidad e intensidad en la ingesta) . Pero no necesariamente existe una condición de alcoholismo del individuo. Entre los trastornos físicos que puede producir un consumo crónico del alcohol están:

- Trastornos Cardiovasculares.
- Trastornos digestivos.
- Trastornos hematológicos.
- Trastornos osteomusculares.
- Trastornos metabólicos.
- Trastornos endocrinos.
- Infecciones-

Para ayudar al paciente consumidor habitual de alcohol a abandonar este hábito existen terapias, entre ellas la psicoterapia que consta de dos fases dentro del proceso terapéutico:

- La desintoxicación
- La deshabituación.

2 Objetivos

Proporcionar un enfoque actual de las aproximaciones terapéuticas existentes para el problema del alcoholismo.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: alcohol, terapia, fármaco, tratamiento, alcoholismo. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

En la actualidad, el enfoque terapéutico se basa en proporcionar en la primera fase los fármacos oportunos y en la segunda, una ayuda psicoterapéutica , para ayudar al paciente a organizar su vida al margen del alcohol.

La utilización de fármacos "anticraving" junto con los ya clásicos interdictores (los que impiden la metabolización del alcohol), y un adecuado abordaje psicosocial resultan claves a la hora de consolidar la conducta de no consumo de alcohol. Se constata que cuando se proporciona durante el síndrome de abstinencia los fármacos adecuados, como la benzodiacepinas, trebamato y tiaprida entre otras. y una labor psicoterapéutica con sujetos alcoholdependientes, hay pacientes que abandonan el consumo del alcohol de sus vidas, para siempre.

5 Discusión-Conclusión

El abordaje más efectivo, del alcoholismo, en el momento actual, consiste en la combinación de terapias farmacológicas , y psicosociales, tanto de desintoxicación como en la deshabituación y rehabilitación . La aparición de nuevos medicamentos "anticraving" ha generado un ambiente terapéutico cargado de gran ilusión y expectación.

6 Bibliografía

Kaplan. H Sadock, B. Compendio de psiquiatria. 2ª Edición, Barcelona. Masson - Salvat. 1.991.

Heinemann E. Alcoholismo. Desarrollo consecuencia y tratamientos. 3ª Edición Interamericana. McGraw-Hill, 1.989.

Cuevas, J. Sanchís, M, Tratado de alcoholología. 2.000.

Capítulo 50

ENFERMERÍA, LA LEPROA

JOSE LUIS LLERA SUARDIAZ

1 Introducción

La lepra es una enfermedad infecciosa con probable susceptibilidad genética y de larga evolución, que se transmite por el contacto directo y prolongado con pacientes de las formas abiertas (bacilíferos) y afecta a múltiples órganos causando secuelas en ocasiones irreversibles. La actualización de la Guía de atención de la lepra constituye un conjunto de recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar información acerca del diagnóstico y tratamiento del paciente con lepra. Los revisores declaran no tener conflicto de intereses frente a las recomendaciones generadas. Estas recomendaciones son acciones terapéuticas y diagnósticas que, se sabe y se cree, que ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes. Se sugiere revisar esta Guía de forma periódica, los avances terapéuticos puedan modificar las recomendaciones presentes y entonces tener una vigencia temporal de tres a cinco años.

2 Objetivos

Conocer la lepra como enfermedad, así como el proceso de atención de enfermería para la asistencia de los pacientes que padecen esta enfermedad.

3 Metodología

Con el fin de obtener la información necesaria para realizar esta Guía se efectuó una revisión sistemática de la literatura disponible.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda, tanto en español como en inglés fueron: lepra, diagnóstico, RCP (reacción en cadena de la polimerasa), portadores asintomáticos, convivientes, contactos, tratamiento, lepra neural pura, biopsia neural y lepro-reacciones. Se tomaron en consideración revisiones recientes de la literatura en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la lepra, así como estudios de observación de cohorte prospectivos y retrospectivos, algunos estudios transversales y series de casos. El seguimiento de los pacientes en los estudios de cohorte fue entre cinco y diez años.

4 Resultados

La lepra constituye una enfermedad de interés en salud pública; a pesar que la incidencia de la enfermedad ha disminuido, es necesario contar con herramientas para el apropiado diagnóstico y tratamiento de esta patología. La finalidad de este capítulo es el de ofrecer recomendaciones de asistencia sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente con lepra para facilitar su atención adecuada previniendo o tratando la discapacidad secundaria a esta enfermedad. También queremos mostrar una comparativa de la lepra en países desarrollados viendo las diferencias con los países en vías de desarrollo.

Epidemiología:

La lepra afecta a personas en todo el mundo. Hacia finales del año 2003 se registraron 620.672 casos nuevos y 534.311 pacientes se encontraban en tratamiento. En 1985 cerca de 122 países eran considerados endémicos y hacia el año 2003, unos 12 países presentaron altos niveles de endemidad con más de un caso por 10.000 habitantes, siendo Brasil y la India los más afectados.

En Colombia, fueron registrados 1.535 pacientes en tratamiento y 518 casos nuevos en el año 2003; los departamentos afectados, en orden decreciente, son: Valle, Norte de Santander, Santander, Cesar, Huila, Magdalena, Bolívar y la ciudad de Bogotá. Durante el año 2004, se notificaron 470 casos nuevos de lepra, siendo el departamento del Valle el de mayor incidencia. En Colombia, y en el resto del mundo, se ha registrado un descenso en el problema debido al tratamiento con la poliquimioterapia multibacilar, el abordaje horizontal, abandonando el esquema vertical de tratamiento en centros especializados. Desde un punto de vista epidemiológico, llama la atención que el descenso mundial de la prevalencia de la lepra no se ha acompañado de un descenso en su incidencia, es decir, que no se haya podido prevenir la transmisión, a pesar de que se haya adoptado la poliquimioterapia en programas con un seguimiento muy estricto.

En Colombia el fenómeno epidemiológico se ve reflejado en el estancamiento de la incidencia a pesar del descenso en la prevalencia.

Etiología:

El agente infeccioso es *Mycobacterium Leprae* o bacilo de Hansen que tiene un diámetro de 0,3 a 0,5 micras, longitud de 4 a 5 micras, está curvado ligeramente en uno de los extremos y conforma aglomerados (globis), lo cual le permite resistir los embates del sistema inmunológico. El bacilo presenta coloración Ziehl Neelsen positiva y tiene un tiempo de duplicación de entre 12 y 14 días; en razón del largo período de incubación es difícil el cultivo empleando métodos convencionales.

La enfermedad es exclusiva del ser humano y se transmite en convivencia prolongada de persona a persona a través de las vías aéreas o por abrasiones cutáneas, siendo el primer mecanismo el más importante. El período de incubación es de tres a cinco años, pero puede llegar a diez años. En los pacientes, el bacilo se encuentra en las lágrimas, la orina, las heces, sin tener algún papel en la transmisión. Aunque el bacilo es hallado en la leche de las madres afectadas, no implica la prohibición de la lactación debido a que los factores inmunológicos de la leche, protegen contra la enfermedad.

Fisiopatología:

El bacilo es transmitido y penetra a través de las vías aéreas superiores o heridas cutáneas y es atacado y destruido por los polimorfonucleares neutrófilos; si logra evadir este mecanismo defensivo, el bacilo es fagocitado por los macrófagos o células de Langerhans, atravesando las paredes de los endotelios, llegando a los vasos y ganglios linfáticos donde los macrófagos presentan los antígenos a los linfocitos T CD4+ o T CD8+, determinando la forma de enfermedad leprótica. Este complejo bacilo-macrófago se aloja en la piel y mucosa donde las bajas temperaturas y la tolerancia inmunológica habilitan el desarrollo de la enfermedad. En la piel, el complejo bacilo-macrófago se localiza en la unión dermoepidérmica, folículo piloso, glándula sebácea, músculo piloerector, glándulas sudoríparas, alrededor de los vasos sanguíneos y nervios. De acuerdo con el mecanismo inmunogenético, el huésped finalmente determinará la forma de la enfermedad, ya sea hiperérgica o anérgica.

- La forma hiperérgica (T CD4+) es de alta reactividad inmune lo cual lleva a la destrucción de los anexos cutáneos, compresión de los vasos sanguíneos sin vasculitis y destrucción de los filetes nerviosos.
- La forma anérgica de la enfermedad está determinada por células T CD8+ y

se caracteriza por la tolerancia inmunológica. Los bacilos se desarrollan libremente dentro de los macrófagos produciendo cambios lipídicos intracelulares denominados “células espumosas de Virchow”, determinando granulomas de células espumosas que contienen bacilos sin la característica destructiva de la forma hiperérgica.

Clasificación:

Basado en características inmunológicas, bacteriológicas, histológicas y clínicas, la lepra se clasifica en: indeterminada (I), tuberculoide (T) (hiperérgica), borderline-tuberculoide (BT), borderline-bordeline (BB), bordeline-lepromatosa (BL) y lepromatosa (L) (anérgica). Con el fin de simplificar el tratamiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS), de acuerdo con criterios bacteriológicos, clasifica a los pacientes en paucibacilares y multibacilares, si se detectan o no bacilos a la baciloscopia o la biopsia de piel.

Reacciones lepróticas:

La lepra no es una enfermedad estable. Durante el curso crónico de la enfermedad es frecuente observar agudizaciones de las lesiones establecidas o generación de otras nuevas, empeorando con rapidez la salud del paciente, con serias repercusiones en la calidad de vida. Las reacciones lepróticas se presentan con frecuencia durante el tratamiento poliquimioterapéutico específico o posterior a su finalización. También pueden ser provocadas por enfermedades febriles como la influenza, varicela, sarampión, etcétera. Desde un punto de vista fisiopatogénico representan una activación inmunológica contra los antígenos bacilares. Las reacciones lepróticas predominan en las formas interpolares BT, BB y BL reflejando su naturaleza inestable. Se clasifican en tipos I y II.

-Reacción tipo I

Es un evento inmune celular frecuente en las formas BT, BB e infrecuente en T y BL. Clínicamente se evidencia por la exacerbación de las lesiones establecidas o generación de nuevas, acompañadas de neuritis. Se subclasifican en up grading (mejoría) o down grading (empeoramiento.) La primera representa mejoría inmunológica con empeoramiento clínico. La segunda empeoramiento inmunológico con mejoría clínica. La diferenciación clínica de estas dos reacciones es difícil y poco útil.

-Reacción tipo II

Representa una reacción humoral, con formación de complejos antígeno anticuerpos; se caracteriza por: fiebre, malestar general, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, neuritis, orquiepididimitis, nefritis, linfadenopatías, hepatomegalia, empeoramiento de las lesiones establecidas acompañadas de nódulos inflama-

torios difusos, denominados eritema nudoso. La reacción tipo II se presenta en pacientes con las formas BL, BB y L.

Los efectos posteriores del eritema nudoso leprótico son la insuficiencia renal crónica secundaria a amiloidosis renal y las úlceras crónicas de miembros inferiores como consecuencia de la lipodermatoesclerosis.

El fenómeno de Lucio es una vasculitis necrotizante representada clínicamente por isquemia cutánea reticulada y ulceraciones. Se presenta en pacientes con las formas BB, BL y L.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la lepra deberá soportarse con los criterios clínicos, baciloscópicos e histopatológicos; en situaciones de difícil diagnóstico se recomienda el análisis de los tejidos empleando pruebas de biología molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (RCP). La conclusión diagnóstica de la lepra es el producto de la correlación clínico-paraclínico.

-Clínico:

Se basa en la historia clínica, focalizando la atención en el examen de las lesiones dermatológicas, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, osteoarticulares y neurales. La sensibilidad de las lesiones cutáneas debe ser examinada en forma ordenada, comparándola con la piel no afectada. Primero: sensibilidad térmica al frío y al calor, empleando un tubo de ensayo de agua caliente a 50°C y otro con agua fría; segundo: dolor, pinchando cuidadosamente las lesiones del paciente; y, tercero: probar la sensibilidad al tacto superficial frotando suavemente la piel con un algodón o pincel. El nervio ciático poplíteo externo se palpa por encima de la cabeza del peroné y el nervio tibial posterior se palpa por debajo del maléolo interno. La inspección de las superficies cutáneas denervadas puede presentar alteraciones como ampollas, heridas inexplicables, callosidades, atrofas y contracturas.

-Bacteriológico:

Si el examen clínico es sospechoso del diagnóstico de lepra, se debe proceder a la toma de la baciloscopia de la linfa con el fin de clasificar el caso como multibacilar, si el resultado del examen es positivo (índice bacilar > 0), o paucibacilar, si el resultado es negativo (índice bacilar = 0). Una baciloscopia negativa no descarta el diagnóstico de lepra, en este caso se debe realizar una biopsia de piel. Se deberán tomar dos muestras para la baciloscopia de clasificación, así: una muestra de un lóbulo auricular y otra muestra de una lesión activa, excepto en la cara. En caso de no existir lesiones activas, se debe tomar la segunda muestra del otro lóbulo auricular.

Tratamiento

Definido el diagnóstico de la lepra, deben determinarse dos situaciones: el tratamiento del paciente (caso índice) y el estudio de los convivientes, en la búsqueda de otros pacientes (casos). Desde el punto de vista terapéutico la lepra se clasifica en paucibacilar y multibacilar.

A) Paucibacilar

Se define en pacientes sin bacilos demostrados desde un punto de vista histopatológico. Se trata con dapsona 100 mg diarios durante seis meses, autoadministrados, y rifampicina 600 mg en una sola dosis mensual supervisada durante seis meses. En pacientes pediátricos se recomienda dapsona 50 mg diarios o 1 mg por kg de peso, durante seis meses, y rifampicina 450 mg o 12-15, mg/kg dosis única mensual durante seis meses (nivel de evidencia III, grado de recomendación). En pacientes con una sola lesión PB, puede utilizarse una dosis única de terapia ROM (rifampicina 600 mg, ofloxacina 400 mg y minociclina 100 mg); sin embargo, por la falta de estudios de seguimiento a largo plazo, no puede recomendarse como primera línea de tratamiento.

B) Multibacilar

Se define por el hallazgo de bacilos en la baciloscopia o en la histopatología. Se tratan con dapsona 100 mg diarios durante un año y clofacimina 50 mg diarios durante un año autoadministrado. Además, rifampicina 600 mg y una dosis de refuerzo de clofacimina de 300 mg, una vez al mes durante un año. En pacientes pediátricos se administran 50 mg/diarios o 1 mg/kg de dapsona, clofacimina 50 mg interdiarios o 0,5 mg/kg/día. Rifampicina 450 mg una vez al mes asociados con 150 mg de clofacimina. El esquema se debe administrar por un año, al igual que en pacientes adultos.

C) Reacciones lepróticas

El tratamiento debe ser instaurado con rapidez para evitar extensas lesiones y devastadoras incapacidades. El tratamiento específico antileprótico con la poliquimioterapia no debe ser suspendido, explicando a los pacientes y familiares que no es la causa de estas reacciones.

- La reacción tipo I debe ser tratada con corticosteroides, entre ellos la prednisona, en dosis de 1 mg/kg/día, disminuyendo la dosis según la respuesta clínica. Concomitantemente, se debe inmovilizar la extremidad comprometida y recibir rehabilitación temprana.

- En la reacción tipo II, como primera elección se debe administrar talidomida en dosis de 400 mg diarios, disminuyendo la dosis según la respuesta clínica. Algunos pacientes deben ser mantenidos por un largo período con dosis que oscilan alrededor de 100 mg diarios

Debe evitarse el embarazo con anticoncepción segura y ante la presencia de éste se debe emplear corticosteroides y clofacimina. El fenómeno de Lucio debe tratarse con corticosteroides y las medidas de soporte requeridas.

Tratamiento de la reacción tipo II severa

El grupo asesor técnico del programa de eliminación de la lepra de la Organización Mundial de la Salud, definió y recomendó el tratamiento de la reacción tipo II severa el cual está caracterizado por eritema nudoso persistente, fiebre, compromiso neurológico, compromiso sistémico (linfadenopatías orquiepididimitis, afección ocular, etcétera.). El paciente debe ser tratado sin suspender la poliquimioterapia multibacilar y sin reiniciarla en pacientes que la hayan completado, consiste en: prednisona 1 mg/kg /día durante doce semanas y, en casos resistentes o con riesgo de efectos sistémicos, asociar clofacimina 100 mg cada ocho horas por doce semanas con disminución gradual; 100 mg/día cada doce horas por doce semanas, 100 mg/día por 12-24 semanas. De igual modo, no recomiendan el empleo de talidomida por el riesgo teratogénico en mujeres. El grupo pone en consideración la utilización de pentoxifilina.

Tratamiento de la lepra neural pura

El esquema terapéutico deberá ser instaurado dependiendo de los hallazgos histopatológicos de la biopsia del nervio comprometido y correlacionados con los criterios clínicos y epidemiológicos. El rendimiento diagnóstico de la biopsia del nervio periférico es superior a la biopsia de la piel en la detección de los bacilos, la carga bacilífera es mayor en el nervio periférico que en el cutáneo; por ello, recomendamos que los pacientes con diagnóstico de lepra neural pura producto de la biopsia de la piel sean tratados siguiendo el esquema de poliquimioterapia multibacilar. El tratamiento de los pacientes diagnosticados con base en la biopsia de nervio deberán ser tratados según la presencia o no de bacilos. La evaluación debe incluir una historia clínica completa con énfasis en los siguientes órganos y sistemas:

- Órgano de la visión.
- Oídos, nariz y garganta.
- Sistema osteoarticular.
- Sistema nervioso periférico.
- Sistema reproductor masculino.
- Sistema urinario.
- Detección de signos y síntomas sugestivos de:
 - Reacciones lepróticas.
 - Recidiva.

- Detección temprana de cáncer.

En el caso particular de los convivientes, deberán permanecer en control clínico por parte del médico cada seis meses durante diez años, esto debido al largo período de incubación de la enfermedad.

Estudio de convivientes

Se define como conviviente: aquella persona que reside intradomiciliariamente con el caso índice (paciente con enfermedad de Hansen) por un período igual o superior a seis meses; debe incluirse niños, así no cumplan esta consideración. Definido el diagnóstico de enfermedad de Hansen, se debe efectuar el estudio de convivientes, realizando la historia clínica; aquellos convivientes con sospecha de enfermedad de Hansen deben ser sometidos a los métodos de diagnóstico clínico y paraclínico anteriormente mencionados y una vez confirmado el diagnóstico recibirán tratamiento. Los convivientes que no presentan sospecha clínica de lepra, deberán tener una evaluación clínica semestral por un período de diez años.

Abandono del tratamiento

Un paciente se considera en abandono del tratamiento cuando no ha concurrido a tomar los medicamentos durante un período sumatorio de seis meses en el paciente multibacilar; y tres meses sin toma de medicamentos para el paciente paucibacilar; en este momento puede ser egresado del programa como perdido, siempre y cuando se le hayan realizado al menos dos actividades reales de búsqueda sin éxito. Si un paciente perdido regresa y tiene signos de enfermedad activa, tales como nuevas lesiones en piel, nuevas afectaciones de los nervios o nódulos nuevos, se le debe tomar baciloscopia y biopsia para corroborar la clasificación de la enfermedad previa, suministrar medicamentos de acuerdo con la clasificación previa al abandono

Alta por finalización del tratamiento

En el paciente paucibacilar se dará de alta del programa una vez haya terminado su tratamiento y completado el seguimiento de cinco años postratamiento, sin evidencia clínica y bacteriológica de recaída. Para el paciente multibacilar se dan las mismas recomendaciones a diez años postratamiento.

Propuesta de Proceso de Atención de Enfermería para la asistencia a pacientes con lepra

A) Los objetivos de esta propuesta son:

- Capacitar al personal de Enfermería en la correcta realización del Proceso Atención de Enfermería en el paciente con Lepra.

- Habilitar al personal de Enfermería de un sistema de acciones metodológicas para contribuir a la efectividad Proceso Atención de Enfermería en el paciente con Lepra.

B) Etapas del Proceso Atención de Enfermería

1. Etapa de Valoración.

- Indagar sobre los antecedentes de la Enfermedad. (Mediante la Entrevista).
- Valorar las Necesidades afectadas del paciente en dependencia de su estado físico, psíquico y social.
- Indagar sobre contactos con otras personas aparentemente sanas.
- Indagar sobre últimos lugares de residencia.
- Indagar sobre antecedentes patológicos que limiten el uso de los medicamentos, especialmente enfermedad hepática.
- Interrogar sobre el consumo concurrente de otros medicamentos.
- Realizar Examen físico Céfal- Caudal.

2. Etapa de Intervención.

- Diagnósticos de Enfermería reales y potenciales relacionados con la afección
- Establecimiento de prioridades para los problemas diagnosticados.
- Establecer las actuaciones de Enfermería y su ejecución.

3. Etapa de Evaluación.

- Evaluar el progreso del Paciente
- Establecer medidas correctoras si fuese necesario
- Evaluar y revisar el plan de cuidados
- Evaluar la respuesta de paciente.
- Iniciar un nuevo proceso si fuera necesario.

C)Propuesta de diagnósticos específicos para el paciente con lepra

- Deterioro de la Integridad cutánea relacionado con los efectos de la Enfermedad.
- Dolor relacionado con el proceso inflamatorio.
- Ansiedad relacionada con las crisis circunstanciales impuestas por la enfermedad.
- Déficit de conocimientos relacionado con los métodos para reducir la inflamación.
- Deterioro de la imagen corporal relacionado con los cambios en la piel: Erupciones, Lesiones, Ulceras, edemas, Nódulos etc.
- Trastorno de la adaptación relacionada con el deterioro de la imagen corporal.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico relacionado con las crisis circunstanciales impuestas por la enfermedad.
- Deterioro de la movilidad Física relacionado con el proceso inflamatorio.

- Trastorno de los procesos del pensamiento relacionado con las crisis circunstanciales impuestas por la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La lepra es una enfermedad infecciosa con probable susceptibilidad genética y de larga evolución, que se transmite por el contacto directo y prolongado con pacientes de las formas abiertas y afecta múltiples órganos. La relación médico-paciente en enfermos de Lepra requiere un humanismo vivo. Desde el punto de vista psicosocial, hay que vencer los tabúes y la discriminación que desata el padecer de Lepra en la comunidad.

6 Bibliografía

- WHO. Expert Committee on Leprosy, 7th Report, a. 1998: 1-43.
- Faizal M. La lepra. Universidad Nacional de Colombia. Servicio de biblioteca virtual. www.unal.edu.co
- Guerrero M, Arias MT, Garcés MT, León CI. Desarrollo y aplicación de una prueba de RCP para detectar la infección subclínica por *Mycobacterium leprae*. Rev Panam Salud Pública; 11(4); 2002: 228-233.
- World Health Organization. Chemotherapy of leprosy. Disponible en: <http://www.who.int/lep/reports/trs847.Pdf>. Acceso el 5 de julio de 2004.
- SIVIGILA. Boletín epidemiológico. 2004.
- Hastings RC, editor. Leprosy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
- Thalhari S, Garrido NR. Hanseníase. Instituto superior de estudos da Amazônia 1989.
- Jacobson RR, Krahenbuhl JL. Leprosy. Lancet 1999; 353: 655-60.
- Ottenhoff THM. Immunology of leprosy: lesson from and for leprosy [editorial]. Int J Lepr 1994; 62: 108-21.
- Meyer CG, May J Stark K. Human leukocyte antigens in tuberculosis and leprosy. Trends Microbiol 1998; 6: 148-53.
- Ridley D. Pathogenesis of leprosy and related diseases. Butterworth & co 1998.
- Freedman VH, Weinstein DE, Kaplan G. How *Mycobacterium leprae* infects peripheral nerves. Lepr Rev 1999; 70: 136-9.

Capítulo 51

PAPEL ENFERMERO ANTE EL VIRUS DENGUE

HENAR VALLINA CRESPO

1 Introducción

El Dengue es una enfermedad ocasionada por el virus del Dengue perteneciente al género Flavivirus. Existen tres formas clínicas en las que este se puede manifestar:

- Fiebre del Dengue: La más frecuente y menos grave. Comienza repentinamente, con fiebre alta que dura entre 3 y 5 días, acompañada de una cefalea, mialgias intensas, artralgias, dolor retroorbitario y erupción maculopapular cuando empieza la defervescencia. Puede asociar fenómenos hemorrágicos de poca intensidad (petequias, epistaxis, gingivorragia). La recuperación puede venir acompañada de fatiga y depresión que duren meses.
- Síndrome del choque del Dengue: Es una complicación de las formas anteriores, suponiendo la forma más grave de Dengue hemorrágico. Asocia las manifestaciones de anteriores con un cuadro de shock con hipotensión intensa. Sin un tratamiento adecuado presenta una letalidad superior al 20%.
- Fiebre hemorrágica. Comienza con fiebre y malestar intenso, seguida de trombocitopenia y aumento de permeabilidad vascular, con las consecuentes manifestaciones hemorrágicas a diversas escalas.

El diagnóstico puede realizarse basándose en la clínica y la epidemiología, se puede confirmar mediante técnicas de laboratorio, por ejemplo aislando el virus

en suero y tejido, mostrando el aumento en anticuerpos específicos o también empleando inmunofluorescencia o PCR.

La transmisión se produce por la picadura de mosquito hembra de género *Aedes*, normalmente *A.aegypti* pero también hay otras especies de mosquito implicadas. Todas ellas se caracterizan por ser mosquitos hematófagos diurnos en los que son infectantes durante todo su ciclo vital hasta su muerte.

2 Objetivos

- Analizar la situación epidemiológica del virus del Dengue tanto a nivel mundial como europeo en la última década.
- Identificar las causas, síntomas y tratamientos del Dengue, Diferenciando entre el Dengue clásico y el Dengue hemorrágico y analizando sus particularidades y diferencias de tratamiento.

3 Metodología

Empleado una metodología basada en la revisión bibliográfica de bases de datos como Pumbed y Scielo. Así como la revisión de publicaciones de asociaciones como la OMS o AMSE. Descartando todas las publicaciones bibliográficas referentes al Dengue que no estuvieran basadas en ningún dato o estudio científico.

De todas las referencias analizadas solo hemos optado por las más útiles y contrastadas para el cumplimiento de los objetivos citadas en la bibliografía posterior.

Hemos usado palabras clave para la búsqueda como Dengue, Dengue hemorrágico, Dengue prevención, *Aedes aegypti*.

4 Resultados

- Situación mundial.

La enfermedad del Dengue ha aumentado mucho su incidencia en las últimas décadas. Tiene presencia en 128 países del mundo en zonas tropicales y subtropicales, convirtiendo a casi 4000 millones de habitantes en objetivos en riesgo de contraer esta enfermedad.

Anualmente se estima una incidencia de unos 390 millones de infecciones suponiendo medio millón de hospitalizaciones por Dengue hemorrágico o choque del Dengue. La mayoría de los dolientes son niños. La tasa de mortalidad está alrededor del 2,5%.

El Dengue es endémico en la mayoría de los países situados en África subsahariana, Centroamérica, el Sureste Asiático, Asia Suroriental y Sudamérica Tropical.

El número de casos está en aumento y además se está extendiendo a nuevas áreas, donde da lugar a epidemias de tipo explosivo. Antes de 1970, solo 9 países habían sufrido epidemias de Dengue grave. Sin embargo, ahora la enfermedad es endémica en más de 100 países y en las últimas 5 décadas su incidencia ha aumentado en 30 veces.

En los últimos años se han registrado epidemias de Dengue y/o Dengue hemorrágico en Latinoamérica, región en la que está aumentando particularmente la incidencia. Según datos de la OMS los casos de Dengue se multiplicaron en las Américas entre 2003 y 2013.

En África. Entre 1960 y 2010, un total de 22 países de África notificaron casos esporádicos, es poco reconocido y subestimado, debido a la escasa concienciación por, a la alta prevalencia de otras enfermedades febriles y a la falta de pruebas diagnósticas.

Aunque el primer brote de Dengue en India se registró en 1982, es a partir del año 1960 cuando el Dengue comenzó a aumentar su incidencia en Asia. Actualmente se calcula que el 75% de los casos de Dengue se producen en esta región (Asia-Pacífico).

- El Dengue en Europa.

Los casos de Dengue importados en Europa aumentan anualmente, pasando, según datos del ECDC, de los 530 notificados en 2008 a los 1.207 en 2012. Destacar que, en estudios se ha identificado el Dengue como la causa de la fiebre en un 2%-16,5% de los viajeros febriles a su vuelta.

En Europa el virus del Dengue continúa siendo en líneas generales una enfermedad de importación. Aún así se han dado casos en los últimos años, en algunas regiones del continente se ha establecido el *A.albopictus* que durante 2010 produjeron casos autóctonos de Dengue en Francia y Croacia.

Unos años más tarde se notificó un brote en el archipiélago de Madeira, perteneciente a Portugal, se pudieron contabilizar hasta 2100 casos hasta su control total.

Entre los viajeros regresados de países de ingresos bajos y medianos, el Dengue constituye la segunda causa de fiebre diagnosticada tras el paludismo o malar

- Epidemiología en España.

Los casos detectados en España han sido hasta 2018 exclusivamente importados de las zonas endémicas. Las Comunidades con mayor notificación de Dengue han sido Cataluña, Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana, de viajeros procedentes sobre todo de América latina, Asia y Pacífico. El mayor número de casos notificados fue en 2015 y 2016, observándose un claro descenso en 2017 y sobre todo en 2018.

En el mes de octubre de 2018, se confirmaron los tres primeros casos de Dengue autóctono en España. Ninguno de ellos tenía antecedente de viaje a un país endémico o con transmisión conocida de Dengue. A finales del mes de octubre se confirmaron dos nuevos casos de Dengue autóctono, posiblemente asociados a los primeros y en el mes de noviembre se notificó otro caso adicional sin relación aparente con los anteriores.

Estas personas habían estado en localidades de Andalucía, Murcia y Cataluña, en alguna de las cuales *Ae. albopictus* está establecido, en una época del año en la que la actividad del vector es importante. Tanto en Andalucía como en Cataluña se habían notificado casos importados de Dengue. Aunque se tomaron las medidas de control pertinentes, no se pudo demostrar la presencia del virus en los vectores locales.

Los estudios microbiológicos de las cepas virales junto con los datos epidemiológicos, sugirieron que la transmisión ocurrió a partir de dos casos índices importados de zonas con transmisión activa.

Papel enfermero ante el Dengue:

- Tratamiento del Dengue clásico.

Manejo ambulatorio en el caso de que el paciente no muestre signos alarmantes y plaquetas por encima de $100,000/\text{mm}^3$. Es recomendable mantener una hidratación adecuada aunque no presente sintomatología de deshidratación.

En cuanto a la alimentación, si el paciente tolera la vía oral es recomendable mantener la alimentación siempre ofreciendo alimentos con fácil capacidad de

digestión.

Otro factor importante es el control de temperatura, para ello podemos apoyarnos en el uso de Acetaminofén 500mg en adultos cada seis horas, por vía oral. Es fundamental evitar el uso de cualquier antiinflamatorio, como la aspirina o ibuprofeno incluidos los Aines debido a la posibilidad de que puedan producir sangrado.

Es necesario el reposo en cama del paciente y manteniendo siempre una adecuada higiene corporal para prevenir otro tipo de complicaciones al paciente.

El procedimiento de laboratorio inicial sería la realización de un hemograma completo, identificando valores basales de plaquetas, hemoglobina y glóbulos blancos. Es necesario un control diario hasta los tres días posteriores a la desaparición de sintomatología febril.

- Ingreso

Fundamental el control y registro de los signos vitales cada 6 horas. TA, FR, FC, temperatura. Monitorización de indicadores de riesgo como dolor abdominal, descenso de temperatura, somnolencia, vómitos... Evaluación y tratamiento de la posible deshidratación, mediante vía parenteral u oral.

Manejo del Dengue hemorrágico sin choque.

Además de los anteriores aspectos comunes con el Dengue clásico, al presentar un Dengue hemorrágico será necesario

Hemograma completo, conteo plaquetas, leucocitos, Hb y Ht. Total de proteínas haciendo fijación en la albúmina, transaminasas y realizar un examen de orina.

Ecografía abdominal es el método más efectivo para mostrar la evidencia de extravasación temprana de líquidos ante sospecha de un caso de Dengue hemorrágico.

Un aspecto importante también es la realización de una Radiografía de tórax P.A., útil para identificar la aparición de posible fluido pleural.

Manejo del Dengue hemorrágico con choque.

Tras la hospitalización del paciente se realiza un monitoreo continuo de signos vitales, si dispone de monitor o cada 15 minutos en caso de no disponibilidad del mismo: PAS (calcular PAM y presión diferencial), FR, FC, Temperatura, hasta revertir estado de choque.

Restablecer volumen circulatorio para mejorar perfusión tisular: - 300-400 ml/m² SC o 20-40 ml/kg pasar en una hora. Utilizar solución de lactado de ringer o solución salina al 0,9 %, hasta mejorar la perfusión tisular. Llevar registro de

líquidos cada 6 horas y proceder de acuerdo a los resultados.

Mantener el aporte hídrico por lo menos hasta 48 horas después de haberse controlado el estado de choque, ante un caso de sangrado profuso que ponga en riesgo la vida del paciente, se puede transfundir plaquetas*. Una Unidad de plaqueta por cada 10kg de peso. Monitorear plaquetas, hemoglobina y hematocrito (hemograma completo) cada 24 horas. Si se ha restablecido la vía oral, iniciar oferta de líquidos y valorar la utilización de alimentos estimando los riesgos.

Administración de medicamentos de acuerdo de prescripción médica, excepto heparina, corticoides, antivirales e inmunoglobulinas Realizar balance hídrico. Control de diuresis horaria.

Es importante observar y controlar los sangrados y el uso de elementos sanguíneos de acuerdo a indicaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

Tanto a nivel mundial como europeo, el Dengue es una enfermedad que ha aumentado mucho su presencia en el panorama en las últimas décadas. Ha llegado a ser considerada como segunda causa de hospitalización en pacientes tras la estancia en entornos tropicales.

Esta enfermedad podría ser controlada de una manera mucho más eficiente, aun existiendo vacunas se debería hacer énfasis en la educación de la población y eliminar los centros de criaderos del vector para reducir así la propagación.

Es imprescindible evitar el silencio epidemiológico para dar mayor connotación a la percepción del riesgo que debe tener la población mundial ante esta enfermedad en aumento de riesgo.

Es necesario tener conocimientos para un trato enfermero, siendo crucial en casos graves de Dengue con presencia de hemorragia, además de un protocolo adecuado de control médico para reducir tanto las complicaciones como la mortalidad.

6 Bibliografía

- Dengue y Dengue hemorrágico. Organización Mundial de la Salud.OMS.
<http://www.who.int/>Enero de 2016

- Panorama epidemiológico de fiebre por Dengue y fiebre hemorrágica por Dengue. Sinave [http:// www.dgepi.salud.gob.mx](http://www.dgepi.salud.gob.mx) Junio de 2015
- Norma Oficial Emergencia Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. AMSE <https://www.amse.es> Enero del 2014
- Cuadro Clínico De La fiebre Hemorragica Del Dengue. Díaz AG, Kouri MG, Guzmán. Febrero 2016
- Schmidt-Chanasit J, Emmerich P, Tappe D, Günther S, Schmidt S, Wolff D, et al. Autochthonous Dengue virus infection in Japan imported into Germany, September 2013. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/>
- Orellano PW, Pedroni E. Análisis costo-beneficio del control de vectores en la transmisión potencial de Dengue. Rev Panam Salud Publica Jul 2014 Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com/>

Capítulo 52

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

MARIA NANCY DIAZ ROA

1 Introducción

Ofrecer leche materna como único alimento hasta los 6 meses y de forma complementada al menos hasta los 2 años, es el medio ideal para lograr un crecimiento y desarrollo armónicos y reducir la morbilidad y mortalidad infantil.

2 Objetivos

Evaluar algunos aspectos relacionados con la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida.

3 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo en 60 lactantes. Además de revisiones de varias publicaciones así como de artículos y revistas de referencia a través de palabras clave.

4 Resultados

Al cuarto mes solo el 41.6 % disfrutaba de lactancia materna exclusiva y al sexto mes únicamente el 13.3%. Las causas más frecuentes expuestas de abandono de la lactancia fueron que el bebé no se llenaba (40%), y que no tenía suficiente leche lo señaló el 32.6%.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que la lactancia materna exclusiva fue insuficiente al cuarto y sexto mes. que las diarreas, infecciones respiratorias agudas, los síndromes febriles y los ingresos hospitalarios, ocurrieron , de forma significativa en aquellos que no recibieron lactancia materna exclusiva.

6 Bibliografía

- Fariñas Acosta L. Lactancia Materna ¿Disfruta tu hijo este derecho?. Diario Granma. 7 de agosto 2014:8.
- Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Parte II. Indicadores Sanitarios Mundiales. Ginebra: OMS; 2010.
- Unicef. Salud Materna y Neonatal. Estado Mundial de la Infancia; 2008. New York: Fondo de las Naciones Unidas Para la infancia (Unicef); 2009. p. 122.

Capítulo 53

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA REALIZACIÓN DE BRONCOSCOPIA

SANDRA DÍAZ ARAÚJO

1 Introducción

La broncoscopia es un procedimiento médico que utiliza un sistema óptico para poder ver en el interior de las vías respiratorias. El broncoscopio consiste en un tubo largo con una cámara, conectado a un vídeo, que permite ir viendo el interior de las vías respiratorias: laringe, tráquea y bronquios. Puede ser rígido o flexible.

Técnicas broncoscópicas:

- Biopsia endobronquial (BEB) : es la técnica de mayor sensibilidad.
- Cepillado bronquial : la segunda técnica broncoscópica en sensibilidad.
- Lavado bronquial.
- Aspiración endobronquial con aguja : Su mayor utilidad es en las lesiones peribronquiales o submucosas.
- Punción aspirativa transtorácica: Sensibilidad, está relacionada con el tamaño. Por los riesgos que conlleva es preferible la broncoscopia y si esta es negativa realizar la punción.

La broncoscopia está indicada como prueba complementaria para estudiar posibles lesiones o infecciones, obtener biopsias, extraer objetos aspirados por accidente y otros motivos diagnósticos y terapéuticos. Se realiza normalmente con anestesia local y algún tipo de premedicación previa para disminuir molestias como ansiedad, náuseas o tos.

2 Objetivos

- Establecer las medidas para la realización de una broncoscopia así como los cuidados tras 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: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Las medidas a seguir para preparar a un paciente que se va a a realizar una broncoscopia son las siguientes:

- Informar al paciente del procedimiento.
- El paciente debe estar en ayunas desde las 24 del día anterior, sin beber alcohol ni fumar.
- En algunos casos se debe interrumpir el tratamiento con anticoagulantes, ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios esteroideos, según órdenes médicas.
- Retirar prótesis dental si la tuviera.
- Comprobar la pulsera identificativa.
- Canalizar una vía venosa.
- Administrar premedicación según órdenes médicas.
- Comprobar que el consentimiento informado está firmado.
- Cuando desde el Servicio de Endoscopias se solicita al paciente, se enviará éste junto con su Historia Clínica, acompañado de un celador.
- Registrar en la nota de enfermería todo lo realizado.

Los cuidados post-broncoscopia son:

- Acoger al paciente a su llegada a la Unidad.
- Ver y cumplir órdenes médicas.
- Tomar constantes vitales, vigilando al paciente en previsión de posibles complicaciones, como pueden ser, disnea, fiebre o expectoración hemoptóica.

- A causa de la anestesia, se recomienda mantener ayuno al menos durante las 2 horas posteriores a la prueba, para evitar atragantamientos.

5 Discusión-Conclusión

Se recomienda realizar una broncoscopia cuando se produce sangrado procedente de vía respiratoria, se encuentran alteraciones en la radiografía de tórax o existe tos persistente sin una causa clara. Esta prueba es útil en el diagnóstico de obstrucciones o tumores traqueales o bronquiales, siendo habitual en la realización de esta prueba utilizar sedantes sin que existan normalmente complicaciones relevantes. Las complicaciones de la broncoscopia son raras, algunas de estas son: hemorragia nasal, lesión en una cuerda vocal, hemorragia en la zona de la biopsia, alteración del ritmo cardíaco, insuficiencia respiratoria, neumotórax, lesiones en la boca.

No obstante dada su utilidad en el procedimiento diagnóstico-terapéutico, siguiendo las medidas de cuidados expuestas anteriormente, se concluye con que es una prueba fiable y segura.

6 Bibliografía

- Reed AP. Preparation of de patient for awake fiberoptic bronchoscopy. Chest. 1992; 101: 244-53
- Zaric B, Perin B. Use of narrow-band imaging bronchoscopy in detection of lung cancer. Expert Rev Med Devices. 2010; 7: 395-406
- Castro Otero MC, Torrego Fernández A. Optimización en la obtención y el manejo de las muestras tomadas por vía endoscópica en la broncoscopia estándar. En: SEPAR. Manual SEPAR de procedimientos. Barcelona: Respira; 2013. p 9-28.
- British Thoracic Society guidelines on diagnostic flexible bronchoscopy. Thorax 2001; 56(supp 1): i1-21
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 54

DERMATOFIBROMA

MARIA VILLA DE LA FUENTE

CRISTINA SÁNCHEZ MÉRIDA

LORENA GARCÍA ARIAS

IVÁN MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El dermatofibroma es un tumor cutáneo benigno muy frecuente, es importante saber diferenciarlo de un melanoma maligno. En el presente capítulo vamos a presentar un caso de dermatofibroma.

Mujer de 40 años de edad, no alergias medicamentosas conocidas, no enfermedades de interés ni tratamientos crónicos. Como antecedentes familiares hermana con melanoma. Solicita consulta con dermatólogo de cupo por presentar lesión en zona anterior de pierna izquierda desde hace veinte días, sin aumento de tamaño ni cambio de color en las últimas semanas.

2 Objetivos

- Establecer un correcto diagnóstico.
- Identificar las diferencias con un melanoma maligno.

3 Caso clínico

Cociente y orientada. Buen estado general. Miembros inferiores hidratados y normocoloreados. Presenta lesión de 6mm en zona pretibial izquierda con signo del hoyuelo positivo, zona cicatricial nacarado y retículo pigmentado fino periférico, sin atipias clínico-dermoscópicas actuales.

Se diagnostica la lesión como dermatofibroma. Se trata de un diagnóstico clínico, ya que es muy característico, por lo que no es preciso realizar ninguna prueba complementaria.



4 Resultados

El dermatofibroma es un tumor cutáneo benigno muy frecuente, el cuál resulta uno de los motivos habituales de consulta dermatológica. Es frecuente en mujeres entre la tercera y quinta década de vida. Si plantease problemas estéticos por su tamaño, se indicaría la extirpación quirúrgica, criocirugía o láser de dióxido de

carbono.

Se deberá vigilar estrechamente y si hubiese cambios en la lesión comunicarlo lo más rápido posible. Deberá extremar medidas de prevención como evitar la exposición al sol, usar protector solar y seguir realizando auto exámenes periódicos de la lesión por si sufriese modificaciones.

5 Discusión-Conclusión

Debido a los antecedentes familiares de la paciente y al presentar una lesión pigmentada en la piel, puede confundirse con un melanoma. Una mancha o lunar sospechoso es la primera señal de alarma.

Es importante un diagnóstico precoz con identificación del ABCDE, siglas de asimetría, bordes irregulares, coloración, diámetro y evolución en el tiempo. Así como el reconocimiento por un profesional para un mejor tratamiento, menor morbilidad y un aumento de la supervivencia del paciente.

6 Bibliografía

- Arenas R.Melanoma Maligno.Atlas de dermatología.Diagnóstico y tratamiento.Mc Graw Hil, 1996
- Taberner Ferrer RM. Dermapixel:Blog de dermatología cotidiana, 2014

Capítulo 55

CONTROL DEL CONSUMO DE MÚLTIPLES FÁRMACOS. CRONICIDAD FARMACOLÓGICA

MARIA ELENA VILLAR OLIVAR

GRACIELA FERNÁNDEZ RIVERO

DEBORA BONILLA ARENA

1 Introducción

Los pacientes polimedicados se caracterizan principalmente por presentar numerosas enfermedades y consumir un número elevado de medicamentos a consecuencia de ello. Dependiendo de la forma de administración de los medicamentos, observaremos tres escenarios de polimedicación. Gracias al correcto uso de las prescripciones de fármacos ha aumentado considerablemente la esperanza de vida. Sin embargo, el uso de varios fármacos lleva implícito un cierto riesgo en cuanto a interacciones y efectos secundarios. Además hay que tener en cuenta que el gran porcentaje de polimedicados se encuentra concentrado en pacientes de edad avanzada con el consiguiente deterioro de sus funciones. Todo ello, puede afectar a la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos que junto con la influencia de las enfermedades y los aspectos sociales que rodean a los pacientes juegan un papel importante. Por ello, se requiere una mayor atención y una individualización del tratamiento incluyendo elección de fármacos y pautas de administración.

Por tanto, en este campo, el riesgo de errores es más frecuente porque la polimedicación hace que aumente la probabilidad de que aparezca un error de medicación. Para que éste tipo de episodios no ocurran, se han desarrollado herramientas que ayudan a detectar los errores a la hora de realizar una correcta prescripción. Se trata de los criterios STOPP/START y los criterios

Beers y han tenido una gran importancia en el campo de la medicina porque han permitido que los pacientes tengan una mejor calidad de vida, debido a una reducción significativa de las prescripciones erróneas.

La polimedicación consiste en el consumo de un número elevado de fármacos, más de 5 (1,2) durante un período de tiempo variable, mínimo de 3 meses (3), por un paciente que padece múltiples problemas de salud (4,3).

Existen 3 posibles escenarios de polimedicación:

- Polimedicación adecuada, es cuando se prescriben correctamente los fármacos necesarios para tratar las patologías del paciente.
- Polimedicación inadecuada, es cuando el número de medicamentos prescritos es superior a las necesidades clínicas del paciente.
- Pseudopolimedicación, cuando el número de medicamentos registrados para un paciente es superior al número de fármacos que realmente consume. (5)

La medicación es la intervención médica más utilizada para mejorar la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la polifarmacia se asocia a un incremento del riesgo de efectos adversos, interacciones, menos adherencia al tratamiento, más hospitalizaciones, mayor mortalidad e incremento de los costes.

Las principales consecuencias directas de una polimedicación inadecuada son:

- Mayor incidencia de RAM (Reacción Adversa a medicamentos)
- Interacciones medicamentosas farmacocinéticas y farmacodinámicas.
- Respuesta atípica por parte del paciente y adherencia inadecuada (3,5).

En los últimos años se han publicado estadísticas internacionales (7,8) que indican que las reacciones medicamentosas adversas pueden prevenirse en un alto porcentaje. A su vez se ha dado a conocer que las reacciones adversas a polimedicación generan ingresos hospitalarios urgentes que podrían evitarse, así como un incremento de los costos de salud muy considerable (9).

Las reacciones adversas pueden clasificarse en dos grupos (tipo A y tipo B):

- Las de tipo A son reacciones adversas que incluyen toxicidad relacionada con la dosis del fármaco, los efectos secundarios de los medicamentos y las interac-

ciones entre estos.

- Las de tipo B son reacciones adversas que incluyen reacciones idiosincráticas e inmunológicas.

2 Objetivos

- Reducir al mínimo los errores en la prescripción de medicamentos.
- Abordar el problema de la prescripción medicamentosa en pacientes plurimed-icados y con múltiples comorbilidades de base.

3 Metodología

La información utilizada para la realización del trabajo ha sido basada en la búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de carácter científico, los cuales se encuentran disponibles en la sección de bibliografía. Para dicha búsqueda han sido empleados diferentes buscadores como PUBMED, Google Academics y SCOPUS. A su vez se han usado diferentes palabras clave para acotar la búsqueda de artículos como: polimedicación, elderly, polimedication, interacciones medicamentosas, prescripción, atención primaria, seguimiento farmacoterapéutico, primary care, geriatrics, medication error, criterios BEERS, criterios STOPP/START.

4 Resultados

Las prescripciones inadecuadas son un grave problema de salud pública debido a que ocasionan un aumento de la morbi-mortalidad, así como un aumento del gasto en recursos sanitarios, por ello se utilizan herramientas que permiten controlar y corregir las prescripciones realizadas por el profesional sanitario pertinente y realizar un ejercicio de des-prescripción que consiste en:

- Revisar el listado completo de medicamentos y valorar el estado físico y clínico del paciente incluyendo su contexto sociofamiliar.
- Analizar la adherencia al tratamiento, posibles interacciones y efectos adversos. Valorar metas a alcanzar, objetivos del tratamiento y tiempo hasta el beneficio así como la esperanza de vida.
- Actuar, retirando los fármacos inapropiados, que bien el paciente no se administra o que el riesgo que entrañan no justifica su uso en un paciente en concreto.
- Acordar con el paciente en función de las expectativas, creencias, preferencias y ritmo de vida el tratamiento tanto en cuanto a fármacos como a posología para

facilitar el cumplimiento.

- Monitorizar tanto la adherencia al tratamiento como la eficacia del mismo sobre la patología a tratar. Además deben controlarse los posibles efectos secundarios y los efectos consecuencia de posibles interacciones entre fármacos. (10)

Existen diferentes estrategias cuyo fin es la optimización del uso racional de medicamentos, debido a la administración de la medicación en pacientes polimedificados. Los más significativos son los criterios Beers y los criterios STOPP/START. A continuación realizaremos una descripción detallada de ambos y estableceremos las ventajas y desventajas que poseen. (11,12,13).

Los criterios Beers han sido durante décadas la herramienta más utilizada en la detección de prescripciones inadecuadas. Fueron creados en 1991, y su última actualización fue realizada en el año 2016 (18).

En los criterios Beers se incluyen 53 fármacos o grupos terapéuticos divididos en 3 categorías:

1. Medicamentos potencialmente inapropiados que no deben ser utilizados en pacientes mayores de 65 años.
2. Medicamentos potencialmente inapropiados que no deben ser utilizados en pacientes con ciertas patologías o condiciones clínicas, puesto que éstas pueden empeorar.
3. Medicamentos que deben ser utilizados con precaución en pacientes. (11,13,15)

Estos criterios presentan numerosas deficiencias, como el hecho de no estar basados en sistemas fisiológicos o incluir numerosos fármacos que actualmente no se encuentran disponibles en Europa.

Otro punto importante a tener en cuenta, es el hecho de que los criterios Beers fueron creados inicialmente con el propósito de que fueran utilizados en residencias de ancianos, pero finalmente, los campos en los que se han aplicado han sido muchos y diversos, abarcando numerosas disciplinas de la atención geriátrica.

Asimismo, estos criterios poseen más inconvenientes, como el no tener en cuenta otros patrones de errores de medicación, como interacciones entre fármacos, la duplicidad terapéutica o la prescripción inadecuada por omisión de fármacos que debería usarse en cada caso.

Un estudio en Estados Unidos (16), demostró que en pacientes hospitalizados el

49% recibió al menos un fármaco potencialmente inapropiado y el 6% recibió 3 o más, siendo los antihistamínicos prometazina y difenhidramina y el analgésico propoxifeno los fármacos más frecuentemente prescritos de forma inadecuada. A su vez, otro estudio estableció (17), utilizando la versión 2003 de los criterios Beers, que de los 597 ingresos que hubo en un hospital universitario irlandés, el 32% de los pacientes presentaban prescripciones inadecuadas, el 24% tomaba un fármaco potencialmente inapropiado, el 6% dos y el 2% tres o más. El otro grupo de criterios con gran importancia en el ámbito de las prescripciones inadecuadas, son los criterios STOPP/START. Fueron utilizados por primera vez en 2008 y su última edición fue realizada en 2014.

Están formados por dos grandes grupos:

- Los 65 criterios STOPP (se tratan de afirmaciones que detectan posibles casos de prescripción inadecuada) .
- Los 22 criterios START (que son aquellos que alertan al profesional sanitario pertinente, en este caso el médico que está supervisando el tratamiento, de que estas prescripciones son beneficiosas para el paciente) (11,13)

Se encuentran organizados por sistemas fisiológicos, al contrario que los criterios Beers. A su vez, recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción. Por otra parte, poseen la cualidad de ser fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de medicamentos presentes en las historias clínicas de los pacientes europeos (14)

Lo realmente innovador de este tipo de criterios, es su segunda parte; los criterios START, que representan los errores por omisión de tratamientos que benefician al paciente. La búsqueda de errores por exceso y defecto en la prescripción de fármacos nos va a ser de ayuda para demostrar que es igual de grave para el paciente que se prescriban medicamentos incorrectamente, así como la falta de prescripción de medicamentos que puedan ayudar para tratar su enfermedad.

Es por ello, que este tipo de criterios, son una herramienta útil para el prescriptor en la optimización de la terapéutica en personas polimedicadas. (11,13,14)

Un estudio referente a los criterios START, (19,20) estableció que hay un 26% de errores por omisión en atención primaria. Sin embargo, en el mismo estudio realizado en hospitales, se demostró que el porcentaje ascendía hasta la cifra de 58% con la particularidad de que en muchas ocasiones se estaban realizando los mismos errores por omisión de prescripción:

- IECAS en insuficiencia cardíaca crónica.

- Metformina en diabetes.
- Anticoagulantes orales en fibrilación auricular crónica.
- Calcio y vitamina D en enfermedades cardiovasculares y diabetes.

Con respecto a los criterios STOPP, un estudio (20) analizó las prescripciones inadecuadas en 144 personas ingresadas en un hospital, de las cuales un 29% presentaba una, el 16% dos y el 3% incluso hasta tres. Debido a la correcta utilización de este tipo de criterios y a la detección de las prescripciones inadecuadas, se pudieron evitar diferentes casos de reacciones adversas o interacciones farmacológicas, debido a que los pacientes que presentaban dos o más de estas prescripciones poseían un porcentaje alto de sufrir este tipo de episodios.

Por otro lado, otro estudio (21), basado en el análisis de las prescripciones inadecuadas, utilizó los criterios STOPP/START en 715 pacientes. En dicho experimento, se detectaron un 35% de prescripciones inadecuadas. A su vez, se realizó con el mismo número de pacientes, una comparativa con los criterios Beers, en los que se detectaron un 25% de prescripciones inapropiadas. De esta manera se estableció que existe una clara diferencia entre ambos criterios. Es cierto que los dos fundamentos detectan porcentajes similares de prescripciones erróneas, pero con los criterios STOPP/START se han establecido estadísticas y porcentajes más exactos de este tipo de errores, por lo cual se han convertido en una herramienta realmente útil para resolver este problema.

Tras la revisión bibliográfica de los diferentes artículos citados en el apartado de bibliografía. Se puede establecer que los pacientes polimedicados se encuentran en una situación complicada debido a la mala comunicación que existe a día de hoy entre los diferentes profesionales de la rama sanitaria, dicha comunicación debería mejorarse y establecerse de diferente manera, ya que a día de hoy existen numerosos programas informáticos y tecnologías que lo permiten. Un buen ejemplo de ello es la receta electrónica, la cual mediante el programa que la gestiona, permite al médico no combinar medicamentos que puedan cursar con algún tipo de interacción entre sí. Todo ello supervisado por los programas SAP o DRAGO, que son los principales programas utilizados a nivel de atención primaria.

La principal barrera que hay para que este sistema mejore es el la LOPD (Ley Oficial de Protección de Datos).

La historia clínica debería ser accesible por todos los profesionales sanitarios para que éste tipo de acontecimientos no ocurran. Obviamente dicha base de

datos debe ser utilizada estrictamente para motivos profesionales y sanitarios, y no para otros fines, como podría ocurrir.

5 Discusión-Conclusión

Las herramientas explicadas en el trabajo para una correcta prescripción de medicamentos, han demostrado ser de utilidad, puesto que permiten reducir el riesgo de cometer errores de prescripción y disminuir de forma significativa los gastos sanitarios. Por lo tanto, podemos establecer que no sólo poseen un valor sanitario, debido a que su labor inicial es la de mejorar la esperanza de vida de los pacientes polimedicados sino también socio-económico. Además, no hay que olvidar, que la correcta utilización de este tipo de criterios se encuentra estrechamente ligada a la Atención Primaria y al Seguimiento Farmacoterapéutico.

6 Bibliografía

- Monane M, Monane S, Semla T. Optimal medication use in elders. Key to successful aging. *West J Med* 1997;;167:233-7.
- Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe *JAMA*. 2005 Mar 16;;293(11):1348-58.
- Rollason V, Vot N. Reduction of polypharmacy in the elderly. A systematic review of the role of the pharmacist. *Drugs Aging* 2003;;20:817-32.
- Gavilán, E, Villafaina A, Conceptos y factores determinantes de la polimedicación, *Revista Actualidad Farmacéutica* 2011Cap 1, 6-10.
- López-Torres JL, Cerdá R, Fernández C, Requena M, Fernández C, Otero A. Factores asociados el consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin (Barc)* 1997;;108:572-6.
- Proyecto MARC. Elaboración de una lista de medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- Pizarro D. La polimedicación y prescripción inadecuada en adultos mayores *Revista Médica De Costa Rica y Centroamérica* 2016, LXXIII (619) 389-394
- 1999 Report: Dialysis and Renal Transplantation, Canadian Organ Replacement Register. Ottawa, Ontario: Canadian Institute for Health Information, June 1999, Volume 1.
- Sarnak M. Decreased Glomerular Filtration Rate as a Risk Factor for CVD Outcomes. *Hypertension* 2003;; 42: 1050-65.

- O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, O'Connor MN, Ryan C, Gallagher P. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people. *Age Ageing*. 2015. 44(2) 213-8.
- Filomena J, García M, Redondo FJ, Fernández MI. Prescripción inadecuada en pacientes polimedicados mayores de 64 años en atención primaria. *Atención Primaria*. 2015;;47(1):38-47.
- Delgado E, Muñoz M, Montero B, Cornen S, Gallagher P, Cruz A. Inappropriate prescription in older patients: The STOPP/START criteria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009. 44(5): 273-279.
- Revisando la medicación en el anciano. ¿Qué necesito saber?. INFAC [internet],2015, 23(2) 6-14. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.eus/>
- Terán L, González MJ, Rivero AL, Alonso JL, Tarazo JA. Prescripción potencialmente inadecuada en pacientes mayores grandes polimedicados según criterios STOPP. *Semergen*. 2016;; 42(1):2-10.
- López- Sáez A et al., Prescripción inadecuada de medicamentos en ancianos hospitalizados según criterios de Beers. *Farmacia Hospitalaria*.2012;;36(4):268-274.
- Rothberg MB, Pekow PS, Liu F, Korc-Grodzicki B, Breman MJ, Bellantonio S, Heelon M, Lindenauer PK. Potentially inappropriate medication use in hospitalized elders. *J Hosp Med*. 2008 3(2):91-102.
- Barny PJ, Gallager P, Ryan C. Inappropriate prescribing geriatric patients. *Curr Psychiatry Rep*. 2008. 10(1): 37-43.
- Pastor J, Aranda A., Gascón J., Rausell V J., Tobaruela M. Adaptación española de los criterios Beers. *Anales Sis San Navarra*. 2015. 38(3): 375-385.
- Dalleur O, Spinewine A, Henrard S, Losseau C, Speybroeck N, Boland B. Inappropriate Prescribing and Related Hospital Admissions in Frail Older Persons According to the STOPP and START Criteria. *Drugs Aging*.2012;;29:829-837.
- López A, Sáez P, Paniagua S, Tapia MA. Prescripción inadecuada de medicamentos en ancianos hospitalizados según criterios de Beers. *Farmacia Hospitalaria*. 2012; 36 (4): 268-274.
- Delgado E, Montero B, Muñoz M, Vélez-Díaz M, Lozano I, Sánchez- Castellano C, Cruz-Jentoft AJ. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2015;;50(2):89-96

Capítulo 56

ENFERMERÍA EN LA LEPROA

CARMEN MARIA NAVARRO BEARDO

1 Introducción

La lepra es una enfermedad infecciosa con probable susceptibilidad genética y de larga evolución, que se transmite por el contacto directo y prolongado con pacientes de las formas abiertas (bacilíferos) y afecta múltiples órganos causando secuelas en ocasiones irreversibles. La actualización de la Guía de atención de la lepra constituye un conjunto de recomendaciones asistenciales que intentan proporcionar información acerca del diagnóstico y tratamiento del paciente con lepra.

Los revisores declaran no tener conflicto de intereses frente a las recomendaciones generadas. Estas recomendaciones son acciones terapéuticas y diagnósticas que se sabe y se cree ejercen una influencia favorable en la evolución de los pacientes. Se sugiere revisar esta Guía en forma periódica como quiera que los avances en terapéutica puedan modificar las recomendaciones presentes y entonces tener una vigencia temporal de tres a cinco años.

2 Objetivos

La lepra constituye en el país una enfermedad de interés en salud pública; a pesar que la incidencia de la enfermedad ha disminuido, es necesario contar con herramientas para el apropiado diagnóstico y tratamiento de esta patología.

El objetivo es el de ofrecer recomendaciones de asistencia sobre el diagnóstico y tratamiento del paciente con lepra para facilitar su atención adecuada previniendo o tratando la discapacidad secundaria a esta enfermedad.

También queremos mostrar una comparativa de la lepra en países desarrollados viendo las diferencias con los países en vías de desarrollo.

3 Metodología

Con el fin de obtener la información necesaria para realizar esta Guía se efectuó una revisión sistemática de la literatura disponible. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda, tanto en español como en inglés fueron: lepra, diagnóstico, RCP (reacción en cadena de la polimerasa), portadores asintomáticos, convivientes, contactos, tratamiento, lepra neural pura, biopsia neural y leproreacciones. Se tomaron en consideración revisiones recientes de la literatura en cuanto al diagnóstico y tratamiento de la lepra, así como estudios de observación de cohorte prospectivos y retrospectivos, y algunos estudios transversales y series de casos. El seguimiento de los pacientes en los estudios de cohorte fue entre cinco y diez años.

4 Resultados

La lepra continúa siendo un problema de salud pública en 24 países situados en el anillo intertropical del mundo; para ellos la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece la fecha de 2005 para erradicar la enfermedad. Sin embargo, ninguna de las dos asociaciones u Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que desde España trabajan contra la enfermedad, ANESVAD y FONTILLES, son optimistas respecto a la consecución de este logro.

De los 24 países afectados, 12 aglutinan el 90 por ciento de la prevalencia de la lepra en el mundo: India, con 600.000 casos nuevos cada año, Myanmar (antigua Birmania), cerca de 30.000 y Brasil con 80.000 nuevos enfermos cada doce meses, están a la cabeza de esta lista que incluye también a Congo, Indonesia, Guinea, Madagascar, Mozambique, Nepal, Angola y República Central Africana y Níger.

Según las últimas estadísticas oficiales disponibles, correspondientes al año 2011, 105 países notificaron a la Organización Mundial de la Salud 219.075 nuevos casos, un 4% menos que el año anterior. Si bien, este descenso se debe a que cada vez son menos los países que presentan cifras a la OMS.

De los 105 países que notificaron nuevos casos, 18 continúan publicando más de 1.000 nuevos casos cada año y acaparan el 94% de la lepra en el mundo. India se mantiene en el primer puesto con 127.295 nuevos casos (58%), seguido de Brasil

con 33.955 (15,5%) e Indonesia con 20.023 casos (9%). Bangladesh, República del Congo, Nepal y Myanmar son, por este orden, los países más endémicos.

Estas cifras podrían ser aún mayores ya que “países como Etiopía, Nigeria o Tanzania, que se encuentran entre los 18 más afectados, no han presentado datos por lo que se sospecha que puede haber miles de enfermos distribuidos por todo el mundo.

España, 20 casos nuevos cada año.

Pese a que la lepra es una enfermedad erradicada en los países desarrollados -en los que se notifican muy pocos casos al año-, fenómenos como la globalización y el incremento de los viajes y el turismo obligan a las autoridades sanitarias a permanecer en alerta ante la posibilidad de enfrentarse a esta y a otras enfermedades “antiguas y olvidadas” en el mundo occidental.

En cuanto a la evolución de la enfermedad en nuestro país, las casuísticas se mantienen en torno a los 20 casos anuales, muchos de los cuales proceden del extranjero, pero también existen algunos casos autóctonos, generalmente procedentes de zonas históricamente endémicas como Andalucía, Galicia y Levante

Epidemiología

La lepra afecta a personas en todo el mundo. Hacia finales del año 2003 se registraron 620.672 casos nuevos y 534.311 pacientes se encontraban en tratamiento. En 1985 cerca de 122 países eran considerados endémicos y hacia el año 2003, unos 12 países presentaron altos niveles de endemidad con más de un caso por 10.000 habitantes, siendo Brasil y la India los más afectados.

En Colombia, fueron registrados 1.535 pacientes en tratamiento y 518 casos nuevos en el año 2003; los departamentos afectados, en orden decreciente, son: Valle, Norte de Santander, Santander, Cesar, Huila, Magdalena, Bolívar y la ciudad de Bogotá. Durante el año 2004, se notificaron 470 casos nuevos de lepra, siendo el departamento del Valle el de mayor incidencia.

En Colombia y en el resto del mundo se ha registrado un descenso en el problema debido al tratamiento con la poliquimioterapia multibacilar, el abordaje horizontal, abandonando el esquema vertical de tratamiento en centros especializados. Desde un punto de vista epidemiológico, llama la atención que el descenso mundial de la prevalencia de la lepra no se ha acompañado de un descenso en su incidencia, es decir, que no se haya podido prevenir la transmisión, a pesar de que se haya adoptado la poliquimioterapia en programas con un seguimiento

muy estricto.

En Colombia el fenómeno epidemiológico se ve reflejado en el estancamiento de la incidencia a pesar del descenso en la prevalencia. A pesar del subregistro de pacientes relacionados con los problemas de orden público y el descuido de los programas de vigilancia y control, la tasa de prevalencia es inferior a 1/10.000 habitantes, ubicándose el país en un período de posteliminación.

Etiología

El agente infeccioso es *Mycobacterium leprae* o bacilo de Hansen que tiene un diámetro de 0,3 a 0,5 micras, longitud de 4 a 5 micras, está curvado ligeramente en uno de los extremos y conforma aglomerados (globis), lo cual le permite resistir los embates del sistema inmunológico. El bacilo presenta coloración Ziehl Neelsen positiva y tiene un tiempo de duplicación de entre 12 y 14 días; en razón del largo período de incubación es difícil el cultivo empleando métodos convencionales.

La enfermedad es exclusiva del ser humano y se transmite en convivencia prolongada de persona a persona a través de las vías aéreas o por abrasiones cutáneas, siendo el primer mecanismo el más importante. El período de incubación es de tres a cinco años, pero puede llegar a diez años.

En los pacientes, el bacilo se encuentra en las lágrimas, la orina, las heces, sin tener algún papel en la transmisión. Aunque el bacilo es hallado en la leche de las madres afectadas, no implica la prohibición de la lactación debido a que los factores inmunológicos de la leche, protegen contra la enfermedad.

Fisiopatología

El bacilo es transmitido y penetra a través de las vías aéreas superiores o heridas cutáneas y es atacado y destruido por los polimorfonucleares neutrófilos; si logra evadir este mecanismo defensivo, el bacilo es fagocitado por los macrófagos o células de Langerhans atravesando las paredes de los endotelios, llegando a los vasos y ganglios linfáticos donde los macrófagos presentan los antígenos a los linfocitos T CD4+ o T CD8+, determinando la forma de enfermedad leprótica.

Este complejo bacilo-macrófago se aloja en la piel mucosa en donde las bajas temperaturas y la tolerancia inmunológica habilitan el desarrollo de la enfermedad.

En la piel, el complejo bacilo-macrófago se localiza en la unión dermoepidé-

mica, folículo piloso, glándula sebácea, músculo piloerector, glándulas sudoríparas, alrededor de los vasos sanguíneos y nervios. De acuerdo con el mecanismo inmunogenético, el huésped finalmente determinará la forma de la enfermedad, ya sea hiperérgica o anérgica.

La forma hiperérgica (T CD4+) es de alta reactividad inmune lo cual lleva a la destrucción de los anexos cutáneos, compresión de los vasos sanguíneos sin vasculitis y destrucción de los filetes nerviosos.

La forma anérgica de la enfermedad está determinada por células T CD8+ y se caracteriza por la tolerancia inmunológica. Los bacilos se desarrollan libremente dentro de los macrófagos produciendo cambios lipídicos intracelulares denominados “células espumosas de Virchow”, determinando granulomas de células espumosas que contienen bacilos sin la característica destructiva de la forma hiperérgica.

Clasificación

Basado en características inmunológicas, bacteriológicas, histológicas y clínicas, la lepra se clasifica en: indeterminada (I), tuberculoide (T) (hiperérgica), borderline-tuberculoide (BT), borderline-bordeline (BB), bordeline-lepromatosa (BL) y lepromatosa (L) (anérgica). Con el fin de simplificar el tratamiento, la OMS, de acuerdo con criterios bacteriológicos, clasifica a los pacientes en paucibacilares y multibacilares, si se detectan o no bacilos a la baciloscopia o la biopsia de piel.

Reacciones lepróticas

La lepra no es una enfermedad estable. Durante el curso crónico de la enfermedad es frecuente observar agudizaciones de las lesiones establecidas o generación de otras nuevas, empeorando con rapidez la salud del paciente, con serias repercusiones en la calidad de vida. Las reacciones lepróticas se presentan con frecuencia durante el tratamiento poliquimioterapéutico específico o posterior a su finalización. También pueden ser provocadas por enfermedades febriles como la influenza, varicela, sarampión, etcétera. Desde un punto de vista fisiopatogénico representan una activación inmunológica contra los antígenos bacilares. Las reacciones lepróticas predominan en las formas interpolares BT, BB y BL reflejando su naturaleza inestable. Se clasifican en tipos I y II.

Reacción tipo I. Es un evento inmune celular frecuente en las formas BT, BB e infrecuente en T y BL. Clínicamente se evidencia por la exacerbación de las

lesiones establecidas o generación de nuevas, acompañadas de neuritis. Se subclasifican en up grading (mejoría) o down grading (empeoramiento.) La primera representa mejoría inmunológica con empeoramiento clínico. La segunda empeoramiento inmunológico con mejoría clínica. La diferenciación clínica de estas dos reacciones es difícil y poco útil.

Reacción tipo II. Representa una reacción humoral, con formación de complejos antígeno anti- cuerpos; se caracteriza por: fiebre, malestar general, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, neuritis, orquiepididimitis, nefritis, linfadenopatías, hepatomegalia, empeoramiento de las lesiones establecidas acompañadas de nódulos inflamatorios difusos, denominados eritema nudoso. La reacción tipo II se presenta en pacientes con las formas BL, BB y L.

Los efectos posteriores del eritema nudoso leprótico son la insuficiencia renal crónica secundaria a amiloidosis renal y las úlceras crónicas de miembros inferiores como consecuencia de la lipodermatoesclerosis. El fenómeno de Lucio es una vasculitis necrotizante representada clínicamente por isquemia cutánea reticulada y ulceraciones. Se presenta en pacientes con las formas BB, BL y L.

Diagnóstico

El diagnóstico de la lepra deberá soportarse con los criterios clínicos, baciloscópicos e histopatológicos; en situaciones de difícil diagnóstico se recomienda el análisis de los tejidos empleando pruebas de biología molecular como la reacción en cadena de la polimerasa (RCP). La conclusión diagnóstica de la lepra es el producto de la correlación clínico-paraclínico.

Clínico. Se basa en la historia clínica, focalizando la atención en el examen de las lesiones dermatológicas, oftalmológicas, otorrinolaringológicas, osteoarticulares y neurales. La sensibilidad de las lesiones cutáneas debe ser examinada en forma ordenada, comparándola con la piel no afectada. Primero: sensibilidad térmica al frío y al calor, empleando un tubo de ensayo de agua caliente a 50°C y otro con agua fría; segundo: dolor, pinchando cuidadosamente las lesiones del paciente; y, tercero: probar la sensibilidad al tacto superficial frotando suavemente la piel con un algodón o pincel.

El nervio ciático poplíteo externo se palpa por encima de la cabeza del peroné y el nervio tibial posterior se palpa por debajo del maléolo interno. La inspección de las superficies cutáneas denervadas puede presentar alteraciones como ampollamientos, heridas inexplicables, callosidades, atrofas y contracturas.

Bacteriológico. Si el examen clínico es sospechoso del diagnóstico de lepra, se debe proceder a la toma de la baciloscopia de la linfa con el fin de clasificar el caso como multibacilar, si el resultado del examen es positivo (índice bacilar > 0), o paucibacilar, si el resultado es negativo (índice bacilar = 0). Una baciloscopia negativa no descarta el diagnóstico de lepra, en este caso se debe realizar una biopsia de piel.

Se deberán tomar dos muestras para la baciloscopia de clasificación, así: una muestra de un lóbulo auricular y otra muestra de una lesión activa, excepto en la cara. En caso de no existir lesiones activas, se debe tomar la segunda muestra del otro lóbulo auricular.

Tratamiento

Definido el diagnóstico de la lepra, deben determinarse dos situaciones:

El tratamiento del paciente (caso índice) y el estudio de los convivientes, en la búsqueda de otros pacientes (casos). Desde el punto de vista terapéutico la lepra se clasifica en paucibacilar y multibacilar.

Paucibacilar. Se define en pacientes sin bacilos demostrados desde un punto de vista histopatológico. Se trata con dapsona 100 mg diarios durante seis meses, autoadministrados, y rifampicina 600 mg en una sola dosis mensual supervisada durante seis meses. En pacientes pediátricos se recomienda dapsona 50 mg diarios o 1 mg por kg de peso, durante seis meses, y rifampicina 450 mg o 12-15, mg/kg dosis única mensual durante seis meses (nivel de evidencia III, grado de recomendación). En pacientes con una sola lesión PB, puede utilizarse una dosis única de terapia ROM (rifampicina 600 mg, ofloxacina 400 mg y minociclina 100 mg); sin embargo, por la falta de estudios de seguimiento a largo plazo, no puede recomendarse como primera línea de tratamiento.

Multibacilar. Se define por el hallazgo de bacilos en la baciloscopia o en la histopatología. Se tratan con dapsona 100 mg diarios durante un año y clofacimina 50 mg diarios durante un año autoadministrado. Además, rifampicina 600 mg y una dosis de refuerzo de clofacimina de 300 mg, una vez al mes durante un año. En pacientes pediátricos se administran 50 mg/diarios o 1 mg/kg de dapsona, clofacimina 50 mg interdiarios o 0,5 mg/kg/día. Rifampicina 450 mg una vez al mes asociados con 150 mg de clofacimina. El esquema se debe administrar por un año, al igual que en pacientes adultos.

Reacciones lepróticas. El tratamiento debe ser instaurado con rapidez para evitar

extensas lesiones y devastadoras incapacidades.

El tratamiento específico antileprótico con la poliquimioterapia no debe ser suspendido, explicando a los pacientes y familiares que no es la causa de estas reacciones (A, 3). La reacción tipo I debe ser tratada con corticosteroides, entre ellos la prednisona, en dosis de 1 mg/kg/día, disminuyendo la dosis según la respuesta clínica. Concomitantemente, se debe inmovilizar la extremidad comprometida y recibir rehabilitación temprana. En la reacción tipo II, como primera elección se debe administrar talidomida en dosis de 400 mg diarios, disminuyendo la dosis según la respuesta clínica. Algunos pacientes deben ser mantenidos por un largo período con dosis que oscilan alrededor de 100 mg diarios

Debe evitarse el embarazo con anticoncepción segura y ante la presencia de éste se debe emplear corticosteroides y clofacimina. El fenómeno de Lucio debe tratarse con corticosteroides y las medidas de soporte requeridas.

Tratamiento de la reacción tipo II severa. El grupo asesor técnico del programa de eliminación de la lepra de la Organización Mundial de la Salud, definió y recomendó el tratamiento de la reacción tipo II severa el cual está caracterizado por eritema nudoso persistente, fiebre, compromiso neurológico, compromiso sistémico (linfadenopatías orquiepididimitis, afección ocular, etcétera.). El paciente debe ser tratado sin suspender la poliquimioterapia multibacilar y sin reiniciarla en pacientes que la hayan completado, consiste en: prednisona 1 mg/kg/día durante doce semanas y, en casos resistentes o con riesgo de efectos sistémicos, asociar clofacimina 100 mg cada ocho horas por doce semanas con disminución gradual; 100 mg/día cada doce horas por doce semanas, 100 mg/día por 12-24 semanas. De igual modo, no recomiendan el empleo de talidomida por el riesgo teratogénico en mujeres. El grupo pone en consideración la utilización de pentoxifilina.

Tratamiento de la lepra neural pura. El esquema terapéutico deberá ser instaurado dependiendo de los hallazgos histopatológicos de la biopsia del nervio comprometido y correlacionados con los criterios clínicos y epidemiológicos.

El rendimiento diagnóstico de la biopsia del nervio periférico es superior a la biopsia de la piel en la detección de los bacilos, la carga bacilífera es mayor en el nervio periférico que en el cutáneo; por ello, recomendamos que los pacientes con diagnóstico de lepra neural pura producto de la biopsia de la piel sean tratados siguiendo el esquema de poliquimioterapia multibacilar. El tratamiento de los pacientes diagnosticados con base en la biopsia de nervio deberán ser tratados según la presencia o no de bacilos.

Abandono del tratamiento. Un paciente se considera en abandono del tratamiento cuando no ha concurrido a tomar los medicamentos durante un período sumatorio de seis meses en el paciente multibacilar; y tres meses sin toma de medicamentos para el paciente paucibacilar; en este momento puede ser egresado del programa como perdido, siempre y cuando se le hayan realizado al menos dos actividades reales de búsqueda sin éxito. Si un paciente perdido regresa y tiene signos de enfermedad activa, tales como nuevas lesiones en piel, nuevas afectaciones de los nervios o nódulos nuevos, se le debe tomar baciloscopia y biopsia para corroborar la clasificación de la enfermedad previa, suministrar medicamentos de acuerdo con la clasificación previa al abandono

Alta por finalización del tratamiento. En el paciente paucibacilar se dará de alta del programa una vez haya terminado su tratamiento y completado el seguimiento de cinco años postratamiento, sin evidencia clínica y bacteriológica de recaída. Para el paciente multibacilar se dan las mismas recomendaciones a diez años postratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La relación entre el personal de sanidad y el paciente de lepra tiene mucha más relevancia de la que se le concede. Desde el punto de vista psicosocial, hay que vencer los tabúes y la discriminación que desata el padecer de Lepra en la comunidad.

6 Bibliografía

- Faizal M. La lepra. Universidad Nacional de Colombia. Servicio de biblioteca virtual. www.unal.edu.co
- Guerrero M, Arias MT, Garcés MT, León CI. Desarrollo y aplicación de una prueba de RCP para detectar la infección subclínica por *Mycobacterium leprae*. Rev Panam Salud Pública; 11(4); 2002: 228-233.
- World Health Organization. Chemotherapy of leprosy. Disponible en: <http://www.who.int/lep/reports/trs847.Pdf>. Acceso el 5 de julio de 2004.
- SIVIGILA. Boletín epidemiológico. 2004.
- Hastings RC, editor. Leprosy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994.
- Thalhari S, Garrido NR. Hanseníase. Instituto superior de estudos da Amazônia 1989.
- Jacobson RR, Krahenbuhl JL. Leprosy. Lancet 1999; 353: 655-60.

- Ottenhoff THM. Immunology of leprosy: lesson from and for xxx rosy [editorial]. *Int J Lepr* 1994; 62: 108- 21.
- Meyer CG, May J Stark K. Human leukocyte antigens in tuberculosis and leprosy. *Trends Microbiol* 1998; 6: 148-53.
- Ridley D. Pathogenesis of leprosy and related diseases. Butterworth & co 1998.
- Freedman VH, Weinstein DE, Kaplan G. How *Mycobacterium leprae* infects peripheral nerves. *Lepr Rev* 1999; 70: 136-9.
- Charosky CB, Cardama JE. Neuropathies in Hansen's disease. *Int J Leprosy* 1983; 51: 576-86.
- Brazis PW, Masdeu JC, Biller J. Localization in clinical neurology. Second edition. Little, Brown and Company; 1990; 3.
- Low PH. Disease of peripheral nerves in clinical neurology. Lippincott-Raven Publisher. 1994.
- Liwen D. Diagnostic exploration of enlarged peripheral nerves in suspected cases of leprosy: An analysis of 55.

Capítulo 57

AUMENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL EN LOS PAÍSES OCCIDENTALES

RAQUEL YOLANDA PRENDES SÁNCHEZ

1 Introducción

La obesidad infantil está aumentando en los países occidentales, llevando a complicaciones de salud graves y a un creciente riesgo de contraer enfermedades prematuramente, sus comienzos van desde la infancia hasta la adolescencia a consecuencia de un desequilibrio entre el consumo de alimentos y el gasto energético, pudiendo coexistir factores genéticos, biológicos y culturales.

En la actualidad entre un 16% y un 33% de los niños y adolescentes europeos son obesos. En España entorno al 40% tienen sobrepeso u obesidad.

2 Objetivos

Determinar los factores que contribuyen a agravar el problema, información sobre la elección de alimentos saludables para lactantes, niños y adolescentes; recomendaciones sobre hábitos y estilos de vida saludables desde los inicios de la edad temprana.

3 Metodología

Se han realizado revisiones bibliográficas en bases de datos científico sanitarias, publicaciones y revistas científicas relacionadas con el tema a tratar.

4 Resultados

La obesidad infantil está relacionada con una amplia gama de problemas de salud graves y un aumento del riesgo de contraer enfermedades prematuramente, siendo las más destacadas la diabetes, las cardiopatías, problemas de las articulaciones y repercusiones psicológicas.

La elección de alimentos saludables para los lactantes es fundamental, recomendando la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los seis meses de edad, posteriormente la alimentación complementaria desde los 6 meses, introduciendo alimentación variada evitando alimentos ricos en grasas, azúcar y sal; y manteniéndola durante la vida.

A parte de la importancia de la alimentación sana y variada, en los países occidentales más urbanizados y digitalizados, ofrecen menos opciones para la actividad física a través de juegos saludables, cuanto más tiempo empleen en actividades sedentarias, mas fácilmente puede aparecer la obesidad.

Si los niños mantienen sus principios de alimentación sana y variada acompañado de práctica de ejercicio físico regular, mantendrán un peso adecuado a su talla.

5 Discusión-Conclusión

Es importante aplicar medidas de prevención y estrategias para combatir y cambiar los malos hábitos alimenticios, adoptando además actividades físicas y apostando por mejorar la vida.

Para ello se debe modificar los hábitos de alimentación, siempre teniendo en cuenta que debe de ser a largo plazo, y basado en la modificación de los hábitos y conducta alimentaria. Cuando se trata de niños en crecimiento, el objetivo es mantener el peso actual o bajarlo lentamente mientras crece en estatura.

En la alimentación se debe de aumenta el consumo de frutas y hortalizas, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta de grasas y sustituir las

saturadas por las insaturadas y reducir la ingesta de azúcares.

También debe de realizarse una modificación de estilos de vida, es necesario promover el ejercicio estimulando el movimiento y manteniéndolo activo al menos durante una hora al día, reduciendo el sedentarismo, reemplazándolo por actividades al aire libre, identificar habilidades especiales para deportes individuales o en equipo y fomentarlas para que conforme el niño madura y se da cuenta de sus posibilidades , de sus destrezas y éxitos, entenderá que el ejercitarse y estar en forma está relacionado con el bienestar y la salud a largo plazo.

En la medida que el niño aplica los cambios en la alimentación y en el estilo de vida, notando cambios en su cuerpo, percepción del entorno y quienes lo integran, se puede considerar que el tratamiento es exitoso, mejorando la autoestima del niño.

6 Bibliografía

- <https://www.who.int>.
- <https://farmaceuticonline.com>
- <https://revista.nutricion.org>
- <https://www.unav.edu>
- <https://www.analesdepediatria.org>
- Bases de datos de PubMed, Scielo, Embase.

Capítulo 58

IMPORTANCIA DE LAS TIC PARA LOS PROFESIONALES SANITARIOS

CORAL GONZALEZ RODRIGUEZ

MARÍA PILAR RODRÍGUEZ CORROS

ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ

BEATRIZ EGIDO GORDO

MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS

1 Introducción

Según los estudios demográficos, vivimos en una sociedad envejecida y esto tiene una importancia considerable desde el punto de vista social, científico, político, económico y médico.

Este envejecimiento es uno de los factores que desencadena el aumento de enfermedades crónicas, y es la primera causa de morbilidad en el mundo junto con otros factores como el sedentarismo, el consumo de drogas, el tabaquismo, etc...

En las sociedades del mundo desarrollado destacan enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares, cerebrovasculares, coronarias, hipertensión arterial, obesidad, dislipemias, diabetes, osteoporosis, enfermedades neoplásicas, entre muchas otras

Según la Organización Mundial de la Salud, el 50% de los enfermos crónicos no presentan una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico que es algo primordial para el correcto curso de la enfermedad.

La atención al paciente crónico es un reto para los sistemas sanitarios de los países desarrollados que están implantando distintas estrategias que les ayude a solventar el problema y entre ellas están las tecnologías de información y comunicación (TIC), que son cada vez más usadas en el ámbito de la salud por los profesionales, pacientes y cuidadores. (1)

2 Objetivos

Conocer las ventajas que presenta en la sanidad el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación.

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

TICs. Panorama español

En España las TIC y los servicios autonómicos de salud están relacionados a través de varios programas “ Plan Avanza y el Plan Avanzados”.

El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud considera la utilización de las tecnologías de la información en la mejora de la atención al ciudadano como un pilar fundamental, por ello, en los últimos años se han desarrollado líneas de actuación como la Historia Digital, Tarjetas Sanitarias, Receta Electrónica, etc.

En el informe “Los ciudadanos ante la e-sanidad” elaborado por el Observatorio Nacional de Telecomunicaciones se analiza la relación de la población española con las TIC y el conocimiento, utilización y valoración que hacen de los distintos

servicios sanitarios, así como sus preferencias, y en él resalta la influencia de las TIC en la gestión sanitaria y en la información sobre salud. Se vio que la mayoría de usuarios recurren a su médico o farmacéutico por lo que destacan los profesionales sanitarios como las principales fuentes de información y consulta de los ciudadanos. Las redes sociales también aparecen como fuente de información de salud pero con una confianza mínima para ellos y con un peligro añadido por la presencia de web o contenidos sin veracidad ni calidad científica.

En general, los usuarios están contentos con la informatización de la salud. (2)

Beneficios de las TIC en el sector sanitario

La Secretaría General de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico realizó un informe en 2010 “Mejora de la eficiencia del sector sanitario” que analiza el uso de las TIC en la sanidad de seis países y concluye con los siguientes beneficios: (3)

- Incremento de la calidad en la atención al paciente y de la eficiencia: Las TIC pueden ayudar a mejorar la seguridad del paciente a través del acceso directo al historial médico, consulta online de tratamientos, registro de la evolución de los enfermos.
- Reducción de los costes operativos de los servicios médicos: gracias a la reducción del tiempo que se requiere para procesar datos o manejar documentación. Los médicos pueden ahorrar hasta treinta minutos diarios con la receta electrónica.
- Disminución de los costes administrativos: Supone un gran ahorro en la facturación. En EEUU, desde 1997 se ha pasado de un gasto en papel de 5 dólares a 25 centavos.
- Posibilidad de llevar a cabo modelos de sanidad completamente nuevos: Las TIC suponen una nueva forma de ejercer la medicina. La atención primaria se ha visto renovada y hay un mejor acceso a la sanidad gracias a la telemedicina.

Telemedicina

La aplicación de las TIC al ámbito de la salud, junto con otros factores de tipo sociológico ha supuesto un gran impulso para el área de la comunicación y la salud (4).

Los términos “telesalud” o “eSalud” se refieren a los servicios sanitarios prestados a distancia por un equipo de profesionales y por medio del uso de las TIC con el fin de mejorar la salud de usuarios y población en general (5).

La teleenfermería surgió en Reino Unido y Canadá. En España, 061 Cat Salut

Respon, que está gestionado por enfermeras, da cobertura a Cataluña a través de teléfono , página web, chat o correo electrónico. En Andalucía tienen “Salud Responde” que es un centro de información y servicios a la ciudadanía. Y la implicación de enfermería en programas de eSalud, como tele-nurses está cada vez más extendida.

Según un estudio realizado en el Servicio Andaluz de Salud (6) hay tres factores que explican la intención de uso de la telemedicina. Por una parte está el apoyo de la institución, la utilidad percibida y por último la facilidad de uso. En 2014 se implantó la norma EN 301 549 [CEN, CENELEC, ETSI, 2015] modificada en el año 2015. Su objetivo es que los productos o servicios TIC adquiridos por una administración pública europea puedan ser utilizados por personas con diversas características y capacidades, incluyendo a personas con discapacidad. Lo que garantiza la facilidad de uso para el usuario.

Es muy importante la adquisición de competencias digitales por parte del personal de enfermería de práctica avanzada para favorecer la atención a la cronicidad, la promoción de la salud y cambios a estilos de vida más saludables.(7)

Según un Estudio estadístico realizado entre profesionales sanitarios que estaban vinculados con el Máster en tratamiento del Dolor de la Universidad de Salamanca (8), se comprobó que los médicos que hacen uso de las TIC en mayor medida para su labor asistencial, son mejores como médicos gracias a éstas.

5 Discusión-Conclusión

Las TIC permite a los profesionales sanitarios fomentar los conocimientos y habilidades en pacientes crónicos y en sus cuidadores, formar redes sociales y de apoyo para facilitar la adaptación a la enfermedad y al mismo tiempo sirve para recoger, sistematizar y transmitir información útiles para inducir cambio en el comportamiento y estilo de vida favoreciendo la salud física y mental de pacientes y cuidadores.

Por todo ello, las Tecnologías de la Información y la Comunicación son primordiales en el panorama sanitario actual y futuro, y el manejo y aplicación de las mismas por parte del personal sanitario es decisivo en la atención a las personas de forma eficiente y segura.

6 Bibliografía

- Herrera A, Flórez I, Romero E, Montalvo A. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. *Aquichan* 2012;30(1):55-65.
- <http://www.salud-e.cl/wp-content/uploads/2013/08/Sanida+en+Linea+Espa%C3%Bl.pdf>
- <http://www.ticsalut.cat/flashticasalut/html/es/articulos/doc34875.html>.
- Cuesta, Ubaldo, et al. (coords). *Comuniación y salud*. Madrid: Dextra, 2017. ISBN 978-84-16898-20-6, pp.613-623
- Sarria Guerrero JA, Guix Comellas EM, Isla Pera MP. Implantación de la telemedicina, eSalud y atención telefónica de enfermería de España. *Revista Rol de Enfermería*, 2017;40(4):254-258.
- Pereyra Rodríguez JJ. *Determinantes del uso de la telemedicina en una organización sanitaria*. Universitat oberta de Catalunya, 2017
- Revisión bibliográfica y desarrollo sobre la importancia de las tecnologías de la información y la comunicación en el campo de la enfermería de práctica avanzada. 2017. <http://hdl.handle.net/10498/19361> 14/08/2017 11:50
- Muriel Fernández J. *Estudio estadístico de los usos de internet de los profesionales sanitarios vinculados con el Máster en tratamiento del Dolor de la Universidad de Salamanca desde el año 2005/06 hasta el 2013/14*. Universidad de Salamanca. 2016

Capítulo 59

EL DUELO EN LAS DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA

LAURA FERNÁNDEZ LOREDO

1 Introducción

EL DUELO

La palabra duelo proviene del latín *dolus*, y significa “dolor” (1). Si bien existen numerosas definiciones, una de las más extendidas es la propuesta por el psicólogo John Bowlby. El experto define el duelo como “todos aquellos procesos psicológicos conscientes e inconscientes, que la pérdida de una persona amada pone en marcha, cualquiera que sea el resultado” (2).

A lo largo de la historia han sido muchos los autores que han escrito acerca del duelo. Uno de los primeros fue Sigmund Freud en su trabajo “Duelo y Melancolía”. En la citada obra, el autor sostiene que el sufrimiento que se experimenta ante la muerte de una persona se debe al apego interno que se le tenía, y, por lo tanto, el duelo sería la forma de romper dicho apego (1).

Si bien el duelo no es un trastorno mental, el DSM-IV lo clasifica dentro de los trastornos que pueden ser objeto de atención clínica. Sin embargo, cuando los síntomas de este proceso prevalecen de forma intensa durante un tiempo mayor a dos meses tras la pérdida, podría tratarse de un trastorno depresivo mayor. La CIE-10 por su parte, clasifica el duelo dentro de los trastornos adaptativos (3).

Según estudios (4), el 16% de las personas que pierden un familiar desarrolla un episodio de depresión en el periodo de un año desde la muerte. Esta cifra aumenta hasta el 85% en el caso de personas mayores de 60 años.

El duelo es la respuesta emotiva a la pérdida de algo o alguien, es una experiencia humana y normal. La persona que lo sufre experimenta una serie de procesos psicológicos y psicosociales hacia un sujeto con el que estaba vinculado (4).

Por lo general, el duelo suele asociarse a la muerte, ya que, si bien este es el destino inevitable de todos los seres vivos, puede generar un impacto en las personas que están alrededor (1). No obstante, el duelo no solo se produce ante el fallecimiento de una persona con la que se tenía una unión, sino que cualquier pérdida significativa puede ocasionar un duelo, y la intensidad de este va a depender del valor que se le atribuya, del apego que se le tenga (2 y 3). Durante el duelo se ponen en funcionamiento una serie de mecanismos de defensa con el objetivo de tratar de superar la situación vivida (1).

Algunas de las pérdidas que pueden ocasionar duelo son: la pérdida de una persona, bien por fallecimiento, separación, distanciamiento... pérdidas debidas a la maduración del individuo, como la vejez, la menopausia, el paso de infancia a adolescencia, etc. La pérdida de objetos materiales, de aspectos laborales o económicos, fracaso escolar, cambio de domicilio, también puede ocasionar duelo. Del mismo modo, la desaparición de aspectos de uno mismo, como aptitudes, capacidades sensoriales, psicológicas, de valores, ilusiones, pérdida de la salud, etc. Pueden derivar en la situación descrita (2 y 3).

Hay determinados factores que pueden condicionar el desarrollo del duelo. Por ejemplo, en el caso de la muerte de una persona, si esta se produjo de forma violenta, inesperada o reciente al fallecimiento de otra persona, podría ocasionar un duelo más complicado.

También es determinante tanto el vínculo que se tenía con el fallecido, como las habilidades personales para superar la pérdida. Por otro lado, las circunstancias sociales, sanitarias, económicas, familiares, etc. en las que se encuentre la persona también condicionar el citado proceso (2).

FASES DEL DUELO

Son muchos los autores que describen las fases del duelo. En este trabajo, se van a describir dos de ellas, la realizada por Kümbler-Ross y la de J Bowlby.

Para la psiquiatra estadounidense Elisabeth Kümbler-Ross, el duelo consta de cinco fases. Esta definición fue creada en 1970, para describir a personas con enfermedades terminales cuya muerte se acercaba, sin embargo, más tarde la terminó aplicando a cualquier pérdida catastrófica. Las cinco fases que describe

son:

1. Negación: incredulidad, imposibilidad de reconocer y aceptar el suceso.
2. Ira: sentimientos de rabia y hostilidad dirigidos tanto a sí mismo como a los demás.
3. Negociación: esta fase tiene como objetivo retrasar el momento de aceptar la verdad.
4. Depresión: sentimientos de soledad, vacío, desesperanza, desamparo, etc.
5. Aceptación: asumir la realidad y continuar hacia delante.

Para la autora estas fases pueden durar un periodo de tiempo variable, variar el orden, la intensidad, omitirse o solaparse alguna de ellas en función de la persona (5).

Otra de las clasificaciones más aceptadas es la del psicoanalista inglés Bowlby (2). Para este autor, el duelo consta de cuatro fases que son:

1. Fase de aturdimiento o shock: desconcierto, incredulidad, paralización ante la situación. El shock da tiempo al individuo para asimilar la información. En esta fase el individuo siente el dolor y la pena ante la pérdida.
2. Fase de anhelo: necesidad de recuperar a la persona fallecida, y, ante la imposibilidad de esto, el individuo experimenta sentimientos de ira y agresividad tanto hacia sí mismo, culpándose de lo ocurrido, como hacia los demás.
3. Fase de desorganización y desesperación: esta fase está marcada por sentimientos depresivos y de falta de ilusión. El individuo acepta la pérdida y sufre por ella tristeza, vacío, soledad.
4. Fase de un grado mayor o menor de reorganización: la persona consigue, utilizando sus recursos de superación, adaptar la pérdida a su vida y comenzar de nuevo.

TIPOS DE DUELO

Duelo normal:

Se trata de una reacción humana normal, que ocurre ante la muerte de un ser querido y cuyas manifestaciones dependen de la personalidad del propio individuo y de la situación en la que se encuentre.

Duelo patológico:

Los síntomas del duelo se intensifican de tal manera que, lejos de resolverse, el dolor que siente la persona es tal, que su vida gira en torno a esa pérdida.

Duelo crónico:

La situación de duelo se prolonga, sin conseguir ser resuelta, durante un largo

periodo de tiempo, incluso durante toda la vida del individuo. La vida del sujeto gira en torno al dolor por la pérdida.

Duelo retardado o inhibido:

Rechazo de la situación de la pérdida y, por lo tanto, el individuo no experimenta síntomas ante esta.

Duelo anticipatorio:

Aparece antes de que ocurra la muerte, es una manera de anticiparse a la pérdida que se va a sufrir y poder prepararse para esta. Este tipo de duelo es frecuente que se experimente antes pacientes en estado terminal.

Duelo enmascarado:

La persona padece una serie de síntomas somáticos pero que no relaciona con la pérdida que ha sufrido recientemente.

Duelo exagerado:

En este duelo, la persona que lo padece no tiene la certeza de lo ocurrido. Se puede dar de dos situaciones distintas. En la primera de ellas, se percibe a la persona fallecida como ausente físicamente, pero presente psicológicamente. Esto suele darse ante muertes violentas en las que no se encuentra el cadáver. En la segunda situación el fallecido es percibido como presente física y ausente psicológicamente. Esto suele darse ante personas con demencia o en estados vegetativos (2 y 4).

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Comprender el proceso de duelo y cómo varía el duelo en función de la edad del sujeto que lo experimenta.

Objetivos específicos:

- Identificar las situaciones capaces de ocasionar un duelo.
- Conocer los factores que pueden condicionar un duelo patológico.
- Describir los distintos tipos del duelo.
- Identificar las fases del duelo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de artículos y documentos sobre el duelo. La búsqueda se ha llevado a cabo en distintas bases de datos científicas, como PubMed, Web of Science y Scielo; y buscadores como Medline y Google Académico. Para ello se utilizaron las palabras clave duelo, muerte, etapas de la vida, adolescencia y vejez.

No se han seleccionado los artículos en función de su fecha de publicación, ya que de esta forma se incluyen en la revisión algunos de los artículos más relevantes de la historia acerca del tema a estudio.

4 Resultados

EL DUELO EN LAS ETAPAS DE LA VIDA

Como ya hemos visto, son muchos los factores que condicionan el duelo en las personas, a continuación, se explica uno de ellos, la etapa de la vida en la que el individuo se encuentra:

El duelo en la infancia:

Según un estudio realizado en Madrid (6), en el que participaron 124 niños que habían sufrido una pérdida reciente, el 13% sufrió el duelo por dicha pérdida. Los síntomas más frecuentes que refiere el citado estudio son: trastornos de conducta en primer lugar, seguido por fracaso escolar, síntomas depresivos y ansiedad.

También es frecuente, en niños que han sufrido una pérdida cercana, mal rendimiento escolar, actitudes de desobediencia, agresividad, alteración en el patrón del sueño y en ocasiones, desarrollan un interés por el tema de la muerte que antes no tenían (7).

El duelo en los niños suele seguir tres fases: protesta: en la que desesperadamente suplican que la persona fallecida vuelva; desesperación, estado de abandono, apatía y llanto continuo y finalmente la ruptura del vínculo, donde el niño abandona el vínculo emocional que tenía con el fallecido. Por lo general, los niños tienden a superar el duelo sustituyendo a la persona fallecida (3).

Entre las muchas situaciones que pueden provocar un proceso de duelo en el niño se encuentran, la muerte o separación de los padres o la pérdida de contacto con el núcleo familiar, que puede ser debido a ingresos hospitalarios, en internados, escuelas, ...(3)

En caso de los niños, sufrir la pérdida de una persona cercana puede, además de dificultar la superación del duelo, ocasionar problemas en el desarrollo de la personalidad.

Es especialmente importante prestar atención al desarrollo y evolución del duelo en edades tempranas, ya que podría conllevar alteraciones psicológicas a corto o largo plazo; además, podría reactivarse ante otras situaciones. En estas situaciones debe tenerse muy en cuenta el ambiente familiar del menor, especialmente en aquellas circunstancias de riesgo, bien por antecedentes psiquiátricos, pérdidas múltiples de seres cercanos o desestructuración familiar (8).

Las actitudes del niño sobre la muerte de un ser cercano a él van a estar determinadas, en gran medida, por el nivel de comprensión que tenga sobre la muerte (7).

El duelo en la adolescencia:

La adolescencia supone la transición de la niñez a la vida adulta. Es un proceso de crecimiento y maduración donde el individuo desarrolla su identidad definitiva (9).

Es esta situación de cambios e inestabilidad la pérdida de alguien del entorno del adolescente puede ser vivida con gran intensidad y suponer en él una situación de crisis, con alteraciones en la identidad del individuo y su estado psicológico. No obstante, los adolescentes suelen tener recursos para afrontar y resolver dichas crisis (8).

La separación de los padres o cambiar de colegio y amigos son las principales situaciones que producen un duelo en un adolescente (3).

En líneas generales, los adolescentes tienen a comprender el significado de la muerte, por lo tanto, el proceso del duelo es similar al que viven los adultos (3).

El duelo vivió en edades tempranas puede producir alteraciones en el desarrollo evolutivo del individuo, por un lado, puede la maduración del individuo y el paso de una etapa de la vida a otra, de la infancia a la adolescencia, o de esta a la edad adulta. Por otro lado, puede detener esa evolución vital o incluso producir una regresión de esta. Todo esto, con las con las consiguientes alteraciones psíquicas que estos cambios vitales suponen en el individuo (10).

El duelo en la edad adulta:

La edad adulta está plagada de situación que pueden desencadenar una situación

de duelo, como puede ser la propia entrada en la edad adulta, la formación de una familia (con las responsabilidades que esto supone), el inicio de la vida laboral y problemas relacionados con esta, la crisis de la mediana edad, la emancipación de los hijos, pérdida de seres queridos, etc. (8).

El divorcio o separación de la pareja, un embarazo, abortos no deseados, desempleo, muerte de los progenitores, emigración o cambios de domicilio, o enfermedades de los hijos son algunas de las situaciones que pueden generar un proceso de duelo en un adulto (3). Sin embargo, la muerte de los hijos ocasiona la situación más dura de duelo en la edad adulta. La frotación de este duelo es muy complicada pudiendo ocasionar duelos complicados. Lleva asociado alteración de las relación con otros hijos, con la pareja y cambios a nivel laboral (10).

El duelo en la vejez:

La vejez tiene como consecuencia la pérdida de un gran número de personas del entorno, es por eso por lo que, en ocasiones, los ancianos que sufren pérdidas constante, pueden llegar a vivir en un estado de duelo permanente (3 y 8).

La viudedad produce en el individuo una sensación de soledad y desamparo, cuya superación depende del propio estado de salud, del apoyo familiar que reciba y de la personalidad del individuo y su capacidad innata de superación (8).

Además de la pérdida de familiares y amigos, la jubilación, el deterioro de la salud o enfermedades, sufridas tanto por la propia persona, como por otra de su círculo cercano, son algunas de las situaciones que pueden generar un duelo en la persona anciana (3).

5 Discusión-Conclusión

El duelo es una respuesta humana normal que se produce ante la pérdida de algo o alguien con el que se tenía un vínculo. Aunque tradicionalmente se asocia a la muerte de una persona cercana, puede producirse ante cualquier pérdida que sea significativa para el sujeto. Varía en intensidad y duración en función de cada persona.

En edades tempranas el duelo se manifiesta principalmente con cambios en el comportamiento, ánimo y actitud y fracaso escolar. En esta edad, una pérdida significativa puede condicionar la maduración del individuo.

Los adolescentes experimentan un duelo similar a los adultos ya que su com-

prensión sobre el significado de la muerte es mayor. Separarse de los padres, de los amigos o cuestiones escolares son las principales situaciones capaces de ocasionar un duelo en un adolescente.

En el caso de las personas adultas, existen numerosas situaciones capaces de desencadenar un duelo, desde motivos laborales, familiares, económicos. Siendo la muerte de un hijo la más complicada de todas.

Las personas ancianas sufren constantemente pérdidas, jubilación, pérdida de la salud, de personas cercanas, etc. por lo que es frecuente que tengan que enfrentarse a una situación de duelo.

6 Bibliografía

- Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. *Enferm Global*. 2009; 15: 1-9.
- Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. *An Sist Sanit Navar*. 2007; 30(3): 163-76.
- Flórez SD. Duelo. *Anales Sis. San Navarra*. 2002; 25(3): 77-85.
- Meza Dávalos EG, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 2008;13(1):28-31
- Miaja Ávila M, Moral de la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kümbler-Ross mediante las redes semánticas naturales. *Psicooncología*. 2013; 10(1): 109-30.
- Villanueva C, García Sanz J. Especificidad del duelo en la infancia. *Revista Psiquiatría Pública*. 12
- Gala León FJ, Lupiani Jiménez M, Raja Hernández R, Guillén Gestoso C, González Infante JM, Villaverde Guitiérrez M^aC, et Al. Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuad. Med. Forense*. 2002; 30: 39-50.
- Gamio Medina E, Pazos Pezzi P. El duelo y las etapas de la vida. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiqu*. 2009; 29(2): 455-469.
- Lillo Espinosa JL. Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Rev Asoc. Esp Neuropsiq*. 2004. 90: 57-71.
- Pazos Pezzi P, García Eslava S. Aspectos de la literatura. *Psiquiat. Pública*. 2000; 12(3): 1-18.

Capítulo 60

EFFECTOS DEL USO DE VIDEOJUEGOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

Los videojuegos fueron introducidos en nuestro país a partir de la década de los 70 y paulatinamente han ido ganado importancia en los hogares. En el año 2018 se estimó en más de 18 millones los consumidores de videojuegos en España, entrando nuestro país en los 10 con mayor volumen de negocios de videojuegos del mundo y en el top 5 de Europa. Los niños entre 5 y 14 años suponen un 20% de los usuarios y no existe diferencia por sexo.

2 Objetivos

- Conocer los efectos psicosociales de los videojuegos en niños

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica de artículos científicos sobre los efectos psicosociales de los videojuegos en niños en bases de datos habituales: Cochrane, PubMed y Google académico, utilizando las palabras clave: videojuegos, niños, adolescentes, violencia y aprendizaje.

4 Resultados

- Violencia.

Según diversas investigaciones y meta análisis, la relación entre juegos de alto contenido violento y la posterior conducta agresiva y comportamiento social reprimido del individuo esta demostrada.(1,2)

- Problemas de atención.

En un estudio en Turquía concluyeron que tras una hora de juego, siendo esta parte del aprendizaje en el uso del videojuego, se mejoraba la capacidad de atención a corto plazo. Sin embargo en niños que juegan asiduamente, esa capacidad se deteriora.(3)

- Capacidad de resolución de problemas.

Según diversos estudios concluyen, a pesar de que las investigaciones no son definitivas, que la capacidad de resolución de problemas se incrementa en usuarios de videojuegos así como sus habilidades espaciales, precisión y capacidad de reacción.(4)

- Relaciones sociales.

A pesar de la creencia popular, en estudios realizados entre 1988 y 1995 se demostró que la capacidad de mantener relaciones sociales no es inferior en consumidores de videojuegos frente a los no consumidores, sino que, al contrario, son mas extrovertidos y sociables. Por otro lado actualmente el uso masivo por parte de la población de usos en línea favorece las interacciones personales.(5)

- Uso educativo y terapéutico.

El uso de videojuegos como material de apoyo educativo esta dando grandes resultados, ya que los niños y adolescentes se sienten motivados y además resulta muy útil en niños con problemas de aprendizaje. Del mismo modo su uso terapéutico produce mejoría en el rendimiento, la reeducación o la recuperación de algunas destrezas o habilidades de físicas o psicológicas.

5 Discusión-Conclusión

El uso de videojuegos puede ser positivo para el desarrollo psicosocial del niño siempre y cuando el tiempo de uso sea limitado y el contenido de los juegos no sea de carácter violento.

6 Bibliografía

- Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in eastern and western countries: a meta-analytic review. Anderson CA1, Shibuya A, Ihori N, Swing EL, Bushman BJ, Sakamoto A, Rothstein HR, Saleem M. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192553>
- An update on the effects of playing violent video games. Article en Journal of Adolescence 27(1):113-22 • March 2004. Disponible en: <https://www.researchgate.net/>
- Short-term effects of playing computer games on attention. Tahiroglu AY1, Celik GG, Avci A, Seydaoglu G, Uzel M, Altunbas H. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Effects of video game playing on measures of spatial performance: Gender effects in late adolescence. Okagaki, L., & Frensch, P. A. (1994) Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0193-3973\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0193-3973(94)90005-1)
- El efecto de los videojuegos en variables sociales, psicológicas y fisiológicas en niños y adolescentes. José Moncada Jiménez y Yamileth Chacón Araya Universidad de Costa Rica. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3457/345732287009.pdf>
- Videojuegos y educación. Félix Etxeberría San Sebastián. Disponible en:

Capítulo 61

¿CONOCEN LOS FISICULTURISTAS LOS EFECTOS PARA LA SALUD QUE TIENEN LOS SUPLEMENTOS DEPORTIVOS?

LYDIA LEÓN BENÍTEZ

MARÍA DE LAS NIEVES LÓPEZ FERNÁNDEZ

GERMÁN TORNERO TENDERO

1 Introducción

En la actualidad, existe una evolución en referencia a la existencia y uso de los distintos suplementos alimenticios, también llamados suplementos dietéticos o nutricionales. Un suplemento alimenticio se define como un producto concentrado de nutrientes u otras sustancias. Pueden ser vitaminas, minerales, proteínas, aminoácidos, extractos vegetales, entre otros. (1-4)

Su ingestión tiene como finalidad complementar la dieta, aportando así los nutrientes que pueden no ser consumidos en cantidades suficientes para el organismo evitando así su déficit.

Los suplementos dietéticos comercializados para personas físicamente activas o para deportistas de competición se denominan suplementos deportivos. Son un tipo de ayuda ergogénica y su uso está relacionado con el aporte de nutrientes

necesarios en caso de deficiencia alimentaria y con la cantidad que se desea conseguir de un nutriente específico. Varios de los objetivos son: un aumento de masa muscular, un aumento de fuerza, una mejora en la resistencia, disminución de la grasa corporal, máximo rendimiento deportivo, un beneficio en los entrenamientos y una mejora en el aspecto físico.(5)

En nuestra sociedad, cada vez son más los deportistas que toman suplementos a la hora de practicar un deporte, ya sean mujeres y hombres, jóvenes y mayores, en el ámbito profesional (a nivel de competición) o en el ámbito semiprofesional (aficionados). Dependiendo del tipo de deporte, se emplean unos suplementos u otros, según las necesidades que requieran.(5-7)

El culturismo, también denominado fisiculturismo o fisicoculturismo, es un deporte, donde la finalidad principal de los deportistas es desarrollar su masa muscular, ganar fuerza y potencia. Este deporte es en el que se ha centrado el presente proyecto, ya que a pesar de existir un consumo de suplementos en los distintos deportes, existe una estrecha relación entre el culturismo y el consumo de suplementos. Además, es un deporte en el que interviene la imagen corporal y la estética, temas influyentes en la actualidad.(8)

En el ámbito tanto profesional como amateurs, los fisiculturistas emplean varias sustancias, especialmente proteínicos. La mayoría de los deportistas profesionales conocen los efectos y las dosis recomendadas, mientras que los deportistas amateurs, además de no competir, poseen una falta de conocimiento que hace que no consigan los efectos esperados e incluso que muestren efectos adversos. A estas sustancias se añaden el uso de fármacos u otros compuestos, considerados dopaje, como son esteroides anabólicos, beta-bloqueantes u hormonas, entre otros.(8-10)

El uso de suplementos deportivos adecuados tiene beneficios para el fisicoculturista, pero esto va a depender del consumo que realice (número de dosis y tomas) y del origen del producto (desconocido o no). Esto supondrá la posible aparición de efectos perjudiciales para la salud, como alteraciones en algún órgano o sistema o dar positivo en los controles de dopaje.(9, 12-14)

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los conocimientos de los fisiculturistas sobre los efectos que los suple-

mentos deportivos tienen en la salud.

Objetivos secundarios:

- Conocer el tipo de sustancias que toman los fisiculturistas.
- Conocer los motivos por los que lo toman.
- Conocer cuáles son los canales de información por lo que se informan y acceden a los suplementos deportivos.

3 Metodología

- Tipo de estudio: Estudio descriptivo y transversal en el que se empleará para la recogida de datos, un cuestionario de recogida de datos de desarrollo propio previamente validado mediante una realización previa de un pilotaje.

Cuenta con variables sociodemográficas como la edad, sexo, formación previa a nivel legislativa-sanitaria etc...

- Ámbito/población: La muestra constara de 100 participantes que estén más de 2 años siendo usuarios de un gimnasio de Albacete.

- Criterios de inclusión:

Mujeres y hombres que practiquen fisiculturismo y/o fitness; ya sean competidores y amateurs.

Ser usuario de un gimnasio en Albacete capital.

- Criterios de exclusión.:

Mujeres embarazadas o que realicen algún tipo de actividad física postparto en los distintos gimnasios de la capital de Albacete.

Menores de edad

- Consideraciones éticas.

La colaboración será voluntaria, anónima y desinteresada. El estudio se realizará bajo los principios de la Ley 14/2007 de investigación biomédica y Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Los investigadores participantes en este estudio nos responsabilizamos de mantener la confidencialidad y anonimato de las informaciones recogidas, garantizando que la utilización de estos datos no tendrá otros fines distintos que el de la propia investigación. Dado que la encuesta es anónima y no se recogerá ningún dato que permita identificar a los participantes, se incluirá en la carta de presentación la información sobre que la cumplimentación del cuestionario supone el consentimiento para partici-

par en el estudio. Se solicitará la aprobación de la Comisión de Investigación del Comité de Ética de Investigación del Área.

Procedimiento de recogida de datos.

- Fase primaria. Comprende el primer mes del inicio del estudio. Durante esta fase, se realizará la presentación del proyecto de investigación, en ella se tomará contacto con los participantes del estudio. El investigador principal transmitirá la información al colectivo participante.
- Fase secundaria. Su inicio corresponde al segundo mes del inicio del estudio hasta la finalización del tercer mes. En ella se administrará el cuaderno de recogida de datos, el cual estará complementado por una hoja anexa informativa en la que se detallara el objetivo del estudio, la importancia de su desarrollo (solventado las posibles cuestiones para su correcta realización). Por otro lado dicho, anexo informativo tiene un componente ético-legal en el que se advierte que el hecho de completar la encuesta implicará su consentimiento para participar en el estudio. La entrega y recogida de dicho cuestionario será realizada por un enfermero que participe íntegramente en este proyecto durante la última semana lectiva en turno de mañana (en horario de 9:00 horas a 10:00 horas) dentro del periodo previsto en esta fase hasta completar el total de los participantes.
- Fase terciaria. En ella, se llevará a cabo el análisis y publicación de los datos durante el cuarto mes.

Análisis estadístico I.

Los datos recogidos en los distintos formularios se trasladarán a una hoja de cálculo creada en el soporte informático Microsoft Excell y posteriormente se utilizará el paquete estadístico Statitistical Package for Social Sciencie (SPSS) versión 19 para Windows. El análisis de los resultados se realizará mediante un estudio descriptivo de las variables utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, medidas de tendencia central y dispersión en las cuantitativas. Se calcularán los Intervalos de Confianza (IC) al 95%. Se comprobará la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando test de Kolmogorov-Smirnov.

Análisis estadístico II.

Se realizará también un análisis bivalente, en el que se procederá a comparar las variables entre grupos mediante t de Student, ANOVA, Chi-cuadrado y otros test no paramétricos, en función de la naturaleza de las variables. Se calcularán Odds-ratio como medida de tamaño del efecto. El nivel de significación se establecerá, como es habitual, para valores de $p < 0,05$.

4 Bibliografía

- 1. McArdle, W.D., Katch, F.I. & Katch, V.L. (2015). Fisiología del ejercicio. Nutrición, rendimiento y salud, (8º ed.). Barcelona: ISBN.
- 2. Wallace, T. C. (2015). Twenty Years of the Dietary Supplement Health and Education Act—How Should Dietary Supplements Be Regulated? *The Journal of nutrition*, 145(8), 1683-1686.
- 3. CE (Comisión Europea). (2016). Food supplements. Abril 14, 2016. European Commission. Recuperado de <http://ec.europa.eu>
- 4. EUFIC (The European Food Information Council). (2013). Food supplements: who needs them and when? Enero 27, 2016. EUFIC. Recuperado de <http://www.eufic.org/>
- 5. Williams, M.H., Anderson, D.E. & Rawson, E.S. (2015). Nutrición para la salud, la condición física y el deporte (2da ed.) .Barcelona: Paidotribo.
- 6. Garrido, R.P., González, M. & García, M. (2005). Suplementos alimenticios en deportistas de élite. Abril 3, 2016, de efdeportes. Recuperado en <http://www.efdeportes.com/>
- 7. Guía práctica suplementación Revista Sport Life. (2008). La suplementación por deportes. Febrero 18, 2016. Powergym. Recuperado de <https://www.powergym.com/e>
- 8. NCCIH (National Center for Complementary and Integrative Health). (2015). Fisiculturismo. Febrero 17, 2016. Recuperado de <https://nccih.nih.gov/node/6950>
- 9. Lázaro, A. (2014). Suplementos proteínicos, consumo sin cautela y desde el control médico. Marzo 9, 2016. EFesalud. Recuperado de <http://www.efesalud.com/>
- 10. Abbate, V., Kicman, A. T., Evans-Brown, M., McVeigh, J., Cowan, D. A., Wilson, C., & Walker, C. J. (2015). Anabolic steroids detected in bodybuilding dietary supplements—a significant risk to public health. *Drug testing and analysis*, 7(7), 609-618.
- 11. FDA (U.S. Food and Drug Administration). (2009). La FDA advierte a los consumidores que no consuman productos para fisiculturismo comercializados como productos que contienen esteroides o sustancias similares a los esteroides. Febrero 5, 2016. Recuperado de <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/ComunicadosdePrensa/ucm174742.htm>
- 12. Gil, NP., Manonelles, P., Blasco, R., Franco, L., Gaztañaga, T., Manuz, B. & Villegas, J.A. (2012). Ayudas ergogénicas nutricionales para las personas que realizan ejercicio físico. Marzo, 9, 2016. Federación Española de Medicina del Deporte. Recuperado de <http://www.femede.es/>

- 13. Payró, O. (2013). Uso y abuso de los suplementos deportivos. Marzo, 9, 2016, de casosclinicoscampeche. Recuperado de <https://casosclinicoscampeche.files.wordpress.com/>
- 14. Sánchez, A.J., Miranda, M.T. & Guerra, E. (2012). Estudio estadístico del consumo de suplementos nutricionales y dietéticos en gimnasios. La Nutrición deportiva. Recuperado de <https://lanutriciondeportiva.wordpress.com/>

Capítulo 62

TODO SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT

ANA MARTÍN ÁLVAREZ

1 Introducción

En 1974 el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberg estudió por primera vez el síndrome de desgaste en la Free Clinic de New York. Observó que, tras un tiempo de trabajo con pacientes toxicómanos, la mayoría de los profesionales de la salud iban perdiendo gradualmente la energía hasta llegar al agotamiento y desmotivación por el trabajo y por los mismos pacientes.

Tras él, en 1982, Cristina Maslach, psicóloga del mismo país, desarrolló el primer cuestionario para trabajadores/as llamado Maslach Burnout Inventory (MBI), utilizado hasta la actualidad, reconociéndolo como síndrome.

Se han desarrollado diversos modelos sobre el STQ desde diversos ángulos de visión. Por ejemplo, modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo (Cherniss, 1993 y Thomson, Page y Cooper, 1993) o modelos desarrollados desde la teoría organizacional.

En 1997 Gil-Monte y Peiró afirman que las profesiones que incluyen contacto con compañeros, jefes, subordinados o usuarios del servicio ofrecido contribuyen de forma abrumadora a la sensación de agotamiento emocional y STQ, en especial los trabajadores de salud.

El SQT ha ganado tanta importancia que fue considerado un riesgo laboral por la Organización Mundial de la Salud en el año 2000. Se suele enfocar hacia las

personas que trabajan en relación con la salud, pues es un síndrome que implica contacto directo con el público, pero ocurre en muchos otros ámbitos.

Todos los profesionales que están en contacto directo con la gente son más propensos a padecerlo. Influyen diferentes factores como la edad (mayor riesgo entre 35 y 54 años), las relaciones en su vida privada, la carencia de descendencia y el tiempo que se lleva ejerciendo la profesión entre otros.

Hablando sobre la legislación vigente y la historia de la misma sobre este síndrome, en España, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995) incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales, ocupando un lugar destacado el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo al ser una fuente de accidentalidad y absentismo.

A partir de la sentencia del Tribunal Supremos (26 de octubre del 2000) respaldando el SQT como accidente de trabajo (causante de incapacidad temporal), se han pronunciado otras sentencias en la misma dirección.

Antes de la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales no existía en la legislación nada que abarcara los factores psicosociales del trabajo. Esta ley ha significado un antes y un después en la notoriedad social y laboral de este Síndrome y la diferenciación del mismo como accidente laboral.

2 Objetivos

Definir y desarrollar de forma breve tanto el concepto Síndrome de Burnout como su historia, evolución y vínculo con el personal de enfermería.

3 Metodología

Se ha planteado una revisión bibliográfica en los meses de septiembre y octubre de 2019 utilizando las bases de datos PubMed, Cuiden y Medline.

Se ha trabajado teniendo en cuenta el contexto histórico del Síndrome del Trabajador Quemado, la legislación vigente que concierne al tema, los signos y síntomas del mismo, sus fases, maneras de afrontamiento tanto grupal como individual y como ha ido tomando notoriedad este síndrome en la vida de los trabajadores y la sociedad a lo largo del tiempo.

4 Resultados

El SQT tiene una serie de ítems que lo caracterizan como por ejemplo el ser crónico, no mejorar tras un descanso o unas vacaciones, no producirse exclusivamente por la carga cuantitativa de trabajo, los afectados suelen esconder que lo padecen y evitan hablar de ello y desencadenase por una desmotivación hacia determinadas expectativas que se han visto frustradas.

La definición más aceptada de Burnout fue dada por Maslach en 1993. Lo define como “un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera. El agotamiento emocional se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales. La despersonalización se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo”.

El Burnout comprende tres conceptos clave: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de los logros personales y por lo tanto produce una pérdida anímica, cansancio y pérdida de energía que se relaciona también con síntomas de una depresión clásica.

El desarrollo de este síndrome dependerá de tres tipos de variables: individuales, sociales y organizacionales.

- Variables individuales: algunas características personales deben tenerse en cuenta para explicar la incidencia de SQT pues permiten evaluar, interpretar y clasificar las cualidades de los sujetos. El género podría diferenciar las puntuaciones entre hombres y mujeres, sobre todo respecto a las variables ineficacia y agotamiento.
- Variables sociales: tienen gran importancia, por ejemplo, el apoyo social, es decir, la ayuda real o percibida. Permite sentirse querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo.
- Variables organizacionales: mientras las dos primeras pueden dar lugar a la aparición del

Burnout por si, esta última está relacionada con las características del puesto de trabajo que pueden desencadenarlo. Se incluyen la sobrecarga, los roles, y el apoyo en el lugar de trabajo, entre otras.

Hay muchos tipos de factores que interviene en el desarrollo del Burnout, pero los más importantes son los relacionados con las características del puesto y el ambiente de trabajo:

- Los turnos laborales y el horario de trabajo: el trabajo por turnos y el turno nocturno en particular aumenta la aparición del SQT. Se producen diferentes alteraciones biológicas como por ejemplo la modificación del ciclo del sueño-vigilia y de la temperatura corporal. Esto es muy notorio en el personal de enfermería, pues la mayor parte trabaja a turnos. Este estilo de trabajo puede alterar el bienestar psíquico y personal. El ser humano es diurno y la alteración de los ritmos circadianos da lugar a estrés.
- La seguridad y estabilidad: en épocas de crisis hay mucho desempleo que afecta a un gran número de personal de enfermería. Este hecho puede generar estrés.
- La antigüedad profesional: el síndrome se manifiesta principalmente en dos periodos de la vida laboral de los y las profesionales, los dos primeros años de trabajo y a los profesionales con más de 10 años de trabajo.
- La incorporación de nuevas tecnologías: el personal de la salud, como el de otros muchos ámbitos, se encuentra expuesto continuamente a la aparición de nuevas tecnologías cuyo conocimiento es necesario para desempeñar el puesto de trabajo. Pueden producir cambios en las tareas y en el sistema de trabajo.
- El salario: las bajas remuneraciones del personal sanitario y la desmotivación profesional afectan a un porcentaje bastante elevado, sobre el 60-70%.

Podemos hablar de otros muchos factores como son: escasez de personal, amenazas de denuncia, excesiva burocracia, sobrecarga de trabajo, pacientes no cooperadores etc. Está claro que el personal sanitario, en concreto médicos y enfermeras sufren un estrés bastante intenso en sus acciones terapéuticas y cuidados.

Jerry Edelwich y Archie Brodsky proponen en 1980 cuatro fases: idealismo y entusiasmo, estancamiento, apatía y distanciamiento¹⁵.

Sumando diversos estudios se pueden destacar cinco fases:

- Fase inicial de entusiasmo: la persona se enfrenta a un nuevo trabajo con muchas expectativas, energía y entusiasmo.
- Fase de estancamiento: se desarrolla un desequilibrio entre recompensa y esfuerzo en el trabajo. Constata la irrealidad de sus expectativas, produciéndose una pérdida de entusiasmo. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.
- Fase de frustración: el personal desarrolla frustración, desilusión, sensación de fracaso.

Siente que el trabajo no tiene sentido. Su salud comienza a resentirse y se mani-

fiestan síntomas.

- Fase de apatía: se producen cambios de actitud y conducta. La persona comienza a tratar a los pacientes de forma fría y distante, incluso mecánica. Evitando las situaciones estresantes y anteponiendo sus necesidades.
- Fase de quemado: se trata de la última etapa, caracterizada por un colapso emocional y cognitivo con importantes consecuencias para la salud. Puede incluso llegar a dejar el empleo.

Respecto a los síntomas, podemos observarlos de cuatro clases muy diferenciadas según Maslach y Pines:

- Psicosomáticos: son frecuentes los dolores de cabeza, fatiga, úlceras o alteraciones gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y en el cuello, hipertensión arterial y en el caso de las mujeres incluso pérdidas de ciclos menstruales.
- Conductuales: podemos observar absentismo laboral, conducta violenta, drogadicción, imposibilidad para relajarse y comportamientos de alto riesgo como pueden ser conductas suicidas y ludopatía.
- Emocionales: hablamos de absentismo laboral, deseos de abandono del trabajo, descenso del rendimiento laboral, dudas sobre la competencia profesional, baja autoestima y dificultad para encontrarse concentrado.
- Defensivos: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y desplazamiento de sentimientos.

5 Discusión-Conclusión

A medida que se ha hecho públicamente notoria la relevancia del SQT se han ido desarrollando diferentes estrategias para reducir los riesgos de aparición del síndrome y mejorar la calidad de vida de aquellos que lo padecen. Se suele poner el acento en la intervención individual.

Hay tres niveles de actuación:

- Nivel organizativo: en este nivel las fuentes son ajenas al individuo, se encuentran en la propia organización. Este tipo de intervención tiene como objetivo disminuir el impacto negativo de estas fuentes de estrés, por ello es fundamental desarrollar programas de prevención y promoción de la salud. Se trata de facilitar los recursos adecuados, asistencia, planes de promoción, mecanismos de feedback, redes de comunicación etc.
- Nivel interpersonal: estas estrategias tienen como finalidad desarrollar habilidades sociales y asertivas para poder solicitar ayuda, apoyo y comprensión. Con-

siste en formar grupos de trabajo e interacción social. Hablamos de consolidar la dinámica grupal, entrenar las habilidades sociales, crear grupos de apoyo etc.

- Nivel individual: en este caso se centra en dotar al afectado con medios para afrontar el estrés. Consiste en trabajar el feedback, recursos comunicativos, distancia emocional, manejo de la ansiedad etc. Implementar rotaciones y programas de formación. Es importante trabajar la capacidad de escucha y la autoestima personal, creando una imagen positiva de sí mismo. Ir hacia convertirse en una persona segura y con asertividad es el mejor camino hacia el éxito y la realización. También es un punto fuerte trabajar en el lenguaje corporal.

También es recomendable trabajar técnicas de reestructuración cognitiva, autorregulación y relajación.

- Reestructuración cognitiva: consiste en discutir con uno mismo los pensamientos automáticos negativos que se producen en las situaciones que nos provocan ansiedad y sustituirlos por pensamientos racionales y positivos.

- Autorregulación o La respiración: cuando respiramos con un ritmo acelerado nuestro rendimiento, sensación de ansiedad y estrés empeora. Tenemos que controlar nuestra respiración utilizando la respiración diafragmática que explicaré más adelante. o Tomar conciencia de la interacción pensamiento-sentimiento-acción: el pensamiento influye en cómo nos sentimos, nuestros sentimientos nos llevan a realizar determinada acción, la acción que realizamos influye en cómo nos sentimos también y el sentimiento que se nos produce, por otro lado, en nuestros pensamientos. o Autogenerarse emociones positivas: haz un registro de las emociones positivas que has ido sintiendo y vete aumentándolo cuando te surja alguna otra. Identifica una de las sensaciones que deseas aumentar y fíjate en lo que te la produce. Por ejemplo, una canción. Cuando quieras sentirte así podrás escuchar esa canción. o Encontrar significados positivos en la vida diaria: encontrar estímulos en nuestra rutina y en nuestro día a día que nos motiven y nos hagan sentir ganas e ilusión. Enriquece tu lenguaje con mensajes positivos, frases de autoayuda y ánimo, reflexiones etc.

- Relajación o Respiración con el diafragma: tumbate en una superficie plana boca arriba y de forma recta, pon la palma de tu mano sobre el pecho y la otra sobre tu abdomen. Durante al menos 3 minutos debes guiar tu respiración para que la mano posada sobre tu abdomen se mueva más. Para ello inhala profundamente por la nariz durante 5 segundos, mantén el aire en el vientre unos segundos y exhala por la boca. o Meditación: siéntate en una silla y realiza los pasos descritos en el ejercicio anterior con el diafragma. A la vez centras tu concentración en la respiración y piensas frases como “me relajo”, “me calmo”. o Imaginación guiada: realiza los pasos de la respiración diafragmática. Con los ojos cerrados imagina

un entorno natural que te relaje, procura que sea una imagen muy detallada. Recorre todo el entorno y explóralo con todos tus sentidos. En un rato haz que de desvanezca lentamente y vuelve a centrarte en la respiración.

Es de especial interés para el personal de enfermería mencionar la metodología NANDA- NIC/NOC aplicable al SQT y que, por lo tanto, se ve afectada.

Partiendo de los 11 patrones funcionales de M. Gordon, a saber:

- 1) Percepción- manejo de salud.
- 2) Nutricional- metabólico.
- 3) Eliminación.
- 4) Actividad-ejercicio.
- 5) Sueño-descanso.
- 6) Cognitivo-perceptivo.
- 7) Auto percepción- autoconcepto.
- 8) Rol- relaciones.
- 9) Sexualidad y reproducción.
- 10) Adaptación - tolerancia al estrés.
- 11) Valores- creencias.

Podemos hablar de tres de ellos que se ven afectados por el SQT: patrón 7 (auto percepción y autoconcepto), patrón 8 (rol y relaciones) y patrón 10 (adaptación y tolerancia al estrés) (17).

A continuación, vamos a hablar de los patrones afectados y el correspondiente diagnóstico enfermero, diagnóstico NANDA, resultado NOC e intervención NIC para cada uno de ellos. Los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC son la relación entre el problema real o potencial que hemos encontrado en nuestro paciente y los aspectos de ese problema que se intentan solucionar y tratar gracias a una o varias intervenciones de enfermería.

Diagnóstico enfermero: baja autoestima situacional, relacionada con cambios del desarrollo.

Diagnóstico NANDA: 00120- Baja autoestima situacional .

Resultado NOC: 1205- Autoestima.

Intervención NIC:

- 4340- Entrenamiento de la asertividad.
- 4920- Escucha activa.
- 5240- Asesoramiento.
- 5270- Apoyo emocional.
- 5400- Potenciación de la autoestima.

Patrón alterado 7. AUTOCONCEPTO.

Diagnóstico enfermero: desempeño inefectivo del rol, relacionado con enfermedad física, manifestado por ansiedad y cambio en los patrones usuales de responsabilidad.

Diagnóstico NANDA :00055- Desempeño inefectivo del rol .

Resultado NOC :

1208- Nivel de depresión .

1302- Afrontamiento de problemas.

1305- Adaptación psicosocial: cambio de vida.

1501- Ejecución del rol.

Intervención NIC:

4420- Acuerdo con el paciente.

4920- Escucha activa.

5230- Aumentar el afrontamiento.

5240- Asesoramiento.

5270- Apoyo emocional.

5310- Dar esperanza.

5370- Potenciar roles.

Patrón Alterado 8. ROL Y RELACIONES.

Diagnóstico enfermero: afrontamiento inefectivo, relacionado con la falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación e incertidumbre, manifestado por expresiones de incapacidad para afrontar la situación, incapacidad para satisfacer las expectativas del rol y solución inadecuada de los problemas.

Diagnóstico NANDA: 00069- Afrontamiento inefectivo.

Resultado NOC:

0906- Toma de decisiones.

1302- Afrontamiento de problemas.

1405- Autocontrol de los impulsos.

Intervención NIC:

1850- Mejorar el sueño.

4370- Entrenamiento para controlar los impulsos.

5230- Aumentar el afrontamiento.

5240- Asesoramiento.

5250- Apoyo en toma de decisiones.

5270- Apoyo emocional.

5400- Potenciación de la autoestima.

5440- Aumentar los sistemas de apoyo.

5820- Disminución de la ansiedad.

5880- Técnica de relajación.

7960- Intercambio de información de cuidados de salud.

Patrón alterado 10. ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

6 Bibliografía

- Martínez Pérez A. El Síndrome de Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* (Madrid). 2010; 112: 42-80.
- Moreno Jiménez B, Rodríguez Muñoz A, Garrosa Hernández E, y Morante Benadero ME. *Quemarse en el trabajo (Burnout)*. Zaragoza: Egido Editorial; 2005.
- Carlin M, Garcés de los Fayos Ruiz JE. El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología* (Murcia); 26(1): 169-180.
- Dresó Esteve E, Salanova M; Schaufeli W, Nogareda C. NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición [Internet]. Madrid: INSHT (Castellón); 2000 [citado 12 ene 2019]. Disponible en: <https://www.insst.es/>.
- Fidalgo Vega M. NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Madrid: INSHT; 2000 [citado 12 ene 2019]. Disponible en: <https://www.insst.es/>
- Bienvenu OJ. Is this critical care clinician burned out? *Intensive Care Med*. 2016; 42:1794-5.
- Apiquian Guitart A. El Síndrome del Burnout en las empresas. En: Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac Mérida;2007. Disponible en: <https://www.ucm.es/>
- Milliken A. In practice: Time to Breathe. *Hastings Cent Rep*. 2014;44(3): 8-9.
- Racionero Torre C. Estrategias de intervención en profesionales de enfermería con síndrome de Burnout [Trabajo fin de grado]. Soria: Universidad de Valladolid; 2016. 16. Fidalgo Vega M. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. . Madrid: INSHT; 2000 [citado 16 ene 2019]. Disponible en: <https://www.insst.es>.
- Tracy, MF. Supporting Nurses in the Critical Care Environment. *AACN*. 2017; 28 (4): 343-4.
- Dávila García L. Técnicas de intervención frente al burnout. *Zona TES*. 2013; 1: 14. 19. Vallejo-Villalobos MF. El síndrome de desgaste (burnout) en el área de la salud. *Rev Hematol Mex*. 2016 ;17(1):1-2.

Capítulo 63

EL CANCER DE MAMA

SARA ALVAREZ MENENDEZ

SONIA LAVIANA FERNÁNDEZ

MARIA TERESA FERNANDEZ PEREZ

YAIZA FUENTE VÁZQUEZ

1 Introducción

El cáncer de mama, además de ser uno de los múltiples tipos de cáncer, es aquel que se desarrolla en las células de la mama. Es uno de los cánceres más comunes entre la población, y que se pueden desarrollar tanto en hombres como en mujeres, siendo estas últimas las más comunes.

Actualmente el número de supervivencia a este tipo de cáncer ha aumentado considerablemente, esto es debido al elevado número de estudios que han ayudado a crear avances para el diagnóstico y el tratamiento de este.

2 Objetivos

- Conocer la causa más habitual del cáncer de mama.
- Describir los factores de riesgo.
- Analizar la prevención.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el cáncer de mama. 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 principales síntomas de este son bultos en las mamas, enrojecimiento de la piel, aumento o disminución del tamaño, cambios en el pezón.

La causa de este tipo de cáncer es debido al crecimiento anómalo de las células mamarias, dividiéndose más rápido de lo normal, estas células pueden acumularse en un determinado lugar dando origen a los bultos o pueden dispersarse y llegar a los ganglios linfáticos u otros lugares del cuerpo.

Existen factores de riesgo como son una edad avanzada, ser mujer, las hormonas, el estilo de vida, el entorno, haber pasado por un cáncer previo, exposición a radiación, obesidad... estos pueden facilitar el desarrollo del cáncer de mama. También se sabe que este tipo de cáncer tiene un componente hereditario, si un familiar cercano, madre, hija, hermana ha tenido un cáncer de mama tu riesgo de contraerlo se ve aumentado.

Podemos intentar prevenir el cáncer de mama, llevando una dieta y un peso saludable, haciendo ejercicio diariamente, autoexplorándonos las mamas habitualmente, no beber alcohol en exceso. Los tratamientos preventivos actuales del cáncer de mama son de tipo farmacológico, quimioprofilaxis, o quirúrgico, extirpándose las mamas, de esta manera una persona con una alta probabilidad de padecer un cáncer de mama puede evitarlo.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es uno de los tumores más frecuentes en las mujeres, por ello es importante una detección precoz de este, informando a las mujeres cómo deben realizar la autoexploración. Además el screening que existe a partir de los 50 años para la detección de este, es muy importante ya que puede diagnosticar a tiempo el cáncer de mama.

6 Bibliografía

- AskMayoExpert. Breast cancer. Rochester, Minn.: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2017.
- Breast cancer. Fort Washington, Pa.: National Comprehensive Cancer Network. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. Accessed December 29, 2019.
- Townsend CM Jr, et al. Diseases of the breast. In: Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 20th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2017. <https://www.clinicalkey.com>. Accessed December 29, 2019.
- Leading new cancer cases and deaths — 2017 estimates. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/r>
- Warner KJ. Allscripts EPSi. Mayo Clinic, Rochester, Minn. April 21, 2017.
- AskMayoExpert. Breast reconstruction. Rochester, Minn.: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2017.
- What you need to know about breast cancer. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/>
- Breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. <https://www.acog.org/>
- Cancer-related fatigue. Fort Washington, Pa.: National Comprehensive Cancer Network. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. Accessed December 28, 2019.
- Palliative care. Fort Washington, Pa.: National Comprehensive Cancer Network. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. Accessed December 28, 2019.

Capítulo 64

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO

LAURA MONTES PÉREZ

MARÍA ARANTZAZU LORENCES ALONSO

DAVID SUÁREZ CASTRO

1 Introducción

En la actualidad, la práctica habitual de actividad física, se ha convertido en “moda”, destacando entre ellas el correr o caminar. La práctica asidua de éstas actividades, proporciona una amplia variedad de beneficios sobre el aparato respiratorio, cardiovascular, nervioso y y también el locomotor. La Organización mundial de la salud (OMS) responsabiliza al sedentarismo de un 6% de fallecimientos registrados, pasando a ser el cuarto factor de riesgo de mortalidad a nivel mundial. Debemos tener en cuenta, que la actividad física, se debe realizar de manera progresiva, siempre de menos a más para aumentar la actividad y alcanzar objetivos fijados, pero siempre manteniendo el bienestar.

2 Objetivos

- Analizar y describir la influencia y los beneficios que el ejercicio físico ejerce sobre la salud de la población.

3 Metodología

Se llevó a cabo una búsqueda sistemática y bibliográfica en las siguientes bases de datos: Cuiden, Cuiden Plus, Medline y Scielo, utilizando las siguientes palabras

clave: ejercicio físico, deporte, sedentarismo, caminar y correr. Criterios de selección: se excluyen todos los artículos y estudios cuyo contenido no aportaba información relevante y con fecha posterior a 2012. Análisis de datos: de manera independiente, evaluando la calidad y criterios de inclusión y exclusión.

4 Resultados

La actividad física tiene una serie de beneficios sobre el organismo, como pueden ser los efectos antropométricos y neuromusculares, efectos metabólicos, efectos psicológicos, beneficios en la tonificación muscular y hasta beneficios a la hora de prevenir las caídas.

También se manifiesta que, el ejercicio produce un efecto beneficioso sobre la densidad ósea, ya que se observa un incremento de ésta en relación a los individuos sedentarios. Practicar actividades físicas moderadas durante más tiempo al día, conlleva mayores beneficios que realizar una actividad más intensa, pero de menor duración.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia favorecer el fomento del ejercicio físico, tanto en personas jóvenes y niños, como en personas mayores, mediante programas adaptados a las características y necesidades de los destinatarios. El ejercicio físico mejoran la amplitud de los movimientos articulares y las relaciones de grupo. En varios estudios consultados, se recomienda caminar diariamente al menos 30 minutos, a paso rápido. Gracias a la práctica de ejercicio físico, podemos contribuir a crear un estilo de vida más saludable e independiente. La recomendación de actividad física por parte de enfermería es indiscutible por todos sus beneficios.

6 Bibliografía

- CENARRUZABEITIA, José Javier Varo; HERNÁNDEZ, J. Alfredo Martínez; MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, Miguel Ángel. Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. Medicina clínica, 2013, vol. 121, no 17, p. 665-672.
- MÁRQUEZ, Sara. Beneficios psicológicos de la actividad física. Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 2015, vol. 48, no 1, p. 185-206.

- OLIVARES, Sonia; LERA, Lydia; BUSTOS, Nelly. Etapas del cambio, beneficios y barreras en actividad física y consumo de frutas y verduras en estudiantes universitarios de Santiago de Chile. *Revista chilena de nutrición*, 2013, vol. 35, no 1, p. 25-35.
- RAMÍREZ, William; VINACCIA, Stefano; GUSTAVO, Ramón Suárez. El impacto de la actividad física y el deporte - sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento académico: una revisión teórica. *Revista de estudios sociales*, 2014, no 18, p. 67-75.

Capítulo 65

CUIDADOS AL PACIENTE CON ALZHEIMER.

ELENA BATISTA DIAZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es una patología cerebral que provoca problemas de memoria. Es una demencia progresiva que no solo afecta a la memoria sino que afecta a otras funciones superiores y provoca cambios conductuales que dificultan el llevar a cabo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y problemas de inserción social. Constituye una problemática en la dinámica familiar. Su principal factor de riesgo es la edad. El aumento de la esperanza de vida en la actualidad hace que la prevalencia de esta enfermedad vaya en aumento.

2 Objetivos

- Describir que cuidados facilitan el día a día de un enfermo de Alzheimer.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diversas revistas científicas y publicaciones existentes así como la revisión de referencias a través de descriptores relacionados con el Alzheimer en el anciano en España.

4 Resultados

Los cuidados que debe recibir un enfermo de Alzheimer son:

- Comunicarse con él, empleando palabras sencillas, en un tono ,ritmo y volumen que les dé tranquilidad.
- Ser amables y comprensivos, evitándoles la frustración.
- Mantener contacto visual y acercarse a ellos lentamente y de frente.
- Ser pacientes y ayudarles a que se expresen. Una actividad no verbal puede ayudarles.
- Favorecer el reconocimiento de los objetos de su entorno, con etiquetados.
- Hacer que participen en técnicas de memoria.
- Para el baño o vestirse favorecer su autonomía en la medida de lo posible, convertirlo en una rutina.
- Favorecer también su autonomía a la hora de las comidas, usar platos y cubiertos fáciles de manejar. Comer sin ruidos ni distracciones.
- Incorporar a sus rutinas el ejercicio físico, haciéndolo de manera lúdica y adaptado a sus posibilidades.
- En el manejo de la incontinencia urinaria, realizar visitas rutinarias al baño y control de ingesta de líquidos.
- Mantener un ambiente tranquilo a las horas del sueño para evitar el insomnio.

Es importante que la familia y/o cuidadores estén involucrados en la planificación de todos los cuidados.

5 Discusión-Conclusión

En el progreso de la enfermedad de Alzheimer es importante la aplicación de cuidados de calidad. El personal sanitario debe de intervenir en su planificación, siempre en coordinación con las familias y/o cuidadores. Se deben de tener en cuenta a la hora de la planificación las particularidades que pueda haber en cada caso o paciente. Estos cuidados proporcionan una mejora en la calidad de vida de los enfermos de Alzheimer, tanto en el área física como en la emocional.

6 Bibliografía

- González JM; Corpas MAG; Pérez MDCA; Marín AMF. La enfermedad de Alzheimer no se puede curar, pero sí saber cuidarla. 2014. Nosocomio:revista para el técnico en cuidados de Enfermería.

- Amador-Marín B; Guerra-Martín MD. Eficacia de las intervenciones no farmacológicas en la calidad de vida de las personas cuidadoras de paciente con enfermedad de Alzheimer. 2016. Gaceta sanitaria.
- Franco M; Suarez A; Bustamante A; Gil E. Enfermedad de Alzheimer. Medicine 2011;10(76):5129-37.
- Gala B; Romeo A; Pérez R. La enfermería profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia.Revista index enferm. 2006; 15(54):7-9.

Capítulo 66

¿ LO ENVÍO? SÓLO ES SEXTING, SI TÚ QUIERES HACERLO

SORAYA BERMEJO GOMEZ

NOELIA FERNANDEZ CONCHILLO

PATRICIA PIÑAL ALONSO

NIEVES DE LOS ANGELES TAPIZ ARRONDO

TAMAR OCHOA GARCÍA

1 Introducción

Sexting es una palabra tomada del inglés que une Sex (sexo) y texting (envío de texto). Surgió en 2005. Consiste en compartir mensajes, fotos y vídeos con una clara connotación erótico o sexual, a través de internet utilizando para ello generalmente el teléfono móvil. No es exclusivo de los adolescentes pero son los que menos conciencia del riesgo tienen.

2 Objetivos

Esta práctica es consensuada entre dos o más personas que tienen una relación personal de algún tipo, tiene la finalidad de disfrute y en la que todas las personas que están implicadas tienen la capacidad de tomar decisiones.

Objetivo principal: se debe hacer conscientes a la población adolescente (rango de edad que más lo practica) del riesgo que supone un mal uso de esta práctica.

Los principales riesgos a los que se enfrentan los menores incluyen el acoso y el chantaje. Si alguien comparte o publica sin tú consentimiento o si te extorsiona para conseguir que le mandes ese contenido, no es Sexting, puede convertirse en un delito.

3 Metodología

Sexting se ha convertido en un fenómeno actual. La población debe tener claro lo que implica este término y sus peligros.

Se debe dialogar con los adolescentes y explicarles lo que esto implica y sus riesgos.

No debemos olvidarnos de la importancia de un buen control parenteral.

Hay que reflexionar y pensar antes de enviar algo. Se debe saber como actuar en caso de que la imagen se haya difundido y con qué profesionales se debe contactar.

4 Resultados

Hoy en día tres de cada 10 menores de entre 11 y 16 años de Europa y Latinoamérica reconoce haber practicado Sexting y el 14% señala haberse sentido disgustado por ello. El 94,5 % admite que es una práctica peligrosa pero el 44,7% señala que es parte del juego sexual.

5 Discusión-Conclusión

Hay que ser extremadamente cuidadoso con el contenido que se manda desde un teléfono móvil. Cuando compartimos una imagen a través de Internet perdemos el control sobre ella y esto conlleva un gran riesgo, ya que no podemos saber con certeza que la otra persona no lo publicará o que otra persona no tendrá acceso a su teléfono.



6 Bibliografía

- www.sexting.es.
- <http://soisexixon.wordpress.com>.
- www.is4k.es.
- "Entre selfies y whatsapps" Oportunidades y riesgos para la infancia y la adolescencia conectada. Estefanía Jiménez, Maialen Garmendia y Miguel Ángel Casado. Editorial Gedisa. isbn: 978-84-16919-87-1 Barcelona: Editorial Gedisa, 2018.
- <https://revistadigital.inesem.es/biosanitario/sexting-riesgos-y-prevencion/>.
- <http://www.rtve.es/noticias/20130623/sexting-adolescentes-arbol-se-ramifica>

Capítulo 67

PREVINIENDO LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL DESDE LA ADOLESCENCIA.

DANIEL MAYOR ALVAREZ

OLAYA ALVAREZ CAMINO

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las Enfermedades de Transmisión sexual (ETS) están entre los problemas de salud pública más graves en todo el mundo aunque en adolescentes su incidencia es aún reducida.

Estudios realizados a los adolescentes por la OMS indican que la incidencia del Virus de la inmunodeficiencia Humana VIH en este grupo de edad está aumentando, y señala a las ETS como un objetivo prioritario.

2 Objetivos

- Analizar cómo podemos aumentar el grado de conocimiento de las ETS, para intentar reducir así su incidencia y tratar de eliminar falsos mitos sobre los enfermos de SIDA, los cuales están estigmatizados en nuestra sociedad.
- Promover la utilización de métodos barrera para reducir la transmisión de las ETS.

3 Metodología

Se va a realizar el siguiente programa: intervención prospectivo longitudinal cuasiexperimental. Este programa estará dirigido a 25 alumnos de primero y 25 segundo de educación secundaria obligatoria. (50 Participantes en total) aunque en el futuro se valorará aumentar el cupo. Para verificar la efectividad del programa realizaremos cuestionarios de conocimiento, antes y después de la intervención.

4 Bibliografía

1. Instituto de Medicina Tropical. (2002, agosto). Los adolescentes y el SIDA. Recuperado 2 enero, 2020.
2. Callejas Pérez, S., Fernández Martínez, B., Méndez Muñoz, P., & Teresa León Martín, M. (2004, diciembre). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo.
3. Gayet, C., Juárez, F., & Pedrosa, L. (2013, 1 septiembre). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. Recuperado 2 enero, 2020.

Capítulo 68

NUEVOS ESTUDIOS EN LAS LEUCEMIAS MIELOIDES

GUILLERMO SOTO HUERGA

SHEILA GARCÍA CASTAÑÓN

RUBÉN VALLES SUÁREZ

1 Introducción

El término leucemia es un concepto amplio en el cual se incluyen un grupo de enfermedades malignas de la médula ósea, que se caracterizan por una proliferación anómala de una o más de las células precursoras proliferativas sanguíneas, generalmente los leucocitos. Estos leucocitos anormales circulan por la sangre periférica e infiltran la médula ósea, donde alteran la hematopoyesis. Como resultado, disminuye la producción de leucocitos, eritrocitos y plaquetas, lo cual provoca anemia, leucopenia y trombocitopenia (conocidos los tres hallazgos como pancitopenia). Las células leucémicas proliferan en la médula ósea, infiltrando con posterioridad el bazo, los ganglios linfáticos, el sistema nervioso central, los riñones, la piel, las amígdalas o las encías, entre otros. El grado de inmadurez de la célula afectada diferencia las leucemias agudas de las crónicas, siendo en las primeras la célula más inmadura. El factor causal específico de la leucemia se desconoce, pero podría estar ocasionado por una predisposición genética asociada a una exposición a las radiaciones ionizantes, benceno u otros agentes químicos tóxicos para la médula ósea. Otros factores que se han asociado son las infecciones víricas y los trastornos inmunológicos.

La leucemia puede ser aguda o crónica; mielóide o linfóide. La distinción entre aguda y crónica depende de la rapidez de su instauración, la progresión de la enfermedad y la madurez celular: las leucemias crónicas no son una fase crónica de una leucemia aguda. En la leucemia mielocítica (LMA) proliferan los elementos mieloides: granulocitos, monocitos y también los precursores de la serie roja y la serie plaquetaria. En la linfoblástica, proliferan los linfocitos. Mientras que en los adultos es más frecuente la leucemia mielocítica, en niños lo es la leucemia linfoblástica aguda (LLA) y en ancianos la linfocítica crónica.

La leucemia se clasifica según el tipo de célula proliferativa predominante. La leucemia aguda generalmente es de instauración súbita y progresa rápidamente desde los signos iniciales, tales como astenia, palidez, pérdida de peso, fiebre, debilidad, hemorragias, dolor articular u óseo e infecciones de repetición. La leucemia crónica evoluciona con lentitud y los signos descritos en la leucemia aguda pueden no aparecer hasta que pasan muchos años. El diagnóstico de las formas agudas y crónicas se realiza mediante pruebas sanguíneas y biopsias de la médula ósea. El tratamiento más eficaz incluye quimioterapia combinada intensiva, antibióticos para prevenir infecciones y transfusiones sanguíneas para reponer las plaquetas y los hematíes o eritrocitos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los nuevos avances en el estudio de las leucemias mieloides agudas.

Objetivos secundarios:

- Conocer los principales tipos de leucemia y sus diferencias.
- Identificar nuevos fármacos empleados en el tratamiento de las leucemias mieloides agudas.

3 Metodología

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión bibliográfica de artículos científicos desde enero de 2017 a febrero de 2018. Las bases de datos científicas utilizadas fueron: Pubmed y Google Scholar. Los criterios de inclusión fueron:

- Año 2012-2018.
- Texto en castellano o inglés.
- Texto completo disponible gratuitamente.

- Estudios que hagan referencia a la las leucemias mieloblásticas o mieloides agudas.

Es importante destacar la utilización de diferentes tipos de documentos para la elaboración final del trabajo: estudios científicos, revisiones bibliográficas, artículos de divulgación y libros científicos. Toda la información seleccionada fue guardada en el gestor bibliográfico Mendeley, el cual permite la lectura de los resúmenes de cada estudio analizado y la correcta redacción de la bibliografía utilizada según el estilo Vancouver.

4 Resultados

Según Ling et al. su objetivo fue conocer los nuevos enfoques en el tratamiento de la LMA, en concreto los ensayos clínicos con los inhibidores de la proteína quinasa y la terapia molecular y sus aplicaciones clínicas. En esta revisión bibliográfica, los autores analizan los diferentes tipos de inhibidores de proteína quinasa distinguiéndolos en cinco grupos.

Concluyeron afirmando que la terapia molecular dirigida ha demostrado una eficacia impresionante y el desarrollo de los inhibidores de la proteína quinasa tiene un impacto prometedor en pacientes con leucemia aguda. Con el rápido desarrollo de la tecnología de información biológica, se han seleccionado múltiples nuevos tipos de inhibidores de la proteína quinasa para tratar pacientes con leucemia aguda por separado o conjuntamente con tratamientos tradicionales. A pesar de ello, consideran que aún quedan desafíos por superar, como mejorar la estabilidad de los inhibidores de la proteína quinasa, sus mutaciones, individualizar correctamente la dosis individual para cada paciente y buscar nuevos inhibidores de la proteína quinasa efectivos.

Por su parte Kovacsovics et al. realizaron un estudio en el que combinaron CX-01, un derivado anticoagulante de la heparina, con quimioterapia para el tratamiento de la leucemia mieloblástica aguda. La inducción consistió en citarabina e idarrubicina con CX-01. Doce pacientes participaron en el estudio de estos autores. En este estudio piloto, combinamos CX-01 con quimioterapia para el tratamiento de la AML. La inducción consistió en citarabina e idarrubicina (7 1 3) con CX-01.

Doce pacientes se inscribieron, 3 mujeres y 9 hombres, con una mediana de edad de 56 años. Once pacientes (92%) tuvieron remisión completa morfológica después de una inducción (CR1). Ocho pacientes se mantuvieron sin tratamiento

previo durante 24 meses (4 pacientes en CR1). Tres pacientes recibieron un trasplante alógeno de células madre en CR1. La mediana de supervivencia libre de enfermedad fue de 14'8 meses. La mediana de supervivencia global no se alcanzó en el tiempo máximo de seguimiento de 29'4 meses. No se presentaron eventos adversos graves asociados con CX-01, que es bien tolerado cuando se combina con la terapia intensiva para la LMA y parece estar asociada con la recuperación mejorada de conteo y la eficacia del tratamiento. Los autores concluyen afirmando que el CX-01 podría ofrecer una terapia adyuvante valiosa para una de las neoplasias malignas más desafiantes de la hematología.

Según Boffo et al. el tratamiento actual para la LMA no es óptimo, pero una mayor comprensión de la patología y el genoma de la enfermedad ha llevado a la investigación clínica de nuevas terapias dirigidas y combinaciones racionales. En esta revisión bibliográfica se proponen como objetivo estudiar la ruta de la quinasa 9 dependiente de la ciclina (CDK9). La inhibición de CDK9 conduce a la regulación a la baja de genes de supervivencia celular regulados por potenciadores tales como MCL-1, MYC y ciclina D1; como los inhibidores de CDK9 no son selectivos, ahora se utilizan biomarcadores predictivos que pueden ayudar a identificar a los pacientes con mayor probabilidad de responder a los inhibidores de CDK9, con el objetivo de mejorar la eficacia y la seguridad.

La inhibición de CDK9 conduce a una regulación negativa selectiva de genes de supervivencia celular regulados por potenciadores y con vidas cortas tales como MCL-1, MYC y ciclina D1. Una variedad de inhibidores de CDK9 investigados por los autores en estudios preclínicos y clínicos han demostrado efectos antiapoptóticos y antitumorales. Sin embargo, para éstos, la falta de selectividad para CDK9 puede contribuir a la eficacia clínica y los perfiles de efectos secundarios menos que óptimos observados con los inhibidores de CDK9 hasta el momento, lo que exige investigar enfoques más específicos para mejorar el resultado. Además, aún no se ha determinado el perfil farmacocinético óptimo y el programa de dosificación para los inhibidores de CDK9. Además del uso de biomarcadores predictivos, otro enfoque racional apunta a múltiples vías de supervivencia, como dirigirse tanto a CDK9 como a BRD4 para superar el aumento de la expresión de MYC inducida por la inhibición de CDK9 o la doble inhibición de los miembros de la familia de CDK9 y BCL.

En otro estudio, los autores investigan la supresión que la niclosamida produce en la proliferación celular de la LMA a través de la inhibición de las vías de señalización dependientes de la proteína de unión al elemento de respuesta de cAMP

(CREB), que es un factor de transcripción que se expresa en células de LMA y se asocia con una supervivencia disminuida y un mayor tiempo de recaída.

El análisis que realizaron de la relación estructura-actividad para compuestos químicos con estructuras similares a XX-650-23 (inhibidor de CREB) condujo a la identificación de la niclosamida como un potente agente anti leucémico que suprime la viabilidad celular de las líneas celulares de LMA y las células LMA primarias sin una disminución significativa en actividad de formación de colonias de células normales de la médula ósea. La niclosamida inhibió significativamente la función CREB y la expresión del gen CREB mediado en las células, lo que condujo a la apoptosis y la detención del ciclo celular G1 / S con niveles reducidos de CREB fosforilada. Además, CREB derribó las células protegidas de los efectos citotóxicos mediados por el tratamiento con niclosamida. Además, el tratamiento con una combinación de niclosamida y el inhibidor de CREB XX-650-23 mostró un efecto antiproliferativo aditivo, consistente con la hipótesis de que niclosamida y XX-650-23 regulan los mismos objetivos o vías para inhibir la proliferación y la supervivencia de las células de la LMA. La niclosamida inhibió significativamente la progresión de la enfermedad en ratones con xenoinjerto heredado del paciente (PDX) y la supervivencia prolongada de ratones PDX. La niclosamida también mostró efectos sinérgicos con fármacos de quimioterapia para inhibir la proliferación de las células de la LMA. Mientras que la quimioterapia antagonizaba el potencial citotóxico de la niclosamida, el pretratamiento con células sensibilizadas con niclosamida a fármacos quimioterapéuticos, citarabina, daunorrubicina y vincristina. Por lo tanto, los resultados obtenidos por los autores, demuestran que la niclosamida es un fármaco potencial para tratar la LMA induciendo apoptosis y detención del ciclo celular mediante la inhibición de las vías dependientes de CREB en las células de la LMA.

Young et al. se propusieron en este artículo estudiar el tratamiento combinado de decitabina y vorinostat en la LMA. A pesar de los avances en la terapéutica del cáncer, los pacientes con LMA mayores de 60 años tienen una tasa de supervivencia a 5 años de menos del 8%. En un intento de mejorar esto, los agentes modificadores epigenéticos se han combinado como terapias en estudios clínicos. En particular, las combinaciones con Decitabina y Vorinostat han tenido diferentes grados de eficacia. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo comprender los mecanismos moleculares subyacentes de estos agentes para identificar posibles combinaciones sensibilizadas racionales.

Observaron que el tratamiento combinado con decitabina-vorinostat disminuyó

sinérgicamente la proliferación celular, la apoptosis inducida, la acetilación mejorada de las histonas y disminuyó aún más la proteína DNMT1 con células HL-60 que muestran una mayor sensibilidad al tratamiento combinado que OCI-AML3. La terapia de combinación condujo a la reprogramación de genes diana únicos, incluido el AXL, un receptor tirosina quinasa asociado con la supervivencia celular y un mal pronóstico en la LMA, que se regularizó significativamente después del tratamiento. Por lo tanto, dirigir el AXL después de la sensibilización con decitabina y vorinostat puede ser una combinación triple adecuada. Para probar esto, trataron las células con una novedosa terapia de combinación triple que incluía BGB3, un inhibidor específico de AXL. La combinación triple aumentó la sensibilidad de las células OCI-AML3 a decitabina y vorinostat como se muestra a través de ensayos de viabilidad y extendió significativamente la supervivencia de los ratones trasplantados con células OCI-AML3 pretratadas, mientras que las imágenes de bioluminiscencia mostraron la disminución de la carga de la enfermedad después del tratamiento de combinación triple.

Concluyeron afirmando que se necesita más investigación para optimizar esta combinación triple, sin embargo, estos resultados sugieren que el AXL es un marcador potencial de respuesta al tratamiento combinado con decitabina-vorinostat y ofrece una nueva vía de terapias combinadas epigenéticas para la leucemia mieloide aguda.

El objetivo de Yu y Zeng fue conocer mediante una revisión bibliográfica en Pubmed los avances en el diagnóstico y el tratamiento de la LMA, debido a la falta de consenso, más concretamente los avances en cuanto a la terapia dirigida y otras terapias novedosas de la LMA, una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en niños.

Describieron la evolución clonal sobre la aparición de la leucemias, las respuestas al tratamiento y la recaída de la enfermedad. El mapeo genómico pediátrico específico se discutió con un novedoso método de diagnóstico destacado. Además, resumieron las investigaciones sobre posibles agentes terapéuticos moleculares, incluidos anticuerpos monoclonales, inhibidores de la proteína quinasa, agentes epigenéticos y agentes terapéuticos celulares. Como conclusión, establecieron que las técnicas de secuenciación de genes deberían establecer la base para los métodos de diagnóstico de la LMA de próxima generación, y la terapia dirigida debería ser el centro de futuras investigaciones clínicas en la exploración de posibilidades terapéuticas.

Por su parte, Zhou y Chang mediante una revisión bibliográfica, pretendieron

proporcionar un resumen del descubrimiento de las células madre leucémicas, seguido de un resumen de identificación y separación de estas células por marcadores de superficie celular o ensayos funcionales.

Para estos autores, la acumulación de pruebas respalda la noción de que la LMA está organizada en un sistema jerárquico, que se origina a partir de una proporción especial de células madre leucémicas. De manera similar a las células madre hematopoyéticas, estas células poseen capacidad de autorrenovación y son responsables del crecimiento y la proliferación continua de la mayor parte de las células leucémicas en la sangre y la médula ósea. Creen que estas células también son la causa principal del fracaso del tratamiento y la recaída de la LMA porque a menudo son resistentes a la quimioterapia. En la última década, hemos logrado un avance significativo en la identificación y comprensión de la biología molecular de las células madre leucémicas.

En opinión de los autores, probablemente sea imposible que un único anticuerpo monoclonal dirigido a uno de estos antígenos de superficie erradique las células madre leucémicas, dada su heterogeneidad y dinámica en pacientes con LMA. Las terapias sinérgicas en combinación con la inmunoterapia, la terapia celular y los fármacos epigenéticos pueden proporcionar una mejor oportunidad para lograr curar la LMA.

Martínez et al.²⁷ plantearon describir la respuesta a la administración de vinblastina en pacientes con LMA en recaída, debido a los malos resultados en el tratamiento de la LMA. Para ello realizaron un estudio retrospectivo en pacientes con LMA que recibieron vinblastina como tratamiento de segunda línea.

De 137 pacientes, 13 recibieron vinblastina. Se indicó vinblastina a dosis de 6 mg/m². y combinaciones con citarabina, 6-mercaptopurina y etopósido. Los resultados fueron los siguientes:

- Primera dosis: se observó respuesta con disminución de leucocitos y blastos en sangre periférica en 6 (45%) pacientes durante la primera semana de tratamiento, respuesta acumulada a las dos semanas de 61%.
- Segunda dosis: respuesta en 6 (66%) pacientes en la primera semana, respuesta acumulada a las dos semanas de 77%.
- Tercera dosis: respuesta en 3 (60%) en la primera semana. La respuesta citorreductora de la vinblastina indicada como monoterapia fue similar a la obtenida en las diferentes combinaciones. No se observaron efectos adversos importantes con la administración de vinblastina.

Finalizaron concluyendo que con las aplicaciones subsecuentes de vinblastina se observó respuesta constante con reducción en los blastos circulantes y el tiempo de respuesta fue de una semana. La vinblastina induce respuesta parcial en pacientes con leucemia mieloide aguda resistente o en recaída y resistente a diversos tratamientos.

Los siguientes autores analizaron mediante una revisión bibliográfica los avances en el tratamiento de las leucemias agudas y tumores cerebrales para lograr su curación. Los resultados del tratamiento de cánceres pediátricos han mejorado enormemente con el desarrollo de mejores protocolos de tratamiento, nuevos fármacos y mejores medidas de apoyo, lo que resulta en tasas de supervivencia generales superiores al 70%. Las tasas de supervivencia son más altas en la LLA, alcanzando más del 90%, debido al tratamiento basado en el riesgo a través de ensayos clínicos y protocolos multicéntricos desarrollados para prevenir la recaída del sistema nervioso central y la recaída testicular en los niños.

En la actualidad, se están evaluando nuevos fármacos que incluyen clofarabina y nelarabina en ensayos clínicos, y se están desarrollando continuamente otros agentes específicos. Las células T modificadas por el receptor del antígeno quimérico están atrayendo interés para el tratamiento de la enfermedad recurrente o refractaria. El trasplante de células madre sigue siendo el tratamiento más efectivo para la LMA. Sin embargo, para reducir la muerte relacionada con el tratamiento después del trasplante de células madre, existe la necesidad de tratamientos mejorados y nuevos medicamentos y agentes específicos para mejorar el resultado de la LMA.

La cirugía y la radioterapia han sido el pilar para el tratamiento de tumores cerebrales. Sin embargo, la quimioterapia es cada vez más importante para los pacientes que no son elegibles para la radioterapia debido a la edad. El trasplante de células madre como medio de alta dosis de quimioterapia y rescate de células madre es una nueva modalidad de tratamiento y con frecuencia se repite para mejorar la supervivencia. Los medicamentos como la temozolomida son nuevas opciones de quimioterapia. Con el fin de lograr una curación del 100% en niños con cáncer pediátrico, se deben considerar todas las modalidades y esfuerzos de tratamiento posibles.

Para los autores, los esfuerzos futuros para mejorar la supervivencia en pacientes con cáncer pediátrico deben centrarse en la enfermedad recurrente o refractaria. En particular, la aplicación de agentes dirigidos o terapias celulares debe ser objeto de estudios futuros de leucemia recidivante. Algunos tumores sólidos

pediátricos y adolescentes no han mostrado avances definitivos en la supervivencia en los últimos 10 a 20 años; del mismo modo, las mejoras de supervivencia han sido moderadas para los tumores cerebrales pediátricos en los últimos 10 a 15 años para la mayoría de los grupos de edad. Concluyen enfatizando la existencia de una necesidad de mayor enfoque en el desarrollo de nuevas terapias que se basan en la comprensión de las vías celulares que promueven el crecimiento y la supervivencia del tumor.

Según Menéndez et al. la LMA aguda representa alrededor del 20 % de las leucemias agudas de la niñez con una respuesta al tratamiento y supervivencia menores que la LLA. Estos autores propusieron como objetivo en este estudio describir los resultados obtenidos con el tratamiento de la LLA del niño en hospitales de Cuba desde el año 2000 al 2008.

Para ello, trataron 46 pacientes con LMA, excluyendo casos de leucemia promielocítica. Se aplicaron dos esquemas de tratamiento tipo BFM en dos períodos: en el primero (2000 -2003) se incluyeron 27 enfermos y en el segundo (2004-2008), 19. La diferencia fundamental entre los dos períodos consistió en la consolidación que en la segunda etapa fue de ciclos más intensos y cortos. Los resultados que obtuvieron indicaron un predominio de sexo masculino y edad media de 9 años. La remisión inicial fue del 71 % en la primera etapa y 89 % en la segunda. La supervivencia libre de eventos en todos los pacientes fue del 40 % a los 5 años y la supervivencia global fue del 44% en igual período. En la supervivencia libre de eventos en las dos etapas encontraron diferencias significativas siendo mayor en la segunda. En los años comprendidos entre el 2000 y el 2003 la supervivencia global a los 5 años fue del 31 %, mientras que entre 2004 y 2008 fue del 63 %. Durante el proceso, no emplearon el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas de forma sistemática.

El objetivo que plantearon los siguientes autores fue describir la supervivencia de pacientes con LMA en un hospital de Cuba desde el año 2004 al 2010. Para ello realizaron un estudio observacional descriptivo de serie de casos, en pacientes con LMA diagnosticados y tratados en este periodo de tiempo. La mediana de edad fue de 55 años. La mediana de leucocitos en el momento del diagnóstico fue de 9.300. 51 pacientes (96'22%) recibieron tratamiento quimioterápico. El esquema de tratamiento más frecuente fue idarrubicina más citarabina 7x3 en 39 pacientes (90'7%). 28 pacientes (52'8%) alcanzaron respuesta completa a la quimioterapia de inducción. 3 pacientes fueron llevados a trasplante alogénico. 5 pacientes murieron durante la inducción, 3 de ellos mayores de 60 años. La mediana de

supervivencia global fue de 348 días. La mediana de supervivencia libre de enfermedad fue de 404 días. La tasa de supervivencia global a un año fue de 49%. Con estos resultados, concluyeron afirmando que la supervivencia observada era similar a la supervivencia en estudios del resto del mundo.

Por último, Gómez-Almaguer et al. se centraron en la utilidad del trasplante de células hematopoyéticas en la LMA, el cual se ha utilizado en sus diversas modalidades como tratamiento de esta leucemia. Hoy en día diferentes marcadores citogenéticos y moleculares han permitido orientar el tratamiento de cada paciente en forma individualizada. De esta manera es posible evaluar el riesgo y con ello el pronóstico de dicho paciente. La supervivencia a largo plazo sigue siendo un reto para el clínico con números no muy alentadores para países como el nuestro. La adición de medicamentos, como el ácido holo-transretinoico a esquemas de quimioterapia ha demostrado una excelente respuesta y tasas de curación en la leucemia promielocítica. La combinación de citotoxicidad y efecto de injerto versus leucemia han permitido al trasplante de células hematopoyéticas consolidarse como un recurso terapéutico importante, siempre orientado por variables como la edad y condición clínica del paciente, grupo de riesgo y disponibilidad de donador compatible.

A modo de conclusión, resaltan la necesidad de definir el grupo de riesgo al que pertenece cada paciente con LMA de acuerdo no sólo con la edad del paciente o variedad histológica de la leucemia, sino también empleando estudios de citogenética y marcadores moleculares con el fin de ofrecerle la mejor opción terapéutica. De acuerdo a estos autores, el trasplante de células hematopoyéticas continúa siendo un recurso curativo para los pacientes con LMA de riesgo intermedio o alto y pacientes de riesgo bajo en recaída. Los pacientes de riesgo alto e intermedio son candidatos a trasplante lo más pronto posible luego de la primera remisión y la elección del tipo de trasplante siempre deberá individualizarse tomando en cuenta las condiciones clínicas del paciente, su riesgo y la disponibilidad de un donante compatible.

5 Discusión-Conclusión

Se realizó una revisión bibliográfica para analizar los nuevos avances en el estudio de las leucemias mieloblásticas agudas (o leucemias mieloides agudas), conocer los principales tipos de leucemias y sus principales diferencias e identificar nuevos fármacos empleados en los tratamientos de estas leucemias. Tras realizar una búsqueda bibliográfica sobre estos temas, las principales conclusiones que

hemos extraído son las siguientes:

- Existen varios tipos de leucemias, entre las cuales, en nuestro estudio destacamos las siguientes: leucemias linfoides y leucemias mieloides (o mieloblásticas), y leucemias agudas y leucemias crónicas. La distinción entre aguda y crónica depende de la rapidez de su instauración, la progresión de la enfermedad y la madurez celular. En la leucemia mieloblástica proliferan los elementos mieloides: granulocitos, monocitos y también los precursores de la serie roja y la serie plaquetaria, mientras que en la linfoblástica, proliferan los linfocitos.
- El tratamiento de la LMA difiere del tratamiento de la LLA, al ser ésta resistente a los fármacos empleados en la LLA. La quimioterapia ideal incluye una combinación de dos o tres de los siguientes fármacos: daunorrubicina o mitoxantroma, arabinósido de citosina, etopósido y tioguanina o 6-mercaptopurina. Una vez lograda la remisión, las opciones de tratamiento son el autotrasplante, el trasplante de médula ósea o la quimioterapia intensiva. Las mejores respuestas se obtienen en pacientes jóvenes y en niños mayores de dos años; los mayores de 55 años presentan complicaciones más graves y tienen peor pronóstico.
- Nuevos estudios sobre la LMA ponen de manifiesto la necesidad de continuar investigando en tratamientos como pueden ser: la terapia molecular dirigida, el tratamiento con derivados de la heparina (CX-01), el estudio de la ruta de la quinasa 9 dependiente de la ciclina (CDK9), o nuevos fármacos empleados en la quimioterapia como la temozolomida o vinblastina, o el tratamiento combinado de decitabina y vorinostat.

6 Bibliografía

- Mosby Diccionario de medicina, enfermería y ciencias de la salud. 4ª ed. Madrid: Elsevier, España; 2004.
- Palazuelos P, Esquinas S. Oncohematología. En: Manual CTO de enfermería. Tomo II. 5ª ed. Madrid: CTO Editorial; 2011; p. 844-846.
- Jaime JC, Gómez D. Hematología: La sangre y sus enfermedades. 3ª ed. México: McGraw Hill Interamericana; 2012; p. 74-102.
- Virchow R, Weisses B. Neue Notizen aus Gebiete der Natur und Heilkunde. 1845; 36: p. 11151-11156.
- Seufert W, Seufert WD. The recognition of leukemia as a systemic disease. J Hist Med Allied Sci. 1982; 37: p. 34-50.
- Degos L. John Huges Bennett, Rudolph Virchow... and Alfred Donné: the first description of leukemia. Hematol J. 2001; 2: p. 1.

- Velpeau A. Sur la résorption du pus et sur l'altération du sang dans les maladies clinique de persection nenemant. Premier observation. Revue Medical Francaise et Étrangere. 1827; 2: p. 216-240.
- Diamantis A, Magirokinis E, Androutsos G. Alfred Franchoise Donné (1801-78): a pioneer of microscopy, microbiology and haematology. J Med Biog. 2009; 17: p. 81-87.
- Piller GJ. Leukaemia: A brief historical review from ancient times to 1950. Br J Hematol. 2001; 112: p. 282-292.
- Izaguirre-Ávila R, de Michel A. Evolución del conocimiento sobre la sangre y su movimiento. Parte II. El saber sobre su composición. Iatroquímica de la sangre. Rev Inv Clin. 2005; 57: p. 85-97.
- Geary CG. The history of chronic myeloid leukemia. Br J Hematol 2000; 110: p. 2-11.
- Goldman J. Chronic myeloid leukemia—past, present, and future. Semin Hematol. 2003; 40: p. 1-3.
- Papac RJ. The origin of cancer therapy. Yale J Biol Med. 2001; 74: p. 391-298.
- Li JJ. Cancer Drugs: from nitrogen mustard to Gleevec en: Laughing gas, Viagra and liptor. The human stories behind the drugs we use. Oxford University press 2006: p. 3-42.
- Muñoz A, Del Moral E, Uberos J. Oncología infantil. 3º ed. Jaén: Formación Alcalá; 2015; p. 139.164.
- Cruz M.: Tratado de Pediatría. 10ª ed. Barcelona: Espaxs; 2010.
- Beherman RE, Kliegman RM, Aavin, AM, Nelson WE. Tratado de Pediatría. 19º ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2014.
- Pui CH. Acute lymphoblastic leukemia. En: Lichtman MA, Beutler E, Kipps T. Williams hematology. 7º ed. New York: McGraw-Hill; 2006; p. 1311-1372.
- Bennet C, Hsu K, Look TA. Myeloid leukemia, myelodisplasia, and myeloproliferative disease in children. En: Nathan DG, Orkin SH, Ginsburg D, Look AT. Hematology of infancy and childhood. 6º ed. Philadelphia: Saunders; 2003; p. 1167-1209.
- Ling Y, Xie Q, Zhang Z, Zhang H. Protein kinase inhibitors for acute leukemia. Biomark Res. 2018; 13; p.6-8
- Kovacsotics TJ, Mims A, Salama ME, Pantin J, Rao N, Kosak KM, et al. Combination of the low anticoagulant heparin CX-01 with chemotherapy for the treatment of acute myeloid leukemia. Blood Adv. 2018 27; 2(4): p. 381-389.
- Boffo S, Damato A, Alfano L, Giordano A. CDK9 inhibitors in acute myeloid leukemia. J Exp Clin Cancer Res. 2018; 23; 37(1): p. 36.
- Chae HD, Cox N, Dahl GV, Lacayo NJ, Davis KL, Capolicchio S, Smith M,

Sakamoto KM. Niclosamide suppresses acute myeloid leukemia cell proliferation through inhibition of CREB-dependent signaling pathways. *Oncotarget*. 2017; 31; 9(4): p. 4301-4317.

-Young CS, Clarke KM, Kettyle LM, Thompson A, Mills KI. Decitabine-Vorinostat combination treatment in acute myeloid leukemia activates pathways with potential for novel triple therapy. *Oncotarget*. 2017; 19; 8(31): p. 51429-51446.

- Yu MG, Zheng HY. Acute Myeloid Leukemia: Advancements in Diagnosis and Treatment. *Chin Med J (Engl)*. 2017; 20; 130(2): p. 211-218.

- Zhou J, Chng WJ. Identification and targeting leukemia stem cells: The path to the cure for acute myeloid leukemia. *World J Stem Cells*. 2014; 26; 6(4): p. 473-84.

- Gómez-Almaguer D, Alejandro R, Hernández M, Alejandro A, et al. ¿Es la vinblastina útil en la leucemia aguda mieloblástica? *Rev Hematol Mex*. 2012; 13(1): p. 11-15.

- Ju HY, Hong CR, Shin HY. Advancements in the treatment of pediatric acute leukemia and brain tumor - continuous efforts for 100% cure. *Korean J Pediatr*. 2014; 57(10): p. 434-439.

- Menéndez A, González A, Svarch E, Rosell E., Campo M, Arencibia A, et al. Tratamiento de la leucemia mieloide aguda del niño en Cuba. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*. 2013; p. 189-197.

- Gómez-Almaguer D, Flores-Jiménez JA, Cantú-Rodríguez OG, Gutiérrez-Aguirre CH. Utilidad del trasplante de células hematopoyéticas en la leucemia mieloide aguda. *Rev Hematol Mex*. 2012; 13: p. 74-79.

- Díaz LM, Madrid CA, Combariza JF, Gálvez KM, Olaya CV, Donado Gómez JH. Supervivencia de los pacientes adultos con leucemia mieloide aguda en el departamento de Hematología del Hospital Pablo Tobón Uribe entre los años 2004 y 2010. *Medicina UPB*. 2012; 31(2): p. 105-112.

Capítulo 69

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DENGUE

DIANA ORDÓÑEZ LÓPEZ

NURIA ESTRADA ESTÉVEZ

LUZ BLANCO GARCÍA

1 Introducción

El Dengue es una enfermedad ocasionada por el virus del Dengue perteneciente al género Flavivirus. Existen tres formas clínicas en las que este se puede manifestar:

- Fiebre del Dengue: La más frecuente y menos grave. Comienza repentinamente, con fiebre alta que dura entre 3 y 5 días, acompañada de una cefalea, mialgias intensas, artralgias, dolor retroorbitario y erupción maculopapular cuando empieza la defervescencia. Puede asociar fenómenos hemorrágicos de poca intensidad (petequias, epistaxis, gingivorragia). La recuperación puede venir acompañada de fatiga y depresión que duren meses.
- Síndrome del choque del Dengue: es una complicación de las formas anteriores, suponiendo la forma más grave de Dengue hemorrágico. Asocia las manifestaciones anteriores con un cuadro de shock con hipotensión intensa. Sin un tratamiento adecuado presenta una letalidad superior al 20%.
- Fiebre hemorrágica: comienza con fiebre y malestar intenso, seguida de trombocitopenia y aumento de permeabilidad vascular, con las consecuentes manifestaciones hemorrágicas a diversas escalas.

El diagnóstico puede realizarse basándose en la clínica y la epidemiología, se puede confirmar mediante técnicas de laboratorio, por ejemplo aislando el virus en suero y tejido, mostrando el aumento en anticuerpos específicos o también empleando inmunofluorescencia o PCR.

La transmisión se produce por la picadura de mosquito hembra de género *Aedes*, normalmente *A.aegypti* pero también hay otras especies de mosquito implicadas. Todas ellas se caracterizan por ser mosquitos hematófagos diurnos en los que son infectantes durante todo su ciclo vital hasta su muerte.

Debido a su inespecífica sintomatología existe un infradiagnóstico, en diversos estudios se considera una de las causas de hospitalización más frecuente de pacientes venidos de zonas tropicales, junto con la malaria que es la primera. Factores de riesgo importantes en los viajeros en zonas de Dengue son la duración a la exposición, la temporada del año o la intensidad de transmisión que presenta el Dengue.

Es una enfermedad que presenta un periodo de incubación que puede variar entre 3 días y dos semanas, normalmente pasa una semana hasta la aparición inicial de los primeros síntomas. No se puede transmitir mediante persona a persona, pero si a través del mosquito el cual se vuelve infectante de por vida tras pasar 8-12 días de su ingesta de sangre virémica humana.

2 Objetivos

- Analizar la situación epidemiológica del virus del Dengue tanto a nivel mundial como europeo en la última década.
- Identificar las causas, síntomas y tratamientos del Dengue.
- Determinar la diferencia entre el Dengue clásico y el Dengue hemorrágico, analizando sus particularidades y diferencias de tratamiento.
- Mejorar la calidad de la atención y eficiencia del trato con el paciente con fiebre por Dengue mediante el uso de este documento como herramienta metodológica.

3 Metodología

Se ha empleado una metodología basada en la revisión bibliográfica de bases de datos como Pumbed y Scielo. Así como la revisión de publicaciones de asociaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o Asociación de Médicos de Sanidad Exterior (AMSE). Descartando todas las publicaciones bibliográficas

referentes al Dengue que no estuvieran basadas en ningún dato o estudio científico. De todas las referencias analizadas solo hemos optado por las más útiles y contrastadas para el cumplimiento de los objetivos citadas en la bibliografía posterior.

4 Resultados

La enfermedad del Dengue ha aumentado mucho su incidencia en las últimas décadas. Tiene presencia en 128 países del mundo en zonas tropicales y subtropicales, convirtiendo a casi 4000 millones de habitantes en objetivos en riesgo de contraer esta enfermedad. Anualmente se estima una incidencia de unos 390 millones de infecciones suponiendo medio millón de hospitalizaciones por Dengue hemorrágico o choque del Dengue. La mayoría de los dolientes son niños. La tasa de mortalidad está alrededor del 2,5%. El Dengue es endémico en la mayoría de los países situados en África subsahariana, Centroamérica, el Sureste Asiático, Asia Suroriental y Sudamérica Tropical. El número de casos está en aumento y además se está extendiendo a nuevas áreas, donde da lugar a epidemias de tipo explosivo. Antes de 1970, solo 9 países habían sufrido epidemias de Dengue grave. Sin embargo, ahora la enfermedad es endémica en más de 100 países y en las últimas 5 décadas su incidencia ha aumentado en 30 veces.

En los últimos años se han registrado epidemias de Dengue y/o Dengue hemorrágico en Latinoamérica, región en la que está aumentando particularmente la incidencia. Según datos de la OMS los casos de Dengue se multiplicaron en las Américas entre 2003 y 2013. Entre 1960 y 2010, un total de 22 países de África notificaron casos esporádicos, es poco reconocido y subestimado, debido a la escasa concienciación por, a la alta prevalencia de otras enfermedades febriles y a la falta de pruebas diagnósticas. Aunque el primer brote de Dengue en India se registró en 1982, es a partir del año 1960 cuando el Dengue comenzó a aumentar su incidencia en Asia. Actualmente se calcula que el 75% de los casos de Dengue se producen en esta región (Asia-Pacífico).

Los casos de Dengue importados en Europa aumentan anualmente, pasando, según datos del Centro Europeo para la Prevención y Control de (ECDC), de los 530 notificados en 2008 a los 1.207 en 2012. Destacar que, en estudios se ha identificado el Dengue como la causa de la fiebre en un 2%-16,5% de los viajeros febriles a su vuelta. En Europa el virus del Dengue continúa siendo en líneas generales una enfermedad de importación. Aun así se han dado casos en los últimos años, en algunas regiones del continente se ha establecido el *A.albopictus* que durante

2010 produjeron casos autóctonos de Dengue en Francia y Croacia. Unos años más tarde se notificó un brote en el archipiélago de Madeira, perteneciente a Portugal, se pudieron contabilizar hasta 2100 casos hasta su control total. Entre los viajeros regresados de países de ingresos bajos y medianos, el Dengue constituye la segunda causa de fiebre diagnosticada tras el paludismo o malar.

Los casos detectados en España han sido hasta 2018 exclusivamente importados de las zonas endémicas. Las Comunidades con mayor notificación de Dengue han sido Cataluña, Madrid, Andalucía y la Comunidad Valenciana, de viajeros procedentes sobre todo de América latina, Asia y Pacífico. El mayor número de casos notificados fue en 2015 y 2016, observándose un claro descenso en 2017 y sobre todo en 2018. En el mes de octubre de 2018, se confirmaron los tres primeros casos de Dengue autóctono en España. Ninguno de ellos tenía antecedente de viaje a un país endémico o con transmisión conocida de Dengue. A finales del mes de octubre se confirmaron dos nuevos casos de Dengue autóctono, posiblemente asociados a los primeros y en el mes de noviembre se notificó otro caso adicional sin relación aparente con los anteriores.

Estas personas habían estado en localidades de Andalucía, Murcia y Cataluña, en alguna de las cuales *Ae. albopictus* está establecido, en una época del año en la que la actividad del vector es importante. Tanto en Andalucía como en Cataluña se habían notificado casos importados de Dengue. Aunque se tomaron las medidas de control pertinentes, no se pudo demostrar la presencia del virus en los vectores locales. Los estudios microbiológicos de las cepas virales junto con los datos epidemiológicos, sugirieron que la transmisión ocurrió a partir de dos casos índices importados de zonas con transmisión activa.

En cuanto a la atención de enfermería y al tratamiento del Dengue clásico, se siguen diversos protocolos. El manejo ambulatorio en el caso de que el paciente no muestre signos alarmantes y plaquetas por encima de $100,000/\text{mm}^3$. Es recomendable mantener una hidratación adecuada aunque no presente sintomatología de deshidratación. En cuanto a la alimentación, si el paciente tolera la vía oral es recomendable mantener la alimentación siempre ofreciendo alimentos con fácil capacidad de digestión.

Otro factor importante es el control de temperatura, para ello podemos apoyarnos en el uso de Acetaminofén 500mg en adultos cada seis horas, por vía oral. Es fundamental evitar el uso de cualquier antiinflamatorio, como la aspirina o ibuprofeno incluidos los AINES debido a la posibilidad de que puedan producir sangrado. Es necesario el reposo en cama del paciente y manteniendo

siempre una adecuada higiene corporal para prevenir otro tipo de complicaciones al paciente. El procedimiento de laboratorio inicial sería la realización de un hemograma completo, identificando valores basales de plaquetas, hemoglobina y glóbulos blancos. Es necesario un control diario hasta los tres días posteriores a la desaparición de sintomatología febril.

En el ingreso producido por el Dengue clásico, es fundamental el control y registro de los signos vitales cada 6 horas. Tensión Arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno y temperatura. Monitorización de indicadores de riesgo como dolor abdominal, descenso de temperatura, somnolencia y vómitos. Evaluación y tratamiento de la posible deshidratación, mediante vía parenteral u oral.

Además de los anteriores aspectos comunes con el Dengue clásico, al presentar un Dengue hemorrágico será necesario: hemograma completo, conteo plaquetas, leucocitos, Hb y Ht. Total de proteínas haciendo fijación en la albúmina, transaminasas y realizar un examen de orina. Ecografía abdominal es el método más efectivo para mostrar la evidencia de extravasación temprana de líquidos ante sospecha de un caso de Dengue hemorrágico. Un aspecto importante también es la realización de una radiografía de tórax, útil para identificar la aparición de posible fluido pleural.

En cuanto al manejo del dengue hemorrágico con choque: tras la hospitalización del paciente se realiza un monitoreo continuo de signos vitales, si dispone de monitor o cada 15 minutos en caso de no disponibilidad del mismo: presión arterial sistólica (calcular presión arterial media y presión diferencial), frecuencia cardíaca y temperatura, hasta revertir estado de choque. Restablecer volumen circulatorio para mejorar perfusión tisular: 300-400 ml/m² SC o 20-40 ml/kg pasar en una hora. Utilizar solución de lactado de ringer o solución salina al 0,9 %, hasta mejorar la perfusión tisular. Llevar registro de líquidos cada 6 horas y proceder de acuerdo a los resultados. Mantener el aporte hídrico por lo menos hasta 48 horas después de haberse controlado el estado de choque, ante un caso de sangrado profuso que ponga en riesgo la vida del paciente, se puede transfundir plaquetas en el caso que sea necesario (una unidad de plaqueta por cada 10kg de peso). Monitorear plaquetas, hemoglobina y hematocrito (hemograma completo) cada 24 horas. Si se ha restablecido la vía oral, iniciar oferta de líquidos y valorar la utilización de alimentos estimando los riesgos. Administración de medicamentos de acuerdo de prescripción médica, excepto heparina, corticoides, antivirales e inmunoglobulinas Realizar balance hídrico. Control de diuresis horaria. Es importante observar y controlar los sangrados y el uso de elementos sanguíneos de acuerdo a indicaciones médicas.

5 Discusión-Conclusión

Tanto a nivel mundial como europeo, el Dengue es una enfermedad que ha aumentado mucho su presencia en el panorama en las últimas décadas. Ha llegado a ser considerada como segunda causa de hospitalización en pacientes tras la estancia en entornos tropicales. Esta enfermedad podría ser controlada de una manera mucho más eficiente, aun existiendo vacunas se debería hacer énfasis en la educación de la población y eliminar los centros de criaderos del vector para reducir así la propagación. Es imprescindible evitar el silencio epidemiológico para dar mayor connotación a la percepción del riesgo que debe tener la población mundial ante esta enfermedad en aumento de riesgo. Es necesario tener conocimientos para un trato enfermero, siendo crucial en casos graves de Dengue con presencia de hemorragia, además de un protocolo adecuado de control médico para reducir tanto las complicaciones como la mortalidad.

6 Bibliografía

- Dengue y Dengue hemorrágico. Organización Mundial de la Salud.OMS.
- Panorama epidemiológico de fiebre por Dengue y fiebre hemorrágica por Dengue. Sinave
- Norma Oficial Emergencia Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector. AMSE.
- Cuadro Clínico De La fiebre Hemorragica Del Dengue. Díaz AG, Kouri MG, Guzmán. Febrero 2016.
- Schmidt-Chanasit J, Emmerich P, Tappe D, Günther S, Schmidt S, Wolff D, et al. Autochthonous Dengue virus infection in Japan imported into Germany, September 2013.
- Orellano PW, Pedroni E. Análisis costo-beneficio del control de vectores en la transmisión potencial de Dengue. Rev Panam Salud Publica Jul 2014

Capítulo 70

IMPACTO DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL A LA SALUD.

REBECA CIENFUEGOS VIDAL

BEATRIZ RODRIGUEZ DE LA ROSA

ALBA GARCÍA BAS

SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ

GONZALO DOMÍNGUEZ DÍAZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud considera la contaminación atmosférica como una de las más importantes prioridades mundiales en salud. En un reciente informe se ha estimado que la contaminación ambiental debida a partículas es responsable de 1,4% de todas las muertes en el mundo. La contaminación atmosférica en interiores tendría un efecto aún mayor, especialmente en países en vías de desarrollo. En definitiva, importantes sectores de la población se encuentran expuestos a contaminantes atmosféricos con posibles repercusiones negativas sobre su salud.

Las emisiones a la atmósfera relacionadas con el cambio climático pueden agravar los efectos de la contaminación del aire sobre la salud de los ciudadanos, no sólo indirectamente por el impacto en los fenómenos meteorológicos sino de manera inmediata por los efectos directos de los contaminantes sobre la salud.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Demostrar que la contaminación influye negativamente en la salud.

Objetivos secundarios:

- Observar las tendencias de la contaminación.
- Establecer planes de mejora de la calidad del aire.

3 Metodología

A partir de una búsqueda exhaustiva en Medline, se identificaron los estudios que hubieran evaluado efectos en la salud por exposición a ozono y partículas suspendidas en poblaciones humanas. Se incluyeron los artículos donde se hubieran estudiado la asociación entre la exposición a ozono o PS y algún efecto agudo en la salud de poblaciones tal como mortalidad, hospitalizaciones, visitas a salas de urgencias, efectos en individuos asmáticos, efectos en la población, parámetros de función pulmonar y días de actividad restringida. En su mayoría estos son estudios epidemiológicos que evalúan los efectos de la exposición en periodos cortos, de 1 a 5 días. Por ser otro tipo de estudios, con consecuencias diferentes, no se incluyeron los relacionados con efectos de la exposición crónica a contaminantes, como la disminución de la esperanza de vida o el desarrollo de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o cáncer.

4 Resultados

Son muchos los efectos a corto y a largo plazo que la contaminación atmosférica puede ejercer sobre la salud de las personas. En efecto, la contaminación atmosférica urbana aumenta el riesgo de padecer enfermedades respiratorias agudas, como la neumonía, y crónicas, como el cáncer del pulmón y las enfermedades cardiovasculares.

La contaminación atmosférica nos afecta tanto a corto como a largo plazo, sus efectos secundarios son más susceptibles de sufrirlos los niños, ancianos y personas que sufren alguna enfermedad.

Las personas que mueren anualmente por los efectos secundarios de la contaminación atmosférica urbana ascienden a más de 1,3 millones de personas, de estas

muerter, más de la mitad se suceden en los países desarrollados, ya que, las personas que residen en ciudades con nivel de contaminación atmosférica elevado padecen más enfermedades cardíacas, problemas respiratorios, cánceres de pulmón y alergias.

La OMS marca unas directrices sobre la Calidad del Aire donde determina los efectos secundarios en la salud derivado de los problemas que ocasiona la contaminación, a través de unos cálculos que realiza con la media de concentración anual de material particulado que se suspende en el aire, a través del cual determina la disminución necesaria de material particulado para evitar el 15% de mortalidad anual que actualmente causa la contaminación atmosférica.

No hay que olvidar que el aire contaminado no es únicamente el externo, también el humo de los interiores representa un grave riesgo para la salud, la biomasa y el carbón son altamente contaminantes, por lo que, aquellas comunidades de vecinos, hogares particulares o empresas que usen este tipo de combustibles para calentarse en invierno, están altamente expuestos a sufrir sus efectos secundarios.

En España, las personas que respiran aire contaminado superan los 18,5 millones de personas, según fuentes de Ecologistas en Acción, que, además, nos informan que cada año esta cifra va en aumento siendo en la actualidad dos de cada cinco españoles los expuestos de forma directa a un aire contaminado.

La contaminación atmosférica afecta de distintas formas a diferentes grupos de personas. Los efectos más graves se producen en las personas que ya están enfermas. Además, los grupos más vulnerables, como los niños, los ancianos y las familias de pocos ingresos y con un acceso limitado a la asistencia médica son más susceptibles a los efectos nocivos de dicho fenómeno.

¿Qué causas conlleva la exposición a las partículas contaminantes del aire?

Una exposición prolongada a las partículas contaminantes del aire podría ocasionar infartos de miocardio, ictus isquémicos, insuficiencias cardíacas, desarrollo del cáncer, alteraciones en el sistema inmunológico, diferentes problemas dermatológicos, alergias tanto cutáneas como oculares e incluso el aumento de linfomas.

Dentro de los llamados factores determinantes claves de la salud se encuentran los llamados factores ambientales o del entorno, y más concretamente los factores físicos y los factores sociales. Se plantea por numerosos autores y expertos en el tema que los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y

del agua) son influencias claves en la salud; y que los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos, también constituyen influencias importantes.

Por otro lado, se plantea que el conjunto de valores y normas de una sociedad determina de diferentes maneras, la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones; la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas, proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios internacionales han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.

Los factores ambientales tienen gran repercusión sobre la salud del hombre. Pueden ser clasificados como biológicos (bacterias, virus, protozoarios, toxinas, hongos, alérgenos), químicos orgánicos e inorgánicos (metales pesados, plaguicidas, fertilizantes, bifenilos policlorados, dioxinas y furanos), físicos no mecánicos (ruido, vibraciones, radiaciones ionizantes y no ionizantes, calor, iluminación, microclima) o mecánicos (lesiones intencionales, no intencionales y autoinflingidas), y psicosociales (estrés, tabaquismo, alcoholismo, conductas sexuales riesgosas, drogadicción y violencia).

Estudios internacionales ubican a los factores ambientales con una contribución relativa de la mortalidad total de un país cercana al 20 %. En el Informe Lalonde (1974) se le atribuyó una determinación del 19 %, Alan Dever en 1980 le atribuyó una contribución del 21,7 %, y Mc Ginnins en el 2002 le atribuyó 20 %. Una reciente publicación que aborda los problemas de salud de los niños en el nuevo milenio, refiere que la carga global de enfermedad en menores de 15 años, se encuentra asociada a factores ambientales en 90 % de los casos de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y la malaria, en 60 % de las infecciones respiratorias agudas (IRA), en 30 % de los accidentes y lesiones, y en 25 % de los casos de cáncer.

Esto se debe a que la interrelación dinámica de los factores ambientales con el individuo, bien sean generados por factores naturales o antropogénicos los cuales pueden influir de forma negativa favoreciendo las condiciones para la aparición de enfermedades infecciosas cuando están relacionados con agentes biológicos, o de enfermedades no infecciosas, cuando se relacionan con agentes químicos o físicos, todos bajo condiciones sociales, económicas y conductuales determinadas.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados anteriores muestran una gran coherencia entre los efectos estudiados, desde efectos subclínicos, síntomas, uso de servicios de salud por causas respiratorias y cardiovasculares, hasta el incremento en el número de muertes. La coherencia de la asociación entre los efectos hace plausible las asociaciones encontradas con estos contaminantes del aire, lo cual se ve respaldado con los resultados de algunos estudios clínicos y toxicológicos donde han encontrado, entre otras cosas: una disminución de la función pulmonar, incremento en la frecuencia de síntomas respiratorios, hipersensibilidad exaltada celular y en vías respiratorias, y evidencia bioquímica de inflamación en pulmón, que en parte podrían explicar el mecanismo de daño producido por los contaminantes. Sin embargo, todavía existe un debate sobre la causalidad de estas asociaciones y cuál es el contaminante responsable de estos efectos.

La investigación sobre los mecanismos por los cuales los diferentes contaminantes producen sus efectos tóxicos está todavía en etapas tempranas, pero lo que sí es claro es que no todos los contaminantes atmosféricos tienen la misma capacidad de producir efectos tóxicos ni producen el mismo daño, por lo que es lógico pensar que estas diferencias se deben a las propiedades físicas y químicas de dichos componentes. En este sentido, en algunos estudios se ha observado que las sustancias que se encuentran en forma de aerosol son más tóxicas que los compuestos que se encuentran en forma de gas. Esto probablemente se debe a que los compuestos en estado gaseoso son eliminados de las vías respiratorias mucho más fácilmente que los aerosoles, los cuales son absorbidos o depositados más rápidamente.

6 Bibliografía

- WHO (2002) Reducing Risks, Promoting Healthy Life. The World Health Report 2002. Geneva, World Health Organization.
- Smith KR, Corvalan CF, Kjellstrom T. How much global ill health is attributable to environmental factors? *Epidemiology* 1999 Sep;10(5):573-84.
- Bruce N, Perez-Padilla R, Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78:1067-1071.
- Gall ET, Carter EM, Earnest CM, Stephens B. Indoor air pollution in developing countries: research and implementation needs for improvements in global public

health . Am J Public Health. 2013 Apr;103(4):e67-72.

- Air quality in Europe — 2017 report/ European Environment Agency Ambient Air Quality. OMS 2016.

- Martí Valls. FMC vol 24; nº 9; 2017. Efectos de la calidad del aire sobre la salud.

Capítulo 71

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CELIACOS DESDE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

OLAYA ALVAREZ CAMINO

DANIEL MAYOR ALVAREZ

1 Introducción

La enfermedad celiaca (EC) es una enfermedad de base inmunológica, que se caracteriza por la intolerancia al gluten y otras proteínas afines. La EC está en aumento en las últimas décadas, por lo que se está convirtiendo en una de las enfermedades más frecuentes en la población europea y un diagnóstico tardío puede comprometer gravemente la salud, por lo que consideramos que una actuación desde la infancia es esencial para mejorar la vida de estos pacientes. Siendo por ello objeto de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Detectar precozmente la enfermedad celiaca (EC) en niños.
- Promover desde la consulta de enfermería pediátrica una dieta apropiada para su patología así como unos hábitos saludables para disminuir la morbimortalidad.
- Enseñar desde la infancia aprender a vivir con la EC.
- Promover la aceptación de la EC desde una edad temprana.

3 Metodología

El estudio se llevará a cabo en la consulta de enfermería pediátrica, pero al tratarse de un enfermedad prologada en el tiempo y dificultosa de diagnosticar, es necesaria la participación activa de los padres, ya que serán ellos los encargados de percibir los signos y síntomas de esta enfermedad tales como: diarrea crónica, pérdida de peso, dolor abdominal, cambios de comportamiento y cansancio.

A los recién diagnosticados se les impartirá talleres especiales tanto a padres como a niños para que de manera conjunta puedan aprender y aceptar su enfermedad.

Para evaluar el programa se ha utilizado un test de conocimientos en pacientes con un diagnóstico precoz en comparación con pacientes con un diagnóstico tardío y se ha podido observar que los pacientes con un diagnóstico precoz han sabido asimilar mejor su enfermedad y adoptar una dieta adecuada a su enfermedad.

4 Bibliografía

- 1.- López García, E. (2017, 21 mayo). LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI. CELIAQUÍA EN EL NIÑO. | López García | RevistaEnfermeríaCyL.
- 2.-Rodríguez Montealegre, A., Celada, P., & Bastida, S. (2018, 15 octubre). Vista de Acerca de la enfermedad celiaca. Breve historia de la celiaquía | Journal of Negative and No Positive Results.

Capítulo 72

ENFERMERÍA EN LA EPILEPSIA

LUZ BLANCO GARCÍA

DIANA ORDÓÑEZ LÓPEZ

NURIA ESTRADA ESTÉVEZ

1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad tan antigua como la humanidad, para los pueblos primitivos la epilepsia era el castigo de los dioses o la posesión del enfermo por un demonio o espíritu maligno. El término “epilepsia” deriva del griego epilambanein, que significa “coger por sorpresa”. La medicina griega fue la primera en intentar despojar a la epilepsia de la aureola misteriosa y sobrenatural y de incluirla entre las enfermedades físicas. El famoso Hipócrates, 460 años a.C, en su obra titulada “Sobre la enfermedad sagrada”, explicaba que la epilepsia no es más divina ni más sagrada que cualquier otra enfermedad y tiene un origen tan natural como las demás, localizando su origen en el cerebro. A finales del siglo XIX se inicia la era moderna de la epilepsia. John Hugling Jackson, neurólogo inglés, establece en 1873 la definición de la epilepsia que ha permanecido vigente hasta la actualidad. Jackson definió la epilepsia como “una descarga súbita, rápida y excesiva de las células cerebrales”.

La epilepsia es una enfermedad neurológica que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, raza, clase social o país. Es un trastorno del cerebro en el cual sus células, que se llaman neuronas, transmiten a veces las señales de una forma anormal. Las neuronas envían señales a otras neuronas y músculos para producir pensamientos, sentimientos y acciones. La epilepsia altera la actividad

normal de las neuronas y puede causar sensaciones, emociones y comportamientos extraños, espasmos musculares y pérdida del conocimiento. Según las estadísticas disponibles se calcula que en España hay 400.000 personas que padecen epilepsia en la actualidad, y cada año 20.000 personas desarrollan la enfermedad por primera vez. En el mundo se estima que 50 millones de personas padecen epilepsia. Las crisis epilépticas aparecen de forma brusca e inesperada en casi todas las ocasiones, tanto en los pacientes con epilepsia conocida, como en aquéllos con una crisis de inicio. Pueden presentarse en cualquier lugar, situación y con una duración breve o prolongada en forma de estado epiléptico; por lo tanto, todos los profesionales sanitarios deben estar familiarizados con las actuaciones que deben llevarse a cabo frente a una crisis convulsiva, ya que una actuación inadecuada puede tener consecuencias irreparables.

Por lo tanto, es básica la formación específica en epilepsia del personal de enfermería, debe basarse en protocolos especializados y es de vital importancia disponer de un equipo especializado para garantizar un correcto manejo del paciente y una adecuada calidad asistencial. La actuación de enfermería tiene un papel crucial para evitar posibles complicaciones en el paciente.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Elaborar unas recomendaciones consensuadas para la actuación de enfermería ante una crisis epiléptica en un medio hospitalario y extrahospitalario.

Objetivos secundarios.

- Determinar los pasos a seguir para evitar posibles complicaciones.
- Garantizar una adecuada calidad asistencial.
- Reconocer las crisis y distinguir los diferentes tipos.
- Conocer la actitud de enfermería a desarrollar ante una crisis epiléptica.
- Conocer y evitar en lo posible las complicaciones.
- Diferenciar una crisis epiléptica de una pseudocrisis.
- Garantizar la calidad asistencial.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de los últimos protocolos de actuación en pacientes con crisis epilépticas en distintos medios y grupos de edad tanto

en medio hospitalario como extrahospitalario. Para ello se han utilizado los siguientes buscadores de evidencias científicas como Pubmed- Medline, Biblioteca Cochrane/ Biblioteca Cochrane Plub, Ovid SP, Scielo, Google Académico, CUIDEN. Base de enfermería en español, CUIDATGE. Referencias bibliográficas de enfermería. También se ha hecho uso de soporte informático y distintos libros y revistas, hemos requerido como material para la realización del presente trabajo la utilización del libro “Vivir y comprender la epilepsia” y de algunas guías clínicas tales como “Como afrontar la epilepsia” Una guía para pacientes y familiares.

4 Resultados

La epilepsia es una enfermedad crónica del cerebro que se manifiesta con crisis paroxísticas espontáneas, recidivantes, con sintomatología motora, psíquica, sensorial y/o vegetativa.

Las crisis epilépticas son la consecuencia de la descarga excesiva de las células de la corteza cerebral, de las neuronas, y analizando su definición, las crisis deben ser:

- Paroxísticas, es decir, inesperadas, sorprendidas.
- Espontáneas, por lo que deben excluirse casi siempre las crisis que están desencadenadas por circunstancias concretas.
- Recidivantes, puesto que para diagnosticar la epilepsia deben haberse padecido dos o más crisis epilépticas.

Una crisis epiléptica es un episodio clínico paroxístico, es decir, de comienzo brusco e inesperado, que se produce por la disfunción cerebral hipersincrónica de un grupo de neuronas hiperexcitables. La crisis epiléptica se expresa con síntomas motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos y/o psíquicos, con o sin afectación de la conciencia, y sus características dependen de la localización inicial de la descarga y de su propagación a otras regiones cerebrales. La descarga hipersincrónica, es decir, con sincronización excesiva, suele comenzar en un grupo de neuronas con características anómalas, propagándose después a estructuras cerebrales vecinas. Ese reclutamiento sincronizado es el responsable de las manifestaciones intercríticas, es decir, de los períodos en los que no hay ningún tipo de manifestación clínica, de modo que solo puede ponerse de manifiesto con el registro electroencefalográfico. Para que se produzca una crisis epiléptica, la actividad paroxística debe propagarse a otras áreas cerebrales más lejanas.

Los elementos más importantes en el inicio y en la propagación de las descargas son:

- La capacidad de un grupo de neuronas para generar una descarga hipersincrónica.
- La capacidad del sistema modulado por el glutamato, neurotransmisor excitador, para amplificar la señal, generando y propagando la descarga epiléptica.
- La capacidad del sistema modulado por el ácido gamma-amino-butírico (GABA), neurotransmisor inhibitorio, para impedir la génesis de la descarga y frenar su propagación cerebral.

Si esto no se produce, se desencadena la crisis epiléptica. También juegan un papel importante en las epilepsias los canales iónicos, responsables de la generación y mediación de señales en las membranas celulares excitables. Una sola crisis, lo que se conoce como crisis epiléptica aislada o única, no se considera habitualmente suficiente para establecer el diagnóstico de epilepsia, para lo cual suele requerirse el padecimiento de dos o más crisis indudablemente epilépticas. Este concepto es muy importante porque, por regla general, solo la mitad de las personas que padecen una crisis epiléptica va a sufrir otra u otras crisis, es decir, solamente en la mitad de los casos se debe establecer el diagnóstico de epilepsia. Aproximadamente 15 de cada 100 niños y 4 de cada 100 adultos pueden padecer episodios paroxísticos que no son epilépticos. Su incidencia es, por tanto, mucho mayor que la de las crisis epilépticas. Ambos se presentan de forma paroxística y con una sintomatología clínica que puede ser muy similar, lo que motiva errores diagnósticos, porque se pueden identificar como epilépticos algunos trastornos paroxísticos no epilépticos. Las crisis que aparecen en el curso de un proceso agudo de fiebre, infección, trastorno metabólico, traumatismo craneal, etc., se denominan crisis ocasionales y tampoco constituyen una epilepsia. Ese error diagnóstico ocurre todavía incomprensiblemente con las convulsiones febriles, que no deben ser confundidas con la epilepsia. Las crisis epilépticas tampoco deben confundirse con los episodios paroxísticos no epilépticos, que se producen por mecanismos diversos, como son las crisis histéricas o pseudocrisis, los síncope o lipotimias, los espasmos del sollozo, las distonías, algunos trastornos del comportamiento, las crisis anóxicas y algunos episodios paroxísticos que ocurren durante el sueño, como los terrores nocturnos y las mioclonías fisiológicas del sueño.

La Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) en su consenso de 2010 clasifica las crisis epilépticas de la siguiente manera:

Crisis generalizadas:

- Tónico-clónicas (en cualquier combinación).
- Ausencias.
- Típicas.
- Atípicas.
- Ausencias con rasgos especiales.
- Ausencias mioclónicas.
- Con mioclonías palpebrales.
- Mioclónicas.
- Mioclónico-atónicas.
- Mioclónico-tónicas.
- Clónicas.
- Tónicas.
- Atónicas.

Crisis focales o parciales.

Desconocidas focales o generalizadas:

- Espasmos epilépticos.
- Crisis epilépticas generalizadas se conceptualizan como originadas en algún área cerebral y que rápidamente son bilaterales, lo que puede incluir estructuras corticales y subcorticales, pero que no afectan necesariamente a toda la corteza cerebral, pudiendo ser asimétricas.
- Crisis epilépticas focales se conceptualizan como originadas en áreas limitadas a un hemisferio cerebral, pudiendo originarse en áreas subcorticales y propagarse al hemisferio contralateral, afectar a más de un área cerebral y traducirse en más de un tipo de crisis.

Entre las crisis epilépticas generalizadas se distinguen:

- Crisis generalizadas tónico-clónicas: Comienzan con pérdida brusca del conocimiento y se continúan con rigidez de las 4 extremidades (fase tónica de la crisis), que se puede acompañar o no de labios morados, espuma por la boca, mordedura de la lengua y eliminación de orina. Después se producen sacudidas clónicas de los dos brazos y de las dos piernas (fase clónica de la crisis). Al final queda un sueño profundo durante minutos u horas, tanto más duradero cuanto más prolongada y violenta ha sido la convulsión. Al despertar suele haber confusión, cansancio, desorientación y cefalea.
- Crisis tónicas: Pérdida brusca de la conciencia seguida de una convulsión tónica, es decir, hiperextensión o estiramiento del tronco y de las extremidades, de man-

era similar a la fase inicial de las crisis tónico-clónicas, antes descritas. Suelen ser de breve duración por lo que hay escasa o nula confusión después de estas crisis.

- Crisis clónicas: Sacudidas rítmicas de las extremidades, con una frecuencia y duración variable, de segundos a minutos, con afectación de la conciencia tanto mayor cuanto más se prolonga la crisis.

- Crisis mioclónicas: Se caracterizan por la sacudida brusca, muy rápida (menos de 1 segundo), y masiva de las 4 extremidades, que en ocasiones es capaz de proyectar al paciente al suelo. Otras veces las mioclonías afectan solo a los brazos, provocando la caída de objetos de las manos; a la musculatura del cuello, produciendo una inclinación brusca de la cabeza hacia adelante; o a la musculatura del tronco, produciendo una caída brusca al suelo.

- Ausencias: Detención brusca de la actividad motora e interrupción de la conciencia, a veces con movimientos automáticos simultáneos, como relamerse los labios o arreglarse la ropa, acompañándose típicamente de mirada fija e inexpressiva, o de desviación exagerada de los globos oculares hacia arriba, parpadeos y reclinación ligera de la cabeza hacia atrás. Las ausencias terminan bruscamente, después de 5-15 segundos recobrando con extraordinaria rapidez la conciencia y la actividad previa. No suelen observarse en niños menores de 3 años de edad, de modo que las crisis paroxísticas de breve duración durante los tres primeros años de vida generalmente son crisis epilépticas focales o ensimismamientos no epilépticos. En la clasificación actual se incluyen las ausencias típicas, ausencias atípicas y ausencias con rasgos especiales (ausencias mioclónicas y ausencias con mioclonías palpebrales).

- Crisis atónicas: Pérdida brusca del tono muscular y de la conciencia durante 1 segundo o menos, con caída al suelo. Aunque son muy breves, estas crisis son invalidantes, por el riesgo que conllevan de traumatismos en el cráneo o en la cara.

Entre las crisis epilépticas focales o parciales se distinguen:

- Crisis focales elementales: Sin pérdida del conocimiento. Pueden manifestarse por visión de luces, audición de sonidos inexistentes, sacudidas de un brazo y/o de una pierna, sensación de haber vivido esa situación o de haber visto anteriormente ese suceso, síntomas vegetativos, sensación en zona del estómago, palidez, sudoración, midriasis, etc.

- Crisis focales complejas: Con pérdida de la conciencia, movimientos de masticación, de desviación de la cabeza, movimientos automáticos como de arreglarse la ropa, etc. Pueden ser la continuación de las crisis focales elementales descritas previamente. La conciencia se recupera después lentamente, con sensación de confusión durante varios minutos.

- Crisis focales secundariamente generalizadas: Son crisis elementales o complejas, en las que se extiende la hiperexcitabilidad del foco al resto de neuronas cerebrales, concluyendo dicha crisis con una convulsión tónico-clónica, tónica o clónica generalizada.
- Crisis epilépticas de origen desconocido: espasmos epilépticos: pérdida de conciencia, flexión anterior o posterior de la cabeza y flexión o extensión de los brazos durante 1-3 segundos, repitiéndose varias veces seguidas, tras lo cual el paciente, que habitualmente es un niño de pocos meses de edad llora o grita.

Aura deriva del latín y significa “soplo”, entendiéndose como tal la sensación que experimenta una persona plenamente consciente de que inmediatamente después va a padecer una crisis epiléptica. El aura es el preludio y puede considerarse positiva cuando permite tomar precauciones, sentarse o acostarse y evitar lesiones. El aura suele ser muy breve, siempre la misma para cada persona, y diferente de un paciente a otro. La sensación que la caracteriza depende de la zona cerebral activada, sensitiva, sensorial, autonómica, psíquica o motora, es decir, que el aura es el síntoma inicial de una crisis epiléptica focal o, con mucho menor frecuencia, de una crisis generalizada, constituyendo la primera parte de esa crisis e indicando dónde se inicia la descarga hipersincrónica. Algunas veces el aura no se acompaña de otros síntomas y es la única expresión clínica, considerándose entonces como una crisis parcial elemental de breve duración. Convulsión aguda y status epilepticus: se entiende por status epilepticus o estado epiléptico, la crisis epiléptica que se prolonga durante más de 30 minutos o, lo que es más frecuente, la repetición de crisis más breves durante un período de tiempo superior a 30 minutos, sin que se recupere la conciencia entre las mismas. Cuanto más tiempo se prolonga una convulsión, mayor es el riesgo de secuelas, e incluso de muerte del paciente, aunque sea excepcional. Por este motivo se debe actuar cuanto antes para evitar posibles complicaciones, como por ejemplo administrando diazepam por vía rectal, fármaco que debe administrarse inmediatamente en cuanto se observa la crisis convulsiva, puesto que cuando ésta comienza, no se sabe cuánto tiempo va a prolongarse. Por otra parte, a mayor duración de una crisis convulsiva, mayor también la dificultad para controlarla. Cuando no se controla la crisis convulsiva, y ésta evoluciona a un estado epiléptico, se debe considerar la situación como una emergencia, que debe ser tratada urgentemente en un hospital.

Actuación de Enfermería en el ámbito extrahospitalario.

Nos ha parecido interesante incluir este apartado porque el personal de enfer-

mería también puede encontrarse ante un cuadro de crisis convulsiva en la calle, en un espectáculo, cuando está de excursión o en un centro comercial, por poner algunos ejemplos. Aunque no dispongamos de los medios que encontraríamos en un hospital, podemos y debemos actuar de la forma más efectiva posible para evitar el mayor número de riesgos al paciente. Además, muchos de los procedimientos y actividades que realizaríamos en un medio extrahospitalario son de obligado cumplimiento también en el medio hospitalario.

Crisis parciales convulsivas, habitualmente las crisis epilépticas parciales son leves, y no suelen alterar la conciencia y en el medio extrahospitalario nos pasarían desapercibidas; pero de no ser así debemos controlar y valorar en el paciente:

- La duración de la crisis.
- Cómo ha sido la crisis, características.
- El nivel de conciencia, preguntándole cosas sencillas, haciéndole contar números, etc.
- La frecuencia respiratoria.
- La frecuencia cardíaca.
- La coloración de la piel y mucosas.

Es importante hacer una valoración de la crisis para determinar si se trata de una crisis parcial simple o compleja, su cese o su posible evolución a una crisis convulsiva generalizada.

Crisis convulsiva generalizada tónico-clónica:

- Mantener la calma y la serenidad, transmitir al paciente, familiares y al resto de las personas que están presentes tranquilidad. Nos identificaremos como enfermeras/os. Hay que saber que una vez que empieza la crisis no es posible detenerla y terminará sola en 2-3 minutos, rara vez superan los cinco minutos.
- Identificaremos que se trata de una crisis convulsiva tónico-clónica. Para ello preguntaremos a los familiares o amigos si los hay.
- Alertar. Llamaremos al 112, si nosotros no podemos llamar nos cercioraremos de que otros hagan la llamada, proporcionando por teléfono la máxima información que tengamos.
- Proteger siempre al paciente.
- Impedir la aglomeración de curiosos alrededor, intentar proporcionar intimidad al paciente.
- No trasladar al paciente durante la crisis excepto cuando corra peligro su vida, en mitad de la carretera o calzada, en un río, cerca de acantilados, en cuyo caso

lo trasladaremos a un lugar más seguro.

- No intentar reanimar al paciente. Durante la fase tónica de las crisis generalizadas tónico clónicas, el paciente puede dejar de respirar y ponerse cianótico sin que se asfixie.
- No dejar solo al paciente bajo ningún concepto y vigilarlo.
- Si nos da tiempo, protegerlo de posibles caídas al suelo.
- Retirar objetos y/o muebles cercanos con los que pueda golpearse.
- Aflojaremos la ropa que esté apretada.
- Retiraremos las lentes oculares si las llevara.
- No inmovilizaremos o sujetaremos al paciente durante la crisis convulsiva, pero sí controlaremos y guiaremos sus movimientos para evitar lesiones.
- Protegeremos la cabeza poniendo algún objeto blando debajo y a los lados de ésta (chaquetas, abrigos, etc).
- Valoraremos la permeabilidad de la vía aérea. Retiraremos todo objeto que pueda obstruir la vía aérea: dentadura postiza, implantes dentales que no sean permanentes, caramelos, chicles, etc. El barrido digital (a ciegas) no está indicado.
- No introduciremos nada en la boca del paciente ya que puede ser peligroso al lesionar la mucosa bucal o provocar la rotura de piezas dentarias. No hay riesgo de que se trague la lengua. Sólo se la puede morder.
- Controlaremos y valoraremos la duración de la fase tónico-clónica. Es muy importante ya que la gravedad de la crisis dependerá, entre otras cosas, de la duración de ésta. La mayoría no dura más de dos o tres minutos, si dura más de cinco minutos el proceso se está agravando.
- Donde empieza el movimiento o contractura.
- Tipo de movimiento de la parte o partes afectadas.
- Posición de los ojos y la cabeza.
- Las pupilas: relación entre ellas, tamaño y reactividad.
- Si hay o no incontinencia urinaria y/o fecal.
- Tiempo que está el paciente inconsciente.

Procedimiento y actividades en la fase post crisis convulsiva: al cesar las convulsiones colocaremos al paciente en posición de recuperación (antes llamada posición lateral de seguridad) gracias a la cual se posibilita la eliminación de saliva y moco. La posición de recuperación se aplica a toda víctima inconsciente de origen no traumático que respira y tiene pulso.

El objetivo de esta técnica es el de mantener la vía aérea permeable:

- No administraremos agua, alimentos o medicamentos.
- Taparemos al paciente si hace frío.

- Si está excitado tras la crisis lo calmaremos y sujetaremos levemente; así mismo tranquilizaremos a los acompañantes y/o familiares presentes.
- Si hay alguna lesión sangrante en la cabeza, en el labio, o en la lengua (mordedura) realizaremos presión con un pañuelo hasta que cese la hemorragia.
- Controlaremos y valoraremos la duración de la fase post-crisis. Es un dato muy importante porque de la duración de cada fase dependerá, entre otras cosas, la gravedad del proceso.
- Frecuencia respiratoria.
- Frecuencia cardíaca.
- Coloración de la piel y mucosas.
- Las pupilas: relación entre ellas, tamaño y reactividad.
- El nivel de conciencia (escala de Glasgow). Grado de confusión y duración de ésta.
- Reorientaremos al paciente si está confundido.
- Si el paciente duerme o no, y en caso de dormirse no despertarlo ni sacudirlo.
- Si puede levantarse (no exigirle que se levante).
- Si habla o no.
- Si hay parálisis o debilidad de brazos o piernas.
- Si se produce otra crisis.

El proceso se agrava y precisamos del medio hospitalario con urgencia si:

- Se produce una parada cardio-respiratoria: iniciaremos las maniobras de reanimación cardiopulmonar.
- La persona que tiene la crisis convulsiva es una mujer embarazada.
- El paciente durante la crisis convulsiva tónico-clónica se ha producido una lesión y/o traumatismo importante.
- Las convulsiones duran más de cinco minutos.
- La pérdida de conocimiento es mayor de quince minutos.
- Tiene otra segunda crisis convulsiva antes de recuperar el conocimiento.

Actuación de enfermería en el ámbito hospitalario.

En este apartado nos referimos a la actuación de enfermería sobre aquellas personas que padecen una crisis parcial o general y que se encuentran o bien ingresadas en un Servicio de Neurología, Medicina Interna, Pediatría, Neurofisiología Clínica etc en cuyo caso puede ser que conozcamos por su historia previa el riesgo que tienen de sufrir una crisis convulsiva, o bien se encuentran en urgencias donde han acudido por algún problema de salud, o están realizándose una

prueba complementaria en el hospital (analítica, EEG, prueba de esfuerzo, etc.) o sencillamente están acompañando a un familiar o amigo en el hospital.

Crisis parciales convulsivas.

Como ya hemos indicado anteriormente, las crisis parciales son, generalmente, leves y no suelen alterar la conciencia; no obstante, pueden evolucionar y pasar a ser una crisis convulsiva generalizada; por lo que en el ámbito hospitalario:

- Avisaremos al médico.
- Controlaremos y valoraremos en el paciente la duración de la crisis, en qué ha consistido la crisis, el nivel de conciencia.
- La coloración de la piel y mucosas.
- Tomaremos constantes como frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, saturación de O₂, realizaremos una glucemia capilar.
- Pondremos una vía periférica.
- Administraremos oxígeno con gafas nasales a dos litros/minuto.
- Administraremos: Diazepam 5 mgr vía rectal si es un niño menor de 5 años. Diazepam 10 mgr vía rectal si es mayor de 5 años.

A la espera de que el médico pueda ampliar la medicación con otro fármaco que puede ser empleado en esta fase y que es poco utilizado, pese a ser también una buena alternativa: el Midazolam; que además presenta la ventaja de poder administrarse vía IM a dosis de 5 mg, vía Intranasal a dosis de 10 mg. El Midazolam al ser hidrosoluble permite la administración IM y por mucosas (bucal y nasal) y es igual de eficaz o más que el Diazepam IV o rectal. No obstante, estas vías alternativas a la administración IV presentan el inconveniente de que son algo más lentas en el inicio de su acción terapéutica. En este apartado hay que valorar los beneficios de administrar medicación o si es preferible, ver la evolución de la crisis.

Crisis tónico-clónicas.

En aquellos pacientes con crisis convulsivas previas o con factores de riesgo importantes en tratamiento con anticonvulsivantes, lesión cerebral severa, exposición a drogas y alucinógenos, etc.

- Mantener el material necesario de oxigenoterapia y aspiración, en condiciones óptimas para una posible intervención.
- Disponer de una cánula de Guedell cerca del paciente (cabecero de la cama o mesita).

- Facilitar la accesibilidad al timbre de llamada sobre todo si existen pródromos.
- Procurar un entorno adecuado y seguro, libre de muebles y objetos que puedan causar daño durante la convulsión.
- Proteger al paciente frente a todos los objetos potencialmente lesivos.
- Mantener una vía venosa permeable en caso necesario.
- Informar al paciente y a la familia sobre la actuación ante la aparición de pródromos.
- Retirarle la dentadura u otros objetos de la boca.
- Retirar las lentes oculares.
- Tumbarlo en el suelo o en la cama.
- Avisar a la persona más cercana.

Durante las crisis convulsivas tónico-clónicas:

- Mantener la calma y la serenidad tanto como sea posible y la transmitiremos al paciente, familiares y resto del personal de enfermería.
- Identificar que se trata de una crisis convulsiva tónico-clónica.
- Alertar: Avisar al médico de guardia.
- Proteger al paciente.
- Proteger la cabeza colocando una almohada o una toalla debajo.
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea.
- Retirar, si es posible, la dentadura postiza e implantes dentales que no sean permanentes.
- Retirar caramelos, chicles.
- Introducir una cánula de Guedell, si es posible, pero no hacerlo a la fuerza, ya que podríamos lesionar la mucosa bucal y/o provocar la rotura de piezas dentarias.
- Aspirar secreciones, si es necesario.
- Administrar oxígeno con Ventimax al 50%.
- Administrar de forma precoz tratamiento farmacológico para facilitar el control de la crisis, Diazepam 5 mgr vía rectal en menores de 5 años, Diazepam 10 mgr vía rectal en mayores de 5 años. El Diazepam por vía rectal presenta la ventaja, respecto a la administración intravenosa, de tener un menos número de efectos secundarios cardiorrespiratorios y un tiempo de acción más prolongado. No es aconsejable la administración intramuscular de Diazepam por el riesgo de necrosis muscular local. Como hemos explicado anteriormente se dispone también del Midazolam como medicamento de elección por vía IM e intranasal.
- Poner una vía periférica en cuanto cesen las convulsiones.
- Tomar constantes.
- Realizar una analítica.

Procedimientos y actividades en la fase post crisis tónica-clónica:

- Al cesar las convulsiones colocar al paciente en posición de recuperación.
- No administrar nada por la boca.
- Si tras la crisis está excitado, calmarlo y tranquilizarlo.
- Si hay alguna lesión sangrante presionar con una compresa estéril hasta que cese la hemorragia.
- Procurar que el entorno sea tranquilo y seguro, sin excesiva iluminación ni ruidos.
- Realizar un nuevo control de constantes y de glucemia digital.
- En caso de haber incontinencia, proceder al aseo del paciente.
- En caso de somnolencia, dejarle descansar.
- Cuando despierte, reorientarlo y tranquilizarlo.
- Realizar las pruebas complementarias que solicite el facultativo tales como: ECG y EEG.
- Controlaremos y valoraremos el nivel de conciencia (escala de Glasgow). Grado de confusión, si está somnoliento dejarlo dormir y no despertarlo ni sacudirlo.
- Registraremos las constantes en la gráfica de enfermería así como pruebas complementarias realizadas, analíticas, electrocardiogramas, glucemia capilar, electroencefalograma.

5 Discusión-Conclusión

La elevada incidencia y prevalencia en nuestro medio de la epilepsia y lo impredecible en la aparición de las crisis, así como la gran variabilidad en su forma de presentación, obliga al desarrollo de protocolos específicos orientados a la mejor atención y tratamiento en la fase aguda, tanto en el medio hospitalario como en el extrahospitalario. La actuación de la enfermería se convierte en una pieza clave de la asistencia, puesto que con frecuencia va a ser el primer profesional sanitario en atender al paciente. La formación en el reconocimiento de las crisis y en las medidas terapéuticas de urgencia debe formar parte de los programas a implementar dentro de cualquier estructura sanitaria.

En el presente trabajo hemos realizado un recordatorio de la fisiopatología y clasificación de la epilepsia, así como de la definición de crisis aguda y del status epiléptico.

Tras esta revisión, hemos establecido aquellos puntos básicos que creemos indispensables para la atención urgente en cualquier circunstancia, tanto hospitalaria como extrahospitalaria:

- Reconocimiento de la crisis epiléptica y su diferenciación de las pseudocrisis.
- Puesta en marcha de los mecanismos de alerta sanitaria (intrahospitalarios o llamada a 112).
- Asistencia inmediata al paciente durante la crisis y en la fase post-crítica, creando un área de seguridad que permita nuestra actuación sin interferencias.
- Recogida de datos relacionados con el episodio (forma de inicio, forma de presentación, duración, recuperación) y si existe recidiva.
- Valoración de signos y síntomas asociados (contusiones, vómito, control de esfínteres, etc.).
- Reconocimiento de la situación de status epiléptico y/o parada respiratoria, con aplicación de las medidas de reanimación cardiopulmonar básicas que impidan la progresión a la parada cardíaca por hipoxia.

Además, en el medio hospitalario o en el centro de salud, las indicaciones deben extenderse a todas aquellas actuaciones de enfermería que favorezcan la coordinación con otros estamentos (médico, auxiliar de enfermería, celador), con adjudicación de tareas específicas para cada uno de ellos que garanticen la mayor eficiencia en la actuación ante una crisis epiléptica.

6 Bibliografía

- Pérez A, Sánchez JC, Morales MD, Martín M, Sancho J, Forcadás M et al. Como afrontar la epilepsia. Una guía para pacientes y familiares. Madrid: 1º ed. Entheos 2005. Mercadé J.M, Sánchez J.C, Galán J.M, Moreno V, Serrano P.J, Canadillas F.M. Guía de práctica clínica de consenso de la Sociedad Andaluza de epilepsia: recomendaciones terapéuticas ante una crisis epiléptica y en el estado epiléptico. Rev Neurol. 2009; 48(9): 489-495.
- Herranz JL. Vivir y comprender la epilepsia. Madrid: 6º ed. Ergon 1998.
- Manual del paciente con epilepsia. Doctora Anne Gómez Caicoya. Hospital Universitario Quirón. Madrid. Arroyo S, Campistol J, Comes E, Fossas P, Martínez I, Padro L, Ugarte A, Santamaría J. El tratamiento de las epilepsias. Guía terapéutica Sociedad Catalana de Neurología. Rev Neurol. 1999 Oct 16-31; 29 (8): 754-66. [3 de noviembre de 2006].
- Carmona JV, Leiva S. Actuación de enfermería ante una crisis convulsiva en la vía pública. Revista de enfermería integral 2008; Número especial; 29-33.
- Cuidados de enfermería en crisis convulsivas. Versión: 1. Entrada en vigor: 1-05-2006. p 1-7. Protocolos y procedimientos de cuidados generales del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

- Bender JE. Introducción. En: Atención al paciente con epilepsia. Editorial Universitaria UNAN-León; 2014.
- Rai D, Kerr MP, McManus S. Epilepsy and psychiatric comorbidity: a nationally representative population-based study. *Epilepsia* [Internet] 2012[Consultado 2017 Ago 15]; 53:1095.
- Bell GS, Neligan A, Sander JW. An unknown quantity—The worldwide prevalence of epilepsy. *Epilepsia* [Internet]. 2014 [Consultado 2017 Sept 5]; 55(7):958-62.
- Palmini A, Viana E. Estrategias medicamentosas en las epilepsias parciales En: Yacubíán EM, Contreras-Caicedo G, Ríos-Pohl L (eds). Tratamiento Farmacológico de las Epilepsias. Copyright © 2014.

Capítulo 73

LA SOLEDAD EN LA TERCERA EDAD

CRISTINA ALVAREZ LOPEZ

BEGOÑA SUÁREZ VEGA

1 Introducción

Los cambios demográficos sufridos a lo largo del último siglo han provocado una inversión demográfica (mayor número de personas con edades superiores a los 65 años que niños de 0 a 14 años), lo que supone un reto social, cultural y económico para las comunidades y los estados. España posee una de las tasas de longevidad más alta del mundo y según los últimos datos recogidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la esperanza de vida media es de 83.1 años. Los individuos mayores de 65 años representan el 19.44% de la población (8,464 millones de personas), del cual el 57.1% pertenecen al género femenino. Las causas de este envejecimiento demográfico son variadas, destacando la mejora de las condiciones de vida, de la esperanza de vida y el triunfo de las mejoras sanitarias. Todo lo mencionado anteriormente está estrechamente relacionado con una mayor incidencia de enfermedades crónicas y psicosociales.

Una de las enfermedades psicosociales más prevalente es la soledad (entre un tercio y la mitad de la población anciana la sufre al final de su vida), la cual se define como el sentimiento agotador y desagradable donde una persona acarrea una privación de los recursos sociales, como son las relaciones interpersonales, la comunicación, la compañía y el apoyo.

Según algunos estudios publicados, la soledad se trata de un problema de salud y bienestar que presenta un potencial riesgo mortal similar al tabaquismo o alco-

holismo. Generalmente se tiende a confundir el concepto de soledad con el concepto de aislamiento social, ya que tienen una serie de factores de riesgo y consecuencias comunes. Algunas de las consecuencias más relevantes relacionadas con la soledad son la depresión, la demencia, la baja calidad de vida e incluso un aumento del riesgo de suicidio.

2 Objetivos

Objetivo general:

-Determinar cómo afecta la soledad en las últimas etapas de la vida.

Objetivo específico:

-Estudiar diferentes intervenciones con el fin de reducir o prevenir la soledad en el envejecimiento.

3 Metodología

El trabajo realizado se trata de una revisión bibliográfica llevada a cabo a partir de la literatura existente sobre la soledad en las personas mayores, analizando la influencia de la misma y las intervenciones para disminuirlo. Las bases de datos electrónicas nacionales e internacionales utilizadas en la búsqueda bibliográfica han sido “WOS (Web Of Science)” y “PUBMED”. Además, también se han consultado sitios web para conseguir datos estadísticos relacionados con el tema a tratar. El número de artículos utilizados ha sido de 7. Como gestor bibliográfico, se utiliza la herramienta Mendeley Desktop y su extensión en Microsoft Word. Para llevar a cabo una búsqueda adecuada, han de establecerse unas palabras claves, las cuales han sido delimitadas utilizando los thesaurus DeCS y MeHS. Previo a la búsqueda se han delimitados unos criterios de inclusión y exclusión, siendo estos los siguientes:

-Artículos publicados en los últimos 5 años.

-Artículos publicados en inglés o español.

-La literatura utilizada debe tener como población diana personas mayores de 45 años.

-Artículos de acceso abierto.

4 Resultados

La soledad se considera un sentimiento altamente prevalente en los ancianos y que se relaciona con la aparición de otras enfermedades o problemas físicos que suponen un abuso de la ayuda familiar, así como de los recursos sanitarios. Por ello es importante fomentar las relaciones sociales de los ancianos. Relacionando las interacciones sociales, podemos encontrar la definición de compromiso social propuesta por Bassuk y cols., la cual se basa en el mantenimiento de numerosas relaciones social junto con una elevada participación en actividades sociales. Es importante conocer los tipos de intervenciones para reducir la soledad para evitar generar a los ancianos un sentimiento de aislamiento, dentro de las intervenciones encontramos que pueden ser actividades individuales, grupales o la combinación de ambas. Existen contradicciones sobre qué intervenciones son las más efectivas, aunque la literatura existente considera a las actividades grupales como las mejores.

Los estudios y revisiones bibliográficas publicadas defienden al deporte como factor protector frente al padecimiento de soledad. Esto se debe a que la actividad física se relaciona con la reducción de una serie de factores de riesgo de la soledad, como la morbilidad y fragilidad. Algunos autores hacen hincapié en que no es necesario acudir a actividades deportivas específicas, sino que pasear por los alrededores del domicilio, visitar a la familia o acudir a los sitios andando, también se consideran actividades preventivas. Las intervenciones basadas en la prevención, intervención y educación son primordiales, ya que permiten identificar a los ancianos en riesgo de padecer soledad, y así poder proporcionarles información sobre los servicios sociosanitarios disponibles y derivarlos a ellos.

Las últimas décadas han supuesto una revolución tecnológica, por lo que han adquirido importancia las intervenciones que utilizan las nuevas tecnologías para prevenir o reducir la soledad. Está demostrado que el uso del teléfono, ordenadores, internet y de otras fuentes de información y comunicación tecnológica (TIC) ayudan a mantener el contacto con otras personas, participar en actividades de interés y mejorar la confianza en uno mismo. Según estudios publicados, las mujeres participan más que los hombres en este tipo de intervenciones debido, probablemente, a su mayor tendencia a sentir soledad y comunicarse con otros o su esperanza de vida más alta. Además, algunos autores también han desarrollado una serie de intervenciones para patologías o situaciones específicas con un elevado riesgo de sufrir soledad.

5 Discusión-Conclusión

Durante la realización de esta revisión bibliográfica se ha puesto en evidencia la poca literatura escrita sobre las intervenciones cuyo fin sea la prevención o disminución de la soledad. Además, no todas aquellas que están estudiadas muestran consenso sobre la efectividad, ya que la misma actividad en una población de estudio resulta efectiva, pero en otra población diferente da otros resultados. La finalidad de esta revisión es ayudar en posibles líneas de investigación que mejoren la soledad en el envejecimiento. Una cuestión clara, es que el colectivo enfermero, debe fomentar la promoción, prevención y educación para la salud, así como el apoyo social para favorecer el mantenimiento de la salud y de sus capacidades físicas.

6 Bibliografía

- Teófilo J., González A.N, Díaz P, Rodríguez V. Estudio Longitudinal Envejecer en España: El proyecto ELES. Observatorio de personas mayores, 2011; 1(50).
- Envejecimiento en el Siglo XXI: una celebración y un desafío [Internet]. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2012.
- Instituto Nacional de Estadística, Gobierno de España (sede web). Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística (citado el 7 de marzo de 2019).
- Grande M.L., González L. Personas usuarias del Servicio de Ayuda a Domicilio: una mirada desde la vulnerabilidad y la fragilidad. Index Enferm [Internet]. 2017 Sep; 26(3): 210-214.
- Bandari R, Khankeh HR, Shahboulaghi M, Ebadi A, Keshtkar AA, Montazeri A. Defining loneliness in older adults: protocol for a systematic review.
- Vozikaki, M., Papadaki, A., Linardakis, M., Philalitis A. Loneliness among older European adults: results from the survey of health, aging and retirement in Europe. J Public Health (Berl.) (2018) 26: 613.
- Quintero Á, Henao ME, Villamil MM, Cardona JL. Cambios en la depresión y la soledad, después de la terapia de la risa en adultos mayores institucionalizados. Biomédica [Internet]. 2014 Nov; 18;35(1):90-100.
- Cotterell N, Buffel T, Phillipson C. Preventing social isolation in older people. Maturitas [Internet]. 2018; Jul;113:80-4.
- López MJ, Lapena C, Sánchez A, Continente X, Fernández A. Community intervention to reduce social isolation in older adults in disadvantaged urban areas: study protocol for a mixed methods multi-approach evaluation. BMC Geriatrics 2019; 19:44.

- Landeiro F, Barrows P, Nuttall E, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: A systematic review protocol. *BMJ Open*. 2017 May 1;7(5).
- Schrepft S, Jackowska M, Hamer M, Steptoe A. Associations between social isolation, loneliness, and objective physical activity in older men and women. *BMC Public Health* 2019; 19:74.
- Clément, AP., Djilas, D., Vinet, T., Aubin A., Demers K., Levasseur M. Identification and feasibility of social participation initiatives reducing isolation and involving rural older Canadians in the development of their community. *Aging Clin Exp Res* (2018) 30: 845.
- Chen YRR., Schulz PJ. The Effect of Information Communication Technology Interventions on Reducing Social Isolation in the Elderly: A Systematic Review. *J Med Internet Res* [Internet]. 2016;18(1): 18.

Capítulo 74

TRASTORNO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

CRISTINA ALVAREZ LOPEZ

BEGOÑA SUÁREZ VEGA

1 Introducción

La adolescencia es un periodo que abarca de los diez a los diecinueve años y que conlleva una serie de cambios a nivel cognitivo, físico, intelectual y emocional. Estos cambios pueden favorecer la aparición de alteraciones psicológicas, con puede ser la ansiedad, que es una patología con alta prevalencia en la actualidad. Según McLoughlin, alrededor de un 20% de los adolescentes padece algún tipo de desorden mental, incluyendo el suicidio.

Además, la diferente literatura evidencia que las enfermedades mentales tienen un componente genético, además de factores individuales, sociales o ambientales.

El concepto de ansiedad ha ido variando a lo largo de los años, según la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la ansiedad se define como: la vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo) y con un sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro, esto permite al individuo tomar medidas para afrontarlo. En cambio, otros autores definen la palabra ansiedad como un predominio de la presencia de síntomas psíquicos, destacando el sentimiento de ahogo y peligro. Ante este peligro se produce una respuesta de sobresalto para así focalizarse en la búsqueda de soluciones. Según estos autores, la ansiedad se trata de un fenómeno psicológico con mucha nitidez,

ya que se percibe fácilmente cuando se va a padecer. Asimismo, existe cierta controversia sobre la relación entre el rendimiento escolar y la ansiedad. Se dice que la ansiedad podría estar relacionada con un empeoramiento en el rendimiento escolar debido al miedo al fracaso, ya que el adolescente solo se centraría en la dificultad y puntos negativos de la tarea. En cambio, algunos autores indican que la presencia de este sentimiento de forma moderada, favorece el aprendizaje de asignaturas como las matemáticas. En contraposición, tal y como se menciona en el estudio realizado por Contreras, la ansiedad se relaciona de una manera indirecta con el rendimiento escolar.

2 Objetivos

-Identificar los factores de riesgo relacionados con la presencia de ansiedad en adolescentes.

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 factores de riesgo son muy variados, entre los que cabe destacar algunos como la autoestima, el sexo o el uso de nuevas tecnologías. El sexo es un factor de riesgo, ya que según la mayoría de los autores son las mujeres las que presentan mayores índices de ansiedad. Según un estudio realizado en Alemania, en esta población los porcentajes de ansiedad varían desde el 18,3% en hombres, al 27,6% en mujeres. Asimismo, otra cuestión a tener en cuenta es el nivel socioeconómico. La mayoría de literatura está de acuerdo en que un nivel económico más bajo, se relaciona con una mayor prevalencia en el padecimiento de la ansiedad. Esto puede deberse a que se poseen menos medios para poder prevenir y diagnosticar precozmente estas enfermedades mentales. Según algunas publicaciones, las personas en edades comprendidas entre 10-19 años y pertenecientes

a estatus socioeconómicos bajos tienen el doble de probabilidad de desarrollar ansiedad, que sus iguales con niveles socioeconómicos altos.

Otro factor que se debe mencionar es la relación entre el adolescente y sus padres, ya que se relaciona un fuerte lazo parental con el compromiso escolar, los buenos resultados académicos y los bajos niveles de ansiedad y/o depresión. El vínculo paterno-filial es importante para la funcionalidad psicosocial del adolescente, así como con el mantenimiento de una salud mental sana. Los adolescentes con mayores niveles de ansiedad suelen describir estas relaciones como carentes de confianza, comunicación y que, además, tratan de cambiarles su personalidad. Además, según un estudio realizado en Ghana, los progenitores que presentan un carácter sobreprotector y controlador provoca mayores niveles de ansiedad, permitir a los adolescentes cierta autonomía favorece el desarrollo de sus capacidades para superar ciertas adversidades. También es importante mencionar el uso de las nuevas tecnologías como posibles causas en el padecimiento de la ansiedad. Durante esta etapa vital, los adolescentes buscan aumentar sus redes sociales. La literatura publicada crea consenso en la excesiva utilización de smartphones por parte de los adolescentes, lo que provoca dependencia e incluso obsesión. Todo esto lleva a que sea más sencillo padecer ansiedad o depresión, con el uso excesivo de estos aparatos tecnológicos.

La autoestima elevada es un factor protector frente al padecimiento de ansiedad, ya que favorece el afrontamiento y disminuye los pensamientos negativos relacionados con cuestiones como el físico o la personalidad. En cambio, la mayoría de adolescentes presenta bajos niveles de autoestima y aceptación, lo que se relaciona positivamente con la adopción de conductas perjudiciales para la salud (malos hábitos alimenticios, tabaquismo). Según el artículo publicado por Ranjit, el tabaquismo en los primeros años de la adolescencia (13 años), está directamente relacionado con el padecimiento de depresión años después (17 años). A su vez, la depresión se relaciona con mayores niveles de ansiedad.

5 Discusión-Conclusión

La adolescencia es una etapa de cambios de diversa índole, así como de desarrollo y maduración personal. A veces, estos cambios no son bien procesados por el adolescente, lo que puede conllevar la aparición de algún desorden mental, entre los que destaca la ansiedad siendo la enfermedad mental más prevalente en las edades comprendidas entre 10 y 19 años.

Esta patología está poco estudiada en adolescentes, pero es de vital importancia identificar los factores de riesgo para poder llevar a cabo una buena prevención y diagnóstico. Los factores a tener en cuenta son variados, abarcando desde las malas relaciones paterno-filiales hasta el excesivo uso de las nuevas tecnologías (destacando los smartphones). Lo anteriormente mencionado junto con un nivel socioeconómico bajo, ser mujer o presentar una autoestima baja son algunas de las principales causas de la ansiedad en estas edades. Además, la adquisición de malos hábitos entre los 10-19 años podría considerarse algo normal, pero según recientes estudios estos hábitos (tabaquismo o alimentación) se asocian con mayores índices de depresión, la cual está estrechamente asociada a la ansiedad.

Por lo tanto, debido a todo lo mencionado anteriormente, el fin de esta revisión es pretender ayudar en posibles líneas de investigación que favorezcan la prevención de la ansiedad en adolescentes.

6 Bibliografía

- Ahulu LD, Gyasi-Gyamerah AA, Anum A. International Journal of Adolescence and Youth Predicting risk and protective factors of generalized anxiety disorder: a comparative study among adolescents in Ghana. 2019 [cited 2019 Dec 19];
- Beesdo-Baum K, Voss C, John Venz |, Hoyer J, Berwanger J, Kische H, et al. The Behavior and Mind Health (BeMIND) study: Methods, design and baseline sample characteristics of a cohort study among adolescents and young adults. 2019 [cited 2019 Dec 19];
- McLoughlin, A. B., Gould, M. S., & Malone, K. M. (2015). Global trends in teenage suicide: 2003–2014. *QJM: an International Journal of Medicine*, 108(10), 765–780.
- Madasu S, Malhotra S, Kant S, Sagar R, Mishra AK, Misra P, Ahamed F. Anxiety disorders among adolescents in a rural area of northern India using Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders tool: a community-based Study. *Indian J Community Med (serial online)* 2019. [Cited 2019 Dec 26]; 44:317-21.
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). . [Cited 2019 Dec 26].
- SIERRA, Juan Carlos; ORTEGA, Virgilio e ZUBEIDAT, Ihab. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev. Mal-Estar Subj.* [online]. 2003, vol.3, n.1, pp. 10-59. ISSN 1518-6148.
- Universidad S, Tomás C, Contreras F;, Espinosa J, Carlos ;, Esguerra G;, et al. *Diversitas: Perspectivas en Psicología.* [cited 2019 Dec 26];
- Caraveo-Anduaga JJ, Martínez-Vélez NA. Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Publica Mex.* 2019;61:514-523.

- Van Eijck, F. E. A. M., Branje, S. J. T., Hale, W. W., & Meeus, W. H. J. (2012). Longitudinal associations between perceived parent-adolescent attachment relationship quality and generalized anxiety disorder symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 871.
- Noë B, Turner LD, Linden DEJ, Allen SM, Winkens B, Whitaker RM. Identifying Indicators of Smartphone Addiction Through User-App Interaction. *Comput Human Behav*. 2019 Oct 1;99:56–65.
- Yang S-Y, Fu S-H, Chen K-L, Hsieh P-L, Lin P-H. Relationships between depression, health-related behaviors, and internet addiction in female junior college students. 2019 [cited 2019 Dec 27];
- Ranjit A, Buchwald J, Latvala A, Heikkilä K, Tuulio-Henriksson A, Rose RJ, et al. Predictive Association of Smoking with Depressive Symptoms: a Longitudinal Study of Adolescent Twins. [cited 2019 Dec 27];

Capítulo 75

ABORDAJE INTEGRAL DE LA OBESIDAD

SUSANA PIERNAVIEJA MIGUEL

ROSA MARGARITA BARROS PURRIÑOS

1 Introducción

La obesidad es un problema de salud que afecta en mayor o menor medida, a gran parte de la población mundial occidental. Los términos sobrepeso y obesidad se refieren a un peso corporal mayor del que se considera saludable para una estatura determinada. Generalmente se asocia el término obesidad a un exceso de peso. Esta simplificación no está exenta de problemas, dado que asociar obesidad a sobrepeso supone no tener en consideración la variabilidad individual y étnica, la debida a la envergadura ósea y a la musculatura, además de la que viene determinada por los cambios que se producen a lo largo del ciclo de la vida. La medida más utilizada para valorar la obesidad y el sobrepeso es el Índice de Masa Corporal (IMC). Éste se calcula en base a la estatura y el peso. Los valores proporcionados por distintos autores para definir obesidad en función del exceso de tejido adiposo, oscilan entre el 20 por 100 para hombres y 30 por ciento para mujeres. En función del porcentaje de sobrepeso, generalmente se considera a un sujeto como obeso cuando está por encima de 20 por ciento del peso ideal, en relación con su complexión, talla y edad.

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial y cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas por su causa. Estudios epidemiológicos estiman que entre el 30% y el 50% de la población general es obesa y

este porcentaje sigue aumentando. La obesidad es un problema grave que se está incrementando sobre todo en los países desarrollados, aunque también es prevalente actualmente en algunos países subdesarrollados.

Estudios recientes ponen de manifiesto que el 90% de las personas que han pasado por un proceso de pérdida de peso lo recuperan en un periodo de tiempo de 5 años. Dada la resistencia a los tratamientos convencionales contra la obesidad, es evidente que los programas de intervención que sólo tienen en cuenta la alimentación y el ejercicio no son suficientes. Es necesario que estos programas incorporen intervenciones cognitivo-conceptuales que aborden aspectos como la motivación o la gestión emocional, que logren un fortalecimiento interno, así como confianza y seguridad para abordar las recaídas. La incorporación de estas técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad han contribuido a que problemas tan frecuentes como el abandono de los tratamientos, el no-cumplimiento adecuado de las dietas y ejercicio físico o la ausencia de mantenimiento de las pérdidas de peso obtenidas, hayan mejorado notablemente.

2 Objetivos

-Conocer las intervenciones cognitivo-conductuales para el abordaje integral de la obesidad.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como: PubMed, Science Direct, Scielo y Dialnet. Para ampliar la muestra se consultaron artículos de revistas como: Metas de enfermería, además para complementar información se utilizaron paginas web como Astursalud. La selección bibliográfica se realizó a partir de criterios de inclusión y exclusión: artículos publicados en los cinco últimos años, en español, publicaciones a texto completo y preferentemente revisiones bibliográficas.

4 Resultados

En el peso de una persona influyen múltiples factores, el medio ambiente, antecedentes familiares, metabolismo, conductas o hábitos. Analizando variables como la clase social, existe una tendencia ascendente en la prevalencia de obesi-

dad cuando baja el estatus social, así como una disminución cuando aumenta el nivel formativo y los conocimientos.

La inactividad física está cada vez más extendida y ello repercute considerablemente en la prevalencia de la obesidad, el uso abusivo del coche, el aumento de las horas frente al televisor o el ordenador, trabajos con menor esfuerzo físico, uso de ascensores, son estilos de vida que fomentan el sedentarismo y elevan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y metabólicas. El aumento del nivel económico ha modificado la accesibilidad a los alimentos, y la publicidad de la industria alimentaria favorece el consumo indiscriminado de productos grasos o excesivamente azucarados, a menudo dirigidos a los más pequeños. Igualmente, los genes pueden ser determinantes en la cantidad de grasas que almacena el cuerpo humano. Un equipo internacional de investigadores ha constatado que el cerebro juega un papel clave en la obesidad y en la diabetes, ha demostrado en ratones que las mutaciones en la actividad de un gen en el hipotálamo (el *IRX3*) pueden generar animales un 30 % más delgados y resistentes a dietas altas en grasa. Aunque las consecuencias médicas de la obesidad han sido las más estudiadas, no se ha prestado una gran atención a las repercusiones psicológicas y sociales que genera, debido fundamentalmente a la evaluación negativa que las sociedades occidentales realizan de las personas obesas. El culto al cuerpo y a la delgadez ha contribuido de manera decisiva a la estigmatización que sufren los obesos, los cuales son discriminados a nivel social, educacional y laboral. Ello ha favorecido tanto el incremento del número de personas que siguen dietas, como el incremento de trastornos alimentarios como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y el trastorno alimentario compulsivo.

El tratamiento cognitivo- conductual de la obesidad se ha evidenciado superior a otras intervenciones para disminuir el peso corporal, aunque sus resultados no son tan determinantes como se desearía puesto que los individuos con niveles graves de obesidad a menudo abandonan los programas o la pérdida de peso no es muy significativa. Puesto que los programas de prevención de la obesidad cuentan con acceso a gran parte de la población, sería ideal que incluyeran un enfoque integral para la prevención de la obesidad, promoviendo una imagen corporal saludable y positiva, aceptando las diversidades corporales y eliminando la estigmatización social de los individuos. Las principales medidas preventivas deben centrarse en los siguientes aspectos:

- Alimentación equilibrada.
- Educación alimentaria.
- Familia y herencia: debe tenerse en cuenta el componente heredo-familiar.

-Evitar el sedentarismo.

El paciente debe entender que la planificación de la pérdida de peso es un proceso paulatino que no siempre sigue un camino recto. Es importante advertirle que tiene que reeducar ciertos aspectos de sus costumbres alimentarias, la probabilidad de recaída es muy alta e incluso de sobrepasar el peso que tenía antes del tratamiento. Por esta razón es importante implementar estrategias de apoyo psicológico al paciente obeso.

Las principales directrices de apoyo psicológico son:

-No han de darse falsas expectativas. Se ha de advertir al paciente que, como con todo en estas vidas, hay que tener cierta capacidad de sacrificio.

-Aplicar refuerzos positivos como menús variados, días libres, valoración de la mejoría de la estética corporal.

-Denotar los beneficios físicos y psicológicos del ejercicio físico.

-Procurar un adecuado apoyo familiar y social: cooperación, evitar tentaciones, estímulo de logro por parte de familiares y amigos, contribución a su reeducación alimentaria (que probablemente redundará en beneficio de toda la familia), y a su capacidad de autocontrol. Un entorno adverso en este sentido dificultara enormemente el seguimiento dietético del paciente y provocara su fracaso terapéutico.

Además, deben considerar la posibilidad de modificar estrategias o de incorporar otros componentes que contribuyan a promover una imagen corporal saludable y positiva, aceptando la diversidad de los tamaños corporales, disminuyendo las burlas relacionadas con el peso y la apariencia, eliminando el estigma asociado a la obesidad y erradicando las conductas no saludables para controlar el peso.

El objetivo primario de la terapia conductual es mejorar los hábitos de alimentación (qué comer, dónde comer, cuándo comer y cómo comer) y los niveles de actividad física. Las características principales de dicho apoyo son:

-Automonitoreo: el registro diario y detallado por escrito de la ingestión de alimentos, así como las circunstancias bajo las que ocurrió, proporciona información esencial para seleccionar e implementar estrategias de intervención. También forma parte del proceso de cambio de conducta para la identificación de influencias del medio ambiente y personales, que regulan la actividad física y de la alimentación, para la evolución del progreso en la modificación de los hábitos.

-Control de estímulos: evita la exposición a situaciones que inducen a comer en exceso. Por ejemplo, los pacientes son instruidos a separar sus comidas de otras actividades (ver televisión, arreglar asuntos de negocios o de otra índole mientras se ingieren alimentos) para que estén completamente conscientes del acto de

comer sin distracciones.

- Flexibilidad en el programa de alimentación: el ofrecer dietas rígidas es actualmente poco recomendable. Se favorecerán opciones de alimentación balanceada y flexible.

- Reestructuración cognoscitiva: se utiliza para identificar sentimientos y pensamientos de autoderrota, animando al paciente a identificar actitudes relacionadas con expectativas excesivamente optimista y poco realistas sobre su peso e imagen corporal.

- Relaciones interpersonales y manejo del estrés: se utiliza para enfrentarse con éxito a desencadenantes específicos de episodios de alimentación excesiva, desarrollar estrategias para la resolución de problemas tales como la meditación y las terapias de relajación. También incluye el apoyo pactado con familiares o amigos para evitar situaciones de riesgo.

- Recompensas: pueden ser usadas para estimular al paciente una vez que ha logrado sus objetivos, especialmente aquellos difíciles de obtener. Una recompensa efectiva es algún objeto o situación sencilla que el paciente desea y se compagina con la obtención de su objetivo. Algunos ejemplos pueden ser la compra de un disco con su música favorita o recompensas intangibles, como una tarde libre sin trabajo al conseguir una meta específica.

- Cambios de actitud al comer: estos cambios facilitan comer menos sin sentirse privado de los alimentos. Un cambio importante es comer y masticar lentamente para permitir que las señales de saciedad se produzcan y lleven mensaje al cerebro. Toma poco más de 15 minutos que el cerebro obtenga esta información. Otra medida consiste en comer anticipadamente bastantes vegetales para que exista sensación de saciedad o utilizar platos más pequeños para que las porciones moderadas no parezcan insignificantes.

- Prevención de recaídas: es un proceso continuo, diseñado para promover el mantenimiento del peso perdido durante el tratamiento.

La incorporación de estas técnicas conductuales en el tratamiento de la obesidad ha contribuido a que problemas tan frecuentes como el abandono de los tratamientos, el no cumplimiento adecuado de las dietas y ejercicio físico o la ausencia de mantenimiento de las pérdidas de peso obtenidas, hayan mejorado notablemente. Sin embargo, debido a que la terapia no cura la obesidad, el esfuerzo actual va encaminado a la prevención secundaria de la recuperación del peso perdido. Finalmente, lo más importante de todo es que después de varios estudios, medicamentos, terapias y programas de control de peso, el horizonte debe resultar alentador tanto para el paciente como para el personal de salud, buscando no sólo el cambio de conducta al comer, sino también un manejo inte-

gral y multidisciplinario.

5 Discusión-Conclusión

La obesidad es cada vez más prevalente entre la población mundial, cada año mueren en el mundo millones de personas por enfermedades asociadas a ella. Aunque la obesidad y sus consecuencias han sido muy estudiadas a lo largo del tiempo, es en la última década sobre todo, cuando se ha prestado atención a las repercusiones psicológicas y sociales que genera, debido fundamentalmente a la evolución de la sociedad hacia una estética corporal que produce rechazo hacia las personas obesas. Ya que los programas de reducción de la obesidad requieren un gran esfuerzo y un alto grado de adherencia por parte del individuo, el tratamiento conductual de la obesidad se ha mostrado superior a otras intervenciones médicas para producir reducciones en el peso. La importancia de individualizar estas estrategias conductuales a las necesidades de cada paciente, debe ser enfatizada de la misma forma que para las nutricionales y de ejercicio. Estos programas de tratamiento incluyen estrategias cognitivo-conductuales que permiten potenciar la autoestima del paciente, autocontrol, reeducación alimentaria, estímulos de logro, así como un adecuado apoyo familiar y social que favorece un entorno favorable para la consecución de objetivos asequibles, además de control de la ansiedad y manejo del estrés.

Para la reducción del tejido adiposo es necesario que existan cambios alimentarios y de actividad, la falta de eficacia de muchos tratamientos puede ser debida a que el cambio de comportamiento en cuanto a estos hábitos no se produzca. Una de las limitaciones que presenta la tarea de diseñar tratamientos eficaces para la obesidad es el hecho de que el individuo se mantiene en un marco social, que continuamente modela y moldea los comportamientos que se pretenden cambiar. Mientras se insiste en que alcance o mantenga un peso ideal se potencia, a un mismo tiempo, una sociedad sedentaria, opulenta y alimentariamente consumista.

Tenemos ante nosotros una enfermedad que no sólo afecta al aspecto físico, no podemos dejar de lado el rechazo y aislamiento social al que este tipo de enfermos, en algunos casos se ven abocados por las normas estéticas de una sociedad que venera el culto al cuerpo, considerando aberrante todo lo que se aleje del ideal corporal.

Así pues en el abordaje de este problema de salud no se debería obviar la plani-

ficación de tratamientos cognitivos- conceptuales, que acompañen a la dieta y el ejercicio, debemos de tener en cuenta la necesidad de apoyo y motivación de estos pacientes para adherirse al tratamiento y lograr metas alcanzables. Quizás el primer paso sea la prevención, empezando con la reeducación social de hábitos alimenticios saludables e incidiendo en la importancia de abandonar el sedentarismo, subiéndose a los zapatos de una actividad física diaria y moderada que ayude a la quema calórica. Es importante la instauración de estos hábitos en edades tempranas ya que la obesidad en los niños, una vez éstos han superado los tres años, adopta tintes de obesidad futura o cronificada. Así mismo el sistema sanitario tiene un importante papel en este tema, participando tanto en la prevención primaria, mediante el seguimiento de salud de las personas sanas y el consejo nutricional, como en la detección precoz del sobrepeso y su tratamiento. Diseñando programas que aborden las capacidades de logro de cada paciente, estimulándole en su camino y logrando un mayor grado de autoestima, involucrando en éste proceso a la familia y/o amigos, haciéndoles partícipes de los beneficios tanto físicos como psicológicos que les aportará.

6 Bibliografía

- Bimbela Serrano M T, Bimbela Serrano F, Bernués Vázquez L. Modificación de la calidad de vida en pacientes con obesidad tras participar en un programa de pérdida de peso en Atención Primaria. [Revista en internet]Metas Enferm abr 2015; 18(3): 49-530209.
- Lorente Hernández M J, Ferrer Benito P, Jiménez Calvo E, Velasco Sánchez B. Obesidad infantil: epidemia del siglo XXI.[Revista en internet]. Rev Educare nº3, marzo 2013-02-22.
- Herrero G. Psiconutrición: la importancia del trabajo interdisciplinar en el abordaje de la obesidad. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2017; 21(Supl. 1): 34-5.
- Berrocal C, Luciano M. C, Zaldívar F, Esteve R. Validez del modelo conductual en su explicación de problemáticas relacionadas con el peso corporal. International Journal of Clinical and Health Psychology [Internet]. 2003;3(2):265-282.
- Sánchez Carracedo D, López-Guimerà G, Fauquet Ars J, Puntí Vidal J. Aproximación integrada al estudio de los problemas relacionados con la alimentación y el peso un cambio de paradigma. Anuario de Psicología Clínica y de la SaludAnnuary of Clinical and Health PsychologyAño 2013 • Volumen 09 • Páginas 69 a 71.

Capítulo 76

PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LA ESCUELA

DANIEL MAYOR ALVAREZ

OLAYA ALVAREZ CAMINO

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son un conjunto de enfermedades mentales que se caracterizan por un comportamiento obsesivo con la ingesta alimentaria y el peso. Estos trastornos tienen múltiples causas (biológicas, psicológicas, de tipo familiar y sociocultural). Estas enfermedades tienen consecuencias negativas a nivel tanto físico como mental del paciente.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Prevenir Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), como la anorexia y la bulimia, en población adolescente.

Objetivos específicos.

- Promover una alimentación y estilos de vida saludables que permitan reducir el desarrollo de sobrepeso.
- Potenciar factores de protección frente a estas enfermedades.
- Facilitar el desarrollo de un pensamiento crítico frente al modelo estético corporal dominante impuesto socialmente.

3 Metodología

Se utilizarán diferentes técnicas de dinamización del grupo, como dividir al alumnado en pequeños subgrupos de 4 o 5 participantes, con el objetivo de conseguir una experiencia más útil y promover una mayor asimilación y vivencia de los contenidos.

El primer día se tomarán las medidas pretratamiento mediante el empleo de cuestionarios autoaplicados. Se realizarán técnicas para favorecer la participación e implicación:

- Juego de roles.
- Dramatización.
- Animación teatral.
- Expresión artística mediante el dibujo.

Es importante explicar en todo momento a los participantes, para qué sirven las actividades que se van a realizar. El último día se tomarán las medidas antropométricas: peso y talla, con cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) o Quetelet y se vuelven a pasar los cuestionarios autoadministrados (post-tests o medida posttratamiento).

4 Bibliografía

- Gómez del Barrio, J. A., Gaite Pindado, L., Gomez, E., Carral Fernández, L., Herero Castanedo, S., & Vázquez-Barquero, J. L. (2008). Guía de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. Recuperado 2 enero, 2020,
- Díaz Ceballos, I. (2005). Vista de Propuesta de un programa de prevención de trastornos de la conducta alimentaria para entrenadores. Recuperado 2 enero, 2020
- Ruiz Lázaro, P. J. (2001, 15 abril). Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. Recuperado 2 enero, 2020
- Bolaños Rios, P. (2009). LA EDUCACIÓN NUTRICIONAL COMO FACTOR DE PROTECCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Capítulo 77

ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA DETECCIÓN DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN/HIPERACTIVIDAD (TDAH)

NURIA ESTRADA ESTÉVEZ

LUZ BLANCO GARCÍA

DIANA ORDÓÑEZ LÓPEZ

1 Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención/ Hiperactividad (TDAH) es una de las enfermedades que mayor crecimiento ha tenido dentro de la población joven que nos rodea. En este trabajo profundizo en dicha enfermedad para conocer qué es, a qué se debe, cómo diagnosticarla, su tratamiento y cómo trabajar en equipo para tratarla de la mejor manera posible.

Es muy importante que conozcamos los síntomas de este trastorno para poder diagnosticar a tiempo a aquellos jóvenes que se vean afectados. De este modo, se empezará a trabajar con ellos cuanto antes para poder tener controlado su desarrollo en mayor medida de lo posible.

El TDAH, afecta no solo a la vida familiar del niño, sino en cierta medida, a todo el entorno social que le rodea. Es importante que todos los que están a su alrededor

tomen consciencia de lo que supone esta enfermedad y de las dificultades que presenta para poder tratarlo de la mejor manera posible.

Tras haber definido detalladamente las características del TDAH, propongo una propuesta de adaptación curricular, basada en adaptaciones no significativas. Dichas adaptaciones son principalmente metodológicas y para uso del docente.

Para finalizar, trato los beneficios que puede generar la práctica de ejercicio físico y una vida activa, en niños con TDAH. Podemos comprobar que son muchas las cosas positivas que aporta la actividad física a estos niños, y por qué no, proponerla como un “instrumento terapéutico” más, de los ya utilizados por los expertos.

2 Objetivos

- Contemplar las principales características del Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad.
- Identificar cuáles son los síntomas más frecuentes de las personas que sufren este trastorno.
- Conocer medio e instrumentos de evaluación del mismo.
- Ver diferentes formas de tratamiento desde diversos ámbitos: terapéutico, farmacológico, etc.
- Recoger pautas concretas de actuación para todos aquellos que formen el entorno en el que el niño con TDAH se desenvuelve.

3 Metodología

Para la preparación de este trabajo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica sobre que es TDAH. Para ello se han utilizado diferentes fuentes de información:

- Libros en papel y en formato electrónico.
- Revistas electrónicas: Revista Médica Electrónica Portales Medicos, Revista Reduca ...
- Bases de datos, páginas dedicadas específicamente al TDAH, bibliotecas virtuales: Cuiden, Guíasalud, Pubmed, Google académico...

Para la búsqueda de información en las bases de datos en soporte informático las palabras claves utilizadas han sido: TDAH, pautas de actuación, síntomas, diagnóstico.

4 Resultados

Una de las definiciones de TDAH y que más repercusión ha creado en los expertos profesionales es la que planteo Barkley: «Es un trastorno del desarrollo caracterizado por niveles de inatención, sobreactividad e impulsividad inapropiados desde el punto de vista evolutivo. Estos síntomas a menudo se inician en la primera infancia, son de naturaleza relativamente crónica y no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, a retraso mental o a trastornos emocionales severos. Estas dificultades se asocian normalmente a déficit en las “conductas gobernadas por reglas y a un determinado patrón de rendimiento» (Barkley 1990, p47).

Según la APA (2001), el TDAH es un trastorno de origen neurobiológico que se inicia en la infancia y afecta a un 3-7% de los niños en edad escolar. Hay otros estudios, que consideran, como origen del trastorno, una disfunción de la corteza prefrontal y de sus conexiones frontoestriadas

Las características principales del TDAH son tres: dificultades en la atención, la impulsividad y la sobreactividad motora. Es una de las alteraciones que cada vez frecuentan más en niños y adolescentes según Barkley (1990).

A partir de los 3 o 4 años de vida, es cuando empiezan a aparecer los síntomas de este trastorno. En este momento, el entorno familiar y escolar del niño es cuando empieza a alarmarse, en cambio, no van a ser atendidos por profesionales de la salud hasta que tengan 7 u 8 años de edad. Esta espera se produce ya que según nos indica Servera, M (2002), con esa edad es cuando las pruebas comienzan a tener un índice de fiabilidad alto.

La inatención suele ser el primer síntoma en los niños con TDAH. La atención tiene tres funciones diferentes: la atención dividida, la atención selectiva y la atención sostenida. La primera de ellas hace referencia a las tareas de concentración y capacidad, la segunda a tareas de focalización y discriminación, y por último, la tercera, que hace referencia a tareas de vigilancia y rendimiento continuo.

Douglas (1983) indica que de todas las atenciones, la que más presentan los niños con TDAH es la inatención sostenida. Cuando tienen que estar un tiempo manteniendo la atención en alguna tarea, se suelen cansar muy pronto y dejan de hacerlo, aunque esto no significa que no sepan mantener la atención.

Otro de las características principales del TDAH es la impulsividad. Esto hace referencia a que existe una dificultad a la hora de solucionar problemas implica-

dos en tareas perceptivas. A nivel social, influye a la hora de adaptarse a normas de grupo, lo que le conlleva a tener conductas impulsivas basadas en la precipitación. (Severa, M. 2002)

La sobreactividad motora es otra de las características fundamentales del TDAH. La mayoría de los niños con este trastorno presentan una actividad motora más elevada que el resto. Existen muchos casos en los que las familias se alertan por detectar cierta sobreactividad motora en sus hijos, pero no hay que alarmarse en exceso, pues puede ser que simplemente se trate de un niño muy activo. La sobreactividad motora suele disminuir con el paso del tiempo.

4.2. Síntomas y características

El DSM IV-TR (American Psychiatric Association, 2001), plantean una clasificación para el diagnóstico del TDAH donde define dos grupos de síntomas. El primero de ellos correspondientes a la desatención y el segundo hace referencia a la hiperactividad-impulsividad.

DESATENCIÓN

- Dificultades para mantener la atención durante un periodo de tiempo en tareas académicas, familiares o sociales.
- Dificultades al priorizar tareas, terminirlas y evitan situaciones que les suponen un esfuerzo mental sostenido.
- Parecen no escuchar. No siguen órdenes, instrucciones, dificultad para organizar tareas y tendencia a olvidos y pérdidas. Distracciones ante estímulos irrelevantes.
- Socialmente la inatención se manifiesta en cambios de conversación, dificultades para seguir las normas o detalles en juegos o actividades.
- Aparece fundamentalmente en la etapa escolar y continua significativamente en la adolescencia y edad adulta.

IMPULSIVIDAD

- Impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, esperar turno. Por ejemplo, le cuesta esperar el turno para hablar, mantenerse en silencio, etc.
- En la adolescencia tienen más conflictos con los adultos y conductas de riesgo, como por ejemplo, accidentes de tráfico, abusos de tóxicos, etc.
- La impulsividad al igual que la inatención, suele permanecer en la edad adulta.

SOBREACTIVIDAD MOTORA

- Exceso de movimiento, actividad motriz y/o cognitiva, en situaciones en la que resulta inadecuado hacerlo. No puede estarse quieto.

- El momento evolutivo es clave en la manifestación de la hiperactividad, por tanto, disminuye con la edad.

4.3. Etiología

Existen diversos factores por los que se origina el TDAH. Aunque existen algunas controversias, los factores que originan este trastorno están relacionados con la genética, el entorno/ambiente y neurológicos. El sexo también tiene cierta influencia.

FACTORES GENÉTICOS

El TDAH es un trastorno en el que los genes son el principal factor de origen y transmisión del mismo. Hasta la fecha no se han determinado marcadores genéticos aunque si se han identificado algunos que podrían ser los causantes del desarrollo de este trastorno. De hecho, si se detecta TDAH en un niño que tenga algún hermano gemelo, existe un 90% de posibilidad de que se desarrolle en el otro el.

FACTORES ENTORNO/AMBIENTE

En el entorno en el que el niño se desenvuelva no es un factor determinante del desarrollo del TDAH, pero si es un factor influyente. Algunos ambientes que podrían perjudicar al niño podrían ser:

- Consumo de drogas durante el embarazo.
- Complicaciones en el parto.
- Nacimientos prematuros.
- Contaminación ambiental.
- Alimentación.

FACTORES NEUROLÓGICOS

Desde hace tiempo se está intentando encontrar la parte del cerebro en la que afecta el TDAH. Hasta hoy se piensa que a nivel neurológico, el TDAH podría originarse a raíz de una serie de cambios en sustancias químicas cerebrales.

DIFERENCIAS DE GÉNERO

Algunos estudios indican que 4 de cada 5 jóvenes con TDAH, son niños. Por lo tanto, existe una diferencia evidente en cuanto al género. Algunos investigadores creen que esto se deba a que el desarrollo de los varones suele ser más lento que el de las chicas.

4.4. Tratamiento

Según Barkley (2006), el tratamiento del TDAH puede llevarse a cabo desde tres ámbitos, aunque posiblemente lo más efectivo sea la combinación del tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico.

ÁMBITO PSICOLÓGICO

Un psicólogo experto debe analizar la conducta de manera exhaustiva para conocer cuál es el motivo principal por el que se fomenta dicha conducta. Una vez analizadas, debe utilizar refuerzos positivos y negativos para potenciar las conductas apropiadas e disminuir las que no lo sean. Existen diversas estrategias de las que puede disponer el psicólogo. No nos podemos olvidar, que un factor muy importante para tener en cuenta es el ambiente en el que se desenvuelva el niño. Por ello, es un papel importantísimo formar a los padres sobre cómo deben tratar a su hijo, ya que el entorno familiar es el que más repercusión acarrea en el desarrollo del niño, puesto que en el que más tiempo permanece.

ÁMBITO FARMACOLÓGICO

Los fármacos es el medio que más se utiliza para disminuir los síntomas de las personas con TDAH. El motivo por el cuál sea el más utilizado es porque es el que actúa de manera más rápida y efectiva. Al poco tiempo del suministro de fármacos, podemos ver cómo disminuye la sobreactividad motora y mejora la atención.

El fármaco que más se utiliza para las personas con TDAH es el metilfenidato. Se utiliza desde hace ya varias décadas y está más que demostrado que reduce la hiperactividad y aumenta la atención.

COMBINACIÓN DE AMBOS TRATAMIENTOS

Se piensa que el tratamiento más efectivo es aquel que combina el tratamiento conductual con el farmacológico. Si se combinan ambos, podremos aprovechar los efectos positivos de los dos y los beneficios para el niño serán mayores.

4.5. Diagnóstico y evaluación del TDAH

Si procedemos al diagnóstico del TDAH, será porque hemos observado síntomas graves de conducta. Además, podemos intuir que dichas conductas podrían ser debidas al desarrollo del TDAH en el niño.

A la hora de diagnosticar el TDAH, se necesitan todas las aportaciones posibles, ya no solo del entorno familiar, sino además de todo su entorno social, incluida la escuela. Partiendo desde toda esta información, un psicólogo experto tendrá que observar y valorar el comportamiento del niño. A partir de aquí, podrá deter-

minar si sufre alteraciones psicológicas, cuáles son y en qué medida se presentan. (Severa 2002)

Según este mismo autor, se deben considerar los siguientes ítems para la evaluación de este trastorno:

- Factores biológicos.
- Nivel intelectual y rendimiento académico.
- Estado clínico del niño.
- Influencia del marco escolar.
- Condiciones sociales y familiares.

Para llevar a cabo el procedimiento de evaluación del joven, será necesario utilizar algunas técnicas e instrumentos. Los más utilizados según Guerrero (2006) son:

- Entrevistas: suele ser el inicio del estudio psicológico ya que normalmente se comienza entrevistando a sus familiares. Durante esta entrevista, el experto recibirá información sobre el desarrollo del niño a lo largo de toda su vida, problemas de conducta actuales, antecedentes médicos, rendimiento académico a lo largo de su vida, etc. Generalmente en estas entrevistas se pretende conocer todo aquello referente al desarrollo evolutivo e historia del problema.
- Escalas de observación: se utilizan con bastante frecuencia ya que permiten llevar a cabo una evaluación de la conducta del joven. Los familiares y el entorno escolar pueden colaborar en este proceso de observación. El inconveniente de las escalas de observación es que a veces no coinciden datos o se obtiene información muy distinta. Esto se debe a que dichas pruebas están sujetas en cierta medida a la subjetividad de cada uno. Por eso es muy importante definir bien qué es lo que se pretende observar y con qué medida.
- Instrumentos aplicados al joven: son instrumentos basados en pruebas que detectan problemas de percepción y cognitivos, nivel intelectual y coordinación vasomotora.
- Observaciones conductuales: este método se basa principalmente en asignar conductas observadas en categorías conductuales previamente definidas. Es uno de los más importantes. La experiencia y profesionalidad del psicólogo juega un papel primordial.
- Técnicas mecánicas: se utilizan normalmente para medir el nivel de actividad del niño. Se puede utilizar un método u otro en función de la información que queramos obtener. Se debe de utilizar en el entorno natural del niño, para que no se vea modificada su conducta habitual.

4.6. Pautas de actuación e intervención

4.6.1. Entorno familiar

Surge la necesidad de que el entorno familiar del joven aprenda y entrene para saber cómo tiene que actuar ante la conducta de su hijo, y sobre todo comprender en cada momento qué está pasando. La actuación de los padres es primordial, pues son las personas que más tiempo interactúan con el niño y sobre todo, dentro de su entorno.

La terapia familiar cobra mucha importancia, por varios motivos. El primero de ellos, para que se produzca una formación de los padres a la que hacía referencia en el párrafo anterior. El segundo, porque así se trabaja dentro del entorno del niño, lo que los obliga a trabajar de forma coordinada.

Los familiares deben concienciarse de que a partir del momento en el que detectan TDAH deben trabajar en equipo con el centro escolar y un especialista. Seguir las pautas que les indique y comunicar cualquier información relevante respecto a su hijo.

Barkley (2002), propuso unas pautas de actuación para familiares. Dichas pautas mejorarán el comportamiento del joven día a día:

- Dar instrucciones cortas y bien definidas
- Mirar a los ojos cada vez que me comunique con el niño para poder captar bien su atención.
- Establecer unas normas de convivencia sean claras y concisas.
- Crear un clima tranquilo y relajado.
- Mantener siempre un orden y una estructura con todas las cosas.
- No ceder ante enfados y “rabiets” del joven. Mantener una postura firme y disciplinada.
- Establecer una rutina diaria principalmente para la alimentación y el sueño.
- Reforzar positivamente las buenas conductas para aumentar la autoestima del niño.
- Derivar responsabilidades de las tareas del hogar al joven. Es importante que participe en las tareas del hogar.
- Evitar en medida de lo posible los castigos, con tal de que haya un mayor número de refuerzos positivos que de castigos.

Algunos instrumentos para utilizar con los familiares y de los que he hecho mención anteriormente, para la evaluación y diagnóstico del TDAH, son:

- Cuestionario de conducta infantil. Consta de 48 ítems para evaluar el comportamiento del joven en el hogar.

- Cuestionario de hiperactividad de Werry, Weiss y Peters. Contiene 19 ítems para evaluar las actividades diarias del joven.
- La escala de evaluación y autocontrol de Kendall y Wilcox (1973). Tiene 33 ítems para evaluar la impulsividad e hiperactividad.

4.6.2. Entorno escolar

El entorno escolar juega un papel casi igual de importante que el entorno familiar. El centro escolar es el lugar donde va a pasar gran parte de su tiempo, y además, sus compañeros probablemente serán amigos fuera de clase, por lo que será su entorno social principal. Además, en el centro escolar es donde se suelen diagnosticar los primeros síntomas, por lo que el profesorado debe de estar bien formado para saber identificar los síntomas del TDAH. Cada docente debe de ser consciente de que esto es un trabajo en equipo, donde el orientador tiene una función imprescindible que es la de coordinar a los padres, con el centro educativo, con pediatras, especialistas, etc.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Los criterios de diagnóstico del TDAH aparecen descritos en el manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana. Dichos criterios son los siguientes:

- Síntomas: Mostrar al menos seis de los síntomas relacionados con la desatención persistiendo durante al menos seis meses. Mostrar al menos seis de los síntomas relacionados con la hiperactividad-impulsividad persistiendo durante al menos seis meses.
- Antes de cumplir siete años se habían producido síntomas de desatención o hiperactividad-impulsividad que causen alteraciones en el niño.
- Los síntomas afectan en varios ambientes, provocando alteraciones en el niño.
- El rendimiento académico y las relaciones sociales se ven perjudicadas de manera significativa.

Supuestamente con estos criterios, no solo bastará para poder identificar la posibilidad de que un joven sufra TDAH, sino que además se podrá conocer qué subtipo de TDAH es el que se está poniendo de manifiesto:

- TDAH combinado: suele ser el más frecuente y a la vez el más fácil de detectar. Durante seis meses deben permanecer conductas hiperactivas compulsivas, tener problemas para relacionarse con sus iguales, pasar desapercibidos y ser impulsivos.
- TDAH con predominio de déficit de atención: generalmente este subtipo de TDAH va unido a problemas con la memoria a largo plazo, dificultades en el

aprendizaje para leer, escribir y de las matemáticas. También suelen tener dificultades para procesar información y focalizar la atención.

- TDAH con predominio de hiperactivo-compulsivo: generalmente suelen manifestarse emocionalmente de una forma inestable, les cuesta mantener la atención y tienen cambios de humor muy bruscos.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DOCENTE

Como ya he explicado anteriormente, el papel del profesor juega un papel primordial en el desarrollo del niño, pues pasa muchas horas con él. Por lo tanto, debe saber cómo tiene que actuar en estos casos. A continuación, detallo unas pautas de actuación que pueden orientar al docente:

- Establecer normas claras. son necesarias y se deben cumplir, para fomentar el autocontrol del joven. Esto hace que los niveles de autoestima aumenten y su capacidad autocrítica.
- Mantener un orden: esta norma afecta a la metodología y a la estructura del grupo/clase. Cuando establecemos una rutina o estructura diaria, fomentamos que se produzcan los mejores niveles de concentración, por lo que le ayudaremos mucho. Al tener su atención captada, el docente podrá trabajar más fácil con él.
- Hacer uso de agenda: esta norma está muy relacionada con la anterior, ya que persigue el objetivo de establecer una estructura y orden diario. Al tener una agenda, planificas los días, y al planificar estás estructurando. Además de esto, otro motivo importante es que debido a su falta de atención en numerosas ocasiones, muchas veces no se acordará de hacer algo, etc. En esos casos, la familia podrá recordárselo y ayudarle, ya que aparece reflejado en su agenda personal.
- Sentarse cerca del profesor: si el docente tiene cerca al alumno con TDAH, podrá captar mucho más fácil su atención, y además podrá controlar si está pendiente o no. Hay que tener mucho cuidado con esta norma, pues podría ser motivo de burla ya que realmente estamos poniendo una norma a un niño que el resto de grupo no tiene, “sentarse cerca del profesor”.
- Premiar su esfuerzo: si el profesor refuerza sus buenas conductas, conseguiremos que se vuelvan a repetir. Si hacemos que continuamente esté repitiendo buenas conductas, evitaremos problemas en retrasos académicos, etc.
- Propuesta de tareas motivadoras: las tareas que le propongamos deben ser de su atractivo para que sea más fácil que centre su atención. Además, deben de ser alcanzables para que pueda comprobar que puede realizarlas y su nivel de autoestima aumente.
- Mostrar una actitud paciente por parte del docente: en ocasiones es bastante complicado tratar con estos alumnos. Los resultados vendrán con el tiempo si se trabaja de forma adecuada.

- Integración en el aula: los compañeros frecuentemente intentan ridiculizar a estos alumnos y tienden a excluirlos del grupo, puesto que tiene dificultades para relacionarse con sus iguales. Es necesario que los compañeros conozcan que hay un alumno que tiene esta enfermedad y que comprendan que hay conductas que para él es muy difícil cambiar.

Una buena experiencia sería que la familia del alumno permitiese que él mismo contase su problema al resto del grupo. Habría que estudiar si esto es aconsejable o no en función del contexto del grupo en el que se mueva. En el caso de que pueda ser aconsejable, sería una experiencia muy enriquecedora ya que se transmite un sentimiento de empatía que puede ser muy beneficioso para todos.

- Castigo: es importante que cuando no se cumplan las normas haya una consecuencia. Del mismo modo, hay muchos psicólogos que dicen que los castigos hay que tratar de evitarlos.

4.7. Adaptaciones curriculares

El alumno con TDAH necesita adaptaciones curriculares generalmente no significativas. Es decir, no será necesario en la mayoría de los casos, disminuir los contenidos u objetivos de etapa.

Entendemos como adaptaciones curriculares no significativas aquellas que afectan por ejemplo a la metodología de enseñanza y evaluación. Si adaptamos el currículo en este sentido, optimizaremos el rendimiento académico del alumno. A continuación, voy a exponer algunos ejemplos de lo que podrían ser adaptaciones curriculares de carácter no significativo:

RECOMENDACIONES METODOLÓGICAS

Anteriormente he hecho referencia a la importancia de seguir una estructura y una rutina diaria cuando tratamos con niños con TDAH. Por eso es recomendable seguir estas recomendaciones metodológicas:

- Relajación: emplear técnicas de relajación diariamente durante 5 minutos, antes de comenzar con las clases ordinarias. Esto va a causar beneficios ya no solo en el alumno con TDAH sino también en el resto. A continuación, vamos a ver el ejemplo de técnica de relajación que nos propone Orjales (2005):
 - o Estás sentado tranquilamente. Estás con los ojos vendados, no ves nada y no te preocupa ver nada. Estás tranquilo y a gusto.
 - o Te voy a ir diciendo algunas cosas que tienes que hacer. Cada vez que contraigas alguna parte del cuerpo que yo te diga, concéntrate en sentir la diferencia entre esta situación y la anterior. Es muy importante.
 - o Aprieta tu puño izquierdo, nota la tensión en la mano y el antebrazo, relájate.
 - o Aprieta tu puño derecho, nota la tensión en la mano y el antebrazo, relájate.

o Flexiona el brazo izquierdo hacia arriba, levantando la muñeca y estirando los dedos levantados hacia el techo. o Lo mismo con el brazo derecho o Tócate lo hombros con los dedos, levanta los brazos, nota la tensión de los brazos. Relájate. o Arruga la frente todo lo que puedas. Relájate. o Aprieta los ojos con fuerza. Nota la tensión en toda la cara. Relájate. o Aprieta los labios con fuerza. Nota la tensión en el cuello y la barbilla. Relájate. o Coloca la cabeza hacia atrás. Presiona con fuerza y relájate. o Arquea la espalda. Relájate. o Toma mucho aire. Reténlo dentro y nota la presión en el pecho y en la espalda. Déjalo ir suavemente. o Tensa el estómago, con fuerza. Relájate. o Tensa los glúteos, haciendo presión sobre la silla. Nota la tensión. Relájate. o Estira las piernas y contráelas con fuerza. Relájate. o Levanta hacia arriba los dedos de los pies. Nota cómo la tensión sube por la pierna. Relájate ahora.

- Proximidad: como anteriormente he hecho mención, el alumno con TDAH debe sentarse en zonas cercanas al profesor, ya que es muy importante mantener contacto ocular muy a menudo. Así veremos si tiene el material en la mesa, si sigue el ritmo normal de la clase, etc. Puede resultar muy interesante si colocamos al lado a compañeros responsables. Generalmente los alumnos más responsables suelen ser ordenados y estructurados por lo que es más que probable que sin quererlo ayuden en la organización del joven que presenta TDAH.

- Explicación de contenidos: mantener la concentración y calma que hemos obtenido con las técnicas de relajación. Para ello emplearemos las órdenes directas y claras de las que hablábamos en apartados anteriores. Tener en cuenta que el alumno con TDAH necesita su tiempo para conectar con la clase, por lo que el profesor ha de ser paciente.

La forma de impartir la clase ha de ser dinámica y participativa. Si conseguimos que sea así, los niveles motivacionales del grupo clase se verán aumentados y crearemos un clima propicio para que el alumno con TDAH se desenvuelva mucho mejor.

- Crear debates: los debates es una forma muy buena de aprender. Todos aprenden de todos y además estamos haciendo que interactúen entre sí. De este modo tendremos facilidad para integrar al alumno con TDAH y además, conseguiremos mantener su atención, ya que el debate suele ser una actividad muy motivante para todos. Podemos fomentar de esta manera el trabajo cooperativo.

- Resolución de conflictos: la impulsividad del alumnado con TDAH puede dar lugar a impertinencias. Por lo tanto, nos podemos encontrar con muchos conflictos con los compañeros. Sus iguales no tienen por qué entender que es el TDAH. Por lo tanto, el docente debe estar pendiente para intervenir dando órdenes claras al alumno con TDAH para intentar controlar su comportamiento, y de una manera

discreta sin que parezca que el profesor está resolviendo el problema. No podemos olvidar que estos alumnos no se comportan mal de manera intencionada, y por lo tanto cuando lo hagan debemos mantener la calma y transmitirle confianza mirándolo a los ojos, manteniendo un contacto físico incluso. Si docente pierde el control de la situación y no logra controlar al alumno, debe aplicar el castigo siempre dando las órdenes claras y concisas. Al cabo del tiempo, hablaremos con él tranquilamente volviendo a transmitir confianza.

- Deberes para casa: el docente debe personalizar siempre las tareas de los alumnos con TDAH, ya que estos van a otro ritmo diferente del resto. Esto significa que debemos hacer también una adaptación curricular para que este alumno pueda seguir su curso normal de aprendizaje. Hay que tener en cuenta que estos alumnos se desmotivan fácilmente, por lo que el profesor no debe mandarle excesivo trabajo. Cada actividad que haga deberá ser un éxito para que lo tome como un refuerzo positivo y aumenten las posibilidades de que esa conducta se vuelva a repetir. Es necesario hablar con los padres para que estos colaboren desde casa. Muchos familiares consideran a sus hijos como máquinas que no deben parar de trabajar y que cuantos más deberes hagan mejores alumnos serán. En el caso del TDAH, no debemos exigir llegando hasta extremos pues se podría producir la desmotivación de la que anteriormente hablaba, debido a agobios innecesarios. De ahí la vital importancia hablar con los padres para enseñarles a cómo tienen que actuar.

- Exámenes: como se trata de integrar a los alumnos con TDAH en el grupo/clase, es aconsejable que los exámenes los haga al mismo tiempo que el resto de los compañeros. Evidentemente, debido a las adaptaciones curriculares, el examen deberá ser personalizado, con preguntas claramente expresadas. Los alumnos con TDAH no pueden mantener la atención durante un tiempo prolongado, por lo que el docente podrá realizar media hora de examen un día, y otra media, otro día. Lo más importante es valorar su esfuerzo, pues si vemos que verdaderamente se ha estado esforzando para la realización del mismo, hay que reforzarlo. De este modo aumentaremos su autoestima y conseguiremos que aumente su motivación por la materia. Recuerdo que, a mayor motivación, más fácil trabajar con ellos.

- Buena relación personal con el alumno: el profesor debe intentar que su relación con el joven sea lo más estrecha posible, dentro de los límites de la profesionalidad. El objetivo de esto es hacerles sentir en confianza para que así rompa sus barreras y se sienta libre para expresar sus preocupaciones, sentimientos, etc.

4.8. La actividad física y el TDAH

Todos sabemos que la actividad física es beneficiosa para la salud. Por tanto, pode-

mos decir que es aconsejable para todo el mundo a lo largo de cualquier periodo de la vida. Esta teoría se cumple también con los jóvenes que tienen TDAH. Es más, estos niños tienen un motivo más por el cual realizar ejercicio físico en su vida diaria, ya que les va a ayudar a mejorar muchos de los problemas que presentan.

BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO EN JÓVENES CON TDAH

Uno de los beneficios del ejercicio físico, y en el cual me voy a centrar en este estudio, son todos aquellos producidos a nivel cognitivo. Si bien el TDAH afecta a la capacidad de mantener la atención, con el ejercicio físico aumentaremos su motivación y esto hará que pueda mantenerla durante periodos de tiempo más prolongados. Otro de los beneficios que se producen son en la mejora de las relaciones sociales y de la autoestima.

Mejora de la motivación

Lo más importante para el tratamiento con niños con TDAH es que consigamos aumentar su motivación, para que de este modo, encuentre un atractivo en lo que le planteamos y así muestre especial interés, manteniendo su atención en ello. El primer paso que hay que hacer es conocer qué actividad física le gusta más para que practique aquello que más motivación le va a despertar. Una vez conocida, se buscaría un club/asociación/entidad deportiva donde se lleve a cabo dicha actividad con profesionales. Es muy importante que estos profesionales entren dentro del círculo de coordinación que tiene familia ->centro educativo ->pediatra/psicólogos->etc. Es posible que nos encontremos con grupos deportivos cuyos profesionales que lo dirigen, ignoren el tratamiento de este trastorno. Si damos con un buen profesional dispuesto a colaborar, seguramente el niño mejorará significativamente sobre todo en los primeros meses de adaptación.

Mejora de la atención

Este ítem va unido al anterior. Si mejoramos la motivación de la que hablábamos anteriormente, conseguiremos que el niño centre su atención en todos los aspectos del ejercicio físico. Por ejemplo, si el niño se ha metido en un equipo de baloncesto, es de vital importancia estar atento a lo que diga su educador, puesto que para él es fundamental hacer las cosas bien en el deporte que le gusta. Es muy posible que encontremos un deporte con el que el niño disfrute y se divierta mucho, y por lo tanto se produzca este aumento de la atención. Esto tendría una transferencia positiva al resto de actividades de la vida cotidiana. Aunque con estas últimas no esté tan motivado como con su deporte, su capacidad de atención

está siendo entrenada y por lo tanto, la habrá mejorado aunque solo sea un poco.

Mejora la hiperactividad

Al tratarse de práctica de ejercicio físico, gastarán energía en mayor o en menos medida para poder desarrollar la práctica. En este caso, haremos que su nivel de cansancio aumente y por lo tanto se reduzca el efecto hiperactivo que tanto los caracteriza.

Mejora de las relaciones sociales

Otro de los principales problemas de estos niños es el de la socialización. Lo ideal es introducirlos en deportes colectivos o de equipo. De esta forma estará en continua interacción con ellos, y lo más importante a través del juego. Los compañeros que no poseen ningún trastorno dejarán de centrarse por un momento en los problemas del joven con TDAH, centrándose solo y exclusivamente en el objetivo del juego, al igual que él. Eso hace que él se sienta en un entorno más agradable ya que se reducen las malas conductas despectivas de los compañeros. Cabe destacar que los deportes de equipo al final tienen en gran parte un factor cooperativo. Todos son un equipo, todos ganan o todos pierden. De este modo él podrá sentirse como uno más y todos trabajan con un mismo objetivo común. Para ello tendrán que ayudarse entre ellos.

Mejora de la autoestima

Es más que evidente que si se producen todas las mejoras citadas anteriormente, se produzca una mejora de la autoestima del niño con TDAH. Además de todo eso, aun cabe otra posibilidad de que aumente todavía aún más, si lo convertimos en el protagonista de su equipo. Un ejemplo podría ser nombrarlo capitán del equipo. Esta figura está percibida por los niños como en un estatus superior al suyo. De esta forma podríamos aumentar la autoestima del niño con TDAH. Otro ejemplo evidente de aumento de autoestima puede ser cuando resulta que casualmente el niño posee habilidades motoras más desarrolladas que el resto. En este caso, el joven con TDAH pasaría a ser el auténtico protagonista del equipo, puesto que todos los admirarían por su gran capacidad para hacer regates, o simplemente por llegar primero en una carrera.

A pesar de los beneficios de la actividad física y el deporte, no podemos pasar por alto algunas precauciones a considerar como por ejemplo su facilidad de frustración. En muchas ocasiones pueden darse casos en los que el deporte se convierta en una fuente de generar frustraciones. Cabe la posibilidad, por ejemplo, de que el niño tenga un desarrollo motor un tanto prematuro y no esté igual de desarrollado que el resto de sus compañeros. En este caso, puede darse de que

el grupo lo rechace por no estar a la altura y estaríamos fomentando lo contrario a lo que pretendemos. Es por ello, por lo que el educador ha de estar muy bien preparado para el trato con estos niños. Por ejemplo, habría que buscar aquellas actividades en las que el niño con TDAH se desenvuelva excelentemente para que se sienta con autoconfianza.

En modo de resumen, podemos decir que, como norma general, el ejercicio físico y el deporte tiene grandes beneficios para el día a día de los niños con TDAH, pero hay que tener en cuenta muchos factores dentro de él. Lo mejor es tener un buen experto dirigiendo las actividades para saber en cómo comportarse ante cada situación. Debe de ser una persona empática con el niño, que le muestre su confianza y sepa plantear situaciones en las que el grupo haga mostrar su confianza al niño. Sin lugar a duda es una propuesta a modo de “terapia” muy interesante.

5 Discusión-Conclusión

A lo largo de esta investigación, ha quedado bien reflejada la importancia de la forma de actuar de las personas que forman el entorno del niño. Es de vital importancia que entendamos su comportamiento, no como una mala conducta, sino como un comportamiento normal acuerdo al trastorno que posee. Por ello, la paciencia a la hora de interactuar con ellos es un requisito indispensable en los que los rodean.

El entorno social debe mostrar una actitud empática con él, para hacerle sentir en un clima agradable, sin alteraciones. Dentro de este entorno, la familia juega un papel determinante en el desarrollo del niño. Mantener una vida cotidiana bastante estructurada lo ayudará bastante. Para ello, lo ideal es mantener unos horarios que marquen el ritmo del día a día, fundamentalmente para la alimentación y el sueño.

Debemos propiciar situaciones en las que el niño centre su atención gracias a la motivación que podamos despertar en él. Para ello habrá que conocer sus gustos y utilizar esta forma para conseguir beneficios en el mantenimiento de la atención.

Lo más importante de todo, es hacer sentir que él se siente bien, que es un niño muy válido, para que de este modo su autoestima mejore y con ello disminuyan las conductas negativas. Por eso es muy importante aplicar la técnica del refuerzo positivo, para que aumente la probabilidad de que las conductas apropiadas se

vuelvan a reproducir.

Siguiendo estas pautas generales, conseguiremos que los efectos de este trastorno disminuyan y de este modo mejoremos el estado del niño

6 Bibliografía

- American Psychiatric Association (2001). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Barkley, R.A. y Russell A. (1990). Niños Hiperactivos, cómo comprender y atender sus necesidades especiales. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (1999). Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. México: Paidós.
- Barkley, R.A. (2009). Niños hiperactivos: cómo comprender y atender sus necesidades especiales. México: Paidós.
- Brown, T. (2003). Trastornos por Déficit de Atención y comorbilidades en niños, adolescentes y adultos. Barcelona: Masson.
- Douglas, VL (1983). Attention and cognitive problems. In Rutter M. ed. Developmental neuropsychiatry. New York: Guilford
- Orjales, I (2005).
- Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadores. Editorial CEPE. Madrid.
- Severa Barceló, M (2002). Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas. Madrid: Pirámide.
- Hallowell, Edward M.; Ratey, John J. "TDAH: controlando la hiperactividad". Ed. Paidós. 2001.
- Hallowell, Edward M.; Ratey John J. "TDAH: controlando la hiperactividad". Ediciones Paidós Iberica, 2002.
- Faber; Adelle Mazlish, Elaine. "Cómo hablar para que sus hijos le escuchen y cómo escuchar para que sus hijos le hablen". Ed. Médici - 1997.
- Lefa S. "Todo sobre el niño hiperactivo y cómo manejarlo". Hedi Editorial CIMS 97 - 2002.
- Orjales, I. "Déficit de Atención con Hiperactividad. Manual para padres y educadores". Ed. Cepe. Madrid 1998.
- Parker, Harvey C. "Cuaderno de trabajo para padres, maestros y niños sobre el trastorno de bajo nivel de atención o hiperactividad." Ed. Specialty Press, Incorporated, 1996.
- Rief, Sandra R. "Cómo tratar y enseñar al niño con TDA/TDAH". The Center for Applied Research in Education, N.Y., U.S.A. - 2000.

- Rief, Sandra R. "Cómo tratar y enseñar al niño con TDAH. Técnicas, estrategias e intervenciones prácticas para ayudar a los niños con problemas de atención o de hiperactividad". Ed. Center for Applied Research in Education, marzo 2001
- Soutullo Esperón, César. "Convivir con Niños y Adolescentes con Trastorno por Déficit de atención e Hiperactividad (TDAH)". Editorial Médica Panamericana, Madrid, 2004.
- Vallet, Robert E. Niños hiperactivos."Guía para la familia y la escuela". Editorial Cincel, Madrid, 1980.

Capítulo 78

ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC REAGUDIZADO

CRISTINA HUARTE USTARROZ

CARMELA TROYAS VISUS

ANA MARTÍNEZ-PEÑA RUIZ

LEYRE IBERO PEMAN

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es una enfermedad crónica inflamatoria que obstruye el flujo de aire desde los pulmones causando dificultad para respirar. Se trata de una enfermedad no reversible que a menudo empeora con el paso del tiempo y cuya causa más frecuente de la enfermedad es la exposición prolongada a irritantes, siendo el más común el humo del cigarrillo (fumadores activos y pasivos).

De acuerdo con el Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad, la prevalencia de la EPOC en 2016 fue de 251 millones de casos. Se estima que en 2015 murieron por esta causa cerca de 3,17 millones de personas en todo el mundo, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año. Más del 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos. Además, la incidencia de la EPOC puede aumentar en los años venideros a causa de la mayor prevalencia de tabaquismo y al envejecimiento de la población en muchos países. Las agudizaciones son el principal motivo de consulta al personal sanitario.

Dentro de la EPOC incluimos la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar, definiendo la reagudización cuando el paciente presenta síntomas como la disnea, tos y expectoración. Dependiendo de la severidad de la clínica el paciente podrá requerir cuidados ambulatorios u hospitalarios.

2 Objetivos

- Identificar el proceso de reagudización, clínica , diagnóstico y tratamiento en pacientes afectados con EPOC.

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

Clínica, síntomas más frecuentes son:

- Empeoramiento de la disnea, también en reposo.
- Aumento de la tos.
- Mayor expectoración con cambio de características; color amarillo-verdoso.
- Descompensación del estado general.
- Afectación neurológica: cefalea, irritabilidad, depresión, agitación, alteración del nivel de conciencia.

Signos más comunes:

- Palidez, sudoración, hipotensión, taquicardia, taquipnea con uso de musculatura accesoria.
- Cianosis si hay hipoxemia.
- Fiebre en caso de infección.
- Ingurgitación yugular, edemas en EEII.

En la auscultación: crepitanes, disminución del murmullo vesicular, rous y sibilancias.

Diagnóstico: además de la clínica, se valora la radiología de tórax donde aparecen procesos como neumonía, atelectasias, neumotórax o insuficiencia cardíaca izquierda.

- Gasometría: lo más frecuente son acidosis respiratoria aguda, acidosis respiratoria parcialmente compensada.
- Pulsioximetría: para ver la hipoxemia y respuesta al tratamiento.

Tratamiento:

- Oxigenoterapia: el objetivo es la corrección de la hipoxemia manteniendo una $\text{SaO}_2 > 90\%$ sin elevar la PCO_2 más de 10mmHg

Broncodilatadores:

- Agonistas beta-2: (salbutamol, terbutalina y fenoterol). Su uso en forma de aerosoles es la más empleada por su máxima eficacia con mínimos efectos secundarios.
- Anticolinérgicos: bromuro de ipatropio, tiene un efecto más lento que los b-2 agonistas.
- Metilxantinas: aminofilina, su uso es controvertido, con estrecho margen terapéutico y elevada toxicidad.
- Antiinflamatorios: metilprednisolona, mejora el edema de la pared de la vía aérea y la contracción del músculo liso.
- Antibióticos: dado que la causa más frecuente de la reagudización es la infección, su uso es bastante habitual.
- Movilización de secreciones: aprendizaje de una tos controlada o de la tos en "huff" también llamada técnica de espiración forzada.
- Soporte ventilatorio: en casos en los que el tratamiento anterior no sea suficiente.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad progresiva que empeora con el paso del tiempo. Son millones los pacientes afectados mundialmente con esta enfermedad.

Dada la repercusión que tiene el aumento de la incidencia de pacientes con EPOC, es importante que la profesión enfermera sea conocedora de los puntos clave de la enfermedad y poder detectar reagudizaciones o descompensaciones.

De la misma manera será importante dar a conocer al paciente unas pautas mínimas que le ayuden a reconocer su empeoramiento clínico y poder acudir

a su médico de atención primaria de referencia, evitando así complicaciones más graves que podrían aumentar la mortalidad.

6 Bibliografía

- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/>
- Estrada HG. EPOC. : Ed. Médica Panamericana; 2008.
- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014.. Arch Bronconeumol 2014; 50(Supl 1):1-16.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 79

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ.

AITANA GARCÍA GÓMEZ

MARIA JOSE MASEDA VIDAL

MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES

1 Introducción

En los últimos años ha aumentado el interés sobre el consentimiento informado (CI) que realizan médicos y enfermeros. Este está basado en el derecho del paciente a ser informado sobre su estado de salud, así como en el deber del personal sanitario de ofrecer dicha información al paciente. El CI afecta a los Testigos de Jehová por su negativa a la transfusión sanguínea.

2 Objetivos

Analizar la afectación del CI en los Testigo de Jehová por su negativa a la transfusión sanguínea.

3 Metodología

Para el desarrollo de este trabajo se han consultado aquellas Leyes y Doctrinas que relacionan el CI con los Testigos de Jehová. También se consultados diferentes artículos científicos en bases de datos como Pubmed, aunque la gran may-

oría (+95%) eran sujetos a Ley. En cuanto al método de citación bibliográfica se ha seleccionado Vancouver.

4 Resultados

El paciente Testigo de Jehová tiene derecho a negarse a la transfusión según la Ley 41/2002. Ello no es así cuando la mujer está embarazada (Ley orgánica 7/1980) según la cuál no se pueden ocasionar daños al feto, o si es menor de edad pero maduro no pudiendo intervenir sus padres. En caso contrario el consentimiento lo dará el tutor legal una vez escuchada la opinión del menor siendo mayor de 12 años. Si se trata de menores con 16 años cumplidos, tiene lugar una emancipación sanitaria. En situación de gravedad del menor, los padres serán informados y se tendrá en cuenta su opinión. Si el paciente es incapacitado se debe de priorizar su vida sobre las consideraciones religiosas.

5 Discusión-Conclusión

El CI no es solo un documento a firmar por parte del paciente y que el facultativo archiva, es algo más importante. Se trata tanto de un derecho que presentan los pacientes como un deber de los profesionales sanitarios para explicar al paciente de forma clara su estado de salud y las intervenciones a las que pueda verse sometido.

6 Bibliografía

- 1- Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. Los principios de la Bioética: Autonomía. Abril 2005
- 2- Lázaro. J, García. D. La relación médico-enfermera a través de la historia. Anales Sis San Navarra. 2006; vol.29
- 3- Ley 14/1986, de 25 de abril. Publicada en B.O.E. nº 102, de 29 de abril
- 4- Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Publicada en B.O.E nº 274, de 15 de noviembre
- 5- Ley 3/2001, de 28 de mayo. Publicada en D.O.G nº 111, de 8 de junio y en B.O.E nº158, de 3 de julio
- 6- Tena Tamayo C, Sánchez González J. La transfusión sanguínea y los derechos del paciente. Conamed. Abril-junio 2005; Vol.10
- 7- Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio. Publicada en B.O.E nº177, de 24 de julio
- 8- El informe de Belmont. U.S.A; 1979

Capítulo 80

¿ESTAMOS PROTEGIDOS FRENTE AL USO DE LOS MEDICAMENTOS MILAGRO?

BEATRIZ EGIDO GORDO

AITOR GONZÁLEZ MENÉNDEZ

MARÍA LUISA RODRIGUEZ CORROS

ANA MARIA MENENDEZ GARRIDO

ANA GUADALUPE MENENDEZ GONZALEZ

1 Introducción

A lo largo de la historia la publicidad de los remedios milagro ha sido un negocio muy productivo para muchas personas. Esto ha hecho que su aparición en los medios resulte algo casi normal con el riesgo que puede conllevar para una gran parte de la sociedad sucumba a las bondades y beneficios que nos venden. Intentaré encontrar cual es la parte legal y responsable que nos protege frente a todo este mercado en el siglo XXI.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Recopilar la legislación y los organismos encargados del control y venta de estos productos.

Objetivos secundarios:

- Conocer y comprender la historia de la publicidad y los medicamentos para valorar hasta qué punto tienen poder e influencia en los canales de publicidad.
- Analizar de forma breve a través de lo publicado en los medios de comunicación si funcionan los controles y la legislación existentes sobre su venta y consumo.

3 Metodología

A través del buscador Google utilizando las palabras clave “medicamento-milagro”, obteniendo un total de 8750 resultados de los cuales utilicé los que tenían una coincidencia del 100% y un origen de organización oficial. También usé las palabras clave “legislación sobre fraude de medicamentos” obteniendo un total de 10.400.000 resultados, utilicé solo los que tenían un origen legal y en castellano. Con este proceso recogí información en las siguientes fuentes: Boletines Oficiales, noticias publicadas en revistas científicas, denuncias de organismos oficiales encontradas a través de Google, revistas especializadas sobre consumo publicadas por organizaciones colegiadas y organismos de consumidores.

4 Resultados

I. Historia del medicamento en la publicidad:

Según M.^a Dolores Fernández Poyatos (1) dos podrían ser las que causas explicarían el claro predominio de publicidad de la salud.

- La primera sería la demanda de este tipo de productos para aumentar la esperanza de vida ya que, en la España de finales de siglo, la media de edad se situaba alrededor de los cuarenta años.
- En segundo lugar, se daba la circunstancia de que había bastantes empresas compitiendo por esos productos, lo que provocaba grandes incentivos para gastar en publicidad.

Los avances científicos en el ámbito farmacéutico a principios del siglo XIX provocaron la salida de la preparación e investigación de los preparados tradicionales en las boticas hacia laboratorios especializados y fábricas. Fue entonces cuando empezó la comercialización industrial de las medicinas.

Se inicia entonces el carácter fraudulento de estos productos que tanto daño hicieron a la población, y también a la publicidad; aspectos ambos censurados, desde mediados del siglo XIX, por médicos de la época. La medicina no puede tolerar ni aprobar tantos anuncios, tantos prospectos, tantos folletos...” (Codinach, 1854: 130).

Lo paradójico es que hace casi ciento cincuenta años la Ley de Sanidad de 1855 y las Ordenanzas de Farmacia de 1860 habían prohibido la elaboración de los específicos. Aunque la legislación no se cumplió y las empresas extranjeras establecidas en España siguieron con sus actividades, los núcleos industriales de Madrid, Barcelona y Aragón sufrieron graves pérdidas e incluso algunos desaparecieron.

II. Legislación española sobre medicamentos:

- Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio.
- Real Decreto 109/2010, de 5 de febrero.
- Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto.
- Normas generales de aplicación de algunos artículos del RD 1416/ 1994 de 25 Junio.

III. Legislación europea sobre medicamentos:

- Marco Legal Europeo sobre Medicamentos de Uso Humano.
- Legislación europea sobre Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano.
- Legislación europea sobre Ensayos clínicos con Medicamentos de Uso Humano.
- Legislación europea sobre Venta de medicamentos de uso humano a través de sitios Web.
- Marco Legal Europeo sobre Medicamentos Veterinarios.
- Marco Legal Europeo sobre Productos Sanitarios.
- Marco Legal Europeo sobre Productos Cosméticos y Biocidas.
- Marco Legal Europeo sobre Productos Cosméticos.
- Marco Legal Europeo sobre Biocidas.

IV. Repercusiones de la aplicación del artículo 2º del RD 1416/1994:

- Según el artículo 2º apartado 1 del Real Decreto: ”queda prohibida la publicidad de un medicamento que no haya obtenido la correspondiente autorización de comercialización”
- No se pueden promocionar las indicaciones no autorizadas en España aunque estén autorizadas en otros países.
- La promoción de las propiedades farmacológicas como indicaciones o como propiedades clínicas cuando dichas propiedades farmacológicas no tienen consecuencias clínicas directas ni comprobadas no puede realizarse.

- Para la promoción de un medicamento concreto no se pueden utilizar los términos: eficacia, seguridad y calidad aisladamente o en combinación.
- Deben evitarse los adjetivos o términos: absoluta, excelente, máxima, óptima, perfecta, total o similares, atribuidos a la calidad, eficacia, pureza, seguridad, o tolerancia.
- Solo podrían utilizarse en la promoción, si aparecieran recogidos expresamente dichos términos en la FT autorizada.
- Las frases publicitarias o "eslóganes" que son ejes principales de campañas y que son puramente promocionales y vacías de contenido informativo-técnico se pueden utilizar siempre y cuando no induzcan a error.

VI. La falsificación de medicamentos en la actualidad:

Según un artículo publicado por Enrique Granda (doctor en Farmacia y actual miembro de la Real Academia de Farmacia de Cataluña) (2): La falsificación de medicamentos es un fenómeno que afecta al 10% de los medicamentos consumidos en todo el mundo, que ha crecido un 40% en el año 2005, que ha provocado 781 incidentes en 89 países y que moverá una cifra superior a los 75.000 millones de dólares en el año 2010, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Del mismo modo, el Consejo de Europa viene haciendo constantes advertencias sobre el peligro de los medicamentos falsificados y el importante papel del farmacéutico para prevenir y detectar cualquier falsificación. Entre 1982 y 1997 la OMS recibió informes confidenciales con relación a medicamentos falsificados encontrados en al menos 28 países miembros, aunque la mayoría de los casos no fueron confirmados ni validados. En 1995 la OMS desarrolló un programa sobre la falsificación de medicamentos en el que participaron 30 expertos de autoridades reguladoras, organizaciones internacionales y no gubernamentales y otras instituciones involucradas.

La Conferencia Internacional de Autoridades Reguladoras de Medicamentos, promovida por la OMS desde 1992, ha incorporado dentro de sus reuniones el problema de falsificación de medicamentos. En diciembre de 2001 se convocó la I Reunión del Grupo de Trabajo para la Prevención y Combate de la Falsificación de Medicamentos (GT/CFM).

Los países de la Unión Europea (UE) escapan, por ahora, salvo excepciones menores, a la falsificación de medicamentos.

La falsificación de fármacos, según un estudio de la OMS, afecta especialmente a los países en desarrollo, donde entre 1999 y 2000 se centró el 60% de los casos denunciados, frente al 40% en los industrializados. La presencia de medicamentos

falsos es más frecuente en lugares con una legislación escasa o que no se aplica completamente.

El principal caballo de batalla en los países más industrializados cuando se trata de hacer frente a la falsificación de medicamentos es el control de las ventas de fármacos a través de Internet, una vía que ofrece muchas posibilidades de llevar a cabo estas prácticas ilegales. El modelo tradicional de farmacia se ha perfilado como una garantía para evitar la proliferación de medicamentos falsos.

VII. Regulación de los medicamentos de uso humano según la Agencia Española del Medicamento:

- Todos los medicamentos utilizados en España deben contar con una autorización de comercialización que concede la AEMPS una vez ha evaluado favorablemente su calidad, seguridad y eficacia, y cualquier variación que se produzca debe igualmente ser autorizada o notificada a la AEMPS.
- Para conocer si un medicamento está o no autorizado se puede consultar el Centro de Información online de Medicamentos de la AEMPS.

5 Discusión-Conclusión

Cuando decidí plantear este trabajo me pareció que podía ser un tema muy interesante y no me ha defraudado, la búsqueda de información ha arrojado una realidad que en la mayoría de los casos supero lo esperado. Existe multitud de información sobre los medicamentos milagro, medicamentos falsificados y resulta fácil perderse entre tantos artículos y noticias que circulan hoy en día por internet.

Es relativamente frecuente que en nuestra búsqueda enfocada a la denuncia y el esclarecimiento de este negocio nos encontremos con multitud de anuncios y ofertas que intentan justo lo contrario de lo que pretendemos; evidencia del grado de expansión y la fortaleza económica de este sector en el mundo real.

Los artículos consultados nos alertan del problema que supone el fraude de medicamentos en la actualidad, sobre todo en los países en vías de desarrollo, pero a su vez podemos constatar que es un negocio creciente al que la legislación no parece afectarle demasiado. Es escurridizo y encuentra los vacíos legales existentes para colarse en el mundo de la publicidad y medios de comunicación.

Para terminar, me reafirmo en que la magnitud del tema es mucho mayor de la que nos podemos imaginar a pesar de la gran cantidad de leyes a nivel nacional

e internacional que existen para intentar regularlo.

Como conclusión final podemos deducir que la legislación nos protege en la mayoría de las circunstancias y que como usuarias y usuarios tenemos la responsabilidad de seguir los cauces legales para conseguir cualquier sustancia o medicación que necesitemos. El riesgo aparece cuando necesitamos de remedios-milagro ante alguna circunstancia personal insuperable y nos sumergimos en la búsqueda de cualquier respuesta a nuestras necesidades. En estas situaciones tienen su mayor éxito estas sustancias.

6 Bibliografía

1. Fernández Poyatos, M.^a Dolores. La Publicidad de la Salud en la prensa ilustrada a finales del S. XIX, VOL. I, N.º 16. Universidad de Alicante, QUESTIONES PUBLICITARIAS. 2011.
2. Granda, Enrique. Falsificación de medicamentos: El <top-manta> está ahí fuera. Volumen 20, N.º 6. Junio de 2006.
3. Dirección General de Sanidad, Publicidad de medicamentos Circular Farmacia, N.º 1. 2000.(Internet)
4. Imputados 23 médicos y 3 farmacéuticos por un fraude con medicamentos”, artículo publicado en El País el 30/10/2012
5. Artículo publicado por Raffio, Valentina en El Periódico.com el 19/10/2018.
6. Dirección General de Sanidad. Circular nº 6/95 del Ministerio de Sanidad y Consumo, Circulares 1/95 y 2/95 de la Dirección General de Salud de la Comunidad de Madrid.
7. Agencia Española del Medicamento.
Cómo se regulan los Medicamentos y Productos Sanitarios en España. AEMPS. Edita y distribuye AEMPS.2014.
8. Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano.
9. Real Decreto 109/2010, de 5 de febrero, por el que se modifican diversos reales decretos en materia sanitaria para su adaptación a la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio y a la Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio.
10. Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria (BOE

de 06/08/1996).

11. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. Normas generales de aplicación de algunos artículos del RD 1416/ 1994 de 25 de junio (por el que se regula la publicidad de los medicamentos de uso humano) respecto a la publicidad dirigida a las personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos. AEMPS. Edita y distribuye AEMPS.2014.

12. AEPMS. Estrategia frente a medicamentos falsificados 2016-2019. Edita y distribuye AEMPS.11/04/2016.

13. Resolución ResAP (2001)2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria (adoptada por el Consejo de Ministros el 21 de marzo de 2001, en la 746 reunión de delegados de los ministros).

14. Agencia EFE, Madrid para La Vanguardia. La OCU denuncia la venta en internet de dos productos “milagro” no autorizados.26/02/2019.

15. Agencias para SIPSE.COM. Muere una persona por aplicarse ‘medicamentos milagrosos’. México.

16. FACUA. Productos Milagro. Facua, 2007.

Capítulo 81

VENDING EN LOS HOSPITALES: REALIDAD VERSUS SALUD

ALBA ALONSO BERNARDO

1 Introducción

Resulta paradójico que un entorno dedicado a la promoción de la salud y prevención y tratamiento de la enfermedad, como son los hospitales, sea al mismo tiempo promotor de hábitos tan poco saludables como es el consumo de procesados y de grandes cantidades de azúcares. Son varios los estudios, como los realizados por Lawrence S. et al y Moran A. et al, que reflejan lo poco saludable que pueden llegar a ser las comidas en los hospitales. Todos hemos podido observar por experiencia propia o por allegados la presencia de máquinas expendedoras en los hospitales donde el tipo de comida que predomina son alimentos procesados y bebidas azucaradas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar una ingesta equilibrada de alimentos para evitar enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes, etc. Para lo que aconseja reducir el consumo de grasas saturadas, azúcares, etc.(1,2)

Respecto al consumo de azúcar la OMS establece que no es recomendable consumir más de 50 gramos al día, para un adulto sano. Más allá de la presencia de máquinas expendedoras con productos nada saludables en los hospitales, llama la atención como en ocasiones las dietas de los propios hospitales resultan tan poco equilibradas. He visto como las dietas para los pacientes oncológicos (tanto niños como adultos) estaban compuestas principalmente por bebidas azucaradas y productos procesados. Algo que choca con las recomendaciones nutricionales que los mismos profesionales sanitarios damos a este grupo de pacientes. Al tratarse

de pacientes con un estado de salud muy delicado la ingesta de nutrientes en forma de frutas y verduras se hace mucho más necesaria que en condiciones normales. Durante los últimos meses se puede ver en redes sociales, como la sociedad se hace eco de este conflicto en nuestro sistema sanitario y demanda alternativas más saludables.(3)

2 Objetivos

- Analizar la situación dietética en los hospitales.

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

Se han encontrado estudios, como el realizado por. Moran A. et al (4) que reflejan que la mayoría de las comidas de los hospitales no cumplen unos estándares nutricionales adecuados y que tras un primer análisis negativo posteriormente comprobaron que los hospitales habían realizado cambios para mejorar el aporte nutricional en la dieta con un aumento de las piezas de fruta y verdura, la disminución del aporte de grasas saturadas y sal.

Otros estudios, evalúan el impacto de una intervención en la que se proponía sustituir las máquinas expendedoras habituales, por nuevas máquinas con productos más saludables, llegando a la conclusión de que es una intervención realizable en los centros hospitalarios. También se han diseñado programas como el “A Better Choice” en Australia con el objetivo de promover un cambio en la política de suministro en varias áreas del sistema sanitario público, que abarca desde los comedores de los trabajadores hasta las máquinas expendedoras. (5-7).

Según un estudio descriptivo realizado en el NHS, servicio nacional de salud del Reino Unido, donde se evalúa si los principales complejos hospitalarios cumplen

los principales criterios de calidad del Instituto Nacional de Salud y Excelencia en el Cuidado de Reino Unido (NICE), los principales apartados a evaluar fueron la disponibilidad de alimentos y bebidas más o menos saludables en las máquinas de venta, y la presencia de información nutricional en los menús. Los resultados del estudio fueron abrumadores, ningún hospital cumplió con todos los objetivos de calidad exigidos. Los autores llegaron a la conclusión de que incrementar la presencia de opciones de alimentos y bebidas más saludables en el medio hospitalario, aumentaría la conciencia de los padres sobre la necesidad de una alimentación mas equilibrada, mejorando así la alimentación infantil.

Uno de los sectores de la población más influenciados por la industria de procesados alimentarios, es la población infantil, ya sea bien por falta de tiempo o de conocimientos los padres y los propios adolescentes recurren cada vez más a este tipo de comida preparada o “fast food”. Lo que ha provocado que la obesidad infantil se haya convertido en un problema primordial en países como Estados Unidos (EE.UU), donde se han promovido medidas preventivas como la eliminación de las bebidas azucaradas de las cafeterías y máquinas de venta de los hospitales (8).

Un estudio realizado en Australia, donde se encuestaba a los participantes sobre la idea de incluir alimentos más saludables y con un etiquetado más comprensible, demostró que la mayoría de los encuestados estaban interesados en mejorar la calidad nutricional de los artículos disponibles en las máquinas expendedoras.(9)

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión, de que hay que es necesario elaborar un plan de saluda alimentaria a nivel nacional abalado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, donde se ofrezcan beneficios económicos a las Comunidades

Autónomas que limiten la venta de productos procesados y promuevan una alimentación más saludable en los centros pertenecientes a la red de salud pública (hospitales y centros de salud).

El objetivo es eliminar o al menos reducir la venta de bebidas edulcoradas y alimentos procesados en los centros de atención sanitaria y sustituirlos por la venta de productos saludables como: frutas, bebidas no edulcoradas, etc. en las máquinas expendedoras y la creación de menús más saludables en las cafeterías

de los hospitales. Buscamos ofrecer una información nutricional clara y precisa a los consumidores, al mismo tiempo que promovemos una alimentación sana y saludable. Para ello se sustituirá en los comedores de los hospitales cualquier tipo de alimento procesado y se realizarían menús a base de alimentos de calidad (fruta, verduras, pescado, etc.) todo ello preparado de la forma más saludable posible.

Las Comunidades Autónomas que se sumaran a esta iniciativa recibirían beneficios económicos, de tal forma que tendrían que pagar menos impuestos a la administración central. Se ofrecerían beneficios económicos también para aquellas empresas que estuvieran interesadas en incluir productos más saludables en sus máquinas de venta.

Otra forma de promover la alimentación saludable en el entorno de los hospitales y en el resto de la población sería entregando folletos que incluyan información sobre los beneficios nutricionales y para la salud que aporta la ingesta de frutas, verduras, etc. Comparándolo a su vez con los contenidos nutricionales que tiene las bebidas azucaradas y los alimentos procesados, y cuáles son las consecuencias de su consumo abusivo. Esta información, podría proyectarse también mediante pantallas de televisión en las salas de espera, especialmente de aquellos grupos de la población que son más sensibles a los efectos de esta alimentación, como son: los pacientes con enfermedades cardiovasculares, pacientes pediátricos, pacientes oncológicos, etc.

Por último, se podría mejorar la calidad de los alimentos presentes en los hospitales y en todo nuestro entorno si se produjese un cambio en la legislación que regula el etiquetado actual de los productos, a mi modo de ver el etiquetado de actual es insuficiente y permite a muchas empresas emplear edulcorantes y aditivos alimentarios que pueden resultar perjudiciales para la salud. (10)

6 Bibliografía

- Lawrence S, Boyle M, Craypo L, Samuels S. The food and beverage vending environment in health care facilities participating in the healthy eating, active communities program. *Pediatrics*. 2009 Jun;123 Suppl 5:S287-92.
- Moran A, Krepp EM, Johnson Curtis C, Lederer A. An Intervention to Increase Availability of Healthy Foods and Beverages in New York City Hospitals: The Healthy Hospital Food Initiative, 2010-2014. *Prev Chronic Dis*. 2016 Jun9;13:E77

- Organización mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Alimentación sana [actualizado en septiembre de 2015; citado el 6 de diciembre de 2017].Organización Mundial de la Salud.
- Moran A, Lederer A, Johnson Curtis C. Use of Nutrition Standards to Improve Nutritional Quality of Hospital Patient Meals: Findings from New York City's Healthy Hospital Food Initiative. *J Acad Nutr Diet.* 2015 Nov;115(11):1847-54.
- Van Hulst A, Barnett TA, Déry V, Côté G, Colin C. Health-promoting vending machines: evaluation of a pediatric hospital intervention. *Can J Diet Pract Res.* 2013 Spring; 74(1):28-34.
- Miller J, Lee A, Obersky N, Edwards R. Implementation of A Better Choice-Healthy Food and Drink Supply Strategy for staff and visitors in government-owned health facilities in Queensland, Australia. *Public Health Nutr.* 2015 Jun;18(9):1602-9.
- James A, Birch L, Fletcher P, Pearson S, Boyce C, Ness AR, Hamilton-Shield JP, Lithander FE. Are food and drink retailers within NHS venues adhering to NICE Quality standard 94 guidance on childhood obesity? A cross-sectional study of two large secondary care NHS hospitals in England. *BMJ Open.* 2017 Nov 16;7(11):e018214.
- Wojcicki JM. Healthy hospital food initiatives in the United States: time to ban sugar sweetened beverages to reduce childhood obesity. *Acta Paediatr.* 2013 Jun;102(6):560-1.
- Carrad AM, Louie JC, Milosavljevic M, Kelly B, Flood VM. Consumer support for healthy food and drink vending machines in public places. *Aust N Z J Public Health.* 2015 Aug;39(4):355-7.
- Reglamento del Parlamento europeo y del Consejo, Pub. L. No.1169 (25 octubre de 2011).

Capítulo 82

EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS.

ALBA ALONSO BERNARDO

1 Introducción

Según la OMS podemos definir el término enfermedad crónica como: “una enfermedad de larga duración y por lo general de progresión lenta”. Entre las enfermedades crónicas podemos destacar, las enfermedades cardíacas, la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias y el cáncer como las responsables del 63% de la mortalidad mundial. (“OMS | Enfermedades diarreicas,” 2017).

Entre las enfermedades crónicas más prevalentes en España encontramos la obesidad, según la Encuesta Europea de Salud realizada en España en el año 2014 La prevalencia de la obesidad en los adultos españoles era de 16,91%. Las cifras de personas que sufrían hipertensión arterial llegaron al 18,4%, y las de la diabetes al 6,8% (“encuesta europea de salud,” n.d.), esto unido a nuestro estilo de vida cada vez más sedentario provoca un incremento del riesgo cardiovascular.

El gran desarrollo sufrido por la tecnología y los Mass Media, así como su gran capacidad de alcance. Hacen que ambos se conviertan en herramientas muy útiles para mejorar la salud y el bienestar de la población. Un ejemplo de ello es el

estudio realizado en Australia para reducir el consumo de tabaco en los adolescentes a través de mensajes enviados por telefonía móvil (Carson-Chahhoud et al., 2017).

Hace tiempo que la teleasistencia se emplea en nuestro medio para mejorar la calidad de vida de las personas en situación de riesgo. Explicado de manera sencilla podemos decir que la teleasistencia consiste en un servicio dirigido a personas, generalmente de avanzada edad, que con solo pulsar un botón cuando se encuentren en una situación de emergencia, ya sea en su domicilio o en la calle, generara un alerta a los servicios sanitario que acudirán en su ayuda. Este servicio funciona durante 24 horas todos los días del año. (“Qué es y cómo funciona,” n.d.).

Otro ejemplo de los posibles usos de la nueva tecnología aplicada a la salud lo observamos en esta revisión sistemática (Casilari, Luque, & Morón, 2015) donde se analiza el uso de dispositivos móviles con sistema Android para detectar de manera precoz las caídas en personas de riesgo, como son las personas de avanzada edad o personas que sufren algún tipo de discapacidad física.

Otra de las características de las nuevas tecnologías que podría ser útil en el terreno asistencial, es la posibilidad de monitorizar en cualquier momento parámetros respiratorios como los descritos en esta revisión. (Aliverti, 2017) Otro de los usos que se proponen para los sistema de monitorio es la creación de ropa “inteligente” con biosensores portátiles para ayudar a controlar la salud, aunque se trata de un sistema aun poco desarrollado hay estudios que ya lo contemplan. (Ajami & Teimouri, 2015).

Por último, otra de las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías son las app o aplicaciones móviles cuyo contenido puede ser muy diverso. Un estudio realizado en EEUU, evalúa el efecto de estas aplicaciones móviles en personas con demencia y enfermedad de Alzheimer, y aunque si describieron mejoras en la salud de estos pacientes se trata de estudios de baja calidad por lo que se necesita de estudios con mayor grado de evidencia para establecer si existe una relación entre el uso de estas nuevas tecnologías y la mejora en el estado de salud de los pacientes.(Bateman et al., 2017).

Basándonos en esta búsqueda bibliográfica hemos decidido diseñar un proyecto de investigación que nos ayude a determinar la eficacia del uso de las nuevas tecnologías para controlar las enfermedades crónicas y mejorar así la adherencia al tratamiento. Con este proyecto esperamos obtener una mayor adherencia

al tratamiento en los pacientes con enfermedades crónicas que emplean aplicaciones móviles, páginas webs, etc. para realizar un seguimiento y control de su enfermedad. Y de esta manera, reducir el número de reagudizaciones que se producen en la evolución de la enfermedad.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Evaluar el uso de las nuevas tecnologías por parte de los pacientes con enfermedades crónicas del centro de salud de La Lila (Oviedo) perteneciente al Área Sanitaria IV del Principado de Asturias.

Objetivos específicos:

- Describir la adherencia al tratamiento de los pacientes que utilizan las nuevas tecnologías para controlar su patología crónica.
- Describir la evolución clínica de los pacientes con enfermedad crónica que utilizan las nuevas tecnologías para su control.
- Determinar el número de reagudizaciones sufridas por los pacientes con enfermedad crónica que utilizan las nuevas tecnologías para su control.

3 Metodología

Método:

El método elegido para realizar este estudio, se trata de un estudio analítico retrospectivo de cohortes.

II. Variables a estudio:

Variables sociodemográficas. (Se recogerán a través del cuestionario)

- Sexo: variable cualitativa dicotómica (hombre o mujer)
- Edad: variable cuantitativa discreta, años de vida cumplidos
- Nivel de estudios: variable cualitativa ordinal (primarios, bachiller, universitarios, sin estudios)
- Nacionalidad: variable cualitativa nominal. (texto libre)
- Situación laboral: variable cualitativa ordinal (en paro, estudiante, en activo, ama/o de casa, jubilado/a)

Variables relacionadas con el uso de las nuevas tecnologías: (Se recogerán a través del cuestionario).

- Utiliza algún tipo de dispositivo tecnológico (Tablet, smarthpone, etc.): variable cualitativa dicotómica (Si/No).
- Qué dispositivo utiliza: variable cualitativa nominal (Tablet, smarthpone, reloj inteligente, otros).
- Horas que dedica al día al uso de esos dispositivos: variable cuantitativa discreta. (número de horas aproximado)
- Utiliza esos dispositivos para estar en contacto con su médico o enfermero del centro de salud: variable cualitativa dicotómica (Si/No).
- Utiliza estos dispositivos para informarse sobre su enfermedad: variable cualitativa dicotómica (Si/No).
- Consulta páginas webs especializadas en su enfermedad: variable cualitativa dicotómica (Si/No).
- Utiliza alguna aplicación móvil para realizar un seguimiento de su enfermedad: variable cualitativa dicotómica (Si/No).
- Le gustaría recibir información sobre páginas webs y aplicaciones relacionadas con su enfermedad. variable cualitativa dicotómica (Si/No).
- Ha notado mejoría en su salud desde que utiliza las redes sociales y aplicaciones móviles para controlar su enfermedad. variable cualitativa dicotómica (Si/No).
- Utiliza las redes sociales para comunicarse con asociaciones de pacientes que padecen su misma enfermedad: variable cualitativa dicotómica (Si/No).
- Tipo de información que le gustaría recibir acerca del uso de las nuevas tecnologías para mejorar su salud: variable cualitativa nominal. (texto libre).

Variables de salud: (Se recogerán a través de la historia clínica del paciente, antes de administrar el cuestionario).

- Enfermedad crónica que padece: variable cualitativa nominal (Hipertensión arterial, obesidad, diabetes, EPOC, etc.)
- Años transcurridos desde que le diagnosticaron la enfermedad: variable cuantitativa discreta (número de años aproximados)

Últimos análisis o resultados: variable cuantitativa (análisis de sangre, cifras de tensión arterial, cifras de glucemia, etc)

Evolución de la enfermedad: variable cualitativa (breve resumen de los datos más relevantes, reagudizaciones, etc.)

III. Instrumentos de medida:

Para recoger los datos relativos al uso de las nuevas tecnologías por parte de los pacientes se emplearía un cuestionario no validado de elaboración propia, que constaría de dos partes: la primera parte está formada por un conjunto de datos

sociodemográficos y la segunda parte por la información relativa al uso de las nuevas tecnologías. En cuanto a los datos relativos a la evolución de la enfermedad, se utilizaría el acceso a la historia clínica de los pacientes participantes en el estudio.

IV. Población y muestra:

La muestra está formada por pacientes mayores de edad, entre 18 u 65 años, que sufren patología crónica (Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, etc.) cuyo centro de salud de referencia es el centro de salud de La Lila de Oviedo (Asturias) y que acepten participar de manera voluntaria en el estudio. Se ha elegido La Lila como lugar de trabajo, ya que al tratarse de uno de los centros de salud más grandes de Oviedo nos garantiza una muestra aceptable.

V. Procedimiento:

Previamente se solicitaría permiso al Comité Ético del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) y al coordinador responsable de Atención Primaria del Área Sanitaria IV para la realización del estudio. Una vez obtenidos esos permisos, se les explicaría a los pacientes de la consulta de enfermería del centro de salud de La Lila, que cumplen los criterios para participar en el estudio, cuál es el objetivo de nuestro estudio. Se les explicaría que la participación es totalmente voluntaria y podrían abandonar el estudio cuando lo desearan. Se les solicitaría su consentimiento informado por escrito para participar en el estudio y su permiso para acceder a su historial clínico y recoger los datos necesarios para la investigación, garantizando en todo momento serán tratados de forma anónima y nadie podrá reconocer a que pacientes pertenecen. Una vez obtenidos todos los permisos, el personal de enfermería administraría el cuestionario a los pacientes que hayan aceptado participar en el estudio. Una vez obtenidos todos los datos se incluirían en un paquete estadístico para su análisis. No se han detectado conflictos éticos en este proyecto.

4 Bibliografía

1. Ajami, S., & Teimouri, F. (2015). Features and application of wearable biosensors in medical care. *Journal of Research in Medical Sciences: The Official Journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(12), 1208–15.
2. Aliverti, A. (2017). Wearable technology: role in respiratory health and disease. *Breathe (Sheffield, England)*, 13(2), e27–e36.
3. Bateman, D. R., Srinivas, B., Emmett, T. W., Schleyer, T. K., Holden, R. J., Hendrie, H. C., & Callahan, C. M. (2017). Categorizing Health Outcomes and Efficacy

of mHealth Apps for Persons With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e301.

4. Carson-Chahhoud, K. V, Ameer, F., Sayehmiri, K., Hnin, K., van Agteren, J. E., Sayehmiri, F., ... Smith, B. J. (2017). Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

5. encuesta europea de salud. (n.d.).

6. OMS | Enfermedades diarreicas. (2017). WHO

7. Qué es y cómo funciona. (n.d.). Retrieved January 19, 2018.

Capítulo 83

TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

AIDA GARCIA ARDURA

VERÓNICA ESPINA GONZÁLEZ

LUCÍA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La discapacidad es entendida como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para cualquier ser humano”.

Históricamente, la discapacidad ha sido percibida, representada y conceptualizada desde distintas perspectivas, sin embargo, la invisibilización y exclusión de las personas con discapacidad ha sido una constante. Hoy en día, la discapacidad es concebida como una cuestión inherente a la diversidad humana, resultado de la interacción entre personas con limitaciones funcionales y barreras presentes en el entorno. Desde esta perspectiva, las causas que dan origen a la discapacidad no son únicamente las limitaciones individuales, sino las limitaciones sociales que impiden la participación plena y efectiva de las personas con discapacidad en la sociedad.

Se plantea la consideración de la discapacidad como una problemática esencialmente social, así como una cuestión de derechos humanos. Situar a la discapacidad en el plano de los derechos humanos, implica reconocer a las personas con

discapacidad como sujetos de derecho, y ya no, como objetos de políticas asistencialistas y de caridad.

En nuestro país, 47.799 niños y adolescentes de entre 0 y 17 años presentan alguna discapacidad, lo cual se corresponde al 5,6% de la población infantil, porcentaje similar al estimado a nivel mundial. Los mayores porcentajes se corresponden a las de índole intelectual, registrándose 23.472 casos.

En la actualidad, a la hora de hablar de personas con discapacidad, lo hacemos con una comprensión mucho mayor que hace treinta años. Independientemente de nuestras características anatómicas o fisiológicas, somos seres humanos y estamos dotados de unos derechos inalienables que nos hacen iguales, personas sujetas a deberes y derechos. Gracias a la lucha incansable de familiares y afectados, principalmente, existen políticas sociales que buscan la inclusión y la igualdad de todas las personas, dotándonos al mismo tiempo de conocimientos sobre esta realidad. Las investigaciones destinadas a entender y saber intervenir con personas con discapacidad han aumentado exponencialmente, y con ella una oferta rica en programas y actuaciones cuyo objetivo final es la inclusión social y la búsqueda del mayor grado de autonomía posible. Con dicho crecimiento y con la búsqueda de intervenciones novedosas surgen Terapias Asistidas por animales.

Las experiencias terapéuticas con animales surgen hace más de dos siglos, encontrándose estudios de casos y anécdotas clínicas que las relatan. Sin embargo, su desarrollo como recurso terapéutico ha sido estudiado formalmente a partir de los años 70, fundamentalmente en Europa y Estados Unidos, experimentando un fuerte crecimiento en los últimos años. Son numerosas las investigaciones que demuestran la eficacia de la Terapia Asistida por Animales en distintas áreas y poblaciones, siendo una línea de investigación de gran impulso en la actualidad.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los beneficios de la Terapia Asistida con Animales (TAA).

Objetivos secundarios:

- Adquirir conocimientos sobre la importancia que ha ido tomando la TAA a largo de la historia.
- Identificar los diferentes tipos de TAA.
- Conocer las diferentes asociaciones en nuestro país que utilizan TAA.

3 Metodología

El trabajo consistió en una revisión bibliográfica de carácter exploratorio y narrativo, no sistemática, realizada entre los meses de Octubre a Diciembre de 2019, que abarcará fuentes publicadas desde el año 2007 a la actualidad, a fin de tener en cuenta la literatura más reciente y actualizada. Por tanto, la fecha de publicación será un criterio de exclusión para publicaciones anteriores al 2007. La búsqueda se realizará en las bases de datos Biblioteca Cochrane (que incluye las publicaciones indexadas en la base de datos PubMed), Scielo y Dialnet. Se seleccionarán artículos de revistas científicas, tanto estudios empíricos (ensayos aleatorizados y estudios de caso único), como revisiones sistemáticas y meta-análisis así como en las sociedades científicas más relevantes. Un criterio de exclusión será que el documento sea otro tipo de publicación como editoriales, cartas al director, tesis o trabajos finales. Esta búsqueda de literatura científica se realizará tanto en inglés como en castellano, siendo un criterio de exclusión que el idioma del artículo completo no sea ninguno de estos. Otro criterio de exclusión será que no se pueda acceder al texto completo de la publicación. Las palabras clave: terapia asistida con animales; discapacidad; intervenciones terapéuticas con animales.

4 Resultados

El vínculo entre los seres humanos y los animales remonta su origen al de la propia humanidad. No es casualidad que las primeras expresiones artísticas del hombre primitivo sean, de hecho, reproducciones de animales. En un principio, los animales fueron utilizados con fines exclusivamente materiales: como fuente de alimento, mano de obra, medio de transporte y carga, funciones que aún hoy continúan desarrollando. Cuando el ser humano se establece en poblados hace más de 15.000 años, comienza a compartir su espacio vital con los animales, lo que genera un cambio muy importante en el vínculo con los mismos, que pasan a asumir un nuevo rol: ya no son concebidos únicamente como medios de subsistencia o herramientas de trabajo, sino como verdaderos compañeros.

Históricamente los animales han formado parte de programas terapéuticos. Los griegos, ya daban paseos a caballo como parte de las terapias para aumentar la autoestima de las personas que padecían enfermedades incurables. Los egipcios, atribuían a los animales la capacidad de curar diferentes dolencias. Hipócrates, médico griego (460 - 377a. C.) consideraba que la actividad con caballos era “muy relajante” para sus pacientes.

En el siglo XVII, el caballo era un compañero más, en las terapias de tratamiento y rehabilitación de discapacitados y en instituciones mentales de Europa incorporaban al gato porque “tranquilizaba” a los pacientes internados.

En 1669, John Locke ya defendía que la relación con los animales tenía una función socializadora. A partir de este momento empezaron a promulgarse las primeras teorías sobre la influencia positiva de los animales de compañía en enfermos mentales.

Reisenger, en 1730, relata cómo se entrenó a un perro tanto para ayudar a la movilidad, como para localizar objetos, buscar entrada, puertas, etc.

Sigmund Freud, médico y psiquiatra austriaco, (1856-1937) realizaba sus consultas acompañado por su perro porque le facilitaba la comunicación con el paciente. A fines del siglo XVIII, las teorías sobre la influencia socializadora de la compañía animal se expanden más allá de lo planteado en un principio y comienzan a aplicarse en el tratamiento de las enfermedades mentales, surgiendo así la primera experiencia documentada con animales con fines terapéuticos. En el siglo XIX, la literatura médica, ya contenía referencia sobre la bondad de montar a caballo, para tratar la gota, trastornos neurológicos, y la baja autoestima. En 1859, en *Notes of Nursing*, Florence Nightingale escribió; “Un pequeño animal de compañía, es a menudo, una excelente terapia contra la enfermedad, y especialmente para la enfermedades hospitalarias de larga duración. Un pájaro en su jaula, es a menudo, el único placer para una persona que está inválida durante años en la misma habitación. Poder alimentarle y limpiarle él solo, le ayuda a recobrar la autoestima y le anima a hacer otras cosas”.

William Tuke, médico inglés perteneciente a la comunidad religiosa de los cuáqueros (“quakers” en inglés, también denominada “Society of Friends”), utiliza animales por primera vez en el tratamiento de personas con trastornos mentales. Si bien las intervenciones terapéuticas con animales en el campo de la salud tienen su origen en Inglaterra, se extienden con rapidez a lo largo de Europa y no tardan en llegar a Estados Unidos.

La primera experiencia terapéutica con animales en Estados Unidos se sitúa entre los años 1944 y 1945, cuando a fines de la Segunda Guerra Mundial en el Hospital para Convalecientes de la Fuerza Aérea estadounidense en Pawling, Nueva York, comienzan a utilizarse animales como fuente de motivación durante los procesos de rehabilitación de los veteranos de guerra. Se fomenta el cuidado de animales de granja, así como el estudio de la fauna local.

En 1948, se funda en las cercanías de Nueva York el Centro Green Chimneys Chil-

dren's Service, dedicado al tratamiento de niños y adolescentes con trastornos mentales graves, en el que un componente fundamental es el trabajo con animales domésticos y salvajes. Hoy en día, el modelo de Green Chimneys es una referencia internacional en cuanto a los programas institucionales de Terapia Asistida por animales para niños.

En España se fundó 1987 Gallina Blanca Purina (desde 2002: Fundación Affinity), pioneros en España en la implantación y financiación de programas de terapia asistida por animales. Estos programas van dirigidos a personas marginadas por la edad (ancianos), la delincuencia (centros penitenciarios), sus capacidades (niños autistas, hipoacúsicos, disminuidos), o por la enfermedad (sida, pacientes psiquiátricos).

La Fundación ONCE del perro-guía se creó en 1990, pertenece a la Federación Internacional de Escuelas de Perros Guía, e inauguró la escuela de perros-guía de la ONCE el 26 de mayo de 1999 en Boadilla del Monte. Es el mayor centro de adiestramiento de perros para invidentes en Europa, con una capacidad de adiestramiento de más de un centenar de perros al año.

La Fundación Bocalán, es una de las entidades más conocidas, tanto en el ámbito nacional como internacional, dedicadas al mundo del perro. Esta Fundación, se encarga de formar a profesionales caninos y al desarrollo de programas para la integración de personas con diversidad funcional, a través de la terapia asistida con animales (TAA). Esta Fundación tiene implantados programas en España, EEUU, Colombia, Chile, Venezuela, Portugal y Japón.

Asociación Nacional de Terapias y Actividades Asistidas por animales (ANTA). El objetivo de esta asociación es fomentar la terapia asistida por animales y para ello trabaja con perros de servicio para personas con diversidades intelectuales y psicológicas, físicas y/o sensoriales y para personas mayores. La Coordinadora Nacional de Asociaciones de Animales de Asistencia y Terapia (CONAT), incluye la Asociación Nacional de Terapias y Actividades Asistidas por Animales (ANTA), la Asociación Española de Perros de Asistencia (AEPA) y la Asociación Proyecto Animal.

Fundación Caballo Amigo y la Fundación Tiovivo, utilizan la rehabilitación ecuestre (equinoterapia o hipoterapia) en niños con Síndrome de Down, parálisis cerebral o espina bífida. La terapia con delfines, instaurada desde hace años en Escocia (Dr. Horace Dobbs), Florida (Dr. David Nathanson), o Italia, también se realiza en España con buenos resultados en casos de personas con depresión,

trastornos de la comunicación, autismo y otras diversidades funcionales. (Fundación Delfín Mediterráneo en Gerona, Delfinario Octopus en Tenerife).

AEPA (Asociación Española de Perros de Asistencia); Su principal objetivo es adiestrar perros de asistencia para entregarlos a personas con diversidad funcional e informar sobre la utilización de estos perros. AIAP (Asociación de Intervenciones Asistidas con Perros); Nació con la idea de fomentar y difundir las Intervenciones (Terapia, educación y actividad) Asistidas con Perros como método terapéutico y educativo, en personas con diversidad funcional o necesidades especiales. Actualmente también utilizan otros animales. En los últimos años, los programas de Terapia Asistida con Animales (TAA), han gozado de una gran impulso y difusión en nuestro país.

La Terapia Asistida por Animales de Compañía, también se emplea en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria, para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La terapia asistida con animales está experimentando en la actualidad un gran desarrollo dentro y fuera de nuestro país. Existen programas de Terapia Asistida por Animales en todo el mundo desarrollado.

Terapia asistida por animales como tratamiento terapéutico.

La terapia asistida con animales es una modalidad de tratamiento terapéutico en que un animal que cumple determinados criterios forma parte integral del proceso. Este tipo de terapia está dirigida por un profesional de la salud quien marca los objetivos específicos del tratamiento. Su propósito es el de fomentar la mejoría en el funcionamiento físico, social, emocional y/o cognitivo de los seres humanos. Se puede realizar en una amplia gama de contextos y puede llevarse a cabo en grupo o de forma individual. El proceso debe ser documentado y evaluado por el profesional.

Son programas terapéuticos diseñados, desarrollados y evaluados por un profesional de la salud o de la educación en los que se incluye a un animal como coterapeuta que funciona como un estímulo multisensorial y facilitador para lograr ciertos objetivos prefijados destinados a promover mejoras en el funcionamiento físico, social, educacional, emocional y/o psicológico de la persona. La intervención esta dirigida hacia un objetivo, en el cual el encuentro con el animal es parte integral del proceso de tratamiento. El quipo necesario para un programa de TAA debería ser el siguiente:

- El profesional de la salud: como pilar que dirige el tratamiento, observa y elabora las distintas estrategias de abordaje, siempre en coordinación con su equipo especialista en TAA como con los diferentes profesionales de los centros, padres

de participantes, etc.

- El técnico de IAA: como experto en comportamiento animal, su función primera es velar por el bienestar del animal de terapia, guiarlo en las acciones a realizar y en las interacciones con el paciente. Es un pilar en el diseño y planificación del programa. Se recomienda a un técnico por cada tres participantes.
- Perro de terapia específicamente adiestrado.

Intervención asistida con animales y tipos.

Según la International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) en la cual se reúnen prestigiosas organizaciones encaminadas a la comprensión, estudio y búsqueda de avances en las relaciones humano-animal define Intervención Asistida con Animales (IAA) como intervención orientada a una meta, que incluye o incorpora animales en los campos de la salud, educación y servicios a personas (por ejemplo en el ámbito del trabajo social) con el propósito de mejorar la calidad de vida en seres humanos IAHAIO.

Según el tipo de intervención distinguimos tres conceptos fundamentales; las terapias asistidas con animales (TAA), la educación asistida con animales (EAA) y las actividades asistidas con animales (AAA):

- Terapia asistida con animales (TAA): es una intervención terapéutica orientada, planificada y estructurada por especialistas en el ámbito de la salud, educación y servicios humanos. Éstos se encargan de documentar y evaluar el progreso de la intervención. Estas terapias tienen como finalidad la mejora del funcionamiento físico, cognitivo, conductual y/o socio-emocional de la persona. IAHAIO.
- Educación asistida con animales (EAA): está dirigida por un maestro de educación cualificado o profesionales relacionados, siendo sus objetivos: académicos, habilidades pro-sociales y el funcionamiento cognitivo. El progreso también es medido y documentado. IAHAIO (2013, p 4).
- Actividades asistidas con animales (AAA): son interacciones/visitas informales frecuentemente dirigidas por voluntarios con fines motivacionales, educativos y recreativos. No existen unas metas u objetivos preestablecidos. Los equipos humanos y de animales deben haber recibido al menos una formación introductoria para la planificación y evaluación de las visitas. Se aconseja que se trabaje a pesar de ello con profesionales de la salud, educación y servicios humanos.

Las Terapias Asistidas por Animales se dividen en función de:

1. El número de participantes:

- Individuales: de un solo participante
- Colectivas: a partir de dos participantes. En este caso se establecerá un grupo

máximo de participantes en función del número de animales y profesionales. Se recomienda un animal por cada tres participantes.

2. El lugar donde se realizan:

- En un medio artificial: como se ha dicho anteriormente, en este medio las variables están más controladas.
- En un medio natural: este medio está menos controlado, pero aporta estímulos de otra índole, que ayudan a trabajar otra serie de aspectos específicos.

Beneficios de las TAA.

Se sabe y se debe tener muy en cuenta que las intervenciones con animales constituyen una propuesta que pretende integrar todos los planos de trabajo: médico, psiquiátrico, psicológico, educativo y social. Además, según la Asociación Española de Psicología Clínica Cognitiva Conductual encontramos unos beneficios generales para cualquier terapia realizada con animales los cuales se desarrollan independientemente de la edad y problemática como son:

Empatía: es más fácil enseñar a sentir empatía por un animal que por un humano. Esto se debe a que es más fácil determinar los sentimientos de un animal a través del lenguaje corporal que los de una persona.

Enfoque exterior: los animales pueden ayudar a las personas que sufren una enfermedad mental, que tienen baja autoestima, depresión, etc., a cambiar el enfoque de su ambiente logrando que piensen y hablen de los animales en vez de sus problemas.

Relaciones: los animales pueden influir emocionalmente dando seguridad al paciente.

Entretenimiento: la presencia de un animal ofrece un entretenimiento para las personas, especialmente en instituciones de salud donde las personas tienen que permanecer por un periodo largo de tiempo.

Socialización: los estudios han demostrado que en las visitas que los animales hacen a las instituciones, las personas que se encuentran allí se muestran más alegres, sociables con los demás, disminuyen la ansiedad, el estrés y mejora su estado de ánimo.

Estímulo mental: en instituciones con pacientes con depresión u hospitalizados, la presencia de un animal ayuda a aclarar el ambiente, incrementando la comunicación con otras personas, la distracción, la alegría y el juego. Estas distracciones ayudan a disminuir la sensación de aislamiento.

Contacto físico: las personas que no tienen un contacto físico adecuado, no desarrollan buenas relaciones con otras y a menudo fracasan en su crecimiento psicológico. En las personas que han sufrido abusos físicos y/o sexuales sostener a un animal para tocarlo y/o acariciarlo puede suponer un contacto físico positivo y apropiado a diferencia del contacto con las personas.

Podemos dividir los beneficios según el área que se trabaja:

- Área cognitiva y Psíquica: Disminuye la ansiedad y el estrés, mejora el estado anímico, mejora la atención, desarrolla las habilidades de ocio, ayuda al reconocimiento del esquema corporal, ayuda a la memoria, favorece en el reconocimiento de colores y números.
- Área Motora: Fortalecimiento de músculos, mejora las destrezas motrices. Mejora la coordinación motriz. Aumenta la fuerza muscular. Relaja el tono muscular y Ayuda a adquirir las pautas madurativas La realización de movimientos físicos como acariciar, arreglar, darle de comer y jugar con un perro, proporcionan la oportunidad para el ejercicio de motricidad fina y general y brindan estímulo a aquellas personas que tienen afectadas las habilidades motoras.
- Área Sensorial: Ayuda a aumentar la propiocepción, trabaja el sistema vestibular y favorece el desarrollo de los sentidos.

Los animales como seres vivos que son, se convierten en un estímulo multisensorial muy fuerte ya que son capaces de captar la atención y motivación del paciente mejorando su cooperación e implicación en la Terapia. Brindan estímulos auditivos, visuales y táctiles:

- Juego y Educación: Estimula el desarrollo de las habilidades. Introduce al conocimiento general. Reduce las conductas no deseadas. Estimula el desarrollo de las habilidades.
- Área de la comunicación: En muchas ocasiones es inexplicable la comunicación que se da entre los niños y los animales. Los mismos, motivan a los niños a expresarse, fomentando el lenguaje verbal y no verbal. Los anima a expresarse tal cual son.
- A.V.D: Se fomentan las actividades de la vida diaria a través de distintos juego de higiene, alimentación y vestido.
- Generador de emociones y sentimientos: Los animales pueden desencadenar comportamientos divertidos que provocan la alegría y la risa. Se sabe que el humor resulta beneficioso para mejorar el estado mental de una persona y también sus impedimentos físicos. Se han dado muchos casos en que los animales incorporados desde un punto de vista terapéutico provocan situaciones graciosas. Y las risas tienen un valor terapéutico importante

Beneficios fisiológicos, según los datos que se exponen en este artículo, muchas personas se sienten relajadas cuando los animales están presentes, son los siguientes:

- Disminuye la presión arterial, el colesterol y los triglicéridos (Katcher, 1.987);
- Ayuda en el tratamiento de la ansiedad (Holcomb, 1.989);
- Reduce los problemas menores de salud (Serpell, 1.991);
- Aumenta la supervivencia en afecciones coronarias (Bustad, 1.996).
- Es beneficioso para el desarrollo del niño (Melson, 1.990);

Área Socioemocional: Los animales tienen una manera particular de aceptar a las personas sin calificarlas. Ellos no se detienen a mirar cómo es una persona o qué cosas dice. La aceptación por parte de un animal no admite ningún tipo de juicio. Esta terapia es sumamente satisfactoria porque genera en los usuarios una motivación extra, esa motivación y esas ganas con las que vienen a las terapias es la que se necesita para rehabilitar.

Personas a las que van dirigidas las intervenciones asistidas con animales.

La Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo Conductual habla sobre los colectivos a los que van dirigidas las IAA:

Niñas/os y adolescentes con autismo, Síndrome de Down, personas con discapacidad física, psíquica o con necesidades especiales, problemas del lenguaje, trastornos de la conducta, trastornos de hiperactividad y déficit de atención (TDAH), trastorno generalizado del desarrollo (TGD), trastornos sensoriales y de propiocepción o problemas motores, niñas/os que han sufrido abusos, mujeres víctimas de violencia de género, tratamiento de delincuencia, adicciones, violencia familiar, violencia carcelaria, trastornos de ansiedad, depresión, baja autoestima, inseguridad, dificultades de adaptación, problemas de socialización, daño cerebral adquirido, esclerosis múltiple, distrofia muscular, enfermedades crónicas (cardíacas, oncológicas, mentales), hipertensión, parálisis cerebral, Alzheimer, Parkinson, aislamiento, falta de motivación, problemas de motricidad, deterioro cognitivo o discapacidad visual/auditiva.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto que las relaciones entre humanos y animales existen desde los inicios de la historia. El ser humano siempre ha buscado un beneficio en ellos: desde alimentación, protección, herramienta de trabajo para cultivar, para cazar...Las IAA con fines terapéutico, siguen la línea de buscar un beneficio a través de los animales y han pasado ya 2.477 años desde el primer registro de una terapia de

este tipo. Bien es cierto que pasaron cientos de años hasta que se empezaron a sistematizar dichas intervenciones, y no fue hasta el siglo XVIII con la inesperada intervención del perro de Levinson (1960) hasta que se produjo el primer registro, perdiéndose seguramente en el olvido, muchísimas intervenciones anteriores a esta época. Ha sido en la última mitad del siglo XX dónde se han empezado a realizar investigaciones representativas que han mostrado que estas técnicas pueden verse como una alternativa viable para trabajar con personas con problemas físicos, psicológicos, cognitivos, conductuales, etc.

Uno de los principales problemas es que a pesar de que el uso de los animales con fines terapéuticos tiene un largo recorrido histórico, esa falta de recogida de datos, hace cuestionar a día de hoy los beneficios reales de estas terapias. Pero los estudios realizados y documentos consultados evidencian que las IAA tienen beneficios como mejora en las relaciones sociales, motivacionales, fisiológicos, en el estímulo mental entre otros Salmantina (2011), demostrándose que se trata de un método alternativo que aporta beneficios a personas sin el uso de máquinas, simplemente la interacción con otros seres vivos que al fin y al cabo es mucho más natural y humano.

Llegamos a la conclusión de la importancia que tiene la sistematización de las intervenciones realizadas, llevando a cabo un seguimiento y una evaluación escrita. Esto podrá ser muy útil a la hora de incorporar información a las investigaciones venideras en nuestro país ya que, en la actualidad, encontramos mucha más información de procedencia norteamericana. Cuanta más información generen las empresas que realizan estas actividades, más difusión y conocimiento tendrá nuestra población, aumentando la demanda y, por ende, teniendo más posibilidad de incrementar la oferta.

6 Bibliografía

- Martínez, A (2008). La terapia asistida por animales: una nueva perspectiva y línea de investigación en la atención a la diversidad pp.117-144.
- Martos, R., Ordóñez, D., de la Fuente, I., Martos, R., y García, M. R. (2015). Intervención asistida con animales (IAA): Análisis de la situación en España. *Escritos de Psicología*, 01-10.
- Fundación CADAH. (s.f.). TDAH y beneficios de las relaciones con animales. Recuperado de: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tdah-y-beneficios-de-las-relaciones-con-animales.html>.
- Fundación Canis. Perros que cambian vidas (s.f.) Terapia asistida con perros.

Recuperado de: www.canis.cl/perros-de-terapia.

- Humanymal Terapia asistida con animales. (2015). El Trabajador Social en la Terapia Asistida con Animales. Recuperado de: <http://humanymal.es/el-trabajador-social-en-la-terapia-asistida-con-animales/>.
- International Association of Human-Animal Interaction Organizations (2013). The IAHAIO definitions for animal assisted intervention and animal assisted activity and guidelines for wellness of animals involved.
- Palacios, A. (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Ed. Cinca.
- Schalock, R. L. (2009) La nueva definición de discapacidad intelectual, apoyos individuales y resultados personales. Revista Española de Discapacidad Intelectual. Siglo Cero, 40(1), 22-39.
- Oropesa, P; García, I; Puente, V; Matute, Y. (2009) Terapia asistida con animales como fuente de recurso en el tratamiento rehabilitador. Medisan, 13(6).

Capítulo 84

SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE, UNA APROXIMACIÓN DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA ENFERMERÍA

MARIA JOSE MASEDA VIDAL

MARÍA JESUS GÓMEZ FUERTES

AITANA GARCÍA GÓMEZ

1 Introducción

En nuestra sociedad, cada vez es mayor la aparición de personas que presentan trastornos en la respuesta ante la exposición a múltiples compuestos químicos. Este fenómeno fue descrito durante la década de los años 1950-1960 por el doctor estadounidense Theron G. Randolph, que relacionó la aparición de diversos síntomas con la exposición a una amplia gama de agentes y compuestos que se encuentran en el medio ambiente, alimentos y medicamentos en muy bajas concentraciones.

En el año 1987 Mark R. Cullen denominó este trastorno como Sensibilidad Química Múltiple (SQM), aunque también ha recibido otras denominaciones como síndrome de hipersensibilidad química.

Los 7 Criterios para la definición de SQM según Cullen atienden a:

- La condición es crónica.
- El trastorno se adquiere en relación con una exposición, evento o enfermedad demostrable.

- Los síntomas afectan a múltiples sistemas orgánicos.
- Los síntomas mejoran o se resuelven cuando desaparecen los estímulos.
- La respuesta se produce por múltiples sustancias no relacionadas químicamente.
- Exposiciones menores (previa o habitualmente toleradas) producen los síntomas.
- No se dispone de una prueba que explique los síntomas.

En 1996 un grupo de expertos de la Organización mundial de la salud (OMS) decidió denominar esta afección como Intolerancia Ambiental Idiopática (IAI), estableciéndose en el año 2.000 la definición de la misma. Se entiende por IAI como un “trastorno adquirido con síntomas recurrentes, relacionados con múltiples factores ambientales tolerados por la mayor parte de las personas y que no se explica por ningún trastorno médico o psiquiátrico conocido”.

Tanto la definición de SQM de Cullen en 1987 como el Consenso Internacional de 1999 son demasiado generales para definir un caso concreto, pero siguen siendo válidos para guiar la sospecha clínica.

Los criterios emanados de dicho Consenso Internacional son:

- Los síntomas son reproducibles con la exposición química repetida.
- La condición del afectado es crónica.
- Niveles bajos de exposición ocasionan manifestaciones del síndrome (dichos niveles son más bajos que los que usualmente o previamente eran tolerados por el sujeto).
- Los síntomas mejoran o se resuelven cuando los desencadenantes son eliminados.
- Las respuestas se presentan a múltiples sustancias sin relación química.
- Los síntomas implican múltiples sistemas orgánicos.

DEFINICIÓN

La Sensibilidad Química Múltiple se define como un síndrome crónico, adquirido, limitante y orgánico de etiología y patogenia desconocidas, que se caracteriza por cacosmia y síntomas multiorgánicos. Suele estar causada por una exposición química intensa o inusual, presente en el medio ambiente a concentraciones consideradas como no perjudiciales para la población.

EPIDEMIOLOGÍA

En la revisión bibliográfica realizada se encuentra una gran disparidad de cifras en relación con la prevalencia de la SQM, por lo que es imposible conocer la

incidencia exacta de este trastorno. Esto sucede porque no siempre se refieren a la misma patología, las herramientas de diagnóstico utilizadas no son las mismas y porque no existen pruebas objetivas de diagnóstico. Entre las personas afectadas hay un claro predominio en las mujeres de mediana edad . En España, se calcula que afecta entre un 0,5 y un 1% de la población.

ETIOLOGÍA

La SQM no tiene una etiología definida, aunque se han asociado cuatro tipos de factores que tienen mayor frecuencia en su desarrollo, que son los toxicológicos, microbiológicos, estresantes y la presencia de otras morbilidades. También influye la susceptibilidad individual, factores genéticos, alteraciones metabólicas, etc.

Principales agentes causales:

- Productos de limpieza del hogar (lejía, amoníaco): 80%. Productos de perfumería y cosmética: 75%. Disolventes orgánicos, acetona, pinturas y barnices (xileno, cloruro de metileno, destilados de petróleo): 50%. Ambientadores: 25%.
- Detergentes: 25%. Humo de tabaco: 21%. Humo de incendio: 19%.
- Plaguicidas o insecticidas en spray: 13 %. Combustibles y asfaltos: 13%.
- Pegamento: 8%. Tintas de periódicos y revistas y disolventes de rotuladores: 4%.
- Sustancias químicas diversas (formaldehído, etanol, ac. nítrico, ac. clorhídrico).
- Anestésicos y medicamentos prescritos. Determinados alimentos, colorantes, aromatizantes y conservantes artificiales.

No todas las personas con SQM son sensibles a las mismas sustancias químicas, siendo las más frecuentes los productos de limpieza del hogar, los productos químicos y los pesticidas.

SINTOMATOLOGÍA

Un síntoma muy característico es la cacosmia a productos químicos, que se refiere a “una mayor sensibilidad (hiperosmia) y a una percepción distorsionada a los olores”. La mayoría de los síntomas son crónicos o recurrentes que aparecen con una exposición química y desaparecen con su evitación. Los más frecuentes son los neurológicos, respiratorios y los psíquicos .

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, se basa principalmente en los síntomas, aunque no haya un patrón sintomático exacto. Para establecer su diagnóstico es necesario que se cumplan los criterios propuestos por Cullen, los criterios del Consenso Internacional de 1999 y las modificaciones aportadas posteriormente. No debe

confundirse el concepto de sensibilidad con los de alergia, inflamación o autoinmunidad, con los que tiene semejanzas sintomáticas, pero claras diferencias patogénicas. Como ayuda se pueden emplear el test olfatométrico "Barcelona Smell Test-24", el cuestionario de autoevaluación "Quick Environmental Exposure and Sensivity Inventory", la escala COSS o el cuestionario QEESI, que no se deben de usar con el objetivo de establecer un diagnóstico definitivo.

TRATAMIENTO

Actualmente no se dispone de ningún medicamento o tratamiento médico específico. La principal manera de gestionar la SQM es evitar la exposición repetida a los agentes desencadenantes, modificar los hábitos de vida y tratar los síntomas.

2 Objetivos

Objetivo general

Demostrar si las personas con asma o alergia presentan una mayor prevalencia en el desarrollo de la SQM y diseñar las actuaciones de enfermería encaminadas a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Objetivos específicos

- Elaborar una serie de recomendaciones generales para que los afectados por esta patología puedan evitar o minimizar los síntomas.
- Definir las intervenciones de enfermería más adecuadas para estos enfermos a nivel hospitalario.

3 Metodología

Se han empleado tanto bases de datos como buscadores científicos. Entre las bases de datos utilizadas se encuentran MedlinePlus y Pubmed, como buscadores científicos destacan Google Académico y Elsevier. Se han utilizado además páginas webs como Afibro (Asociación de fibromialgia y dolor crónico) y FEDER (Federación española de enfermedades raras), que se han considerado de gran interés por poseer literatura actualizada, veraz y acorde con el tema propuesto.

Este estudio es de tipo explicativo, con diseño no experimental y con un método cualitativo. Además, una vez obtenida la información necesaria se consideró que la mejor forma de plasmar la investigación realizada era en forma de monografía.

4 Resultados

Esta parte del trabajo se enfoca en dos apartados principales, que se corresponden con los objetivos planteados anteriormente.

En primer lugar, se refleja de forma muy resumida los resultados obtenidos de la base de datos Pubmed, donde se observa si las personas alérgicas o asmáticas presentan mayor prevalencia en el desarrollo de SQM. Lo obtenido es lo siguiente:

- Los sujetos asmáticos puntuaron significativamente más alto en las escalas de intolerancia al olor y en la ansiedad a la Sensibilidad Química, las cuales fueron predictores significativos de síntomas físicos.
- La prevalencia de SQM fue mayor en los pacientes alérgicos que los no alérgicos (19,7% y 11,3% respectivamente). El sexo femenino, la experiencia de habitar en una casa nueva y la dermatitis atópica poseen mayor riesgo de ser intolerantes a los productos químicos.
- Si el sujeto sensibilizado se expone en una ocasión posterior al mismo producto químico, entonces se provocará una respuesta inmune secundaria acelerada y más agresiva que dará como resultado la inflamación y la aparición de signos y síntomas de una reacción alérgica, que se podría definir como la reacción típica de la Sensibilidad Química Múltiple.
- Las personas con SQM muestran comúnmente síntomas de asma, pero, hasta ahora, no se ha determinado que un sistema colinérgico anormal puede proporcionar el enlace entre el asma y la SQM.

En segundo lugar, dentro de las actuaciones de enfermería se dan a conocer una serie de recomendaciones generales para atenuar o disminuir los síntomas, que se enumeran a continuación:

- Uso de productos especiales para su aseo personal, limpieza doméstica o alimentación, así como utilizar mascarilla, purificador de aire u otros aparatos.
- Evitar ambientes húmedos y la reexposición a los agentes desencadenantes.
- Modificar hábitos de la vida diaria y tratar los síntomas.
- Mejorar ventilación y aireación de domicilios y áreas laborales.
- Apoyo psicológico adaptativo para afrontar su enfermedad.
- Rechazar el uso de pesticidas tanto en el exterior como en el interior de un edificio, procurando utilizar recursos naturales para combatir plagas y malas hierbas.
- Emplear tejidos que sean de algodón y evitar los sintéticos.
- Procurar que los materiales de dibujo y pintura (ceras, rotuladores, témperas) sean productos ecológicos, seguros, con base de agua y de baja toxicidad. Evitar el uso excesivo de colas, rotuladores permanentes, barnices para fijar colores y

similares.

- Eliminar el uso de ambientadores y de toallitas húmedas .
- Evitar que los juguetes, muebles y superficies se limpien con amoníaco, cloro o lejía.
- Usar detergentes ecológicos, bicarbonato o las “eco-bolas” que aseguran una limpieza efectiva y no liberan productos químicos, evitando el uso de suavizantes.

Intervenciones de enfermería a nivel hospitalario:

- Uso de una habitación individual con baño privado. En la habitación no debe haber moho ni humedad y se comprobará que los sistemas de ventilación están limpios.
- No deben utilizarse limpiadores en aerosol ni desinfectantes.
- La puerta de la habitación debe permanecer cerrada siempre. El personal deberá utilizar guantes hipoalergénicos, sin látex.
- En la habitación del paciente no debe haber flores, plantas, periódicos o papel tratado.
- Uso de sábanas de algodón esterilizadas o bien las suministradas por el paciente.
- No se utilizarán productos químicos tóxicos de limpieza en las áreas comunes.
- No dejar las bandejas en la habitación después de las comidas.
- No dejar sábanas o toallas húmedas en la habitación, retirarlas inmediatamente después de que el paciente haya terminado su higiene personal.
- Utilizar carbón y bicarbonato para absorber y eliminar los olores de la habitación.
- Transportar al paciente con una mascarilla P95.
- Uso de batas de algodón 100% estériles.
- Los profesionales evitarán el uso perfumes, aromas o desodorizantes.

5 Discusión-Conclusión

Según los objetivos planteados podemos concluir que:

- En cuanto a si las personas alérgicas o asmáticas presentan una mayor prevalencia en el desarrollo de la SQM, podemos deducir que no existe una conclusión representativa que nos indique que haya una relación directa entre padecer asma y alergia y desarrollar posteriormente este síndrome. Sin embargo, como podemos observar en los resultados de los artículos seleccionados, la mayoría concluyen que las personas asmáticas o alérgicas presentan más síntomas y una mayor incidencia de SQM que las personas sanas. Así mismo, se demuestra que las personas

asmáticas o con alergia presentan mayor intolerancia a ciertos productos químicos que el resto de la población.

- Como actuaciones y recomendaciones generales para este tipo de pacientes, lo más efectivo es evitar todas aquellas situaciones, productos y lugares que puedan incrementar o agravar los síntomas, con el objetivo de llevar un estilo de vida lo más normal posible dentro de esta patología.
- En relación con el ingreso hospitalario es muy importante la adaptación del ambiente, en especial la habitación que vaya a ser utilizada por el paciente y que, todo el personal sanitario este familiarizado con esta patología. Las intervenciones de enfermería en el ámbito hospitalario se basan en eliminar o sustituir todos aquellos materiales, ropa, productos de limpieza e higiene que puedan activar o desencadenar los síntomas en estos enfermos y, además, tener especial cuidado a la hora de administrar medicamentos a estos pacientes por la gran cantidad de excipientes, así como alimentos susceptibles de producir alergias.

6 Bibliografía

- Hernández Mullings A, Hevia Pumariiega R. Sensibilidad Química Múltiple. RE-TEL [revista en Internet]. 2003; 12: 29-30.
- Pérez Crespo J, Solanes Puchol A, Lobato Cañón JR (dir). Estudio del síndrome de sensibilidad química múltiple en trabajadores de laboratorios universitarios [Tesis]. Alicante: Universidad Miguel Hernández de Alicante; 2016.
- Fernández Solà J, Lluís Padierna M, Nogué Xarau S, Munné Mas P. Síndrome de fatiga crónica e hipersensibilidad química múltiple tras la exposición a insecticidas. Elsevier [Internet]. 2005.
- Nogué Xarau S, Dueñas Laitab A, Ferrer Dufolc A, Fernández Solà J. Sensibilidad química múltiple. Elsevier [Internet]. 2011; 136 (16): 683-677.
- Devriese S, Stegen K, Van Diest I, Veulemans H, Van den Bergh O, Benoit N, et al. La generalización de los síntomas somáticos adquiridos en respuesta a los olores: una perspectiva pavloviano en la sensibilidad química múltiple. Journal of medicine [Internet]. 2011; 62 (6): 112-134.
- Staudenmayer H, Binkley K, Leznoff A, Seeman P. La intolerancia ambiental idiopática. Pubmed Journals [Internet]. 2003; 22 (4): 247-261.
- Bell IR. Clínicamente relevantes estudios de EEG y los resultados psicofisiológicos: posibles mecanismos neurales para la sensibilidad química múltiple. Pubmed [Internet]. 2014; 101-17.
- Doty R L, Deems D A, Frye R E, Pelberg R, Shapiro A. Sensibilidad olfativa, la resistencia nasal, y la función autonómica en pacientes con múltiples sensibili-

- dades químicas. Pubmed [Internet]. 2015; 114 (12): 1422-1437.
- <http://www.asessca.com/wp-content/uploads/2015/08/PROTOCOLO-GUBERNAMENTAL-SQM>.
 - Organización de fibromialgia y dolor crónico. Afibro . Madrid: Afibro; 2013.
 - Watanabe M, Tonori H, Aizawa Y. La sensibilidad química múltiple y la intolerancia ambiental idiopática. Pubmed [Internet]. 2003; 7 (6): 264-272.
 - Ortega Pérez A. Sensibilidad a múltiples compuestos, una enfermedad comúnmente inadvertida. Elsevier [Internet]. 2016; 125 (7): 257 - 262.
 - Federación Española de enfermedades raras. FEDER [sede web]. Madrid: FEDER.
 - Gascón Rubio M C, Sánchez del Rey A, Santaolalla Montoya F (dir). Análisis de la utilidad de la Olfatogustometría mediante BAST-24 en la población diabética y su relación con la función renal [Tesis]. País Vasco: Universidad del País Vasco; 2012.
 - Fibromialgianoticias.com [sede web]. Madrid; 2007.
 - Jeong I, Kim I, Jung Park H, Roh J, Hyun Lee J, Won Park J. Enfermedades alérgicas y sensibilidad química múltiple en adultos coreanos. Pubmed [Internet]. 2014; 6 (5): 409–414.
 - Caress SM, Steinemann AC. Asma e hipersensibilidad química: prevalencia, etiología y edad de inicio. Sage Journals [Internet]. 2015; 25: 71-78.
 - GH Ross. Características clínicas de la sensibilidad química: un caso ilustrativo de asma y SQM. Pubmed [Internet]. 2015; 105 (2): 437-441.

Capítulo 85

ANTROPOLOGÍA EN ENFERMERÍA. ESTUDIO PARA LA EVOLUCIÓN DEL CUIDADO.

LORENA DÍAZ VALCÁRCEL

1 Introducción

La Antropología se define como una disciplina científica interesada por todas las sociedades fundamentales humanas, ya sean pasadas, extintas, presentes, visibles y ocultas; abarcando un campo temático con aspectos diversificados en cuanto a lenguaje, estructura social, organizativa, sistema de creencias, y roles de las distintos grupos.

El papel de la cultura y su propio conocimiento en el proceso de salud/enfermedad y en sus cuidados es primordial; procedemos de sociedades multiculturales en las que resulta imprescindible evolucionar y dar nuevos enfoques sin abordar las situaciones histórica de cuidados, métodos, y respuestas. "Cuidar" es un fenómeno social, y cultural, una ciencia social y humana que precisa de preparación, conocimientos, investigación y experiencia.

El uso de la Antropología en Enfermería, no solo se basa en ilustrar los cuidados a través del tiempo, sino que ayuda a evolucionar en positivo, permite hallar un simbolismo y un proyecto de plan de cuidados; si ésto lo extrapolamos a los cuidados profesionalizados, resulta de vital importancia para el desarrollo, más que necesario de los mismos, evolucionar a lo largo de nuestra propia historia.

Los grandes avances de la ciencia y el aumento sabido de la esperanza de vida, llevan a un incremento de la cronicidad, evolucionando éstos pacientes hasta lle-

gar a una situación de terminalidad en la cual aumentan las necesidades, no solo de aliviar dolor y sufrimiento, sino del cuidado global de la unidad sociofamiliar.

En muchas ocasiones nos hemos preguntado porqué una profesión dedicada al holístico cuidar, no se encuentra en un status más elevado socialmente, más cuando cuando el propio "cuidar" psicosocial-cultural, es básico para la adquisición de la completa satisfacción de las necesidades humanas e inherentes al propio concepto de bienestar, resultando en parte, la Enfermería clásicamente ha estado a la sombra de los profesionalizados de la medicina, sin poder crear un marco conceptual bajo un pilar identitario.

La identidad como enfermero es fundamental para el autoreconocimiento de un grupo profesional, junto al su propia historia de evolución profesionalizada y en si, lo que deriva en la creciente necesidad de evolucionar generando desarrollo en cuidados tan importantes en el ciclo vital humano de vida-muerte. El concepto de cuidado estan antiguo como la propia existencia de la humanidad, los cuidados son un elemento básico en toda relación humana, al principio todas estas acciones eran intuitivas, no tenían preparación específica, finalidad concreta ni remuneración, eran actividades intrínsecas a la sociedad y del ámbito doméstico. A lo largo de los tiempos, se han adquirido y elaborado saberes mediante observación, y experiencia, transmitiendose de generación en generación; las personas que ejercian esos cuidados, eran las precursoras sociales de la que hoy conocemos como enfermería.

2 Objetivos

- Revisar a través de la historia la evolución del cuidado.
- Describir la actualidad del cuidado.

3 Metodología

El texto se trata de un trabajo descriptivo redactado a partir de los conocimientos obtenidos por búsqueda bibliográfica , contrarrestación, lectura y extracción de información relevante de las principales bases datos biomédicas (PudMed, Cochrane , Medline) y portales de difusión científica (Dialnet), así como revistas digitales (Rol Enfermería), y vivencias en mis clases de antropología de la salud. Las referencias bibliográficas se han citado siguiendo normativa de Vancouver. A partir de una perspectiva fenomenológica se aborda la problemática de la visibi-

lización del cuidado, a partir de la experiencia dada por la enfermedad. El avance holístico del cuidado, es paralelo a la sociedad y con final en la profesionalización del cuidado, pasando de hipervigilar el cuerpo en la enfermedad, ensayo-error, a formas de cuidado institucionalizado y gestionado por profesionales de equipos multidisciplinarios y sobreespecializados

4 Resultados

Los orígenes de la humanidad se ciernen sobre los pueblos primitivos, quienes basaban su vida en la supervivencia; su acción de cuidar era bajo un mero ensayo-error, y transmitido vagamente de mayores a menores. Las mujeres como parte de tribu, cuidaba de prole-comunidad, administraba alimentación y procuraba lecho de cobijo. Hay quienes perpetúan, que los hombres, ejercían un mayor porcentaje de cuidados, dado que cazaban, recolectaban y defendían, si bien las actividades propias de cuidado son el mantenimiento de la vida, alimentación, cobijo y trato ritual hacia la muerte, se puede indiscutiblemente decir que el cuidado como tal lo ejercían las mujeres, precursoras del cuidado genérico altruista.

En la antigüedad se desarrollaron habilidades y conocimientos en cuanto a salud; los egipcios la jerarquización de los cuidados era ejercida domésticamente por esclavos y mujeres en el hogar. La descripción antigua más completa de cuidados aparece en la India a través del "hombre cuidador" y las mujeres ancianas, eran cuidados impregnados de moralidad, frente a necesidades básicas.

En la Grecia del s.VII-VI a.c hubo cambios drásticos con el nacimiento de la razón y la filosofía clásica, dando explicaciones naturales a los fenómenos de salud-enfermedad. La sociedad patriarcal griega, denostaba a las mujeres a la casa, junto a los esclavos y servidores, despreciaban el trabajo manual y se encargaban de cocinar, limpiar, procrear y prestar cuidados.

La bélica Roma, dió por un tiempo importancia a los cuidados extradomésticos, pero al ser un pueblo colonizador, asimilaban también parte de las costumbres de donde se asentaba; la sociedad era patriarcal, dependiendo las mujeres de padres y maridos. Dan importancia a dos figuras femeninas que sabían leer y escribir, la comadrona o partera encargada del buen hacer del parto y las nodrizas encargadas del amamantamiento y educación de los niños.

La Reforma de 1517, concluye con una división religiosa, que da lugar a dos visiones distintas del cuidado; los protestantes (enfermos pobres abandonados a

su suerte) y los católicos (cuidados profesionalizados impregnados de fe y santificación a través del dolor y muerte). Los gobiernos encargados de la asistencia sanitaria reclutaron mano de obra femenina sin cualificación ni formación, eran miséras sirvientas con atención muy deficiente en las que caían presas de enfermedades infectocontagiosas unas tras otras, así aparece una desvalorización aún mayor de la mujer, y un estancamiento en los cuidados. La Ilustración, Revolución industrial, Revolución francesa, guerra de los siete días y la Independencia de América fueron manteniendo el enclaustramiento profesional en las mujeres cuidadoras.

En los siglos XIX y principios años del s. XX, se comienza el proceso de institucionalización enfermera, aparecen las figuras del pacticante, partera y enfermera, pero no es hasta mediados del siglo cuando se comienza a planificar la práctica profesional, la guerra civil española marca las necesidades de atención, cerrando escuelas, manteniendo la profesión a en manos de personal voluntario hasta 1941 que se ejecutan planes de estudio y condiciones de ingreso a Enfermería .

Es en los finales de la década de los 70 cuando se traspasa la línea Universitaria, permitiendo profesionalizarse y salir del cuidado tradicional; pasa más tarde a denominarse Diplomado de Enfermería, aparece la función docente, y comienza la desvinculación médica tradicionalmente masculina. En el actual siglo, se ha especializado, aumentado avances científicos, inicia un proceso de independencia de otras disciplinas (fisioterapia, podología,...) y crea un marco legal común.

Las personas no crecen de forma aislada, sino inmersas en un grupo social, estando condicionadas por las propias creencias y aptitudes del grupo; se comparten ideas acerca de el universo físico, social y moral, y las formas que deberían adquirir determinadas situaciones. La percepción se encuentra determinada por antecedentes sociales y culturales, actuando, diferentes miembros de diferentes culturas, de forma muy distinta ante las situaciones y los procesos de enfermedad, así como el binomio vida-muerte.

5 Discusión-Conclusión

Las actitudes, valores y comportamiento humano, se encuentran influenciados por las experiencias previas de sus "otro" , del proceso de enculturación, el aprendizaje comportamental y la educación.

El cuidado desde una perspectiva antropológica siempre se encuentra presente,

desde los orígenes de la humanidad, los cuidados están relacionados con la protección a la salud, son un factor esencial en la propia evolución del hombre, llegando a través del cuidarse y cuidar a otros, motivo de llegar hasta nuestros días. La evolución histórica de la enfermería se basa en la distinción que hacía Lininger sobre los niveles de cuidar; el genérico y el profesionalizado.

La sociedad evoluciona y con ella los cuidados de enfermería; el paciente hoy participa de su propio cuidado tomando decisiones sobre su devenir, esta nueva perspectiva implica un abordaje holístico donde valores, percepciones e hipervigilancia del cuerpo hacen presencia. La labor del profesional de la salud debe presentarse sensible a la diversidad sociocultural de las poblaciones a las que presta ayuda; debe adoptar modelos, construir educación de cuidado y respeto por el cuidar profesionalizado.

6 Bibliografía

- Lillo M. (2002). Antropología , género y Enfermería contemporánea . Rol , 25 (12):856-862.
- Offenhenden, María (2017) "Introducción, la antropología en los debates actuales sobre el cuidado", Quaderns-e de l'institut català d'antropologia, 22 (29, Barcelona.
- Siles J. y Solano MC. Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas, revisión integrativa. Rev. Esc. Enferm USP. 2012.
- Martínez Martín M.L. Historia de la enfermería; evolución histórica del cuidado enfermero.
- Siles J. , Gabaldon E.M, Tolero D., Gallardo Y., García E., Galao R. El eslabón en la historia de los cuidados de la salud. Index de enfermería nº20-21. año VII 1988.

Capítulo 86

IMPORTANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN ENFERMERÍA

COVADONGA GARCÍA MAZÓN

ESTHER GARCÍA MAZÓN

NURIA IZQUIERDO MORENO

1 Introducción

Cada uno de los miembros de un equipo de trabajo, aporta conocimientos, habilidades y valores. La relación que exista entre ellos, va a influir directamente en los resultados. Una característica del trabajo de los trabajadores sanitarios, es precisamente el trabajo en equipo. Cuando no existe tal cualidad, va a influir negativamente en el grupo de profesionales y en la calidad asistencial de los pacientes.

Partiendo de la idea de que un equipo de trabajo está formado por un grupo de personas que interactúan entre ellos, para lograr un objetivo común. En relación al ámbito sanitario, este objetivo es la consecución de la salud de los pacientes. Hay que tener en cuenta que el trabajo en equipo no sólo va a mejorar la atención que se da a los pacientes, sino que contribuye a que los profesionales sanitarios se comuniquen mejor y aumente el grado de satisfacción personal y por tanto la autoestima de todos ellos.

2 Objetivos

Determinar la importancia del trabajo en equipo como forma de compartir información, coordinar el trabajo y tomar decisiones en conjunto acerca de aspectos de la atención del paciente.

3 Metodología

En la elaboración del presente trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han consultado diferentes bases de datos como PubMed, Cochrane Bibliotecas electrónicas como Scielo, editorial electrónica Elsevier, Google Academy, libros de enfermería, revistas, artículos académicos, revisiones bibliográficas y bibliografía variada del ámbito médico, así como páginas web especializadas.

4 Resultados

Hay varios factores que pueden determinar el éxito de los equipos de trabajo entre ellos, destacan cuestiones como: competencias de los miembros del equipo, empatía, liderazgo adecuado, delimitación de competencias y objetivos comunes. El trabajo en equipo tiene una condición favorable y es que permite conseguir sinergias, esto se refiere a que se obtienen mejores resultados cuando todo un grupo trabaja para conseguir lograr un objetivo común.

Existen muchas dificultades en el día a día, como son las individualidades, los turnos, contratos de trabajo eventuales, falta de tiempo para reuniones de equipo y poca motivación del trabajo en equipo, entre otras. Existe una Guía de Buenas Prácticas (GBP), basadas en evidencia Y relacionadas con los entornos saludables, que establece una serie de recomendaciones para el desarrollo del trabajo en equipo:

- Las organizaciones han de implantar estrategias específicas que promuevan y faciliten el trabajo en equipo: facilitar tiempo para promover la participación, reconocimiento e incentivos.
- Las organizaciones deben garantizar una cultura que apoye el trabajo en equipo y reciba apoyo administrativo: promoviendo una cultura que apoye la toma de decisiones participativa, desarrollando directrices claras y consistentes sobre las responsabilidades de cada rol profesional.

- Las organizaciones deben apoyar procesos y sistemas que promuevan el trabajo en equipo y la continuidad de los cuidados. Los recursos organizativos deben ser adecuados para asegurar que el número y tipo de profesionales promueven el trabajo en equipo, la prestación de cuidados de calidad, el desarrollo profesional y la evaluación.
- Las organizaciones deben utilizar indicadores específicos para evaluar la efectividad de los equipos en la prestación de cuidados de calidad, evaluando a los equipos de forma sistemática e identificando dificultades en los procesos de evaluación.
- Las organizaciones han de apoyar a los líderes que practican un liderazgo transformacional para crear entornos laborales saludables, construyendo relaciones y confianza, creando entornos laborales enriquecedores, estableciendo una cultura que apoye la creación y la integración del conocimiento.

5 Discusión-Conclusión

Lo podemos ofrecer de nosotros al momento de gestionar o formar parte de un equipo de enfermería es el apoyo mutuo, aspiraciones comunes, preferencias, actitudes y estilos diferentes pero compatibles, comprender e identificarnos con los objetivos de la institución, tener unidad de acción, consultarnos para que la resolución de problemas sea efectiva, proveer un clima propicio y, por último como base de todo lo que citamos previamente, valores. Nuestro día a día está lleno de frases como: en esta organización se trabaja en equipo; el trabajo en equipo es muy importante; el verdadero valor del trabajo en equipo, pero por ahora las organizaciones/centros sanitarios tienen muchas tareas pendientes, para que de verdad nuestros entornos sean favorecedores de una práctica colaborativa. Es muy importante que el equipo comprenda y se identifique con la misión, los valores y los objetivos de la organización, puesto que estos son los elementos que dan unidad para la acción. Esta tarea debe comenzar en la formación del futuro enfermero.

6 Bibliografía

- Pérez, E., y Oteo, L.A. (2006). Función directiva y recursos humanos en sanidad. Madrid.: Díaz de Santos.
- Fernández, F. (2016). Comunicación efectiva y trabajo en equipo. Logroño: Editorial Tutor Formación.

- Alberich, T., Sotomayor, E., Amezcua, T., y García, M. (2014). Planificación y gestión. Manual para la acción social. Madrid: Rústica.
- Buss, M., Leopardi, M.T., Coelho, S., y Oliveira, I.C. (2010). Formación de vínculos profesionales para el trabajo en equipo de Enfermería. Enfermería Global, 20.

Capítulo 87

SOBRE EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

PATRICIA GONZÁLEZ ROBLES

MARÍA JOSÉ ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ELENA MARTÍNEZ ARGÜELLO

PAULA RODRIGUEZ GONZALEZ

NURIA RODRIGUEZ GONZALEZ

1 Introducción

El virus del papiloma humano es una infección de transmisión sexual común que puede transmitirse al mantener relaciones sexuales por vía vaginal, anal, oral o por contacto directo piel con piel de la zona genital.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca del virus del papiloma humano.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de manuales y artículos académicos sobre el virus del papiloma humano en Sci-

elo, Cochrane y google académico. Palabras clave: Virus del papiloma humano, vacuna, enfermedad transmisión sexual, verrugas.

4 Resultados

Existen muchos tipos de virus del papiloma humano pudiendo distinguirse los de bajo riesgo que son los causantes de las verrugas genitales las cuales son muy contagiosas y la papilomatosis respiratoria recurrente. Los de alto riesgo relacionados con algunos tipos de cáncer, como el cáncer anogenital, orofaríngeo o de cervix. Los tipo 16 y 18 son los causantes del 70% de los cáncer de cervix. Aunque la mayor parte de estos virus no llega a presentar síntomas, pudiendo desaparecer la infección por sí sola. Cabe destacar que el uso del preservativo durante las relaciones sexuales reduce el riesgo de contagio aunque no es efectivo al 100%, ya que sólo protege la zona cubierta. Existen vacunas que sólo son profilácticas, siendo ineficaces como tratamiento de la infección o de las lesiones que hayan podido aparecer. Se recomienda su administración antes de tener la primera relación sexual. En España, la vacuna sólo está financiada en niñas, aunque el comité asesor de vacunas y los pediatras la recomienda también en varones. Protegen contra los tipos 16y 18. Son seguras y efectivas aunque no nos protegen al 100% por lo que la enfermera debe ofrecer una correcta educación sexual.

5 Discusión-Conclusión

El virus del papiloma humano es una de las enfermedades de transmisión sexual más común, por lo que un conocimiento adecuado por parte del personal sanitario es necesario para ofrecer una correcta información acerca de la vacuna o sobre qué medidas se deben adoptar para prevenir esta enfermedad.

6 Bibliografía

- <https://www.who.int/immunization/diseases/hpv/es/>
- <https://vacunasaep.org/familias/vacunas-una-a-una/vacuna-virus-papiloma>
- <https://vacunasaep.org/profesionales/enfermedades/virus-del-papiloma-humano>

Capítulo 88

EL ABORDAJE GENERAL DE LAS HERIDAS LEVES Y LACERACIONES SUPERFICIALES.

CARLOS MARTÍNEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Una de las causas más frecuentes de atención pediátrica son las pérdidas de integridad cutánea traumáticas casuales (caídas mecánicas casuales y similares). Estas suelen ser tratadas únicamente por el personal de enfermería, que suele estar adiestrado. Aún así, es necesario reciclar los conocimientos de forma continua para mantener los estándares de cuidados en el nivel apropiado.

2 Objetivos

- Detallar las actuaciones de cuidados de Enfermería hacia el paciente con una herida.

3 Metodología

Revisión sistemática de las últimas publicaciones científicas (últimos 10 años) en buscadores Dialnt, Ime, Cinhal, Medline, Pubmed y revistas con acceso abierto DOAJ. Se usaron los descriptores: heridas, laceraciones, curas, pediatría. Se eligieron los criterios de: estudios pediátricos, de acceso completo, no comerciales y en español o inglés. Y se obtuvieron 518 resultados de los que se se-

leccionaron 10. Tras ello, se realizó una síntesis de la información y se esquematizó para diseñar un Plan de Cuidados genérico teniendo en cuenta la literatura NANDA-NIC-NOC.

4 Resultados

Tras una pérdida de la integridad cutánea, el riesgo primario potencial es el de infección, por lo que debemos, en todos los casos, realizar una limpieza concienzuda con agua potable y jabón neutro, frotando y eliminando restos ajenos al cuerpo si existieran. Es importante, realizar un secado completo. Inmediatamente después, se debe aplicar un antiséptico local. En el mercado tenemos dos de uso mayoritario, a povidona yodada, o la clorhexidina.

Por una parte, la povidona yodada tiene mayor espectro antiséptico que la clorhexidina, pero deja una capa coloreada amarillenta tras su secado, y no se debe utilizar en pacientes alérgicos al yodo. Por otro lado, la clorhexidina suele ser más usada en heridas del cuero cabelludo, cara, manos, y otras zonas normalmente descubiertas. En el mercado existen tanto en base alcohólica como en base acuosa, recomendando esta última para el paciente pediátrico, ya que disminuye considerablemente el efecto adverso de la urticaria postadministración.

Está totalmente desaconsejado el uso de Alcohol 70° y de peróxido de hidrógeno para la antisepsia de pérdidas de continuidad de la piel, ya que solo se deben usar en piel íntegra y sana. Si fuera necesario, en caso de ligera hemorragia, se aplicará presión local suave durante el tiempo necesario con gasas estériles o similar, hasta que se consiga cesar la hemorragia. Tras ello, se debe repetir la aplicación de antiséptico, si la sangre lo hubiera eliminado.

Por último, deberemos aplicar un apósito oclusivo (mejor si es estéril y autoadhesivo) que cubra toda la superficie afectada. Es fundamental la educación para la salud, por lo que habrá que enseñar, si se puede al paciente, y siempre a los tutores legales, los cuidados posteriores y cómo afrontar esta misma situación en el futuro. Las indicaciones genéricas básicas son la limpieza con agua potable y jabón neutro 1 vez al día, el secado completo de la zona, y la aplicación de un antiséptico (povidona yodada o clorhexidina). Se debe hacer hincapié en que la zona afectada deberá permanecer curbierta durante 48 horas, para favorecer la formación de la capa epidérmica de protección, y disminuir el riesgo de infección.

Normalmente, en la mayoría de las heridas, en 5-7 días desaparecen todos los sig-

nos y la piel vuelve a su estado normal. Cabe puntualizar que existen casos en los que pueden quedar secuelas, en forma de cicatrices de queloides. Como norma general, se debe instruir a los pacientes y sus tutores legales que, cuanto más tiempo discurra entre la formación de una herida y su tratamiento, mayor será el riesgo de formación de una secuela permanente en forma de cicatriz. También se debe recordar que no se recomienda manipular la zona afectada salvo para la realización de las curas pautadas. Hay que instruir a los pacientes en los resultados que se esperan obtener, y en como identificar signos y síntomas de alarma, y donde acudir si precisan resolver dudas o atención urgente.

5 Discusión-Conclusión

Es importante, tanto conocer la secuencia básica para cualquier herida o laceración leve, como instruir a la población en su tratamiento correcto, pues no debería requerir de atención sanitaria y se puede llevar a cabo en el propio domicilio.

Por otra parte, se necesita actuar de forma unificada, para evitar que los pacientes y usuarios, no obtengan informaciones ni recomendaciones distintas ni contradictorias, pudiendo confundirlos. Seguir todo el personal unas pautas básicas de actuación (que pueden ser ampliables según el caso clínico específico) es la base fundamental de un trabajo efectivo y eficaz.

6 Bibliografía

- Cohen IK, Diegelman RF, Dome RY, y cols. Wound care and wound healing. In: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, y cols., editors. Principles of surgery. seventh edition. New York: McGraw-Hill, 1999.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización.
- Lee ChK, Hansen SL. Tratamiento de las heridas agudas. En Surg Clin N Am 2009.
- Cutting KF, White RJ. Revisión de criterios para la identificación de infecciones en heridas. Gerokomos 2006.
- White RJ, Cooper R, Kingsley A. Wound colonization and infection: the role of topical antimicrobials. British Journal of Nursing, 2001.
- Wysocki AB (1992) Skin. In: Bryant RA ed. Acute and Chronic Wounds. Nursing Management. London. Mosby Year Book.

- Rovina E, Candel E. Urgencias en Enfermería, Urgencias traumáticas y desequilibrios con el medio ambiente, Heridas y Contusiones. 2000.
- American College of Surgeons: Care of the Surgical Patient, Vol. I, Scientific American, New York, 1999.
- Gosain A, DiPietro LA. Aging and wound healing. World J Surg 2004.

Capítulo 89

CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

SUSANA PRIETO GONZÁLEZ

1 Introducción

Entre las conductas de riesgo más instauradas en la población adolescente nos encontramos con el consumo de alcohol. Los jóvenes consideran que este comportamiento está dentro de la normalidad, sin tener en cuenta los riesgos que supone tales como: accidentes, violencia, sexo no seguro, adicciones y enfermedades a largo plazo.

La adolescencia es un periodo crítico en la experimentación con el consumo tanto de alcohol como de sustancias psicoactivas. Este inicio temprano en el consumo es un factor de riesgo tanto a nivel de salud pública, como de salud individual aumentando la posibilidad de que este problema se agudice o cronifique durante la edad adulta.

2 Objetivos

-Determinar las estrategias para minimizar la vulnerabilidad del adolescente al consumo de alcohol.

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 consumo excesivo de alcohol supone un grave problema para la salud, con efectos irreversibles a largo plazo. Este consumo puede realizarse de forma crónica o de manera episódica, siendo esta última la más habitual entre los jóvenes. Este consumo excesivo es más frecuente los sábados y viernes por la noche, cuando los jóvenes salen y buscan divertirse y experimentar sensaciones nuevas. Lo realizan en bares, festivales y/o discotecas, es decir, fuera del domicilio. Por norma general este abuso y/o uso inadecuado del consumo de alcohol no llega a suponer un problema de dependencia.

El objetivo básico de este capítulo es minimizar la vulnerabilidad del adolescente al consumo de alcohol y para ello, se proponen la siguiente serie de estrategias:

- Brindar la orientación y el apoyo necesario al adolescente sobre el consumo de alcohol.
- Conocer las actividades y amistades del adolescente, estableciendo una serie de reglas de comportamiento.
- Analizar con el joven las razones para no beber.
- Responder a sus preguntas y resolver sus dudas.

5 Discusión-Conclusión

Consideramos que una de las principales líneas de intervención en política sobre drogas debería ser el desarrollo de programas para prevenir el abuso y uso inadecuado de alcohol. Observamos que este consumo se inicia en edades tempranas, en torno a los 14 años, junto al consumo de tabaco. Con todo ello pretendemos comprender este fenómeno y las causas que llevan a los jóvenes a usar el alcohol como complemento imprescindible para el ocio.

6 Bibliografía

- Hernández, T. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador del consumo problemático. Intervención Psicosocial.

- <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?contenido=1>.
- Vega, A. (2002). Claves educativas para abordar en las escuelas e institutos la cuestión del alcohol. En M. I. Serrano (Ed.), *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. Madrid: Díaz de Santos.
- Martínez-González, J. M. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes.
- Villarreal-González, M. Sánchez-Sosa, J.C. & Musitu, G. (2011). Consumo abusivo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo psicosociocomunitario. *Revista Ciencia*.

Capítulo 90

HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SILVIA GOMEZ GONZALEZ

REBECA IVARS NULES

1 Introducción

La humanización es un término muy en boga que surge hoy en día en muchos ámbitos, tanto de la vida profesional como de las relaciones personales, y no solo en el campo de la salud, sino en muchas otras profesiones.

La humanización en sanidad no es una ideología, es una alianza con la persona y su forma de vivir. Constituye un compromiso ético de considerar a la persona en su globalidad: tanto de autonomía como en su dimensión más subjetiva. Para humanizar en sanidad hay que respetar que cada persona es única e irrepetible, y responde de manera diferente a los diversos problemas de salud. Por tanto, es necesario englobar numerosos ámbitos: asistencial (cuidado y cuidador), ético, cultural, el ámbito de las competencias profesionales (comunicación, habilidades), y, cómo no, el de los recursos humanos.

Humanizar tiene que ver con el ambiente (espacios, bienestar, calidez), con las intervenciones de competencia y colaboración, con la integración en la comunidad, con el individuo y la colectividad. La deshumanización, significa despersonalización, y pone al proceso patológico como único objetivo de actuación sanitaria. Algunas de las principales causas de deshumanización son: la «dictadura de la

tecnología» que lleva a la «cosificación del enfermo», la superespecialización, la aplicación de los criterios mercantilistas a la gestión sanitaria, y la negación de que el sufrimiento y la muerte afectan por igual a pacientes, familiares y profesionales.

El uso intensivo de la tecnología ha podido relegar las necesidades humanas de pacientes, familias y profesionales a un segundo plano. Es por ello que, desde el corazón de la medicina más tecnificada, desde la sofisticación y la estricta organización de los cuidados intensivos nos planteamos la necesidad de compaginar y acompañar la incorporación de los avances tecnológicos y científicos con los mejores valores humanos.

2 Objetivos

- Implementar algunas medidas para aumentar la humanización de la UCI del Hospital Francisco de Borja de Gandía (Valencia).

Las 7 líneas estratégicas son:

1. UCI de puertas abiertas: Presencia y participación de los familiares en los cuidados
2. Comunicación
3. Bienestar del paciente
4. Cuidados al profesional
5. Síndrome postcuidados intensivos
6. Cuidados al final de la vida
7. Infraestructura humanizada

3 Caso clínico

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Francesc de Borja de Gandía ha incorporando medidas humanizadoras para mejorar la estancia de los pacientes/familiares y así mejorar en la calidad de la asistencia prestada.

Una de ellas es la disposición de una habitación individual separada del resto de las camas para el acompañamiento en duelo, en la que la familia y el paciente pueden permanecer juntos durante el proceso de final de la vida, facilitando la despedida y pudiendo expresar sus sentimientos en la más estricta intimidad.

También se ha habilitado una entrada alternativa a la sala para familiares y acompañantes con el fin de evitar que pasen por delante de otros pacientes en estado

más crítico y preservar así su intimidad.

Además, también disponen de una zona individual aquellos pacientes que están esperando a la implantación del marcapasos, de manera que en ese tiempo previo a la intervención puedan estar junto a sus familiares.

Otra de las medidas es la posibilidad de que las madres que acaban de dar a luz y que, por complicaciones en el parto, hayan ingresado en la UCI, puedan mantener el contacto con el recién nacido, siempre y cuando no haya ningún impedimento de tipo clínico. Ello no solo es positivo para el bebé, facilitando el piel con piel, sino que además reduce el estrés y la ansiedad de la madre, lo que favorece su recuperación.

Del mismo modo, el hospital ha instalado en esta área cortinas para separar los boxes con el fin de preservar la intimidad de los pacientes. Esta, junto con la instalación de relojes, era una de las peticiones que, tanto los propios pacientes y sus acompañantes como los profesionales de la UCI demandaban.

Otras de las medidas de humanización es la flexibilización del horario de visita de familiares. Pese a que se mantiene el horario fijo habitual, de 7.30 a 8, de 13 a 14 y de 19.30 a 20.30 horas, cabe la posibilidad de permitir la visita fuera de estos en caso de que no sea posible ajustarse a los mismos, siempre bajo consenso del equipo médico y de enfermería.

En caso de que la patología del paciente lo permita, se permite la utilización de dispositivos electrónicos, tanto a los pacientes como familiares, siempre bajo un uso responsable y sin afectar a las rutinas de los profesionales. En caso de no disponer el paciente se le puede facilitar una de las dos tablets de las que dispone la unidad.

También disponemos de varias revistas, una pequeña biblioteca, así como antifaces y tapones para facilitar el descanso de aquellos pacientes que así lo deseen.

Cuando un paciente ingresa en la UCI, sus familiares reciben un folleto informativo con indicaciones y recomendaciones para un correcto funcionamiento de la sala. En el folleto también se recuerda que, si el estado del enfermo lo permite, puede disponer de libros, revistas o una radio con auriculares, así como otros útiles de aseo personal.

En el caso de que el paciente, por su estado de salud, no pueda comunicarse verbalmente con los profesionales sanitarios, existe a su disposición carteles en

varios idiomas que indican, mediante una o dos palabras y un dibujo o símbolo correspondiente las posibles necesidades del paciente en ese momento: hambre, sed, aseo, necesidades fisiológicas, etc.

4 Resultados

La aplicación del proyecto de Humanización en nuestra Unidad ha servido para aunar y fortalecer las relaciones entre los componentes del equipo de profesionales que la conforman: médicos, personal de enfermería (enfermeras y TCAES). Ha servido para fomentar la empatía y así favorecer los cuidados tanto de los pacientes como de sus familiares. El servicio de Medicina Intensiva de dicho hospital continuará adoptando medidas para seguir avanzando en la humanización del área en beneficio de tanto pacientes como acompañantes y personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Desde que hemos iniciado el proyecto y nuestra organización está basada en una UCI «más abierta», hemos normalizado el ver a los familiares acercándose a los controles de enfermería, hablando con los profesionales, colaborando en los cuidados o acompañando a su familiar.

Hemos normalizado la personalización y adaptación de los horarios de información de visitas a las necesidades familiares. En nuestra experiencia, la familia ha supuesto un recurso a nuestro favor, de ayuda y alianza con nuestro trabajo. En contra de lo que cabría esperar, los familiares no demandan mucha más atención, confían más en el equipo, ya que nos ven cómo cuidamos y atendemos a sus seres queridos. Cada vez recibimos más muestras de agradecimiento, reconocimientos, tanto por parte de los sanitarios de nuestra área como de familiares, lo que nos alienta a mantener la motivación en nuestro trabajo.

6 Bibliografía

1. Suárez Fernández T. Humanizar la asistencia sanitaria, (2015),
2. Plan de Humanización de las UCI de la Comunidad de Madrid. 2016.
3. Heras La Calle G., Alonso Oviés Á., Gómez Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med*, 43 (2017), pp. 547-549.

4. De la Fuente-Martos C, et al. Implantación de un proyecto de humanización en una Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Medicina Intensiva. Vol. 42. Núm. 2. páginas 99-109.

Capítulo 91

BORNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO, CONCRETAMENTE PERSONAL SANITARIO QUE ATIENDE PACIENTES GERIÁTRICOS.

AIDA ALONSO FUENTES

MARIA BELEN RODRIGUEZ LOPEZ

ROSA ANA GARCIA NIDO

VERONICA GARCIA NIDO

MARIA DOLORES ALONSO VIOR

1 Introducción

Herbert Freudenberg, psicólogo estadounidense (1927-1999) de ascendencia judía, fue uno de los primeros en describir los síntomas del Bornout o agotamiento profesional. En 1974, desarrollaba su trabajo como voluntario en la Free Clinic de Nueva York, donde se trataban toxicómanos. Allí, junto con otros jóvenes voluntarios observó como en un periodo de entre uno y tres años, se perdía la motivación por el trabajo, llegando a sufrir síntomas de ansiedad y depresión.

El trabajo de estos profesionales se caracterizaba por un contexto social complicado, jornadas largas y poco remuneradas. Empezó a acuñar el término “Bornut” para describir el comportamiento de estos profesionales. Herbert Freudenberg

en 1974, lo describía como “una sensación de fracaso y una exigencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

En 1976 la también psicóloga Cristina Maslach, comenzó a utilizar este término también para las respuestas emocionales de los profesionales que desempeñaban su trabajo ayudando a otras personas. Definiéndolo como: “Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas”.

De ella es la definición más popular del síndrome, siendo ella quién también ideó un inventario para medirlo, identificando tres dimensiones. Con el cuestionario Maslach Burnout inventory (MBI), el cual consta de 22 ítems que valoran en una escala de frecuencia de siete grados, los tres síntomas o dimensiones que definen Maslach y Jackson.

Estas dos autoras, Maslach y Jackson, en 1981 introducen una perspectiva tridimensional del concepto, cuyas características eran:

- Agotamiento emocional.
- Despersonalización.
- Reducida realización personal y/o profesional.

Entre los signos y síntomas más comunes de agotamiento destacan:

La alineación de las actividades relacionadas con el trabajo: las personas que experimentan agotamiento ven sus trabajos cada vez más estresantes y incrustantes. Pueden volverse cínicos, tanto con sus compañeros de trabajo como con las condiciones del mismo.

Este término define un tipo de estrés laboral, que se caracteriza por un agotamiento físico, emocional o mental que mella la autoestima de la persona que lo padece. Síntomas físicos: como cefaleas, gastralgia o problemas intestinales. Agotamiento emocional: les falta energía para desarrollar su trabajo. Rendimiento reducido: se sienten negativos sobre sus tareas, teniendo dificultad para la concentración y carecen de creatividad.

Este síndrome también se conoce como síndrome de aniquilamiento, síndrome de estar quemado, síndrome de desmoralización o síndrome de agotamiento emocional.

Está considerado por la Organización Mundial para las Salud (OMS), como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los

individuos. El Síndrome de Burnout, ha sido admitido como enfermedad en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE- 11), será ubicado dentro de la categoría “Problemas asociados con el empleo o el desempleo”. Aunque la CIE-10 ya contaba con un apartado para el Burnout, la nueva conceptualización da más legitimidad a las personas que sufren dicho síndrome.

La CIE-11 (presentada en la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019 y que entrará en vigor el 1 enero de 2022), lo describe como “un síndrome conceptualizado como el resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado con éxito. Es caracterizado por tres dimensiones: 1. sentimiento de agotamiento de energía o cansancio; 2. mayor distancia mental del trabajo o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados al trabajo; y 3. eficiencia profesional reducida”. Con esta nueva aceptación en la CIE-11, se intentará prevenir y tratar mejor este síndrome al igual que concienciar más sobre este problema.

Según el doctor y profesor de la Universidad de Santiago de Compostela, Fernando Lino Vázquez González, “los profesionales más proclives a sufrir este síndrome son aquellos que cuyo trabajo implica una relación de contacto constante, directo y estrecho con los beneficiarios o receptores de su trabajo. En una empresa el estamento con más riesgo es el que está en contacto o relación con el cliente (pudiendo ser un paciente de un hospital, público de una empresa, etc).”

Algo de suma importancia es la diferenciación conceptual del Burnout, dada la gran complejidad del mismo. Se han vinculado a este concepto como depresión, estrés o tedio. La insatisfacción profesional, el estrés y el Burnout, pueden ser muy parecidas, pero no son lo mismo, compartiendo similitudes sintomatológicas.

Entre los colectivos en España más afectados por el Burnout se encuentran los docentes, pilotos, policías, bomberos, etc. Pero es el personal sanitario, más concretamente los enfermeros quienes encabezan el ranking de los profesionales afectados por este síndrome. En el ámbito de la enfermería, los datos epidemiológicos indican que entre un 20 y un 40 % han sufrido o sufrirán Burnout. Este porcentaje se puede ver incrementado hasta alcanzar un 66% según recoge en su tesis doctoral la trabajadora social Carolina Soledad Monsalve Reyes, licenciada en ciencias sociales por la Universidad de Granada.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Identificar la situación actual sobre los niveles de Burnout en el personal sanitario, en este caso concretamente el personal que atiende a pacientes geriátricos.

Objetivo específico:

- Revisar los factores de riesgo del síndrome de Burnout en este personal.
- Intentar dilucidar si el cuidado de este tipo de pacientes implicaría un incremento del riesgo de padecer Burnout.

3 Metodología

En este caso nos planteamos una revisión bibliográfica para conocer las tasas de incidencia de este síndrome entre el personal sanitario, más concretamente el personal sanitario que atiende a pacientes geriátricos. Se ha hecho una búsqueda sistemática en diversas bases de datos y buscadores. Así como consultas en revistas científicas, libros y guías. Hemos escogido publicaciones escritas o traducidas al castellano, con datos objetivos, desechando otro tipo de publicaciones.

En estos servicios los pacientes son personas mayores y enfermos de larga evolución, y para poder dar una calidad asistencial que es demandada actualmente por la sociedad, los profesionales sanitarios han de tener recursos para desempeñar su labor asistencial. Estos recursos pueden ser determinantes en el nivel de Burnout que aparece en este colectivo, por lo que pensamos que las técnicas de resolución de problemas, como las de comunicación, empatía y comunicación, podrían ayudar a disminuir los niveles tan altos en este colectivo.

4 Resultados

Las causas desencadenantes del Síndrome de Burnout en el personal sanitario son múltiples, derivan en su mayor parte del contacto directo con personas enfermas y con problemas. La sobrecarga asistencial, la falta de apoyo y satisfacción laboral. Al igual que los cambios de turnos, la desorganización de los mismos y las turbulencias sociales. Son unos de los factores claves en la implicación de estos profesionales con los problemas de los pacientes-clientes. (Maslach y Jackson, 1981).

El Burnout, en su inicio, es lento y progresivo y no se relaciona directamente con la fatiga. No se recupera con el descanso y conlleva sentimientos negativos. Es difícil delimitar los síntomas que nos pueden ayudar a detectar el Burnout, como señalaba R. Gil-Monte. La literatura nos presenta más de cien síntomas asociados, por lo cual muchos problemas psicológicos, conductuales o fisiológicos pueden tener relación con el nivel de Burnout que padece el paciente.

La realización de un diagnóstico adecuado requiere la valoración de los síntomas que presenta el trabajador, analizar si proceso de aparición diferenciar el proceso de otros procesos similares. Para la evaluación se utiliza el MBI, el cual ha tenido varias revisiones.

Con la información que hemos recabado llegamos a la conclusión de que algunos factores relacionados con el síndrome de Burnout, y en particular en los profesionales sanitarios que atienden a pacientes geriátricos, presentan altas prevalencias de Burnout, por la afectación de sus tres dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal y/o profesional.

Influye en la calidad de los cuidados de estos pacientes. Por todo esto, es importante el uso de intervenciones que faciliten al personal a afrontar situaciones que desemboquen en el padecimiento del Burnout.

5 Discusión-Conclusión

Los factores de riesgo que hemos identificado inciden en la prevalencia del síndrome de Burnout, por ello la formación y el refuerzo positivo en este tipo de personal para el manejo de este tipo de paciente es positivo para prevenir dicho síndrome.

6 Bibliografía

- CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad <https://icd.who.int/browse11/l-m/es/>.
- Martín, Ramos Campos y Contador Castillo (2006) "Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos", *Psicothema*, vol.18, nº4, pp. 791-796.
- Maslach y Leiter (1997) *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) *Job Burnout*. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- Matteson e Ivancevich (1987) Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Berbaldo de Quirós-Aragón, M., & Labrador-Encinas, F.(2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias extrahospitalarias. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7(2), 323-335.
- Cañadas-de la Fuente, G.A, San Luis, C., Lozano . L.M., Vargas. C. García, I. , de las Fuente E.I. (2014). Evidencian de validez factorial del Maslach Burnout Inventory y estudio de los niveles de burnout en profesionales sanitarios. Revista Latinoamericana de Psicología, 46, 44-52.
- Cao, X.,Chen,L.,Tian,L.,Diao,Y.,& Hu X(2015).Effect ef profesional self-concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: The mediator role of organizationalcommitment Journal ClinicalNurse,24,2907-2915.

Capítulo 92

INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN ADOLESCENTES

RAÚL PÉREZ ISAAC

IRENE GARCIA CANCELO

1 Introducción

Se entiende por red social un conjunto bien delimitado de actores vinculados unos a otros a través de una relación o conjunto de relaciones sociales. Otros autores, hablan de las redes sociales como una colección más o menos precisa de conceptos y procedimientos analíticos y metodológicos que facilitan la recogida de datos y el estudio sistemático de pautas de relaciones sociales entre los individuos (Lozares, 1996).

Las redes de amistad durante la secundaria consisten en pequeños grupos que se caracterizan por muchas relaciones internas y pocas externas en las que tendrán que decidir que relaciones establecen, cuales mantienen y cuales desechan (Baerveldt, Van de Bunt, de la Rúa, 2010). La relación entre el consumo de alcohol en adolescentes y el de sus modelos cercanos, adquiere importancia al observarse que el consumo de los padres, hermanos y mejores amigos del adolescente explica el consumo de este, así como su actitud y percepción ante dicha sustancia (Espada, Pereira y García-Fernández, 2007). Respecto a la influencia del círculo social, se demuestra que los hábitos de los familiares y personas cercanas al adolescente influyen a la hora de fijar, mantener o eliminar sus propias pautas de comportamiento, observándose una mayor tasa de adolescentes bebedores cuando el

padre y el mejor amigo beben, no habiendo sin embargo, diferencias significativas entre adolescentes con madres abstemias o bebedoras (Espada, Pereira y garcía-Fernández, 2007).

La percepción del riesgo por parte de los adolescentes de consumir ciertas sustancias se ve influenciado por varios factores como la información que tengan, experiencias sociales vividas y su propio carácter (Espada, Pereira y García-Fernández, 2007).

Otros estudios realizados por Brook, Gordon, Whiteman y Cohen (1986) obtuvieron que niños con rasgos relevantes de ser rechazados por sus iguales no se asociaban significativamente al consumo de drogas, sin embargo los adolescentes menos inhibidos socialmente y más integrados con sus amigos, tienen una mayor probabilidad de consumir alcohol y otras drogas (Graña y Muñoz-Rivas, 2000). Por otra parte el consumo de alcohol también está estrechamente relacionado con una baja autoestima y con trastornos de la ansiedad e del estado del ánimo (Espada, Méndez Griffin y Botvin, 2003).

Se ha demostrado que la aprobación y la permisividad por parte de los padres ante el consumo de alcohol de sus hijos, el suministro directo de alcohol y el acceso a alcohol en casa, son factores que pueden influir en la forma en que los adolescentes socializan y lo utilizan , así como en la frecuencia e intensidad de su uso (Cano, Gómez, Díaz-Granados, 2010). Otros factores influyentes son la aprobación social de las drogas legales, la publicidad y los medios de comunicación, la asociación del consumo con el ocio, estilos educativos inadecuados y un clima familiar conflictivo, entro otros (Espada, Méndez, Griffin, Botvin, 2003).

En la actualidad, el elevado nivel de consumo de alcohol entre los adolescentes y adultos jóvenes supone un grave problema tanto sanitario como psicológico y social (Anderson y Baumberg, 2006; Espada Méndez, Griffin y Botvin, 2003). Por ello, hoy en día las estrategias de la prevención enfocan una parte de sus recursos a a disminuir estos niveles de alcoholismo y así mismo a prevenir un comienzo del consumo a tan tempranas edades.

Los adolescentes son un grupo vulnerable a las influencias que su entorno y grupo de iguales pueden ejercer sobre ellos (Fantín y García, 2011; Graña y Muñoz-Rivas, 2020; Espada, Pereira y y García-Fernandez, 2007).

La adolescencia es el periodo que comprende aproximadamente desde los 12 hasta los 20 años, en el cual el individuo es especialmente vulnerable a las influencias

que su entorno ejerce sobre ellos (Alonso Fernández, 2005). La adolescencia es una etapa evolutiva en la que se hace frente a muchos cambios y periodo crítico en cuanto al inicio y experimentación en relación al consumo de sustancias como el alcohol y otras drogas, así como a la adquisición de una conducta delictiva (Alonso Fernández, 2005). A todo esto hay que añadir la despreocupación de los adolescentes por la prevención de enfermedades en el futuro, desencadenadas por el consumo excesivo y en el tiempo de distintas sustancias, lo que provoca un consumo que aumenta el número de intoxicaciones etílicas agudas, problemas escolares, sexo no planificado, accidentes de tráfico, problemas legales, afectivos y la asociación con el consumo de otras drogas (Espada, Griffin, Botvin y Méndez, 2003).

Cada vez son más los estudios que muestran que los adolescentes consumen alcohol con mayor frecuencia. En Europa más del 90 % de los adolescentes de entre 15 y 16 años, afirman haber probado el alcohol (Avellaneda, Pérez y Font-Mayolas, 2010; Anderson y Baumberg, 2006). Según datos de la Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES 2012/2013), el alcohol es la sustancia mas consumida entre jóvenes de entre 14 y 18 años, alcanzando un 81,9% la cifra de consumidores actuales (MSSSI, 2014). El consumo itersexual a variado en los últimos años, siendo hasta el año 2000 un consumo mayor en hombres y a partir de ese momento hasta la actualidad, la prevalencia de consumo en mujeres es mayor (MSSSI, 2014). Una de las características del consumo de alcohol entre este colectivo es la tendencia a ingerir grandes cantidades (Avellaneda, Pérez y Font-Mayola, 2010). El fenómeno del "botellón" nos muestra un cambio en el patrón de consumo tradicional del alcohol que evoluciona hacia un uso recreativo, relacionado con el ocio nocturno y usado para buscar la sobreestimulación (Avellaneda, Pérez y Font-Mayolas, 2010).

Según la Organización mundial de la Salud cualquier consumo de alcohol en la edad adolescente representa un peligro (OMS, 2014) y es el responsable de unas 11500 muertes al año en la unión Europea, siendo el tercero de 26 factores de riesgo de mala salud en la UE (Anderson y Baumberg, 2006).

En cuanto a la perspectiva social que tiene hoy en día el alcohol, solo el 15% de los progenitores de adolescentes estarían a favor de la prohibición absoluta de consumir alcohol para sus hijos, mientras que el 60% que prohibiría el cannabis y el 86% que prohibiría otras drogas. Es posible que esta mayor permisividad en cuanto al consumo de alcohol, esté relacionada con el hecho de tratarse de una droga legal, socialmente aceptada y ampliamente utilizada (Avellaneda, Pérez y

Font-Mayolas, 2010). Un 45% de los adolescentes entre 12 y 18 años, aseguran que sus padres les permiten beber alcohol y un 57% dice no haber hablado de ello con sus padres (Bertolin, 2006). El consumo excesivo de alcohol tiende a ser percibido por los propios jóvenes como normal, propio de un estilo de ocio que les vincula a sus iguales y facilita el contacto social (Jimenez, Díaz y Sirvent, 2006).

Con todo esto se puede afirmar que las redes sociales (familia, amigos, grupo escolar) de las que el adolescente es partícipe, tienen influencia en el consumo de alcohol por parte de este, por lo que ante esta situación surge la necesidad de crear nuevas estrategias de actuación para la prevención de este problema social.

2 Objetivos

- Relacionar la influencia de la familia y entorno más cercano del adolescente y el consumo de alcohol y drogas, a edades cada vez más tempranas.

3 Metodología

A través de diferentes criterios de búsqueda, el autor ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como Pubmed, Medline, Google académico, Cochrane, Lilacs, Dialnet, Cuidenplus y SciELO. También se ha encontrado información en diferentes revistas científicas como; Psicothema, Adicciones, Anales de pediatría, Redes, Psicología conductual, Metas de enfermería, JOVENes y Revista Española de Drogodependencia. Se ha obtenido información a partir de estudios estadísticos realizados por el Instituto Nacional de Estadística, en concreto de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en estudiantes de Enseñanza Secundaria (ESTUDES).

Mediante las palabras clave, se han obtenido diversos artículos, estudios y tesis de distintas fuentes que han sido útiles para obtener la información necesaria con la cual llevar a cabo una revisión bibliográfica acerca de la influencia de las redes sociales sobre los adolescentes y su inicio en el consumo de alcohol. Se han seleccionado los artículos que han parecido más relevantes para el desarrollo del trabajo. No se ha encontrado ningún artículo que relacione directamente la influencia de las redes sociales con el consumo de alcohol en adolescentes, pero si se han encontrado artículos que tratan por separado de las redes sociales, los jóvenes y el alcohol, de los cuales se ha podido extraer la información necesaria para realizar esta revisión.

4 Resultados

La vulnerabilidad que muestran los adolescentes ante la influencia de diferentes factores externos es muy acentuada, pudiendo afectar estos factores a todos los procesos psicosociales de su desarrollo. Se pueden destacar 3 focos que presentan mayor influencia sobre los adolescentes; influencia familiar, influencia de amigos e influencia de la sociedad junto con la percepción de riesgo que los jóvenes tienen.

Respecto a los amigos y su influencia sobre los adolescentes, Espada, Pereira y García-Fernández (2007) demuestran que el mejor amigo/a, observándose que el porcentaje de adolescentes que bebe, cuyo mejor amigo bebe es significativamente más alto que el de consumidores cuyo mejor amigo no bebe.

Según Kellam, Enminger y Simon (1980), los jóvenes tímidos tenían bajos niveles de implicación en el uso drogas, al igual que les ocurría a los adolescentes más aislados (Graña y Muñoz-Rivas, 2000). Por otra parte se encuentra relación entre el consumo de alcohol y otras drogas y adolescentes con una vida social más activa y tienen más amigos viéndose esto muy influenciado por el mejor amigo/a y si este consume o no.

En cuanto a la influencia de la familia, son las relaciones familiares entre padres e hijos y el rol de los padres como modelos a seguir los principales focos de influencia en el proceso de implicación de los adolescentes con el consumo de drogas, especialmente en edades tempranas (Alonso Fernández, 2005), teniendo mayor influencia la figura paterna y la del hermano mayor que la figura materna, lo cual puede deberse a que la relación materno-filial pierde intensidad durante la adolescencia (Espada, Pereira y García-Fernández, 2007).

5 Discusión-Conclusión

Los adolescentes son un grupo vulnerable a las influencias de la sociedad. El alcohol es una droga legal socialmente aceptada, de fácil acceso incluso en los hogares, se asocia al ocio y esto dificulta la transmisión del mensaje de que el alcohol es nocivo para la salud. Es interesante mencionar que los consumidores perciben el alcohol como menos peligroso que los no consumidores. El consumo en exceso de alcohol tiene graves repercusiones personales y sociales sobre los adolescentes (Avellaneda, Pérez y Font-mayolas, 2010). Todo esto hace que el entorno y las redes sociales sean los factores que más influyen en el inicio o no

del consumo de alcohol en jóvenes a edades cada vez más tempranas, llegando a la conclusión de que los progenitores y hermano mayor, el mejor amigo/a y la influencia de la publicidad y sociedad junto con la poca percepción de riesgo sobre la salud, sean los focos de mayor influencia. Este aumento en el consumo de alcohol en jóvenes en los últimos años hace que sea un grave problema sanitario y social, para el que se deberían elaborar nuevas líneas de actuación para su control y estas deberían centrarse en dichos focos de influencia.

6 Bibliografía

- Alonso Fernández M. Relaciones familiares y ajustes en la adolescencia (tesis doctoral). Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Psicología; 2005.
- Alsinet C, Pérez RM, Argulló MJ. Adolescentes y percepciones del riesgo: quien no percibe no construye, no crece. JOVENes. 2003; vol. 18; 90-101.
- Anderson P, Baumberg B. El alcohol en Europa, una perspectiva de salud pública. Un informe para la comisión europea. Institute of Alcohol Studies, Reino Unido. 2006.
- Bearveldt C, van de Bunt GG, Federico de la Rúa A. Cómo y por qué los modelos de selección difieren entre estudiantes. La influencia potencial de los tamaños de la red, el nivel de información y pertenencia a grupos. REDES. 2010; vol. 19 (12); 273-300.
- Bertolin Guillén JM. El consumo de alcohol y cocaína en España: Los adolescentes. Revista Española de Drogodependencia. 2006; vol. 31 (3 y 4); 243-246.
- Espada Sanchez JO, Griffin KW, Botvin GJ, Méndez X. Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. Papeles de Psicólogo. 2003; vol. 23 (84); 9-17.
- Espada Sánchez JP, Pereira JR, García-Fernández JM. Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. Psicothema. 2008; vol. 20 (4); 531-537.
- Fantín MB, García HD. Factores familiares, su influencia en el consumo de sustancias adictivas. Family factors, its influence on substance abuse. Ajayu. 2011; vol. 9 (2); 193-214.
- Graña Gomez JL, Muñoz-Rivas MJ. Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescente. Psicología Conductual, 2000; vol. 8 (1); 19-32.
- Kovacs FM, Gestoso García M, Oliver- Frontera M, Gil del Real Calvo MT, Lápex Sánchez J, Mufraggi Vechierini N, et Al. La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de Palma de Mallorca en 2003. Revista Española de Salud Pública. 2008; vol. 82 (6); 677-689.

- Lloret Irlles D, Espada Sánchez JP, Cabrera Perona V, Burkhart G. Prevención familiar del consumo de drogas en Europa: una revisión crítica. ADICCIONES. 2011; vol. 23 (4); 349-356.

Capítulo 93

LA COMUNICACION TRANSCULTURAL EN LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

SOFIA FERNANDEZ DE ALMEIDA

PATRICIA MACÍAS MARTÍNEZ

ALBA LLUNA GONZÁLEZ

MARTA CUETO TAMARGO

1 Introducción

Cada vez y con mas frecuencia en nuestra profesión enfermera nos vemos obligados a relacionarnos con inmigrantes o grupos poblaciones que constituyen una fuente de diversidad en nuestra sociedad, tanto en aspectos culturales, como étnicos y sociales.

Es aquí donde aparece el problema de la comunicación transcultural, entendiendo esta como el intercambio entre dos grupos culturales diferentes, que deben interaccionar entre sí y buscar de esta manera las cualidades y similitudes que tienen en común.

Esta situación de diversidad cultural nos lleva a la necesidad de conocer y entender a estas personas, así como a acomodar nuestros conocimientos y servicios a sus necesidades para así poder ofrecer unos cuidados mejores.

Al unir los términos cultura y cuidados surge la ETC (enfermería transcultural) fundada por Madeleine Leininger.

2 Objetivos

- Ayudar a las enfermeras a conocer los rasgos específicos de otras culturas y a descubrir los cuidados específicos para cada una de ellas, teniendo presente que las tendencias migratorias están aumentando y en consecuencia cada vez son más las personas que esperan ser entendidas y respetadas sin importar su cultura.

3 Metodología

Nos centraremos especialmente en la cultura china, pues como podemos comprobar en la sociedad actual cada vez es mayor el flujo migratorio de esta procedencia y puede ser el colectivo con el que tengamos mas dificultades para comunicarnos, por la diferencia radical de su cultura e idioma.

Cabe destacar, que estadísticamente se aprecia que estos pacientes acuden menos a consultas, quizás por :

- La barrera idiomática, como principal factor.
- Por sus técnicas de tratamiento de enfermedades, con remedios naturales autotransmisibles de la medicina china, como veremos mas adelante.
- Por sus creencias y valores que no desean perder.

Concepción salud-enfermedad:

Para poder analizar y comprender los problemas ante los que nos enfrentamos al tratar con un enfermo de origen chino, lo primero que debemos conocer son las diferentes visiones que tienen estas personas acerca de conceptos tales como salud o enfermedad con respecto a los nuestros.

La medicina china parte de una concepción holística en la que la base de que todo lo que existe esta compuesto de dos elementos (Yin –Yang) opuestos pero dependientes entre si. En el caso de la salud serian: yin (parte inferior del cuerpo) y yang (parte superior del cuerpo). Intenta evitar cualquier practica que implique la ruptura de alguna de estas partes.

Cabe destacar que para la medicina china lo que existen son enfermos y no enfermedades , pues cada individuo tiene su exclusiva y propia combinación de síntomas.

La diabetes en China:

Debido a la gran extensión tanto territorial como poblacional de China, cualquier problema de salud cobra allí grandes dimensiones, y la diabetes no podía ser menos, llegando según afirman algunos expertos a epidemia, puesto que el número de diabéticos en este país ronda cifras considerablemente altas, y lo que es peor, el número de personas con riesgo de padecerla es todavía superior.

Esto se debe a que la población come cada vez mas alimentos procesados ricos en calorías y grasas saturadas, a su vez hace menos ejercicio, antes usaban mucho medios como la bicicleta para realizar muchas actividades de la vida cotidiana, actualmente con el desarrollo económico han sido sustituidos por el coche o la motocicleta.

Tratamiento: medicamentos herbales, acupuntura,

Comunicación:

La/el enfermera/o debe saber escuchar y entender al paciente, no solo a través del lenguaje verbal sino también a través del lenguaje no verbal. El idioma constituye quizás la barrera más importante. El no poder comunicarnos con alguien por desconocer su idioma es una sensación frustrante para todo ser humano, y aun mas si de la información que nos transmite va a depender el diagnostico de una enfermedad crónica que posiblemente ponga en peligro su vida. Es por tanto indispensable entender la información que nos transmite.

Con frecuencia el paciente se siente inseguro sobre si el sanitario realmente le ha entendido correctamente ni sabe segura ni claramente cómo ni por qué ha de realizar una prueba o tomar el medicamento que le han pautado.

A esta difícil complicación se suman los pocos recursos disponibles en cuanto a escasez de traductores o mediadores, así como la poca tradición española en el dominio de lenguas extranjeras.

Llegados a este punto y analizando todas las características que hemos deducido, cada vez encontramos mas adversidades en esta situación . Pues si apenas entendemos al paciente, pero aun así el centro asistencial pone en marcha todos los medios posibles por su parte (traductor, mediador) para llegar a interactuar con el paciente y poner una solución a sus molestias, pero este no aporta nada por su parte, o se muestra rebelde a seguir un tratamiento porque sus creencias le dicen que en su país con un tratamiento mas simple o considerado por el menos perjudicial puede curarse, estaremos frente a un grave conflicto de difícil solución.

4 Bibliografía

1. Bucher L, Foet Glddens J, Graber O Brien P. Enfermería medico- quirurgica: valoración y cuidados de problemas clínicos. Vol. I. 6ªed. Madrid; Elsevier; 2004.
2. Zhong-Yi .Medicina Tradicional China.Barcelona: Centros Zhong-yi; 2007. De Ho L, Robertson M. El yin y yang de la diabetes.
3. Tylor E. La ciencia de la cultura. España: anagrama; 1975.
4. Leininger M. Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. Alicante;1999.
5. Medline [base de datos en Internet]. Bethesda: Nacional Library of Medicine (US).

Capítulo 94

UTILIZACION DE ESCALAS DE ENFERMERIA EN EL CRIBADO DEL DETERIORO COGNITIVO

PAULA DE LA FUENTE SANCHEZ

1 Introducción

La valoración geriátrica surge en la década de los años 30, cuando la enfermera y doctora Marjorie Warren, aplicó programas de rehabilitación, basados en una evaluación sistemática e integral de los pacientes y en la introducción de planes individualizados, a cada anciano ingresado de por vida en los hospitales, dando como resultado la recuperación en gran parte de ellos de su autonomía y reintegración social. A sí mismo a partir de su trabajo nacen los principios que se encuentran vigentes hasta la actualidad: la vejez no es una enfermedad, un diagnóstico exacto es esencial hacerlo, muchas enfermedades de la vejez son curables, el reposo injustificado puede ser peligroso (1), es decir, podríamos decir que a partir de su trabajo nace una nueva perspectiva del diagnóstico y cuidados en la vejez.

Nace la Valoración Geriátrica Integral. Y con ello un proceso de diagnóstico multidisciplinar, dinámico y estructurado, el cual nos va a permitir detectar y cuantificar los problemas, las necesidades y capacidades del anciano desde una perspectiva clínica, funcional, mental y social con el fin de descubrir problemas no diagnosticados, mejorar el estado funcional y cognitivo, conocer los recursos del paciente y su entorno, y así elaborar unos planes de cuidados individualizados con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

La valoración clínica consta de: anamnesis, exploración física y exploraciones complementarias, es una de las más complicadas de cuantificar y de ahí la importancia del trabajo en equipo multidisciplinar con diferentes profesionales de la salud, ya que el anciano presenta de una forma atípica e inespecífica la enfermedad. Para una adecuada valoración tenemos que conocer los efectos del envejecimiento fisiológico y las formas múltiples y atípicas de presentarse la patología.

La valoración funcional, mental y social engloba propiamente al ser biopsicosocial. En las últimas décadas se han desarrollado diferentes test utilizados como herramientas para el diagnóstico de enfermedades cognitivas, deterioro funcional, alteraciones psicoafectivas que ponen de manifiesto las alteraciones, y por consiguiente un abordaje más rápido y afectivo.(2) De gran importancia en nuestros tiempos y en los futuros ya que si hacemos referencia a los actuales datos demográficos nos encontramos con que actualmente el porcentaje de población mayor de 65 años, se sitúa en el 18,2% el cual pasaría a ser el 24,9% en 2029 y del 38,7% en 2064.(3)

2 Objetivos

- Conocer las escalas de Valoración Cognitivas aplicadas en la actualidad.
- Comparar el Examen Cognoscitivo de Lobo con otra escala similar.
- Valorar que escala es más efectiva para un diagnóstico cognitivo.

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.

Palabras claves: escalas, cognitivo, mec, valoración.

4 Resultados

Mini examen cognoscitivo (MEC):

Test utilizado como herramienta dentro de la esfera cognitiva como cribado y ayuda al diagnóstico de demencias.

Su origen proviene de la traducción validada al español del Minimental test de Folstein (MMT), a la que se le añadió dos ítems más (dígitos y abstracciones) mejorando su rendimiento aunque en la práctica no se utiliza para facilitar al clínico datos comparativos con la población anglosajona, en la que se utiliza el MMSE.

Se encuentra estructurado en 11 secciones con 30 ítems, cada pregunta respondida correctamente se puntúa con 1 y la errónea con 0, se evaluará:

- Orientación Temporal: consta de 5 preguntas sobre el año, época del año, fecha, día de la semana y día del mes, si el test se realiza a última hora del día se podrá dar por buena el día en curso o el día siguiente, ocurriendo lo mismo en la transición de las estaciones.
- Orientación Espacial: consta de 5 preguntas que versan sobre el país, región, localidad....si se realizará en casa se podría preguntar sobre la habitación, planta....
- Fijación: evaluar la capacidad de la persona para fijar y retener a muy corto plazo 3 palabras no relacionadas entre sí, así como su grado de alerta y atención. Si no responde correctamente las 3 palabras al primer intento, se repetirán hasta que sea capaz de retenerlas; aunque solo se puntuará el primer intento, se podrá realizar hasta un máximo de cinco intentos. Se le explicará que debe tratar de recordarlas ya que se le volverán a preguntar en unos minutos.
- Atención y cálculo: "treses seriados", en la que el sujeto debe realizar mentalmente hasta 5 sustracciones consecutivas de 3 números empezando por el 30, facilitándole un contexto concreto (monedas). Se puntuará con 1 los aciertos hasta un máximo de 5 puntos.
- Memoria: Se evalúa la atención a corto plazo, se le pide que repita las tres palabras anteriormente aprendidas, no se tendrá en cuenta el orden.
- Nominación: se evalúa las capacidades para reconocer y nombrar dos objetos comunes, ej: lápiz, silla
- Repetición: valora la capacidad para repetir con precisión una frase con cierta complicación articulatoria. Si hubiera algún fallo se puntuaría con 0 puntos
- Compresión: capacidad del individuo para atender, comprender y ejecutar una tarea compleja en 3 pasos, puntuación máxima 3 puntos. Si la persona no pudiera ejecutar este ejercicio, parcial o totalmente, se puntuaría como error y se anotaría el impedimento o motivo de incapacidad
- Lectura: leer y comprender una frase sencilla como por ejemplo "cierre los ojos" si no los cerrará se le daría por errónea

- Escritura: escribir una frase coherente con sujeto, verbo y predicado, no se tendrá en cuenta las faltas de ortografía
 - Dibujo: capacidad viso-espacial. Se puntuará con un 1, exclusivamente, cuando el dibujo realizado represente 2 figuras de 5 lados cada una, entrelazándose para formar una figura de 4 lados. La falta de intersección entre los pentágonos se puntuará con 0. La perfección del dibujo es irrelevante.
- El tiempo de administración del test será aproximadamente de 10 minutos.

Puntuación: grado de deterioro.

Probablemente sin deterioro: mayor o igual 24 .

Probablemente con deterioro: menor o igual 23.

Moderada: 18-23

Grave: menor o igual 18

- El punto de corte 23/24 es el recomendado para mayores de 65 años, si se realizará el test a una población de menor edad el punto de corte se situaría entre 27/28, para obtener un mejor rendimiento del test.(4) la escala de Pfeiffer es una de las escalas junto con la del MEC de las más utilizadas para la valoración del deterioro cognitivo como de cribado. Siendo la de Pfeiffer una de las más utilizadas en atención primaria debido a su brevedad, ya que nada más se necesitan 5 minutos para su administración.

En contraposición con la del MEC, esta escala valora un número pequeño de funciones básicas: orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática y atención, memoria, las cuales se recogen en 10 preguntas, quedándose funciones sin valorar como lectura, repetición, capacidad viso-espacial, nominación. La principal limitación con la que nos encontramos en la aplicación del test es que no detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución. Mientras que en la de MEC si se puede observar deterioros más específicos dependiendo en que preguntas falle la persona. Como ventaja este test es más idóneo a personas adultas con mínima educación ya que las preguntas de las que consta el test no necesita formación mínima, como ocurre en preguntas del MEC (resta de números, lectura, frase con sujeto, verbo y predicado...) en el que se debería de recalcular el test y anular preguntas con la consiguiente reajuste de resultados.

Si los resultados en las puntuaciones son extremas el test serviría y no habría duda de su diagnóstico, el problema surge cuando las puntuaciones son intermedias ya que precisaría confirmación con más estudios. El test del MEC tiene una sensibilidad más alta que el test de Pfeiffer, 93,5% frente al 70%, por lo que clasificara mejor a una persona enferma como enferma en cambio sucede al revés con

la especificidad ya que en el Test de Pfeiffer es alta con un 95% frente al 70% de Mec, clasificando mejor a un individuo sano.(5)

5 Discusión-Conclusión

Tras valorar y comparar, las dos escalas son válidas como herramientas de trabajo. La utilización de uno u otro dependerá del individuo y de la evaluación que se le quiera hacer. Si es la primera vez que se somete a un test, aportaría mayor información la del MEC ya que nos aporta una información mas minuciosa de estado cognitivo. Mientras que la de Pfeiffer nos permite un seguimiento de las funciones cognitivas de forma rápida y nos puede dar alerta de un agravamiento de la enfermedad.

6 Bibliografía

- (1) Benito Vela, Carolina. Amplio papel de la enfermería en Oncogeriatría. Ali-cante. Editorial Club Universitario 2012
- (2) Sanjoaquín Romero Ana Cristina, Fernández Arín Elena, Mesa Lampré M^a Pilar, García – Arilla Calvo Ernesto. Artículo Valoración Geriátrica Integral. Ca-pitulo 4.
- (3)<http://www.ine.es/prensa/np870.pdf>
- (4) Junta de Andalucía. Escalas de Valoración Funcional, Psicoafectiva y Socio-familiar.
- (5) Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes. Escalas de valo-ración funcional y cognitiva.

Capítulo 95

ÉTICA DEL CUIDADO DE PACIENTES TERMINALES

DULCE MARÍA DÍAZ BUSTELO

AIDA COLLADO CAYADO

NOELIA SUÁREZ MÉNDEZ

1 Introducción

Proporcionar unos cuidados de calidad y de forma justa y ecuánime ha de ser la prioridad de todos los profesionales sanitarios. Para que estos cuidados sean así, existen una serie de principios éticos que afectan tanto a pacientes como a profesionales. Respetar las decisiones que el paciente toma sobre su propia salud es la prioridad, si bien estas decisiones no deben causarle daño ni a él mismo ni a los demás. Por ello, el primero de estos principios afecta a la autonomía del paciente y los otros tres van dirigidos al trabajo de los profesionales.

A la hora de que estos principios se respeten y se complementen entre sí todos juegan un papel fundamental. Es el médico quién informa a los pacientes sobre su diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad, guiándolo sobre las decisiones que a partir de ese conocimiento puede tomar, teniendo en cuenta que no debe vulnerar ninguno de estos principios. Y es el profesional de enfermería el que, por su trato más cercano con el paciente y su mayor tiempo con él, se cerciora de si lo ha entendido bien y resuelve muchas de sus dudas.

2 Objetivos

- Identificar los principios éticos de pacientes y profesionales sanitarios para un cuidado justo y 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: Pubmed, Cuiden y Cochrane, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los pacientes terminales son un tipo de pacientes frágiles por definición. Para proteger esta fragilidad existen cuatro principios éticos básicos.

- El primero afecta al paciente, es el principio de autonomía y, según éste, el paciente es perfectamente capaz de gestionar las decisiones sobre su salud, sus cuidados y tratamientos, manejando su calidad de vida y decidiendo que pasos dar en su camino hacia la muerte. Teniendo en cuenta esto, los profesionales deben respetar sus decisiones, compartan o no su manera de gestionar la enfermedad.
- Los otros tres principios éticos afectan a los profesionales sanitarios. El primero de ellos es el principio de no maleficencias que nos dice que no debemos hacer daño al paciente, debemos prevenirlo y erradicarlo. El siguiente es el principio de beneficencia, según el cuál debemos procurar el bien del paciente, si los dos entrasen en conflicto el primero debe primar sobre el segundo. Y por último, aunque no menos importante, es el de justicia, según el cual todos los pacientes deben ser tratados de forma igualitaria, tanto entre ellos como con nosotros.
- En algunas ocasiones estos principios se ven vulnerados, creándose un pacto de silencio entre los profesionales y el cuidador principal del paciente, con el objetivo de ocultarle su verdadera situación de salud por creer que, en su estado, no tendrá la fuerza suficiente para afrontarla, en un acuerdo velado entre profesionales y entorno para ocultarle el diagnóstico, pronóstico y gravedad de su situación.

Sobra decir que tal pacto vulnera de forma flagrante el principio de autonomía del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Nos damos cuenta que los pacientes informados sobre sus patologías, diagnóstico y esperanza de vida suelen estar más tranquilos, logrando así que asimilen mejor su situación y que de se modo la comunicación entre ellos y sus seres cercanos sea más sencilla y fluida.

Algunas personas no comprenden del todo bien la información que se les da y otras la olvidan debido a patologías propias de la edad, como el alzheimer o la demencia, pero con todo y eso, ninguna persona es totalmente ignorante de su estado de salud.

Es por todo esto por lo que respetar los principios éticos del cuidado es fundamental. El paciente debe conocer sus patologías y su pronóstico para sí poder tomar las decisiones que mejor se adapten a su manera de pensar, a sus posibilidades en la vida y a la forma de vivir que hasta ese momento ha tenido. Los profesionales sanitarios deben respetar sus decisiones y procurarle el mayor confort posible sin ir en contra de su voluntad. Por ello, no debemos ocultarle nada a los pacientes, sino contarles u situación tal cual es, para que puedan tomar las mejores decisiones.

Los profesionales sanitarios se asientan en unas sólidas bases éticas que son de gran utilidad para apoyar y cuidar al paciente de la mejor forma, son ecuanímes en los cuidados evitando guiarse por sus propios sentimientos. Son profesionales cercanos a la persona, con cabeza y corazón.

6 Bibliografía

- 1. Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL). Guía de cuidados paliativos [Internet]. Madrid: Sociedad española de cuidados paliativos (SECPAL); 2014.
- 2. Cuartas Hoyos P, Charry Hernández, RL, Ospina Muñoz, P, Carreño Corredor S. Cuidado espiritual: una mirada desde el modelo de manejo de síntomas y el cuidado paliativo. Rev Col Enf.
- 3. Cejudo López A, López López B, Crespo Serván P, Duarte Rodríguez M, Coronado Illescar C, de la Fuente Rodríguez C. Conspiración de silencio en personas

cuidadores en pacientes en cuidados paliativos. Nuer Inv.

Capítulo 96

CARENCIA DE LA ENFERMERÍA EN LOS COLEGIOS

ANA VAQUERO MARTÍN

IRENE GARCÍA RODRÍGUEZ

MILAGROS ESTEFANI ORE PEREZ

TAMARA SANTANA PÉREZ

1 Introducción

En la mayor parte de los centros escolares españoles existe una falta de enfermera escolar. Ésta es subsanada por enfermeras comunitarias que dedican parte de su tiempo para desarrollar programas de salud con mínimos contactos.

Numerosos estudios revelan un aumento en la población infantil con problemas de salud tales como la obesidad infantil, trastornos alimenticios, embarazos no deseados, drogas, etc. por lo que el papel de la Enfermería es fundamental en las escuelas de manera continuada para poder hacerles frente, motivo por el cual se desarrolla este capítulo.

2 Objetivos

- Justificar la importancia y necesidad del enfermero en los colegios y centros educativos españoles.

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, Cuiden y Cochrane Plus, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se han considerado artículos y publicaciones de los últimos 10 años.

4 Resultados

Según estudios realizados en los últimos años, cuyos resultados justifican la presencia de un enfermero en los centros educativos son:

- Existe un mayor índice de colesterol, obesidad y sobrepeso infantil.
- Se han triplicado los casos de trastornos de la conducta alimentaria.
- Aumento del número de jóvenes fumadores.
- Disminución de la edad en el consumo de alcohol a los 12 años.
- Se ha duplicado el consumo de drogas como la cocaína, éxtasis y cannabis.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta los problemas de salud que están apareciendo con mayor incidencia en los niños se justifica en la presencia de la Enfermería en los colegios de una manera continuada, organizada y reglada. El papel de la Enfermería en este ámbito es fundamental tanto en la resolución de problemas de salud como en la capacitación a través de la educación para la salud. La Enfermería en los colegios constituye una carencia latente sentida por los docentes y progenitores en el ámbito escolar.

6 Bibliografía

- González Jiménez, Emilio. La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. Enfermería comunitaria.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 97

ESTUDIO SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE PERCIBIDO POR EL PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

ELENA MERCHÁN MARCOS

MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ

LORENA LAVANDERA GARCIA

MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN

1 Introducción

”Errare humanum est” es una expresión latina que significa literalmente: “errar es humano” y que hace hincapié en el concepto de que equivocarse es intrínseco a la naturaleza humana.

La expresión latina completa es: ”errare humanum est”, sed perseverare diabolicum; que traducida literalmente significa: ”errar es humano”, pero perseverar (en el error) es diabólico. El significado es claro: equivocarse es parte la naturaleza

humana; sin embargo, esto no puede ser un factor atenuante para repetir un error, sino un medio para aprender de la experiencia.

Esta reflexión, que data ya de la era precristiana, nos lleva directamente a una fecha más contemporánea, concretamente al año 2000, fecha de la publicación del libro *Errar es humano*, del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América (1), con el cual se produjo un profundo impacto mundial, pues concluyó que cada año tienen lugar entre 44.000 y 98.000 muertes como resultado de los errores en los procesos de atención en los hospitales de Norteamérica. Es por esto que la investigación actual examina tanto el conocimiento como la aplicación de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, determinando con particular interés las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es evaluar los conocimientos y opiniones sobre seguridad del paciente del personal sanitario de Neonatología del Hospital Universitario Central de Asturias utilizando como herramienta la versión española del Hospital Survey of on Patient Safety.

3 Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la versión española del Hospital Survey of on Patient Safety.

El estudio se realizó en el área de gestión clínica de pediatría del antiguo Hospital Universitario Central de Asturias (H.U.C.A) (C/Celestino Villamil) en Oviedo, sobre la siguiente unidad: Neonatología (que comprende: UCI neonatal y Unidad de Cuidados intermedios neonatales). Ubicada en la 4ª planta del edificio materno-infantil. La población objeto de estudio está compuesta por profesionales médicos, médicos interno residentes, enfermeros y auxiliares de enfermería. La cumplimentación de la encuesta fue de índole voluntaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Personal sanitario que ocupa un puesto de trabajo o formativo perteneciente al área de Neonatología con más de dos meses de experiencia en dicho puesto.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal no sanitario. Personal sanitario eventual que viene realizando sustituciones en cualquiera de los servicios arriba especificados por intervalos cortos de tiempo, siendo la categoría del paciente adulto donde desempeña habitualmente sus funciones. Personal sanitario con una experiencia inferior a dos meses en el puesto.

RECOGIDA DE DATOS

Se llevó a cabo mediante la versión española del cuestionario sobre seguridad de los pacientes del Hospital Survey on Patient Safety. Se realizó de manera anónima, previa explicación oral y con una copia escrita de las instrucciones a seguir disponible en cada unidad donde se realizó la recogida.

VARIABLES ESTUDIADAS

Las preguntas (variables) del cuestionario original fueron reagrupadas en un total de 12 dimensiones para simplificar la tarea de extracción de resultados en la fase posterior. Con esta reagrupación el análisis de las respuestas cobra sentido tanto para cada ítem en particular, como para cada dimensión en su conjunto.

Resultados de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados: preguntas 40, 41 y 42 del cuestionario.
2. Percepción de seguridad: preguntas 10, 15, 17 y 18.

Dimensiones de la cultura de seguridad en la unidad o servicio:

3. Expectativas y acciones de la dirección y/o supervisión en la unidad que favorecen la seguridad: preguntas 19, 20, 21 y 22.
4. Aprendizaje, organización y mejora continua: preguntas 6, 9 y 13.
5. Trabajo en equipo: preguntas 1, 3, 4 y 11.
6. Franqueza en la comunicación: preguntas 35, 37 y 39.
7. Feed-back y comunicación sobre los errores: preguntas 34, 36 y 38.
8. Respuesta no punitiva sobre los errores: preguntas 8, 12 y 16.
9. Dotación de personal: preguntas 2, 5, 7 y 14.
10. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente: preguntas 23, 30 y 31.

Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital:

11. Trabajo en equipo entre unidades: preguntas 24, 26, 28 y 32.
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades y servicios: preguntas 25, 27, 29 y 33.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron introducidos en una base creada para tal fin en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciencies) Statistics versión 18, para su posterior análisis.

4 Resultados

RESULTADOS DE LA ENCUESTA POR DIMENSIONES

1.- Frecuencia de eventos notificados. El 47% de los encuestados opinan que las notificaciones se hacen de manera correcta mientras que un 12% no está conforme con cómo se realizan dichas notificaciones. Dentro de esta unidad existe casi un 40% que tiene una opinión indiferente al respecto.

2.- Percepción de seguridad. El 47% tiene una buena percepción de la seguridad en su área. Otro 47% tiene una opinión de indiferencia, mientras que la percepción de seguridad del 3% en su área es perfecta.

3.- Expectativas y acciones de la dirección y/o supervisión en la unidad que favorecen la seguridad. El 47% considera que las acciones son buenas y un 15% que son muy buenas. Hay un 35% de indiferencia y no hay nadie que crea que las acciones sean malas o muy malas.

4.- Aprendizaje, organización y mejora continua. Predomina el personal que cree que las acciones son regulares (44%). El 30% tiene una buena opinión de las acciones que se llevan a cabo y un 14% cree que las acciones que se llevan al respecto no son las adecuadas.

5.- Trabajo en equipo. El 73% tiene una opinión buena del trabajo en equipo, un 12% opina tiene una opinión muy buena, otro 12% opina que el trabajo en equipo se lleva a cabo de forma regular y un 3% tiene una mala opinión del trabajo en equipo.

6.- Franqueza en la comunicación. El 35% cree que se puede ser franco en el trabajo. El 38% se muestra indiferente al respecto, y un 9% considera que si se tiene franqueza, podrían tener problemas.

7.- Feed-back y comunicación sobre los errores. El 41% considera que la comunicación es buena, y un 6% muy buena. El 32% cree que es regular, y un 18% considera que la comunicación en su unidad es mala.

8.- Respuesta no punitiva sobre los errores. El 53% se muestra indiferente. El 33.5% cree que si existe respuesta punitiva antes los errores mientras que el 12% opina que no existe dicha respuesta punitiva.

9.- Dotación de personal. El 35% considera que la dotación de personal es buena y un 6% muy buena. El 9% considera que no hay suficiente personal y el 44% que la dotación es regular.

10.- Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente. El 23% considera que existe apoyo por parte de la gerencia, y un 3% tiene muy buena consideración del apoyo de la gerencia. Por el otro lado, un 6% considera muy negativamente el apoyo de la gerencia, y un 32% malamente. El 35% se declara indiferente.

11.- Trabajo en equipo entre unidades. El 29% considera que la relación es buena, el 12% que es mala, y el 59% regular.

12.- Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades y servicios. El 41% cree que no existen problemas en los cambios de turno, el 9% considera que si existen problemas y el 47% se mantiene indiferente al respecto.

5 Discusión-Conclusión

En base a una muestra representativa de profesionales sanitarios de la unidad de Neonatología del antiguo H.U.C.A, hemos realizado un estudio descriptivo de los conocimientos sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. A nivel global se ha conseguido una buena tasa de representación de tipo profesionales y unidades, aunque la tasa de respuesta fue menor en la categoría de auxiliares de enfermería.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Diferencias globales entre los distintos ámbitos analizados. Al analizar en conjunto cada uno de los doce ámbitos estudiados, encontramos que el referido al Apoyo de la gerencia destaca significativamente por encima de los demás, con el 33% de respuestas de carácter negativo; seguido muy de cerca por el ámbito de Respuesta no punitiva a los errores, con un 28.7% de respuestas negativas.

La dimensión Trabajo en equipo destaca claramente identificada como fortaleza, obteniendo un 87.1% de las respuestas positivas.

El ámbito que destaca por su porcentaje de abstenciones en la respuesta es el de Franqueza en la comunicación, con un 10.6% de porcentaje global.

Diferencias según la categoría profesional. Al considerar separadamente cada tipo de profesional, con independencia del servicio al que pertenecen, obtenemos la mayor tasa de respuestas positivas en la dimensión de Trabajo en equipo, como ya pasara con las valoraciones globales. También obtienen resultados positivos las dimensiones Percepción de la seguridad, Expectativas y acciones de la dirección y Dotación de personal.

Si las comparamos entre ellas obtenemos las siguientes conclusiones:

- En la categoría médica encontramos el porcentaje aislado más alto de todo el conjunto de resultados analizados en este trabajo: un 90.5% de respuestas positivas correspondientes a la dimensión Trabajo en equipo. También destaca positivamente las Expectativas y acciones de la dirección, con un porcentaje del 76.2%. En debilidades destaca un dato: el Apoyo de la gerencia con más de un 35% de respuestas negativas. - En los 11 ámbitos restantes las respuestas negativas computadas no superan el 5% de respuestas negativas en ningún caso.
- La categoría enfermera destaca por sus porcentajes elevados de respuestas negativas al conjunto de ámbitos valorados, aunque mantiene la línea habitual que sitúa los ámbitos 8 y 9 (Respuesta no punitiva: 43.2% y Apoyo de la gerencia: 43.1%) como los peor valorados. En esa misma línea se dirigen los resultados positivos, erigiendo como fortaleza el Trabajo en equipo con el 86.3% de respuestas positivas (segundo porcentaje más alto de todo el estudio), seguida de Expectativas y acciones de la dirección y Frecuencia de eventos notificados.
- Por último la categoría de auxiliares de enfermería obtiene los mejores resultados en Dotación de personal (77.7%), y Trabajo en equipo (77.4%); y los peores en Feedback, con un 44%.

6 Bibliografía

- Gómez Ramírez O, Soto Gámez A, Arenas Gutierrez A, Garzón Salamanca J, González Vega A, Mateus Galeano E. Una mirada actual a la cultura de seguridad del paciente. *av.enferm.*, XXIX (2): 363-374, 2011.
- Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra. [cited 16 Mayo 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/>
- Ministerio de sanidad y política social. Estándares de Calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca. Madrid. Centro de publicaciones. Informes, estudios e investigaciones 2009.
- Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital Survey on Patient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 15 Enero 2014].

Capítulo 98

OPINIONES SOBRE SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL PERSONAL SANITARIO EN EL ÁREA DE GESTIÓN CLÍNICA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

ELENA MERCHÁN MARCOS

MÓNICA REDONDO ESTÉVEZ

LORENA LAVANDERA GARCIA

MARÍA RODRÍGUEZ GALÁN

1 Introducción

La falta de seguridad del paciente es un problema mundial de salud pública que afecta a los países independientemente de su nivel de desarrollo. Los efectos no deseados secundarios en la atención sanitaria representan una causa de elevada morbilidad y mortalidad en todos los sistemas sanitarios desarrollados. La razón fundamental es la creciente complejidad del manejo de los pacientes, en el que interactúan factores organizativos, factores personales de los profesionales y factores relacionados con la enfermedad (1).

Para entrar en materia comenzaremos definiendo la seguridad en el paciente como la “reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable”. De igual manera, definiremos el daño asociado a la atención sanitaria como aquel “daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación de asistencia sanitaria o asociado a ellos” que no se produce debido a una enfermedad o lesión subyacente (2).

La seguridad en el paciente, y la calidad de atención que se le presta, es una cuestión de destacada importancia internacional, de la que volvió a tomar conciencia, en Octubre 2.004, La Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Esta iniciativa fue puesta en marcha por el director general de la Organización Mundial de la Salud (3) con el propósito de coordinar, difundir y acelerar las mejoras en materia de seguridad del paciente en todo el mundo. Es un medio que propicia la colaboración internacional y la acción de los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS; expertos, usuarios y grupos de profesionales y de la industria. Busca promover la investigación fomentando proyectos de investigación cualitativa y cuantitativa, así como la colaboración en la aplicación de los resultados de la investigación con el fin de lograr una mayor seguridad de la atención sanitaria (2). Su programa incluye una serie de medidas para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes al recibir atención sanitaria (4).

En esa misma línea, el 25 de Junio del 2.008 lanzó, en Washington (EEUU), el “Segundo Desafío Global para la Seguridad del Paciente” (5) cuyo objetivo es mejorar la seguridad de las prácticas quirúrgicas a escala mundial.

En España, la Seguridad del Paciente se ha consolidado como una de las estrategias prioritarias del Sistema Nacional de Salud Español (SNS), y así es recogida en el Plan de Calidad para el SNS, en el que se explicitan objetivos y acciones para su desarrollo en colaboración con las Comunidades Autónomas, las Sociedades Científicas, los pacientes y las instituciones académicas y de investigación. Estos objetivos están orientados a promover nuevas sinergias en la implantación de políticas para la Seguridad del Paciente que permitan ofrecer una asistencia más segura y de mayor calidad en nuestro Sistema de Salud (6). La Estrategia en seguridad del paciente viene desarrollándose desde el año 2.005 en colaboración con las Comunidades Autónomas (CCAA), respetando y complementando las acciones que cada una de ellas desarrolla en el ejercicio de sus competencias.

En los últimos años, se vienen realizando estudios en distintos países para medir y evaluar “la cultura de seguridad”, “el clima de seguridad”, “las percepciones de

seguridad” (6) del personal o “las acciones de la gerencia” en relación con la seguridad, etcétera, utilizando distintos instrumentos, con diferentes parámetros y obteniéndose resultados poco comparables. Para solucionar estas inconsistencias, la Agency for Health care Research and Quality (AHRQ), en 2004, desarrolló una herramienta que pudiera ser útil para evaluar la cultura de seguridad del paciente en los hospitales, dentro del programa Hospital Survey on Patient Safety Culture(7,8,9). Para ello diseñó y validó un cuestionario (anexo I), que fue traducido al español por la Universidad de Murcia(10).

El presente trabajo se ha diseñado en base a esta herramienta, con el ánimo de analizar las opiniones de seguridad del paciente que tiene el personal sanitario del Hospital Universitario Central de Asturias, concretamente el perteneciente al Área de Gestión Clínica de Pediatría.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo es evaluar los conocimientos y opiniones sobre seguridad del paciente del personal sanitario en el Área de Gestión Clínica de Pediatría del Hospital Universitario s en cada grupo de estudio:

- Por Unidades de Atención: Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias Pediátricas.
- Por estamentos sanitarios: Enfermeros, Médicos y Auxiliares, utilizando para ello la encuesta del Hospital Survey of on Patient Safety.

3 Metodología

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal mediante la versión española del Hospital Survey of on Patient Safety.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizó en áreas de gestión clínica de pediatría del antiguo Hospital Universitario Central de Asturias (H.U.C.A) (C/Celestino Villamil) en Oviedo. El estudio se realizó sobre las siguientes unidades:

- UCI Pediátrica (que comprende la UCI propiamente dicha y la unidad de cuidados intermedios). Ubicada en la 2ª planta del edificio materno-infantil.
- Urgencias de Pediatría. Ubicada en la planta del edificio materno-infantil.

POBLACIÓN A ESTUDIO

Como se ha comentado, la encuesta se realizó en las áreas de UCI Pediátrica y Urgencias de Pediatría. La encuesta fue voluntaria. Finalmente, una vez recogidas las encuestas rellenas, la población a estudio está compuesta por 94 profesionales entre médicos, médicos interno residentes, enfermeros y auxiliares de enfermería.

DATOS RELACIONADOS CON LAS ENCUESTAS

Las encuestas incluían en su extremo superior derecho el nombre de la unidad a la que pertenecía el trabajador que la realizaba, de manera que nos permitiese hacer una posterior clasificación por servicios a la hora de analizar los datos.

VARIABLES ESTUDIADAS

Las preguntas (variables) del cuestionario original fueron reagrupadas en un total de 12 dimensiones para simplificar la tarea de extracción de resultados en la fase posterior. Con esta reagrupación el análisis de las respuestas cobra sentido tanto para cada ítem en particular, como para cada dimensión en su conjunto.

Resultados de la cultura de seguridad:

1. Frecuencia de eventos notificados: preguntas 40, 41 y 42 del cuestionario.
2. Percepción de seguridad: preguntas 10, 15, 17 y 18.

Dimensiones de la cultura de seguridad en la unidad o servicio:

3. Expectativas y acciones de la dirección y/o supervisión en la unidad que favorecen la seguridad: preguntas 19, 20, 21 y 22.
4. Aprendizaje, organización y mejora continua: preguntas 6, 9 y 13.
5. Trabajo en equipo: preguntas 1, 3, 4 y 11.
6. Franqueza en la comunicación: preguntas 35, 37 y 39.
7. Feed-back y comunicación sobre los errores: preguntas 34, 36 y 38.
8. Respuesta no punitiva sobre los errores: preguntas 8, 12 y 16.
9. Dotación de personal: preguntas 2, 5, 7 y 14.
10. Apoyo de la gerencia en la seguridad del paciente: preguntas 23, 30 y 31.

Dimensiones de la cultura de seguridad a nivel de todo el hospital:

11. Trabajo en equipo entre unidades: preguntas 24, 26, 28 y 32.
12. Problemas en cambios de turno y transiciones entre unidades y servicios: preguntas 25, 27, 29 y 33.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos fueron introducidos en una base creada para tal fin en el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Statistics versión 18, para su posterior análisis.

4 Resultados

RESULTADOS GLOBALES DE LA ENCUESTA POR DIMENSIONES.

1. FRECUENCIA DE EVENTOS NOTIFICADOS

Los datos analizados revelan que casi un 50% de los encuestados opinan que los errores que tienen lugar en la práctica clínica son notificados frecuente (34%) o muy frecuentemente (15%). Estos errores comprenden los que son descubiertos y corregidos antes de que afecten al paciente, los errores que previsiblemente no van a dañar al paciente, y los errores que no han tenido consecuencias adversas, aunque previsiblemente podrían haber dañado al paciente. En el otro extremo encontramos que aproximadamente un 10% cree que las notificaciones se realizan de forma errónea. El 36% de la población encuestada se posiciona de manera indiferente en este apartado.

2. PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD

La percepción de seguridad es analizada en la encuesta por el aumento del ritmo de trabajo (aunque implique disminuir la seguridad del paciente), los procedimientos y medios de trabajo, los fallos causales y problemas generales de seguridad del paciente. En este punto las opiniones del personal son muy homogéneas dividiéndose casi la totalidad de los resultados en una buena percepción de la seguridad (50%) y en una percepción intermedia.

3. EXPECTATIVAS Y ACCIONES DE LA DIRECCIÓN Y/O SUPERVISIÓN

Se entiende por expectativas y acciones de la dirección: la satisfacción manifiesta de los mandos ante conductas de seguridad, la consideración que tienen ante sugerencias que se proponen para mejorarla, y la actitud que adoptan cuando aumenta la presión de trabajo y ante problemas de seguridad. En este apartado, más del 50% de los encuestados considera que las acciones de la dirección son correctas. Cabe destacar que solo el 1% cree que las acciones de la dirección son malas.

4. APRENDIZAJE, ORGANIZACIÓN Y MEJORA CONTINUA

Casi un 48% de los encuestados opina que hay actividades dirigidas a mejorar la seguridad del paciente, que se llevan a cabo medidas apropiadas cuando se detecta algún fallo en la atención al paciente para evitar que ocurra de nuevo y que los cambios realizados para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad. Tan sólo un 9% no está de acuerdo con el modo en que se maneja esta dimensión de aprendizaje y mejora continua en su unidad.

5. TRABAJO EN EQUIPO

Más de un 85% de los resultados avalan la opinión positiva que tienen del trabajo en equipo los encuestados. Ese 85% podemos desglosarlo en un 60% de opiniones

buenas y más de un 25% de opiniones muy buenas.

6. FRANQUEZA EN LA COMUNICACIÓN

¿Puede el personal del área de gestión clínica de pediatría hablar con total libertad de aspectos negativos en la atención al paciente? ¿Y cuestionar las decisiones de sus superiores? El 35% piensa que puede expresarse con franqueza, sin miedo a que eso repercuta en su contra. En cambio más de un 10% opina que no puede emitir valoraciones libremente y otro porcentaje similar evita pronunciarse a este respecto.

7. FEEDBACK Y COMUNICACIÓN SOBRE ERRORES

El 38% tiene una opinión indiferente de esta dimensión; siendo un porcentaje igual de encuestados el que opina que la comunicación es buena cuando se notifica algún incidente, cuando se informa de los errores que tienen lugar en la unidad y cuando se discute sobre cómo prevenir algún error.

8. RESPUESTA NO PUNITIVA

Los resultados reflejan que más de un 25% de los encuestados considera que si los compañeros o superiores se enteran de que se ha cometido un error se usa en su contra, al igual que se buscan culpables cuando se detecta algún fallo, antes que conocer la causa del mismo. Un 15% opina que no es así, y que en su unidad no hay una respuesta punitiva a los errores, y un 50% se mantiene al margen en esta cuestión.

9. DOTACIÓN DE PERSONAL

El 35% de los encuestados opina que hay suficiente personal para afrontar la carga de trabajo, y no hay demasiado personal eventual o sustituto que propicie que no se dé la mejor atención a los pacientes.

El 11% estaría a favor de aumentar el número de la plantilla, adecuándola a la actual carga de trabajo de su unidad.

Casi un 48% de los encuestados tiene una opinión indiferente en este apartado.

10. APOYO DE LA GERENCIA

En este ámbito los resultados están muy repartidos.

Casi el 31% de los encuestados no cree que la gerencia del hospital facilite un clima laboral que propicie la seguridad del paciente, ni que demuestre con hechos que la seguridad del paciente es una de sus prioridades. Además opina que sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente. Casi un 40% tiene una opinión de indiferencia; y un 25% se muestra de acuerdo con las acciones de la misma.

11. TRABAJO EN EQUIPO ENTRE UNIDADES

Casi el 32% de los encuestados opina que existe una buena coordinación entre las distintas unidades y servicios que tienen que trabajar conjuntamente para

prestar la mejor atención al paciente. El 50% tiene una posición neutral mientras que casi un 14% tiene una mala opinión del trabajo en equipo entre unidades.

12. PROBLEMAS EN CAMBIOS DE TURNO Y TRANSICIONES

El 43% de los encuestados cree que no hay pérdida de información ni problemas en la atención al paciente durante los cambios de turno que tienen lugar 3 veces al día en las unidades. El 35% de los encuestados tiene una opinión indiferente en esta dimensión, mientras que solo un 10% cree que existen problemas en los cambios de turno y transiciones.

5 Discusión-Conclusión

- Apoyo de la gerencia es el ámbito peor valorado a nivel global, seguido muy de cerca por el ámbito Respuesta no punitiva.
- Trabajo en equipo es el ámbito mejor valorado a nivel global.
- Los resultados obtenidos por unidades muestran que los ámbitos mejor y peor valorados coinciden con los reflejados en los resultados globales.
- Los resultados obtenidos para las categorías profesionales de médicos y enfermeros muestran que los ámbitos mejor y peor valorados coinciden con los reflejados en los resultados globales.

6 Bibliografía

- 1."Nueve soluciones para la seguridad del paciente ".Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra. c2007. [cited 12 Mayo 2014].
- 2.Comite of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care. Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms. Council of Europe. 2005. [cited 10-15 Mayo 2014].
3. Seguridad del paciente. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Ginebra. [cited 16 Mayo 2014].
4. García-Barbero, M. La alianza mundial para la seguridad del paciente. Fundación Medicina y humanidades médicas. [Internet]. [Cited 17 Mayo 2014].
5. World Alliance for Patient Safety. The second global patient safety challenge. United states of America: World Health Organization 2008. [Internet]. [Cited 17 Mayo 2014].
6. Jeffs L, Law M, Baker G.R. Creating reporting and learning cultures in health-care organizations. Can Nurse. 2007;103:16-7.
7. Nieva VF, Sorra J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. QualSaf Health Care. 2003;12(Suppl 2):ii17-23.

8. User's guide: Hospital survey on patient safety culture [cited 22 MAyo 2014]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/qual/patient_safetyculture/usergd.htm.
9. Blegen MA, Gearhart S, O'Brien R, Sehgal NL, Alldredge B.K. AHRQ's hospital survey on patient safety culture: psychometric analyses. *J PatientSaf.* 2009;5:139-44.
10. Cuestionario sobre seguridad de los pacientes: versión española del Hospital SurveyonPatient Safety. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005 [citado 15 Enero 2014].

Capítulo 99

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL DOLOR. EVOLUCIÓN Y NOVEDADES.

TAMARA BELLOSO CUESTA

ALBA GONZÁLEZ DÍAZ

1 Introducción

La percepción del dolor consta de un sistema neuronal sensitivo (nocioceptores) y unas vías nerviosas aferentes que responden a estímulos nociocéptivos tisulares; la nociocépción puede estar influida por otros factores, como los psicológicos.

El dolor se suele considerar exclusivamente como un síntoma de una enfermedad, sin embargo, el dolor crónico suele presentarse conjuntamente con todo tipo de emociones, por lo que conviene conceptualizarlo con una visión holística que aconseja un tratamiento interdisciplinar, en el que colaboren conjuntamente todos los profesionales.

Es un fenómeno complejo y multidimensional en el que el individuo no sólo tiene una experiencia perceptiva, sino también afectiva, condicionada por múltiples elementos interactivos (biológicos, psíquicos y socioculturales). Las variables cognitivas y emocionales, concretamente la ansiedad, la tristeza y la ira, parecen explicar mejor las variables de personalidad y las diferencias individuales en cuanto a percepción y tolerancia al dolor. Así mismo, la falta de expresión emocional se ha relacionado claramente con una mayor experiencia dolorosa.

En la evaluación del dolor, sobre todo en el dolor crónico, hay que considerar que éste tiene un impacto extraordinario, promoviendo la aparición de alteraciones

afectivas y de conducta, signos vegetativos, trastornos del sueño, aislamiento social y pérdida de capacidad funcional.

El equipo de salud, los pacientes y sus familias pueden desarrollar en conjunto, un plan de cuidados en el que las decisiones de los pacientes sean tomadas en cuenta y también puedan ejecutar una rutina que reduzca la ansiedad y los cambios constantes.

2 Objetivos

- Analizar la evolución del dolor a lo largo de la historia, definir los conceptos, así como los diferentes métodos utilizados en la actualidad, investigando los problemas que surgen en el tratamiento del dolor, tomando como tema elemental el aspecto emocional y psicológico.
- Estudiar cómo los cuidados necesarios en el tratamiento del dolor constituyen un fenómeno evasivo que contiene unos conocimientos que pueden proporcionar una base sólida para que el personal de enfermería los utilice de modo específico y particular para mantener la salud, realizando unas técnicas adecuadas, para evitar cometer errores, realizándose un tratamiento de calidad teniendo en cuenta todos los signos y síntomas del dolor, teniendo en cuenta y sin dejar de lado el estado psicológico del paciente, efectuando un enfoque integral.

3 Metodología

En este trabajo se ha efectuado un análisis del dolor a través de la historia, pudiendo comprobar los diversos métodos, con los que en la actualidad los profesionales pueden contar, para el control de un gran enemigo de la sociedad, el dolor, para ello se ha realizado la búsqueda bibliográfica que se llevó a cabo mediante el metabuscador EBSCOhost y las siguientes bases de datos: PUBMED, CINAHL y ACADEMIC SEARCH.

Para encontrar los máximos artículos posibles sobre el tema se realizaron varias combinaciones con los términos: evolución, dolor, tratamiento, terapias no farmacológicas, psicológico, a fin de abarcar la máxima información posible.

4 Resultados

Historia y evolución del dolor:

La enfermedad y el dolor han acompañado al hombre a lo largo de toda su historia. Las habilidades para paliar el dolor, ahora llamadas anestesia y analgesia, son ciencias tan antiguas como la propia humanidad. Etimológicamente “pain”, en inglés, deriva de “poena” en latín, que significa “castigo” y “paciente” deriva del latín “patior”: el que aguanta o soporta sufrimiento o dolor.

Para entender y estudiar el dolor necesitamos conocer cómo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo, el significado, la forma de paliar el dolor, y como siempre ha estado relacionado con el estado psicológico del paciente.

Primitiva:

El hombre primitivo creía que el dolor estaba localizado en el cuerpo y que lo causaban demonios, humores malignos o espíritus de muertos que entraban en el cuerpo a través de orificios. Por tanto, tapaban o sacaban por ellos a los espíritus malignos. El hombre del Neolítico hace más de 9.000 años atacaba el dolor desde el aspecto físico, con plantas, sangre de animales, así como frío y calor. Desde el punto de vista psíquico mediante ritos mágicos, hechizos y comunicación con dioses.

Sumeria:

Los sumerios, en el año 4000 a.C., empleaban el hulgil o planta de la alegría, como llamaban a la adormidera. Esta es la primera referencia histórica que poseemos del uso de opio.

Periodo mesopotámico:

Unos 3.000 años a.C. en la civilización mesopotámica denominaban “Asu” a su “médico” encargado de realizar exorcismos para aliviar el dolor. Decían oraciones para conseguir el perdón de los dioses, a la vez que empezaban a utilizar hojas de mirto. Hoy en día, se tiene conocimiento de sus propiedades analgésicas por contener precursores del ácido acetilsalicílico. El dolor se consideraba un castigo divino. Los tratamientos médico-quirúrgicos y honorarios médicos estaban regidos por el Código de Hammurabi.

Siria:

Los sirios realizaban circuncisiones con una “peculiar técnica anestésica” consistente en la compresión bilateral de las arterias carótidas a nivel del cuello para producir una isquemia cerebral y la aparición de un estado comatoso lo cual era aprovechado para la cirugía y alivio del dolor.

Antiguo Egipto:

El dolor era percibido para esta sociedad como un castigo de los dioses Sekhament

y Seth. Consideraban el orificio nasal izquierdo y los oídos como las vías de entrada de la enfermedad y de la muerte, con lo que el tratamiento obvio era purgar dicho “dolor” a través de esas vías. No obstante, existen pruebas donde reflejan el uso de plantas para la curación del “mal”, el Papiro de Ebers (1550 a.C.), describe con gran detalle el empleo del opio como tratamiento para las cefaleas del dios Ra. Las civilizaciones del antiguo Egipto (1000-1500 a.C.) comenzaron a usar narcóticos vegetales, como adormidera, mandrágora y el cannabis (hachís) (Papiro de Hearst) que se cultivaban en India y Persia. Administraban a sus hijos adormidera mezclada con una pasta de insectos y cebada para poder dormir durante la noche.

Indígenas americanos:

Durante los años 400-700 a.C. los incas peruanos tenían la creencia de que la hoja de coca representaba un regalo de Manco Capac, hijo del dios del Sol, en compensación por todo el sufrimiento humano. Este regalo producía “satisfacción al hambriento, vigor al cansado y olvido de las miserias al desdichado”. Empaquetaban las hojas en forma de bola llamada “cocada”. Las cocadas eran vertidas sobre la herida quirúrgica, mezcladas con cal o ceniza y saliva del cirujano, para producir analgesia. Podríamos considerarlo como el principio de la “anestesia local”, llegando incluso a realizar trepanaciones con esta primitiva técnica. En toda Sudamérica existían tribus, en su mayoría nómadas, donde la coca estaba muy difundida. Las características fundamentales de su medicina fueron las de todos los pueblos primitivos, entre mágica y empírica. El hechicero jugaba un papel básico al aplacar los espíritus.

Matacos:

En Argentina para ser curandero, hechicero, hombre médico, era necesario ser viejo y feo.

Los pampas. Los que tenían condición de afeminados, se les iniciaba desde niños en las prácticas curandiles, porque los creían poseídos por los demonios.

Los patagones y guaraníes (Paraguay):

Usaban hierbas curativas, flebotomías y sangrías. Para disminuir el dolor, efectuaban la operación denominada “catatun”, que consistía en tomar entre dos dedos la parte saliente de la piel del enfermo, levantarla cuanto podían y pasar un cuchillo de una a otra parte, dejándola sangrar un poco.

Los araucanos (Chile):

Empleaban para la anestesia las flores de la maya o *Datura ferox*, cuyo principio activo es la escopolamina acompañada de cantidades menores de hiosciamina y

atropina. Una medicación parecida (morfina y escopolamina) es usada hoy en día como premedicación parenteral en nuestros hospitales.

Los mayas (México):

Daban estramonio (que contiene diversos alcaloides del tipo de la atropina y de la escopolamina) a mujeres como “anestésico en el acto del parto, para paliar el dolor”. La cultura maya promulgaba el dolor como sinónimo de muerte.

Siglo XVIII en adelante:

Debido al gran avance en las ciencias paramédicas como anatomía, física o química, es en este siglo cuando se pasa de un tratamiento analgésico-anestésico completamente empírico a una época científica, la cual, perdura hasta nuestros días. En estos tiempos, se centraban más en el estudio y la investigación del tratamiento farmacológico, por tanto se dejó a un lado el análisis del dolor psicológico y el estado mental de los pacientes para la búsqueda con ansia del tema elemental que más les preocupaba, encontrar la medicación eficaz para eliminar el dolor.

El nacimiento de “la anestesia moderna” y la “analgesia farmacológica” marcó esta época.

Europa:

Durante el siglo XVIII aparecen dos corrientes originales frente al dolor; el mesmerismo, basada en un dudoso poder curativo de las manos y otra fundamentada en los avances de química moderna, concretamente en el campo de los gases. Estos últimos van a impulsar el desarrollo de la anestesia.

El término anestesia apareció subsecuentemente en “An Universal Etymological English Dictionary” de Bailey (1721), como “un defecto de sensación”, y en la Enciclopedia Británica (1771) como “privación de los sentidos”.

En 1774 el sacerdote inglés, Joseph Priestley, teniendo referencia de los estudios de Boyle, descubre y prepara el oxígeno, óxido nitroso y el nítrico, etc. Nace, así, la neumoterapia, difundiéndose por toda Europa durante este siglo. Curry, en Inglaterra (1792), realiza por primera vez una intubación endotraqueal, sirviéndose exclusivamente de sus manos.

J. Hipólito Unanue, en 1794, en Lima, escribió su primer ensayo químico acerca de la planta de coca: “sobre el cultivo y virtudes de la famosa planta del Perú llamada Coca”.

Durante más de 20 años, se considera el óxido nitroso mortal, pero en 1796, Humphry Davy, aprendiz de farmacia y ayudante de cirugía, decide aspirar el gas.

En vez de fallecer, experimentó una serie de sensaciones placenteras y extraordinarias. Un día, inhaló el gas (nitrous oxide) varias veces para mitigar el dolor de una afección dental, dándose cuenta que era analgésico, podía masticar y además, no podía parar de reír. Davy afirmaba que el óxido nitroso parecía capaz de calmar el dolor físico y podía ser usado con ventaja en las intervenciones quirúrgicas. Este gas empezó a ser popular entre algún sector de la sociedad por sus "propiedades hilarantes" utilizándose a modo de diversión "ether parties" (fiestas de éter). El gas perdió credibilidad médica, fracasando de esta forma toda la corriente neumológica existente. H. Davy abandonó la "anestesia" dedicándose a la investigación de la física y química pura.

Siglo XIX:

Gay Lussac recibió la aparición de la morfina con entusiasmo, considerándolo "el medicamento más notable descubierto por el hombre". P. Syng, en Estados Unidos (1800), describió las dosis tóxicas de alcohol para reducir fracturas que también eran utilizadas por los dentistas.

1818. Michael Faraday, gran químico y físico inglés, alumno de Humphry Davy, publicó: "si se inhala la mezcla de vapores de éter con aire común se producen efectos similares a los observados por el óxido nitroso".

1823. El joven médico y cirujano británico Henry Hill Hickmann, no tenía el valor para soportar los gritos de los pacientes durante las operaciones quirúrgicas. Llevó a la práctica ciertos ensayos consistentes en anestesiar animales y operarles en estado de inconsciencia, inhalando CO₂. Nunca le fue permitido el uso en humanos, intentado demostraciones en Londres y París.

En Alemania se abre un nuevo campo a la investigación de principios activos procedentes de plantas.

Serturmer, farmacéutico de Westphalia, se dio cuenta que al tratar el opio con amoníaco observaba unos cristales blancos, que purificó con ácido sulfúrico y alcohol. Estos "residuos" producían sueño en los animales, lo denominó morfium (1804) en honor al dios del sueño Morfeo.

En 1827, E. Merck & Company comercializó por primera vez la morfina.

1842. Crawford Williamson Long: 30 de marzo, en Jefferson, Georgia, EE.UU., un modesto médico y dentista rural de 27 años extrajo a un paciente, un tumor en el cuello después de adormilarlo con éter hasta el punto de no sentir nada. Por primera vez en la historia del hombre pudo decirse: "se acabó el dolor".

Actualmente en EE.UU. se conmemora el 30 de marzo como "día del médico" en honor a Long y a su descubrimiento.

Muller establece en 1840 la importancia del sistema nervioso en la transmisión del dolor, poniendo las bases de la moderna neurofisiología.

Horacio Wells, se merece el honor de ser uno de los pilares de la anestesia moderna. En 1844, mientras presenciaba una exhibición pública de gas hilarante (óxido nitroso) realizada por Galdiner Quincy Colton, observó cómo uno de los presentes no padecía dolor alguno después de haber inhalado y haberse destrozado uno de sus muslos en una caída. Intrigado y buscando paliar el dolor de sus pacientes, inhaló él mismo el gas y se dejó extraer un diente por otro dentista sin dolor alguno. Había nacido la anestesia moderna.

Entusiasmado por el descubrimiento se dirigió al Hospital de Harvard (Massachusetts) donde consiguió permiso, en enero de 1885, para realizar una demostración. Esta resulta un rotundo fracaso, el paciente en mitad de la cirugía (extracción dentaria) empezó a gritar de dolor. Wells fue expulsado, tachándole de impostor y farsante. Nuevos intentos en su ciudad le llevaron a administrar excesivas dosis de gas, provocando grandes sustos y fracasos.

- 28 enero 1847: Diego de Argumosa y de Obregón: primera anestesia con éter en Madrid, España, para drenar un absceso parotídeo.
- Enero 1847: primera anestesia con éter en Alemania (J. F. Heyfelder).
- 7 febrero 1847: anestesia con "letheon" en Moscú (F. I. Inozemtsev).
- 24 febrero 1847: T. Billroth, primer cirujano que operó el abdomen abierto con anestesia general. Este hecho hizo de Viena la capital de la cirugía mundial.
- Julio de 1847: Bierkowski, primera anestesia general con éter en Polonia.

En la segunda mitad del siglo XIX:

Se producen grandes descubrimientos farmacológicos y es remarcable el gran despegue de la morfina y coca en todo el mundo. Como anestésico local, J. Arnott en 1852, emplea una mezcla de hielo y sal en la zona quirúrgica.

El opio fue introducido en el Imperio Británico por los romanos y a través de cruzadas realizadas durante los siglos XI al XIII por el Medio Oriente.

El auge de la morfina:

Erróneamente se tiende a asociar el opio a la cultura china, pero su introducción fue mínima durante el siglo IX. El opio fue utilizado por el Imperio Británico como moneda de cambio en la importación de té durante el siglo XVIII; es aquí cuando se produce el gran consumo en la población china. Sobre el año 1830 los británicos habían recaudado cerca de 12 millones de dólares al año. La popularidad del opio y su consumo se disparó en los siglos XVIII-XIX, era barato, de libre circulación,

e incluso bebido sustituyendo a la ginebra en altas clases sociales.

El despertar de la coca:

Tal fue su difusión que en 1909 había en EE.UU. 69 bebidas que tenían coca en su composición. Entre ellas la "Coca-Cola", que más tarde sustituiría este producto por cafeína.

En España fue ampliamente usado el N₂O y la morfina por dentistas desde 1869-1895. Gran pionero en esta técnica fue el odontólogo Luis Subirana Matas (1871-1938).

Paralelamente al despertar de la morfina, se bifurcan teorías sobre dolor; Schiff (1858), Donaldson (1882) y Von Frey en 1894 defienden que el dolor es una sensación equiparable a cualquier otro de los sentidos, perpetuando así la teoría de Avicena y Descartes. Esta era la teoría de la especificidad o sensorial. Una segunda teoría defendida por Godscheider, inicialmente formulada por Erasmus Darwin basada en criterios Aristotélicos, decía que el dolor nacía de la excesiva estimulación del sentido del tacto, presión, frío o calor: teoría de la intensidad.

1898. Augusto K. G. Bier, alemán, introduce la anestesia raquídea, inyectando a su asistente y a sí mismo cristales de cocaína. El 16 de agosto, aplicó 3 ml de cocaína 0,5% en espacio espinal para una amputación miembro inferior.

Siglo XX:

1900. Schlosser practicó la "fenolización" de nervios periféricos como analgesia y Alfred Einhorn sintetiza el primer anestésico local sintético: la novocaína en 1904. Debido a la catastrófica Guerra Mundial Beecher investigó la respuesta al placebo (1946), así como observaciones sobre el dolor en los heridos de la Segunda Guerra Mundial. Dio lugar a que la comunidad médica pensara en el dolor como un producto de factores físicos-psíquicos.

J. Bonica y Alexander fueron los primeros clínicos en apreciar la dificultad de tratar el dolor y plantean la posibilidad de hacerlo en "equipo".

Melzack y Wall publican la teoría del gate control en 1965. Se reconoció el sistema nervioso como modulador de la información sensorial tanto en las sinapsis primarias como en el cerebro. Describieron las vías nerviosas del dolor y establecieron la existencia del sistema nervioso central y periférico.

España:

El tratamiento del dolor, como unidad independiente, se inicia a partir de 1966 de la mano del Dr. Madrid Arias que, tras su especialización con J. Bonica, comienza sus actividades en el seno del Servicio de Anestesiología y Reanimación de la

Clínica de la Concepción, Fundación Jiménez Díaz de Madrid. En el año 1982 se crea una Unidad Piloto para el Estudio y Tratamiento del Dolor en el Hospital 12 de Octubre, Madrid.

En Cataluña la primera clínica del dolor se creó en 1976 en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, gracias al esfuerzo y bienhacer de los Dres. Barutell, González-Durán y Vidal. En octubre de 1986 se publica la primera revista especializada en lengua española, Dolor.

En junio de 1991 tiene lugar en Madrid la fundación de la Sociedad Española del Dolor (SED), capítulo español de la IASP, que desarrolla un importante papel en la difusión de todo lo relacionado con el tratamiento del dolor.

En 1994 se inicia la publicación de la Revista de la Sociedad Española del Dolor, convirtiéndose en poco tiempo en la revista más difundida sobre dolor en español, pocos años más tarde se crea la página web de la Sociedad.

Trabajos como el de Clifford Wolf y Bennett puntualizando el importante papel de los receptores N-Metil.D.Aspartato en la génesis de un estado de sensibilización central, produciendo dolor crónico, en 1991, investigaciones en nuevos mediadores de la inflamación como los canales de sodio y calcio.

Como vemos desde su propio nacimiento, la humanidad viene luchando contra el dolor, y contra la influencia del dolor en todos los aspectos del ser humano, no solo hablando como algo físico si no como algo que también afecta al estado anímico y espiritual. Este compañero innato de la vida, que la acompaña desde el origen -tal como legitima la bíblica frase "Parirás con dolor"- también fue definido con cierta poesía por Albert Schweitzer que lo llamó "el más terrible de los Señores de la Humanidad". Tan antiguo es su tratamiento que en "La Odisea", Homero describe acerca de un medicamento que "tomado con el vino producía el absoluto olvido de las penas".

El dolor y su tratamiento a través de la historia se ha intentado tratar con múltiples aportaciones y descubrimientos hasta llegar a la actualidad, donde nos encontramos con los medios adecuados, con múltiples tratamientos farmacológicos, técnicas y nuevas investigaciones para seguir salvando las dificultades que diariamente se nos presentan en nuestras unidades. Por eso es necesario conocer y analizar cada uno de los tipos de dolor, características, procedimientos que hoy en día nos encontramos, que hacen que sea posible un tratamiento específico e individualizado para cada paciente, adaptándonos a sus necesidades.

Tipos de dolor:

La clasificación del dolor la podemos hacer atendiendo a su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y, finalmente, según la farmacología.

- Según su duración:

Agudo: Limitado en el tiempo, con escaso componente psicológico. Ejemplos lo constituyen la perforación de víscera hueca, el dolor neuropático y el dolor musculoesquelético en relación a fracturas patológicas.

Crónico: Ilimitado en su duración, se acompaña de componente psicológico. Es el dolor típico del paciente con cáncer.

- Según su patogenia:

Neuropático: Está producido por estímulo directo del sistema nervioso central o por lesión de vías nerviosas periféricas. Se describe como punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia. Son ejemplos de dolor neuropático la plexopatía braquial o lumbo-sacra post-irradiación, la neuropatía periférica post-quimioterapia y/o post-radioterapia y la compresión medular.

Nocioceptivo: Este tipo de dolor es el más frecuente y se divide en somático y visceral que detallaremos a continuación.

Psicógeno: Interviene el ambiente psico-social que rodea al individuo. Es típico la necesidad de un aumento constante de las dosis de analgésicos con escasa eficacia.

- Según la localización:

Somático: Se produce por la excitación anormal de nociceptores somáticos superficiales o profundos (piel, musculoesquelético, vasos, etc). Es un dolor localizado, punzante y que se irradia siguiendo trayectos nerviosos. El más frecuente es el dolor óseo producido por metástasis óseas. El tratamiento debe incluir un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).

Visceral: Se produce por la excitación anormal de nociceptores viscerales. Este dolor se localiza mal, es continuo y profundo. Asimismo puede irradiarse a zonas alejadas al lugar donde se originó. Frecuentemente se acompaña de síntomas neurovegetativos. Son ejemplos de dolor visceral los dolores de tipo cólico, metástasis hepáticas y cáncer pancreático. Este dolor responde bien al tratamiento con opioides.

- Según el curso:

Continuo: Persistente a lo largo del día y no desaparece.

Irruptivo: Exacerbación transitoria del dolor en pacientes bien controlados con

dolor de fondo estable. El dolor incidental es un subtipo del dolor irruptivo inducido por el movimiento o alguna acción voluntaria del paciente.

- Según la intensidad:

Leve: Puede realizar actividades habituales.

Moderado: Interfiere con las actividades habituales. Precisa tratamiento con opioides menores.

Severo: Interfiere con el descanso. Precisa opioides mayores.

- Según factores pronósticos de control del dolor:

El dolor difícil (o complejo) es el que no responde a la estrategia analgésica habitual (escala analgésica de la OMS). El Edmonton Staging System pronostica el dolor de difícil control.

- Según la farmacología:

Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos.

Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo (además son útiles los AINE) y el dolor por compresión de nervios periféricos (es conveniente asociar un esteroide).

Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos (responde a antidepresivos o anticonvulsivos)

Se puede considerar el dolor como la gran plaga de la humanidad, presentando una alta incidencia en los países desarrollados debido a dos factores fundamentales:

- Las mayores perspectivas de vida, con el aumento, consiguiente, de la edad media de la población.

- La demanda de una mayor calidad de vida por parte de la sociedad de estos países desarrollados, destacando en el concepto de calidad de vida la ausencia de sufrimiento.

El dolor es el cuadro clínico que se nos presenta con mayor frecuencia en el trabajo de los profesionales; a pesar de ello, y de todos los tratamientos estudiados a lo largo de la historia como antes analizamos, su manejo no es el deseable.

Existen estudios que analizan las causas que lo provocan y van dirigidas a tres áreas fundamentales:

Profesionales.

- Escasa importancia en el período formativo.

- Dificultad para acceder a la literatura adecuada.
- Desconocimiento científico de los diferentes cuadros.
- Dificultades burocráticas en determinadas prescripciones.

Población.

- Escasa cultura sanitaria ,tabúes y miedos desmedidos a determinados fármacos.

Administración sanitaria

- Escasa sensibilidad a los pacientes afectos de dolor. 2. Mínimo apoyo a los profesionales en medios diagnósticos y terapéuticos y en formación.

Cuando el dolor se hace crónico puede tener un impacto devastador en todos los aspectos vitales de la persona que lo sufre:

Socialmente, porque se tienen que disminuir las relaciones sociales. Laboralmente, puede llegar a afectar a la capacidad de trabajar, produciendo un sentimiento de inutilidad y problemas económicos. En las relaciones de familia y de pareja, porque no se pueden cumplir las expectativas de nuestros seres queridos.

Un dolor crónico llega a hacer que las personas se planteen el para qué y el por qué de la vida. Normalmente tenemos la experiencia de que el dolor es pasajero y controlable; pero cuando aparece un dolor resistente, que no se pasa, nuestra concepción del mundo se tambalea. Surge entonces la necesidad de construir una nueva en la que tenga sentido la existencia de un dolor que no se puede evitar y en la que podamos dar cabida a:

Sensaciones corporales incontrolables.

Limitaciones en la capacidad corporal.

Pérdida de contacto social.

Problemas laborales que pueden incluir incertidumbre económica, etc.

Tratamiento del dolor:

La multidimensionalidad del dolor implica la necesidad de una intervención interdisciplinar, integral y coordinada entre los diferentes profesionales que forman los equipos asistenciales. Esta es una necesidad siempre pero, en el ámbito de los cuidados del paciente con dolor, constituye una exigencia imprescindible para que el esfuerzo asistencial alcance su objetivo último, el bienestar del paciente.

En el contexto de la enfermedad terminal y los cuidados paliativos, el dolor constituye un síntoma preponderante, responsable de una buena parte de la pérdida de confortabilidad y de la merma funcional en el paciente.

El significado del dolor es diferente para cada persona y situación: disminución de la autonomía, amenaza y sufrimiento, mal pronóstico, muerte cercana, pérdida de la calidad de vida, dependencia, etc. Además, las respuestas del paciente ante

el dolor no van a depender únicamente del estímulo nocivo o del daño en alguna parte del cuerpo, si no que factores relacionados con las características personales de cada individuo, experiencias previas y creencias, tanto las propias como las del núcleo social y cultural al que se pertenece, condicionan la respuesta final.

- Tratamiento farmacológico

Hay que asegurarse de que la elección de analgésicos se adapta a cada persona, teniendo en cuenta el tipo de dolor (agudo o crónico, irruptivo, nociceptivo, neuropático,...), la intensidad del dolor, los factores que influyen en la toxicidad del analgésico (la edad, enfermedad...), el estado general de salud, los problemas concomitantes de salud, la respuesta a la medicación previa o actual, los costes para el paciente, la familia y el lugar donde se realizan los cuidados.

Escala analgésica de la O.M.S :

- La cuantificación de la intensidad del dolor es esencial en el manejo y seguimiento del dolor. Generalmente se utilizan escalas unidimensionales como la escala verbal numérica ó la escala visual analógica (EVA).
- La subida de escalón depende del fallo al escalón anterior. En primer lugar se prescriben los analgésicos del primer escalón. Si no mejora, se pasará a los analgésicos del segundo escalón, combinados con los del primer escalón más algún coadyuvante si es necesario. Si no mejora el paciente, se iniciarán los opioides potentes, combinados con los del primer escalón, con el coadyuvante si es necesario
- Si hay fallo en un escalón el intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el escalón 3).
- Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.
- La prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor y se deben mantener cuando se sube de escalón.
- No mezclar los opioides débiles con los potentes.
- Prescribir cobertura analgésica del dolor irruptivo.

Dentro del tratamiento farmacológico hay unos puntos clave, que se deben de seguir para alcanzar un resultado óptimo:

- Nunca se debe usar placebos pues, además de representar un comportamiento éticamente discutible, facilita la desconfianza del enfermo en el tratamiento y en el equipo de salud.
- La potencia del analgésico a utilizar la determinará la intensidad del dolor no el diagnóstico ni el pronóstico de la enfermedad.
- Siempre que sea posible se usará la vía oral, no obstante, se debe adecuar la

elección en función de las características del paciente, del dolor y de las opciones terapéuticas, debiéndose elegir aquella/s vía/s que ofrezca/n la

- mayor eficacia en el control del síndrome doloroso.
- La correcta administración de los analgésicos exige rigor en los horarios de administración para evitar oscilaciones en los niveles de eficacia. Hay que asegurarse de que el perfil del fármaco elegido se ajusta al patrón de evolución del dolor, no a la inversa.
- La percepción del dolor ejerce un efecto de “recuerdo permanente” de la enfermedad. Reducir esa percepción disminuye la cascada de anticipación y de sufrimiento que el dolor desencadena y facilita la mayor eficacia analgésica con las menores dosis.
- Hay que incrementar los esfuerzos de educación y formación de la población, en general, y, también, de los profesionales, en particular. El objetivo es desterrar mitos como “la morfina conduce a la drogadicción”, “un buen paciente tiene que saber aguantar el dolor”, o “si tomo más medicación, cuándo tenga más dolor no me hará efecto”.
- El uso de fármacos, en general, y analgésicos, en particular, debe apoyarse siempre mediante una “hoja de tratamiento” en la que quedan recogidos los nombres y pautas de todos los fármacos que se prescriben. Además, hay que explicar al paciente y/o cuidador principal los conceptos de “medicación pautada” para el control del dolor basal y “medicación a demanda o de rescate” para control de los posibles episodios de reagudización del dolor

Tratamiento no farmacológico:

El sentimiento de incompreensión del paciente, es un punto fundamental en la participación de los cuidados de enfermería del paciente con dolor. El enfermero/a suele ser el profesional más cercano al paciente, tanto cuando se encuentra ingresado como cuando está en su medio domiciliario. Además, también suele ser el profesional más cercano a los familiares, su participación en la educación sanitaria es clave en la modificación de hábitos y conductas, en la transmisión, interpretación y facilitación del cumplimiento de las órdenes terapéuticas y en la identificación de los factores que, derivados del entorno socio-familiar, pueden estar modulando e interfiriendo con el control sintomático que se pretende.

Dentro del equipo asistencial, estas cualidades, además de la adecuada formación, integración y participación, deben propiciar que la enfermería asuma un papel clave en el manejo del dolor.

Actualmente se esta viviendo un creciente interés respecto a la terapia de con-

tacto y otras alternativas no farmacológicas para abordar el dolor. Esta tendencia la vemos reflejada en la creación de instituciones dedicadas a la investigación intensa de ese área, como lo es El T.R.I. (Instituto de investigación del tacto) en Miami en E.E.U.U. que, si bien comenzaron con sus investigaciones en 1982, fue formalmente establecido por su directora la Dra. Tiffany Field en 1992. Es el primer instituto que se entregó totalmente a la investigación de solo esta disciplina y cuenta con representantes de las más prestigiosas universidades.

Andulación:

Dentro del conjunto de tratamientos contra el dolor crónico está cobrando auge esta terapia. Se trata de una tecnología que combina las propiedades terapéuticas de las vibraciones mecánicas con las capacidades antiinflamatorias del calor aplicado en profundidad.

Las vibraciones mecánicas y los infrarrojos crean microcorrientes eléctricas que llegan hasta las células para producir la molécula ATP. De esta manera se produce un aumento de la energía celular. Por otra parte, genera también una superposición neurofisiológica y hormonal sobre el dolor para aliviarlo, ayudando además a la liberación de endorfinas, que poseen efectos paliativos para el organismo.

En el mismo sentido, la Andulación favorece la activación de la circulación, renovando una vez más toda nuestra energía y contribuyendo a la relajación. Y aún puede ser mejor dado que el funcionamiento de esta tecnología activa el líquido linfático, garantizando mejorías en el metabolismo. Las vibraciones mecánicas crean unos estímulos positivos en el cuerpo que van aumentando de forma progresiva, de manera que acaban superponiéndose a los estímulos del dolor.

Además, un uso continuado de la técnica contribuye a que el cuerpo libere endorfinas, que actúan como analgésicos naturales y son responsables del sentimiento de bienestar, que influye, como estamos estudiando, directamente en la disminución del dolor psicológico.

El tratamiento puede recibirse en centros especializados, pero también puede aplicarse en el propio domicilio adquiriendo el dispositivo. Las sesiones suelen durar alrededor de 15 minutos y ayudan a conseguir un alivio del dolor, en algunos casos de forma inmediata. La terapia es muy útil para el tratamiento de la ciática, lumbalgia, dolores articulares, hernia discal, fibromialgia, estrés y cefaleas, entre otros trastornos.

La tecnología de Andulación se engloba dentro de los llamados tratamientos vi-

bracionales, de efectos ampliamente comprobados en una gran variedad de estudios médicos internacionales . Whole-body vibration, stochastic resonance, stochastic vibration, vibrotherapy o vibration therapy son algunas de las denominaciones que internacionalmente hacen referencia a los tratamientos vibracionales, entre los cuales se encuentra la tecnología de Andulación. La Andulación, con respecto a los tratamientos únicamente vibracionales, incorpora además el calor por infrarrojos y una postura idónea y relajada.

- Musicoterapia:

La musicoterapia no es un sustituto o alternativa a ninguna terapia ni sirve para curar ninguna enfermedad. Debe quedar claro que no podemos tratar el dolor con música, solamente. Es más correcto pensar en la musicoterapia como un tratamiento complementario. Son muchos y diversos los efectos beneficiosos de la música que se han identificado en varios estudios. La sabiduría popular nos dice que la música tiene un efecto ansiolítico siendo capaz de bajar el nivel de ansiedad. Se ha comprobado que la música suave puede disminuir el pulso, bajar la presión arterial, y disminuir los niveles de las hormonas de estrés.

En un estudio proveniente de Suecia, un grupo de 75 pacientes encaminados a cirugía, se dividieron en tres categorías. Al primer grupo se le tocó música mientras estaban dormidos bajo el efecto de anestesia general; el segundo grupo escuchó música después de despertar de la anestesia, mientras que el tercer grupo solo recibió morfina para el dolor y no se les tocó música. El grupo que escuchó música después de despertar de la anestesia tuvo menos ansiedad y además necesitó mucho menos morfina que los otros dos grupos.

Hay una extraordinaria cantidad de evidencia científica acerca del efecto de la musicoterapia en el tratamiento del dolor.

El objetivo principal en el contexto de cuidados paliativos para combatir el dolor es mejorar la calidad de vida de la persona mediante el alivio sintomático, abordar las necesidades psicológicas, ofrecer soporte y comodidad, facilitar la comunicación y conocer las necesidades espirituales. Es importante marcar bien la diferencia entre intervenciones musicales llevadas a cabo por profesionales médicos o sanitarios y aquellas implementadas por un musicoterapeuta entrenado. La evidencia indica que la musicoterapia realizada por un musicoterapeuta entrenado es más efectiva que la llevada a cabo por el personal sanitario. Esta diferencia podría atribuirse al hecho de que los musicoterapeutas individualizan sus intervenciones conociendo las necesidades específicas de cada paciente, implicándoles de una forma activa en la elección musical, utilizando la relación

terapéutica establecida con el paciente para cumplir con los objetivos clínicos y emplear un proceso terapéutico sistemático que incluye valoración, tratamiento y evaluación. En cambio, la musicoterapia realizada por profesionales sanitarios consiste en reproducir música ya grabada, sin llevar a cabo una individualización. Estas experiencias musicales incluyen:

- Escuchar música en directo, compuesta por el terapeuta, improvisada o ya grabada.
- Tocar música con instrumentos
- Improvisar música mediante la voz, instrumentos o ambos.
- Componer música
- Música combinada con otras modalidades como movimientos, imágenes, arte.

A pesar de toda esta evidencia, la musicoterapia no es un método usado comúnmente en el manejo del dolor, quizá porque es más fácil administrar una dosis de morfina que traer un músico a tocarle guitarra a un paciente.

- Acupuntura:

Práctica que consiste en la perforación de nervios periféricos específicos mediante agujas, para aliviar el malestar asociado a trastornos dolorosos, para inducir a anestesia quirúrgica y con fines terapéuticos.

Este procedimiento no es método que surja en la actualidad sino que fue originalmente introducido en China.

Los resultados de estudios realizados en modelos animales y en el hombre sobre los efectos neurológicos y endocrinos de la acupuntura y de la electroacupuntura entre fines de la década de 1960 y comienzos de la de 1970, ya iniciados en China, confirmaron la efectividad de la analgesia acupuntural. El descubrimiento de la relación con neuroquímicos, especialmente las endorfinas, comenzó a proveer las bases científicas para comprender sus mecanismos. Omura (1975-1978)(9) estudió los efectos benéficos acupunturales, incluyendo el analgésico, y afirma que se producen durante la fase de vasodilatación que es la tercera de tres fases (vasoconstricción, quasi-control y vasodilatación).

Hoy en día, la acupuntura es una terapéutica médica con comprobación científica basada en la estimulación neural periférica. Actúa en tres niveles del sistema nervioso central: espinal, troncoencefálico y diencefálico.

El sistema de neuromodulación de la nocicepción comprende: ciertos núcleos cerebrales, áreas del sistema límbico, moduladores peptídicos, neurotransmisores, hormonas. Grupos de investigadores sugieren que la acupuntura activa la expresión de los genes de los precursores de los péptidos opioides. Además,

podemos encontrarlo en otras formas, como la electroacupuntura que utiliza agujas de baja frecuencia estimuladas eléctricamente para la inducción de anestesia y analgesia. También se encuentra la acupresión, que utiliza principios similares pero sin agujas, se puede administrar con la presión local de los dedos o con bandas de presión.

El dolor tiene representación cortical y a ese nivel se realiza la integración final de los componentes discriminativos, sensoriales y afectivos. En la actualidad, pasamos al concepto de que la estimulación de la corteza puede provocar una sensación dolorosa. La sensación de dolor tiene dos componentes: discriminativo-sensorial, mediado por el complejo ventro-basal del tálamo y la corteza del cerebro, y afectivo-motivacional, mediado por núcleos talámicos mediales, el complejo posterior, núcleos intralaminares y submedio, zonas de corteza que comprenden regiones prefrontales y corteza supraorbital. Trabajos de investigación empleando diversos métodos mostraron que la acupuntura actuaría sobre estos dos componentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la eficacia de la acupuntura para aliviar el dolor, "probada en ensayos clínicos y en experimentos de laboratorio". Siempre y cuando, eso sí, la practiquen "profesionales calificados", pues según detalla la OMS: "En un estudio realizado por el Instituto Nacional de Investigaciones sobre Medicina Complementaria y Alternativa de Noruega se notificaron casos de neumotórax provocados por acupuntores no calificados".

Más de dos millones de españoles se han sometido al menos un tratamiento de acupuntura en los últimos 12 meses, según los datos del barómetro del CIS de febrero del 2018.

Efectos fisiológicos de la acupuntura.

Rev. Soc. Esp. Dolor 2013; 20(5): 263-277

- Terapias de masaje:

La mayoría de las personas que disfrutan de la terapia de masaje saben que libera endorfinas, los neurotransmisores positivos en nuestro cuerpo. Esta es una forma natural de activar la curación y el alivio del dolor. El masaje también reduce la hormona del estrés llamada cortisol y libera otros neuroquímicos positivos: la serotonina y la dopamina.

El Centro Nacional de Salud Complementaria e Integrativa, una división de los NIH, informa que se ha realizado una gran cantidad de investigación sobre la ter-

apia de masaje y sus efectos sobre la salud en los últimos años. Muchos estudios han encontrado beneficios claros sobre la reducción del dolor en pacientes con dolor de espalda, depresión e incluso cáncer.

Los investigadores señalan que los efectos beneficiosos son a menudo de corta duración, y los pacientes necesitan continuar la terapia para que los beneficios de salud permanezcan. NCCIH se refiere a nuevos estudios y ensayos clínicos financiados por la agencia gubernamental, del 2009 al 2012, que muestran que el masaje ayuda a reducir el dolor en aquellos con dolor lumbar, dolor de cuello crónico y osteoartritis de la rodilla.

Una revisión de los estudios en 2014 encontró que el masaje proporciona algún alivio del dolor en las mujeres durante el parto también.

Dentro de este tipo de terapia se encuentran distintas definiciones que se diferencian entre sí. En primer lugar se define la terapia de masaje propiamente dicha, esta incluye la aplicación de un masaje suave que se realiza de forma circular y apretando levemente, estimulando puntos gatillo miofasciales. De este modo, la liberación de los puntos gatillo conduce la presión localizada en los dedos hacia áreas localizadas dolorosas en los músculos para romper los ciclos de los espasmos y el dolor. El juicio personal del terapeuta dictará el ritmo, tipo y trazo, la secuencia, la mezcla de trazos, tiempo de permanencia en cada trazo, longitud del masaje y las zonas del cuerpo a masajear. Las zonas masajeadas con más frecuencia son el cuello, la parte superior de la espalda, brazos, manos, parte baja de las piernas y pies. Por otro lado, se encuentra otra modalidad llamada la "Técnica M", dicha "M" se refiere a que es una práctica manual. Se describe como un método sencillo de toque suave estructurado o caricias.

Cada movimiento y secuencia se realiza siguiendo patrones, presiones y ritmos de velocidad concretos que nunca cambian y funciona a nivel de los receptores de la piel que envían señales al cerebro. Estas señales se han descrito como meditación física. Esta técnica difiere del masaje en varios aspectos. Una diferencia importante entre el masaje mencionado anteriormente y la técnica M es la cantidad de tiempo necesario para el aprendizaje ya que el masaje requiere un largo período de estudio y práctica, mientras que la "técnica M" puede ser aprendida en muy pocos días, y la puede realizar cualquier profesional en sus unidades, lo que facilita el alivio del dolor sobre todo a nivel emocional, creando sensación de bienestar. Debido a la pequeña cantidad de presión aplicada, dicha técnica también puede ser más adecuada para las personas con piel frágil o que experimentan dolor con el tacto.

La “técnica M” implica una serie de tres movimientos de avance y retroceso de suaves toques. Los movimientos se aplican de acuerdo a una escala de presión con puntuaciones de 0 a 10, siendo 3 el nivel aceptado de presión.

- Reiki:

El Reiki proviene de un concepto llamado “energía curativa”, por tanto podemos continuar estudiando, con este método, la forma del alivio del dolor psicológico, está arraigada en la filosofía fundamental de las prácticas de salud tradicionales orientales, donde se cree que la enfermedad o la dolencia se debe a una obstrucción del flujo natural de la energía del cuerpo.

El Reiki se define como aquel método de energía natural que tiene la habilidad de curar a uno mismo y a los demás transmitiéndose mediante la iniciación o sintonización. Además, se afirma que la capacidad de realizar Reiki viene de recibir una iniciación, es decir, todas las técnicas de reiki son parte de un linaje transmitido de maestro a alumno. Esta energía no es guiada por la mente, sino por un “poder superior”, que en este contexto no tiene creencia religiosa, sino que hace referencia a una dimensión espiritual.

Por lo tanto, consiste en liberar la obstrucción de energía que hay en el cuerpo, lo que permite capacidades de curación innatas del cuerpo. Además incluye la transferencia de energía del practicante al paciente mediante canales y puntos de acupresión a lo largo del cuerpo. Éstos se presentan como vías que discurren tanto longitudinalmente como horizontalmente a lo largo del cuerpo humano y se consideran parte del sistema fisiológico. Esta terapia se realiza con el paciente vestido, ya sea acostado o sentado, mientras que las manos del practicante se colocan encima o ligeramente tocando el cuerpo del paciente.

Hay varios estudios científicos que confirman los efectos en nuestra Salud, mencionamos alguno de ellos:

- Estudios a largo plazo de Sanación del Instituto de Psicología Transpersonal. Adina Leah Goldman Shore, PhD, “Efectos a largo plazo de sistemas de sanación energética en síntomas de depresión psicológica y estrés auto percibido.” Instituto de Psicología Transpersonal, 2002.

La investigación examinó los efectos a largo plazo de Reiki, en síntomas de depresión psicológica y estrés auto percibido según los barremos del Beck Depression Inventory (BDI), Beck Hopelessness (HS) y escalas de Perceived Stress (PSS). Cincuenta participantes fueron asignados de forma aleatoria a uno de tres grupos: Sanación con las manos de Reiki (Grupo 1), Sanación sin manos de Reiki (Grupo

2) o un grupo placebo de Reiki a distancia (Grupo 3), sin saber cual era el método de tratamiento. Se tomaron datos antes del comienzo de tratamiento, después de los tratamientos pasado 6 semanas y un año después de finalizar los tratamientos. No existían diferencias significativas entre los grupos al comenzar el tratamiento, pero los grupos exhibieron notables diferencias después de los tratamientos comparado con los grupos de control en el área de reducción de síntomas de estrés y depresión. Un año después, estos resultados se mantuvieron. Como resultado de estas pruebas, la investigación recomienda la integración de sanación energética en sistemas tradicionales de salud.

- Usar Reiki para manejar el dolor: un informe preliminar. Instituto para la Cruzada contra el cáncer Olson K, Hanson J., Edmonton, Alta karino. El propósito de este estudio fue la de explorar la utilidad de Reiki como coadyuvante a la terapia de opiáceos en el manejo del dolor. Puesto que no podía hallarse ningún estudio en este área, se realizó un estudio experimental, el cual implicó a veinte voluntarios con dolor en 55 sitios por diversas razones, incluyendo cáncer. Todos los tratamientos de Reiki fueron proporcionados por un terapeuta certificado en RII (Reiki 2º Nivel). El dolor fue medido usando una escala análoga visual (VAS) y una escala de Likert inmediatamente antes y después el tratamiento de Reiki; ambos instrumentos demostraron una reducción altamente significativa del dolor ($p < 0.0001$) luego del tratamiento Reiki.

- Trabajo Científico-Tesis del psicobiólogo Dr. Ricardo Monezi Juliao.

La Investigación del Dr. Monezi la emprende en 2003. Quiso investigar sobre si había relación real entre la imposición de manos o Reiki y la mejoría en enfermedades, tratando de descartar la posibilidad de un efecto “placebo” en el tratamiento. Explica el Dr. Monezi que “El animal no tiene la preparación psicológica, la fe, las creencias y la empatía por el terapeuta, para a partir de la experimentación con ellos, aislar el efecto placebo” Ricardo Monezi (Universidad Federal de Sao Paolo). La Tesis del Dr. Monezi se basa en el estudio de los efectos del reiki en el sistema hematológico e inmunológico de ratones machos. “Nuestros resultados han demostrado en animales que recibieron la imposición de manos, una disminución significativa en el recuento de plaquetas, aumento del número de monocitos en leucometría específica, aumento de la actividad citotóxica de células no adherentes con actividad NK y LAK. Los grupos de control y placebo no mostraron ningún cambio. Los resultados encontrados llevan a la conclusión de que hay un cambio fisiológico debido a la imposición de manos.

- Dolor, ansiedad y depresión en enfermos crónicos – Prueba en 120 pacientes. Se hizo la prueba en 120 pacientes con: dolor de cabeza, artritis, úlcera, cáncer, en-

fermedad cardíaca, asma y HIV. Se los dividió en grupos y se realizaron cuatro estilos diferentes de tratamiento: Reiki, relajación muscular y ningún tratamiento.

Cada grupo recibió tratamientos de 30 minutos dos veces por semana durante 5 semanas. Se los examinó antes y después de la serie y durante tres meses después de haberlos completado. Resultado: Reiki demostró ser significativamente superior a otros tratamientos en 10 de 12 variables. En el chequeo de los tres meses estos cambios demostraron ser consistentes y se apreció una significativa reducción en el Índice Total de Clasificación del Dolor y en las Cualidades Sensorial y Afectiva del Dolor. Aquí se ponen en evidencia importantes efectos del Reiki en la ansiedad, el dolor, y la depresión.

Intervención psicosocial, psicoeducativa y cognitivo-conductual:

Implantar al inicio del tratamiento intervenciones psicosociales que faciliten la adaptación del paciente y la familia y establecer intervenciones psicoeducativas y cognitivo-conductuales como parte del plan general de cuidados para el manejo del dolor pueden ser de gran utilidad.

Las emociones que suelen aparecer de manera concomitante con el dolor son la ansiedad, el miedo y la depresión, lo cual enfatiza la importancia de prestar apoyo psicológico a los pacientes, en especial después de intervenciones agresivas y/o de pronóstico vital incierto.

Con la intervención psicológica en el paciente con dolor, conseguiremos:

- Aliviar, y cuando se pueda, eliminar el dolor.
- Aumentar los niveles de bienestar físico y psíquico de los pacientes.
- Restablecer las funciones y actividades necesarias para que el individuo recupere su autonomía.
- Motivar al paciente para que realice cambios o modificaciones de hábitos, actitudes y conductas inadaptativas.
- Prevenir complicaciones a posteriori, como los bucles ansiedad-dolor-depresión o la cronificación del dolor.

El apoyo social dota a las personas de una red de ayuda, oportunidades y cuidados que también influyen sobre el dolor y su control. Las consecuencias positivas del apoyo social (permitir la descarga emocional, generar sentimientos positivos, proporcionar información sobre procedimientos y acontecimientos, facilitar oportunidades...) contribuyen indirectamente a mejorar los niveles de dolor y a disminuir la intensidad de los cuadros depresivos asociados a ese dolor. Sin embargo, en ocasiones, la necesidad de aprobación social y de búsqueda de apoyo

puede ser un factor que en vez de contribuir al alivio del dolor, suponga una variable incrementadora del mismo, al convertirse el dolor en una llamada de atención que acarrea empeoramiento de la enfermedad.

Debemos valorar las conductas de dolor de los pacientes y su relación con el apoyo social. Conocer el clima afectivo que predomina en el entorno familiar puede ayudarnos a orientar el plan de cuidados.

El personal sanitario debe reforzar comportamientos adaptativos como la actividad y el ejercicio (si no está contraindicado), mientras debe dejar de prestar atención a los desadaptativos y entrenar a los familiares. Frecuentemente se observa cómo algunos familiares prestan atención de forma sistemática a las quejas, peticiones de ayuda y demás conducta de dolor de los pacientes, relevándoles de muchas de las actividades que requieren esfuerzo.

Las intervenciones educativas ayudan a aliviar el estrés, el dolor y a mejorar el bienestar del paciente con dolor. Son :

- Facilitar información sobre la asistencia sanitaria.

Se debe proporcionar más información al paciente, especialmente por escrito: Información durante la preparación para la cirugía, tiempo de los procedimientos, funciones y roles de los profesionales sanitarios, acciones de autocuidado, información sobre dolor/incomodidad... Siempre en función de las demandas y necesidades del paciente y familia.

La información reduce el miedo y la ansiedad del paciente y facilita su colaboración. Se deben explicar los pasos del procedimiento, proporcionar información sobre la percepción sensorial y la importancia de informar de la percepción de dolor.

- Aprendizaje de habilidades.

Algunas técnicas que se pueden emplear son las de regulación fisiológica, de las que hemos hablado en el apartado de tratamiento no farmacológico. Además de las mencionadas, podemos entrenar al paciente en dos puntos clave:

La respiración: Se usa generalmente para reducir ansiedad. En el tratamiento del dolor tienen cabida como una forma de romper el ciclo ansiedad-dolor-ansiedad, como estrategia previa a la relajación.

La relajación: Comprende una serie de técnicas que pretenden controlar ciertas variables fisiológicas por medio de ejercicios corporales y cognitivos (tensión-distensión muscular, respiración e imaginación de escenas). El propósito fundamental es conseguir que el sujeto sea capaz de discriminar entre los estados de tensión y de relajación para que posteriormente pueda localizar aquellos focos

de tensión de su cuerpo y relajarlos. La relajación (al igual que la respiración) implica concentrar la atención en procesos concretos. Esto obliga a excluir del campo atencional a los estímulos dolorosos (Distracción: hablar de temas no relacionados con el procedimiento, desviar la atención), lo que elimina o reduce sensiblemente la experiencia de dolor.

- Valorar los aspectos conductuales.

Programación de actividades. Con ellas se pretende aumentar las actividades gratificantes y distractoras:

Técnicas cognitivas. Son un conjunto de intervenciones que tratan de modificar las creencias y pensamientos acerca de uno mismo, su situación presente y futura (reestructuración cognitiva). Los objetivos fundamentales son: Informar al paciente de sus supuestos sobre el origen del problema.

Ayudarlo a identificar sus pensamientos irracionales mediante la autoobservación y ayuda.

Persuadirle sobre la irracionalidad de sus creencias y “desafiarle” a que deje de utilizarlas. Aplicar a situaciones concretas de su vida real los puntos anteriores.

- Modificación del recuerdo.

Replantear de forma más positiva los malos recuerdos de procedimientos anteriores. Reducir angustia.

Cuidados de enfermería :

De manera didáctica, los cuidados de enfermería se pueden agrupar en dos niveles fundamentales de participación en el manejo del dolor:

- Nivel independiente, implica la valoración, planificación y administración de tratamientos de enfermería, fundamentalmente técnicas no invasivas de control del dolor y educación de hábitos para prevenir o disminuir el número de episodios.

- Nivel interdependiente, junto al resto del equipo multidisciplinar, participando desde su área de formación y conocimientos en la valoración, administración de tratamientos (técnicas invasivas, fármacos, etc.) y seguimiento de la evolución del paciente y del grupo familiar.

De una forma práctica, la intervención de enfermería en el dolor implica:

Valorar la experiencia dolorosa, verificando con el paciente:

1. La localización,
2. La intensidad,
3. La cualidad (opresivo, quemazón, punzante, descargas eléctricas, etc.)
4. El inicio y duración del episodio doloroso.

5. La repercusión, los efectos que ese dolor tiene sobre su calidad de vida y confort, relaciones sociales, familiares, etc.

Es fundamental identificar si el paciente tiene dolor en el momento de la entrevista inicial. Si es así, es necesario propiciar las intervenciones necesarias para proporcionar alivio. La valoración inicial va a servir de guía para desarrollar el plan de tratamiento del dolor. En el abordaje inicial es también imprescindible preguntar al paciente sobre experiencias dolorosas pasadas, que utilizó y la eficacia de los métodos empleados incluyendo los efectos secundarios. La identificación de temores y conceptos erróneos relativos al uso de analgésicos, control de efectos secundarios y riesgo de adicción, constituyen auténticas piedras en el camino del manejo del dolor.

El conocimiento y utilización de escalas para valorar la intensidad del dolor, constituyen un apoyo de indudable valor en la clínica. La Escala Numérica o la Escala de Painad para pacientes con deterioro cognitivo, son instrumentos de fácil implementación en la práctica clínica habitual.

Para realizar una buena valoración de enfermería debemos de tener en cuenta varios puntos importantes que vamos a evaluar:

Factores que aumentan y disminuyen la tolerancia al dolor y planificar las intervenciones:

Factores que disminuyen el umbral del dolor: la incomodidad, el insomnio, el cansancio, el miedo, la tristeza, la rabia, la depresión, el aburrimiento, la introversión, el aislamiento y el abandono social.

Factores que aumentan el umbral de dolor: el sueño, el reposo, la simpatía, la empatía, la comprensión, la solidaridad, las actividades de diversión, la reducción de la ansiedad y la elevación del estado de ánimo.

Las intervenciones de enfermería irán encaminadas a disminuir en lo posible todos los factores que disminuyen el umbral y a potenciar los que lo incrementan. No es de ninguna utilidad juzgar el dolor de los demás. El cuidado de enfermería debe reconocer la presencia de la experiencia dolorosa del paciente, escuchar atentamente y evaluar los factores que la condicionan. Con la familia se debe trabajar desde el primer momento con el objetivo de que constituya un apoyo en el tratamiento del paciente. Desterrar conceptos erróneos sobre el dolor y los analgésicos, evitar juicios de valor sobre la veracidad o no de las quejas, explicar el significado del dolor, ayudar a planificar las actividades de acuerdo con las limitaciones y/o reduciendo las incomodidades, en definitiva, transmitir apoyo y consejo profesional que facilite la obtención de los máximos niveles de autonomía

y confortabilidad posibles para el paciente con el menor coste de salud en el entorno familiar.

- Establecer con el paciente y su familia los objetivos de control del dolor, cuál es la intensidad del dolor que al paciente le permite un nivel de comodidad y función suficientes para percibir una calidad de vida digna, y qué métodos han resultado eficaces para reducir la intensidad del dolor.

Fármacos.

Tratamientos no farmacológicos: musicoterapia, terapia de masaje, relajación, etc.

Enseñar e implementar intervenciones no farmacológicas cuando el dolor esté relativamente bien controlado con medios farmacológicos: “Las intervenciones no farmacológicas se deben emplear para suplementar, no para sustituir, a las intervenciones farmacológicas” (American Pain Society, 2004).

- Fomentar la adaptación al síntoma evitando generar falsas expectativas. Frases como “no se preocupe que le vamos a quitar el dolor”, en el ámbito del dolor crónico, no se ajustan al objetivo real, minimizar y/o controlar la percepción dolorosa para que interfiera lo menos posible con la actividad de la persona.

Proporcionar a la persona un alivio óptimo.

Prevención.

Lo apropiado en el tratamiento del dolor es administrar el analgésico prescrito por el médico para controlar un determinado tipo de dolor, anticipándose a la aparición del mismo, respetando los horarios establecidos para los analgésicos prescritos a horas fijas.

Ante la aparición de un episodio doloroso “entre dosis” (dolor episódico incidental, irruptivo, dolor de fin de dosis), se deben administrar las “dosis extra”, cuyas pautas deben estar adecuadamente establecidas y prescritas.

- Rápida intervención cuando el paciente demande un analgésico.

No es adecuado en un paciente paliativo, probablemente en ningún paciente, que demanda un analgésico, someterle a una espera basada en la expectativa del “aguante” que “igual se pasa” o en la rigidez de los esquemas terapéuticos que a veces se fomenta desde los propios profesionales. Hacer esperar por un analgésico o una actitud “recelosa” a la hora de administrarlos, son conductas que no hacen sino aumentar la ansiedad y la desesperanza del enfermo y, como consecuencia, el dolor (actuamos directamente incrementando los factores que dis-

minuyen el umbral doloroso). Promovemos el dolor psicológico, tema elemental que estamos estudiando, y que como estamos viendo, influye en más momentos de los que los profesionales pueden llegar a pensar.

Cualquiera de los profesionales implicados en la atención del paciente que identifique una situación de infra-tratamiento del dolor, debe ponerlo en conocimiento de los implicados y responsables de las órdenes terapéuticas a fin de que se revisen y adecuen a la situación evolutiva. En ocasiones, las razones del infra-tratamiento provienen de los propios pacientes, del “miedo” a hablar del dolor al médico para no “distraer” su atención de lo más importante, la enfermedad, o del “temor” a admitir el propio dolor pues, probablemente sin fundamento real, se asocia la idea de, a más dolor, más grave es la enfermedad.

- Valorar la respuesta a analgésicos.

Tan importante como identificar la intensidad del dolor al inicio de la intervención, es reevaluar su evolución en el tiempo y conforme se implementa el plan terapéutico. En pacientes ingresados se debe preguntar por el dolor a intervalos frecuentes, al menos una vez por turno, y siempre después de la administración de “dosis extra” a fin de comprobar su adecuación y eficacia. Qué fármaco y qué dosis resultó eficaz es información que no debe quedar a merced de la memoria para su transmisión posterior. Su registro sistemático en la historia es imprescindible para la coordinación interprofesional. Por otra parte, al paciente le transmite interés real por parte de los profesionales y refuerza la relación y confianza terapéuticas.

En el medio domiciliario forma parte de la educación sanitaria en dolor animar al paciente y/o a familiares a llevar un “diario del dolor”. Registrar la intensidad del dolor, los momentos en que ocurren los accesos de mayor intensidad, las acciones que facilitan o reducen la percepción del dolor, etc., son aspectos necesarios para la elección de los fármacos y el ajuste de dosis. También para la elección de los tratamientos no farmacológicos, que ayudan al paciente a fomentar un bienestar anímico, que influye directamente en el alivio de sus síntomas.

Es fundamental detectar automedicaciones, errores o incumplimientos que, en ocasiones, se ocultan detrás de los fracasos terapéuticos.

Ayudar al paciente y/o la familia a organizar la medicación, identificar los fármacos en uso y retirar los que no han de ser tomados, anotar todos los tratamientos, dosis, momentos de administración, compatibilidades/incompatibilidades con otros, relación con alimentos, etc., son cuestiones que no siempre se explican suficientemente, no siempre se entienden adecuadamente y, a la hora de la ver-

dad, no siempre se ejecutan según lo esperado. Es aconsejable que en el medio familiar se disponga, convenientemente anotado, de los objetivos terapéuticos, el plan de tratamiento, los efectos que se pretenden conseguir, los efectos secundarios esperables, su significado y acciones a realizar.

Otro aspecto importante a tener en cuenta el dolor generado por la insistencia de familiares y profesionales en aspectos como “la movilidad a pesar de que desencadene dolor” o por exploraciones cruentas sin un balance claro de beneficio, o por objetivos terapéuticos inadecuados, por ejemplo, prevención/curación de úlceras por presión en pacientes en situación de últimos días. Las manipulaciones quirúrgicas, las movilizaciones y otras maniobras han de tener su limitación y ésta la establece el bienestar del paciente, no los intereses o pareceres de familiares y profesionales. Esto es especialmente importante y válido en el paciente que presenta limitaciones y/o imposibilidad de comunicación verbal, y en los pacientes con niveles de consciencia reducidos. La falta de comunicación oral y/o el nivel de consciencia bajo, no son sinónimos de reducción del nivel perceptivo del dolor.

- Registrar la aparición y monitorizar los efectos secundarios de los fármacos. Los profesionales de enfermería deben conocer y reconocer esos efectos, si aparecen transmitir la información y, en todo caso y siempre que sea posible, anticipar al paciente y a la familia los efectos secundarios previsibles, su significado y pautas para su control y / o comunicación.

- Apoyar a la familia para que responda positivamente a la experiencia dolorosa del paciente.

Valorar los conocimientos que el cuidador tiene sobre los cuidados que requiere el paciente. Se debe proporcionar información comprensible a la familia, utilizar un lenguaje asequible, coloquial (sencillo, claro y conciso), evitando tecnicismos, aclarando términos, explicando el significado de los mismos cuando se utilicen, adecuándose en todo momento al nivel cultural del paciente y de su familia y a las necesidades especiales que pudieran tener, por ejemplo, hablando en un tono elevado si existe un déficit auditivo.

Si los familiares y el entorno más próximo al paciente conocen lo que sucede y las medidas que se están adoptando, su apoyo será más eficaz para el enfermo. Actitudes reforzadoras en el sentido de reconocer su labor y esfuerzo, mejorar su pericia para resolver obstáculos y dificultades, ofrecer disponibilidad y confianza, son también “analgésicos” eficaces y necesarios.

Se deben explorar los recursos socio-sanitarios existentes en el entorno familiar así como las condiciones del domicilio, barreras arquitectónicas, accesos a váter y ducha, accesos al exterior, mobiliario de riesgo, adecuación de espacios, etc. En el tratamiento del paciente paliativo es imprescindible contar con la presencia de un cuidador principal competente, que asegure una adecuada evaluación continuada del dolor y de la eficacia de los tratamientos iniciados.

Se debe prestar atención y proporcionar –con el apoyo de los profesionales adecuados- ayuda al paciente y su familia para minimizar el impacto del dolor en aspectos muy íntimos y personales que afectan a las relaciones interpersonales, sexo, ocio y actividades básicas de la vida diaria. El dolor mina las capacidades del individuo en el autocontrol y el bienestar psicológico, incrementando los niveles de indefensión y vulnerabilidad.

Diagnóstico, objetivos e intervenciones de enfermería.

- El diagnóstico enfermero que recoge mejor toda la valoración del dolor en los pacientes es:

Dolor Crónico. Se define como “Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración mayor de 6 meses.

- El objetivo que en el Plan de Cuidados enfermero prevalecería sería el de:

Control de dolor. Los indicadores de evaluación de que estamos alcanzando el objetivo marcado son:

- Utiliza medidas preventivas.
- Utiliza medidas de alivio no analgésicas.
- Utiliza los analgésicos de forma apropiada.
- Reconoce los síntomas del dolor.

Para conseguir el objetivo marcado de control de dolor necesita una serie de intervenciones como son:

Manejo del dolor. Se aconsejan las siguientes actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, frecuencia, calidad e intensidad.
- Observar claves no verbales de molestias.
- Asegurarse de que el paciente recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
- Considerar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de experiencia de dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad

de roles).

- Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten la experiencia del dolor (miedo, fatiga, monotonía y falta de conocimientos).
- Animar al paciente y la familia a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia, incluso con técnicas no farmacológicas.

5 Discusión-Conclusión

La sensación de dolor es física y por tanto objetiva. Pero no así el sufrimiento, que es la reacción emocional ante el dolor, que varía de una persona a otra y condiciona claramente la gestión del dolor crónico y la actividad vital. Todas las personas que se encuentran en esta situación tienen días buenos y días malos, pero en unos casos los días malos pueden deberse a un exceso de actividad física y en otras porque están pensando continuamente en el dolor.

Antes se pensaba que su presencia implicaba únicamente la existencia de un daño físico, sin embargo, actualmente la ciencia nos ha llevado a descubrir la importancia que tienen las consecuencias de la vivencia del dolor. Porque el dolor genera importantes reacciones emocionales que pueden potenciar el sufrimiento que lleva asociado. El problema no es que haya dolor crónico, sino que este arruine nuestra vida ocasionándonos problemas de trabajo, de amistades y tiempo libre, de ansiedad, depresión, insomnio, etc. y que lo haga porque hemos caído en alguno de los círculos viciosos.

Un dolor que continúa durante 3 o más meses y que no responde al tratamiento médico estándar puede generar frustración al pensar que se es incapaz de controlarlo adecuadamente. La formación continuada de los profesionales sanitarios de nuevas técnicas y métodos, que no se pueden centrar solamente en un tratamiento farmacológico, es hoy una actividad ineludible y absolutamente necesaria si se quiere realizar un ejercicio profesional acorde con la calidad exigida.

La evolución crónica de los procesos del dolor, convierte la queja del paciente en un elemento estresante y desgastador que afecta no sólo a los familiares sino también a los profesionales. La “fatiga” de unos y otros facilita una tendencia habitual que implica la minusvaloración de la queja y la desconfianza en la veracidad de la misma.

El enfermo se ve abocado a uno de los sentimientos más frustrantes del ser humano, la incomprensión.

Sensibilizar al personal sanitario y no sanitario sobre la importancia de la valoración y manejo del dolor de los pacientes, durante el periodo en el que tienen dolor, a través de cursos formativos periódicos, sesiones clínicas, y siendo conscientes de valorar al paciente de una forma integral, y con el gran abanico de métodos, técnicas con el que contamos en la actualidad es uno de los temas de más relevancia y que hay que destacar en la revisión bibliográfica de este trabajo.

6 Bibliografía

1. J. Pérez-Cajaraville, D. Abejón, J. R. Ortiz y J. R. Pérez. et al. El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 12: 373-384, 2014.
2. Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario. Intervención psicológica en el tratamiento del dolor crónico. Vicente Monsalve Dolz. Unidad Multidisciplinar para el Tratamiento del Dolor. 2015.
3. Hernández Cruz N, Iglesias Acevedo MJ, Martín Carbonell M y Fernández Daza M. (2014). Prácticas curativas, estilos de vida, apoyo social y calidad de vida en ancianos de recursos económicos medio-alto. Memorias de la VII Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD 2014. Habana: Palacio de Convenciones.
4. *Rev. Soc. Esp. Dolor* vol.12 no.6 Madrid ago./sep. 2016.
5. Carlsson C. Acupuncture mechanisms for clinically relevant long-term effects-reconsideration and a hypothesis. *Acupunct Med* 2015; 20(2-3): 82-99.
6. Goldman N et al. Purine receptor mediated actin cytoskeleton remodeling of human fibroblasts. *Cell Calcium* 2013;53(4):297-301
7. *Rev. Soc. Esp. del Dolor*, Vol. 20, N.o 5, Septiembre-Octubre 2013.

Capítulo 100

ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

PAULA RUIZ ALONSO

BEATRIZ POSTIGO NUÑEZ

1 Introducción

El embarazo y la lactancia traen consigo una serie de cambios en el cuerpo de la mujer que hacen necesario aumentar las necesidades de energía, nutrientes y agua.

Una buena alimentación durante el embarazo reduce el riesgo de aparición de enfermedades en la madre y el bebé. Una alimentación inadecuada afectará tanto a la salud materna como a la embrionaria. Puede provocar diversas enfermedades crónicas:

- En la madre: anemia ferropénica, anemia megaloblástica, obesidad, diabetes gestacional.
- En el recién nacido: bajo peso al nacer, prematuridad, espina bífida.

2 Objetivos

- Describir la alimentación tanto en el embarazo como en la lactancia, para prevenir así problemas tanto a nivel del embrión o recién nacido como de la gestante.

3 Metodología

Se han revisado artículos, libros, revistas y documentos publicados entre los años 2010 y 2019. Se han seleccionado diversos artículos en castellano e inglés, libros y revistas sanitarias publicadas por diversos profesionales sanitarios. La recolección de información para este trabajo se ha llevado a cabo mediante fuentes de información primaria, secundaria y terciarias: libros, artículos, tesis, bases de datos (Pubmed, Dialnet), buscadores científicos (Scielo, Google Académico). Los descriptores empleados fueron: “alimentación”, “embarazo”, “lactancia”, “nutrición”, “embrión”, “recién nacido”.

4 Resultados

El embarazo se define como el estado fisiológico de la mujer por el que se desarrolla un nuevo ser humano. Durante este proceso el organismo de la mujer sufre diversos cambios con el fin de conseguir un desarrollo óptimo y crecimiento del feto. Por otra parte, la función principal de la placenta es el intercambio de oxígeno, nutrientes y productos de deshecho entre la madre y el feto. También es el lugar de producción de diversas hormonas que dirigen los cambios que tienen lugar en la gestación. En relación a la ganancia de peso, una primípara sana gana entre 9,5 y 12,5 kilos durante el embarazo. A las 20 semanas el aumento de peso suele ser entre 3,5 y 4 kilos y a partir de ese momento la ganancia es de 400 a 500 gramos por semana. Una excesiva ganancia de peso se relaciona con una mayor incidencia de alteraciones gestacionales en la madre. Una ganancia escasa de peso se relaciona con riesgo de retraso de crecimiento intrauterino y mortalidad prenatal. Además, durante el embarazo el riñón, el corazón y los pulmones aumentan su actividad. Se produce un incremento de la frecuencia cardíaca, de los requerimientos de oxígeno maternos y a nivel renal se observa un aumento de la tasa de filtrado glomerular. Los elevados niveles de progesterona reducen el tono de la musculatura lisa del útero para que el feto pueda acomodarse en su crecimiento.

Necesidades de energía y nutrientes: las necesidades de energía aumentan durante la gestación debido al crecimiento y mantenimiento de la unidad fetoplacentaria. Como norma general, el aporte energético debe aumentarse en unas 250-300 kcal/día para el 2º y 3º trimestre de gestación. Dicha energía debe proceder principalmente de alimentos ricos en hidratos de carbono, procurando disminuir el aporte de lípidos y azúcares de rápida absorción. En cuanto a las necesidades

de nutrientes destacamos:

- Proteínas: el desarrollo de tejidos maternos y del feto implica un aumento de las necesidades proteicas, especialmente a partir del 2º trimestre. Se calcula que a lo largo de la gestación, entre el feto, la placenta y los tejidos maternos se depositan sobre 925 gramos de proteínas.
- Grasas: las necesidades de ácidos grasos, triglicéridos, colesterol y fosfolípidos se incrementan también durante el embarazo. El aporte de grasas no debe superar el 30% de la ingesta calórica. Los ácidos grasos esenciales y poliinsaturados de cadena larga son necesarios para el desarrollo de la retina y el sistema nervioso fetal.
- Hidratos de carbono y fibra: deben aportar el 50-60% del total de las calorías, ya que, suponen la principal fuente de energía para el feto y una ingesta insuficiente puede provocar serios problemas. Con respecto a la fibra, ayuda a prevenir y mejorar el estreñimiento, por lo que sería bueno incrementar la ingesta a unos 30-35 gramos al día.
- Vitamina A: es necesaria para el crecimiento celular y desarrollo del feto. Hay que cuidar que la ingesta de esta vitamina no sea excesiva porque su consumo en gran cantidad se ha relacionado con el aborto.
- Vitamina B1, B2, B3, B6, B12 y ácido fólico: La carencia de ácido fólico durante el embarazo se ha relacionado con la posibilidad de tener descendientes con defectos en el tubo neural. Las ingestas recomendadas de Vitamina B1 y B2 aumentan de forma paralela a la energía y las de la B12 lo hacen de manera paralela a la proteína.
- Vitamina C: Las mujeres embarazadas deben ingerir más cantidad de vitamina C, ya que, interviene en la síntesis de colágeno.
- Vitamina D: Es muy importante en el embarazo porque interviene en el metabolismo del calcio.
- Vitamina E: los bajos niveles de vitamina E en el embarazo se relacionan con preeclampsia y desprendimiento prematuro de placenta.
- Hierro: la gestación supone un aumento de las necesidades de hierro debido al crecimiento del feto. La anemia por déficit de hierro constituye una patología de alta prevalencia en el embarazo. Los requerimientos de este elemento aumentan durante dicho proceso y las dietas suelen ser pobres en este mineral. La anemia en el embarazo se define en relación a la edad gestacional y al momento del diagnóstico.
- Calcio: el metabolismo del calcio sufre una alteración, se produce un aumento de la parathormona y la calcitonina, que ayudan a la movilización del calcio materno al feto. El déficit de calcio durante la gestación se ha asociado con alteraciones

óseas tanto maternas como fetales.

- Zinc: las necesidades de zinc también aumentan en la gestación, aunque las necesidades fetales son más elevadas al final de dicho proceso. Su deficiencia está relacionada con el parto pretérmino, aumento de malformaciones y menor crecimiento fetal.
- Yodo: durante la gestación se produce un aumento de las necesidades de yodo. Su deficiencia, en especial en el primer trimestre puede producir en el feto malformaciones, retraso en el desarrollo, alteraciones en la función tiroidea de la gestante.

Pautas dietéticas. Las recomendaciones a la mujer con expectativas de quedarse embarazada son seguir una dieta variada y equilibrada. Para lograr una ingesta adecuada de calcio se debe aumentar el consumo de lácteos a 3-4 raciones al día. En cuanto a las proteínas se deben ingerir 2-3 raciones de carne, pescado o huevo al día. En relación a los cereales y derivados y legumbres, la pauta más generalizada sobre raciones día que se deben consumir es de 7-8, escogiendo especialmente los cereales integrales. Las legumbres aportan fibra, proteína y hierro y deben incluirse en la dieta 2-3 veces por semana. Las frutas, verduras y hortalizas suponen una fuente importante de fibra, vitaminas y minerales. Se deben consumir respectivamente 3,4 y 5 raciones de estos alimentos. La ingesta adecuada de agua para mujeres embarazadas es de 3 litros/día. Además ayuda a prevenir el estreñimiento, las infecciones urinarias. Por el contrario, la mujer embarazada debe evitar el consumo de alcohol, cuya ingesta en exceso se relaciona con el síndrome de alcoholismo fetal. Se debe evitar también el consumo de tabaco porque enlentece el crecimiento fetal, dando lugar a recién nacidos de bajo peso.

La lactancia es un proceso común a todos los mamíferos por el que la madre alimenta a las crías por medio de la glándula mamaria.

En la expulsión de la placenta tras el parto se produce un cambio en el patrón de hormonas. Se reducen los niveles de estrógenos, progesterona y lactógeno placentario y se incrementan los niveles de oxitocina y prolactina, secretadas por la hipófisis posterior y anterior. A partir de los 6-7 meses se reduce la producción de leche porque se produce una disminución de la secreción de prolactina, aunque la lactancia materna puede mantenerse más tiempo. Durante los 6 primeros meses, una mujer con buen estado nutricional produce 850 ml de leche a diario. En los 6 meses siguientes, ya se han agotado los depósitos grasos, la disminución de la producción láctea hace que las necesidades energéticas permanezcan aumen-

tadas.

Pautas dietéticas. La dieta de la mujer lactante debe ir dirigida a asegurar una producción adecuada de leche. La alimentación debe ser variada y equilibrada incluyendo alimentos de todos los grupos básicos. Se debe incrementar el consumo de lácteos a 4-5 raciones al día. En cuanto a los cereales y derivados, se aconseja el consumo de 7/8 raciones al día. Por otra parte las ingestas adecuadas de agua al día son de 3,8 litros. Debe abstenerse de consumir alcohol, ya que, esta sustancia puede pasar al recién nacido. La dieta debe incluir al menos 3 raciones al día de frutas y 4/5 de frutas y verduras.

Ventajas de la lactancia materna. En cuanto a las ventajas de la lactancia materna para el niño encontraríamos:

- Es nutricionalmente superior a cualquier otra alternativa de alimentación.
- Es bacteriológicamente segura.
- Contiene factores de crecimiento e inmunológicos.
- Reduce la prevalencia de sobrepeso y obesidad.
- Promueve el desarrollo de la mandíbula y los dientes.
- Tiene efecto protector frente a enfermedades como la diabetes.
- Posee beneficios psicológicos al favorecer la interrelación madre-hijo.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido concluir que la lactancia tiene una serie de beneficios biológicos, por lo que, debemos promoverla para alimentar al bebé. Se considera muy importante también para la gestante seguir una dieta muy variada y equilibrada, aumentando el consumo de diversos alimentos como pueden ser los lácteos. Es imprescindible también acordarse de la ingesta de abundante agua tanto en el embarazo como en la lactancia.

6 Bibliografía

- Fernández- Ballart JD, Arijó V, Cucó G, Murphy M. Nutrición durante el embarazo y la lactancia. Barcelona: Masson; 2010.
- Gil A, Mañas M, Martínez de Victoria E. Ingestas dietéticas de referencia, objetivos nutricionales y guías. Madrid: Médica Panamericana; 2010.
- Donnay S, Arana J, Lucas A. Suplementación con yodo durante el embarazo y la lactancia. Endoc Nutr. 2014; 61 (1): 27-34.

- Ortega RM. Ingestas recomendadas de agua. Jornada Científica Genutren 2010. Universidad complutense de Madrid.
- National Academy of Sciences Institute of Medicine. Food and Nutrition board. Washington DC; 2015.

Capítulo 101

EFECTOS PERJUDICIALES DE LA EXPOSICIÓN A LA CONTAMINACIÓN SOBRE LA SALUD

BEGOÑA COLLAR ALVES

ADRIÁN CRUZ MARTÍNEZ

VANESSA VILLAR FERNÁNDEZ

1 Introducción

Detenernos para dar una mirada a nuestro ecosistema global e intentar decodificar el crucigrama de las revoluciones industriales y tecnológicas, los impactos que los modelos economicistas han provocado en la salud humana y los desequilibrios ecológicos ocasionados, nos lleva a confrontar dos lógicas. Una de ellas ocupada con un doble discurso sobre el progreso material de la vida humana, las estadísticas macroeconómicas para el desarrollo y el bienestar político del paradigma societario, pero obstinadamente decidida a no escatimar recursos para satisfacer su indiscreta entelequia: el consumo.

La otra lógica emerge, más recientemente, desde la voz ciudadana en un ejercicio, quizás tardío, por deshacerse del histórico conductismo social al que ha sido sometida y asumir el protagonismo que demanda nuestro tiempo, acompañar los reclamos cada vez más dramáticos del medioambiente, y liderar la transformación de aquellos hábitos culturales que nos han llevado a habitar una casa verde menos amigable y más enferma.

La crisis medioambiental, el surgimiento de nuevas enfermedades, alteraciones genéticas y un extenso repertorio de alergias son secuelas visibles de las fallas de la racionalidad del modelo económico global, cuya desenfrenada actividad de extracción y explotación de las riquezas naturales y la escalabilidad de alimentos procesados ha provocado altos márgenes de contaminación por la emisión de gases y desechos tóxicos, la extinción de diversas formas de vida y la formación, por ejemplo, de extensos “parches de plástico” (poliestireno), cuyas toxinas contaminan el agua y las especies marinas para, finalmente, formar parte de la cadena alimenticia humana.

Visto así, la noción de progreso que hemos heredado de la clase política dominante, de los modelos de negocio y fórmulas económicas de las organizaciones, y del mensaje publicitario y educativo de nuestras instituciones, parece incompleta si no cotejamos, también, las lesiones que ha producido este tipo de “progreso” a la salud humana y el descarnado destino que enfrentan todos los tipos de ecosistemas.

Todas estas preocupaciones son parte del discurso de la Organización de Naciones Unidas (ONU), del Programa Ambiental de las Naciones Unidas (UNEP), del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), del Plan de Acción Agenda 21, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y son parte, también, de las constantes advertencias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyas estadísticas revelan el crecimiento de las proyecciones por intoxicación alimentaria, el incremento de enfermedades como la fiebre amarilla, la meningitis meningocócica C, el paludismo, la cólera y el vertiginoso auge de los trastornos alérgicos y cancerígenos.

Recientemente la OMS desveló que el 40% de la población urbana es víctima de síntomas de rinitis y un 15% ha padecido de episodios de asma. Éstas y otras proyecciones de cara al 2050, hacen suponer a la OMS que: “...la mitad de la población mundial padecerá por lo menos algún trastorno alérgico”².

En este escenario, y pese al despropósito de los intereses desarrollistas de las sociedades de consumo, existen derechos consagrados sobre la salud, los tratamientos médicos y la información oportuna que requieren las personas afectadas. De esta forma se expresa en los artículos 43 y 49 de la Constitución Española, que establece el derecho a la protección de la salud y otorga a las Comunidades Autónomas, en el Título VIII, competencias y responsabilidades en materia sanitaria.

De igual forma, un importante cuerpo de leyes y normas velan por el derecho a la

protección de la salud de los ciudadanos: “Ley General de Sanidad (1986), Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012)”³

Por estas razones, la salud y la bioética forman parte del tablero estadístico de entes sanitarios y medios de comunicación, y son temas que empujan el debate entre izquierdas y derechas, entre discursos políticos y científicos que no terminan de hacerse responsables de la problemática sanitaria global inducida por la vorágine de los mecanismos económicos del progreso. En este sentido, esta investigación tiene entre sus premisas ahondar en el nuevo fenómeno del fracking petrolero y puntualizar sobre aspectos clave de la industria alimentaria. Ambos fenómenos, entre complicidades y omisiones, atentan contra la salud pública.

Por estas razones, esta investigación se permite profundizar en la literatura preexistente sobre los efectos que tienen para la salud pública el ejercicio comercial de gobiernos y empresas, cuya sagacidad les ha llevado a experimentar con novedosos sistemas de extracción de combustibles y de producción de alimentos, que son altamente perjudiciales para la salud de nuestro ecosistema y, por ende, para la salud humana. En este sentido, los Estados Unidos de América y muchos países europeos, entre ellos España, se han sumado al fracking para generar más riquezas y degradar más la ya deteriorada salud del planeta y sus habitantes.

2 Objetivos

- Desvelar los efectos contaminantes del fracking petrolero
- Interpretar los potenciales perjuicios del fracking para la salud humana.
- Validar las premisas de investigación mediante la pertinencia de los hallazgos de la literatura preexistente.

3 Metodología

El desarrollo de la investigación se ha sustentado en la revisión sistemática de la literatura preexistente mediante el rastreo, recolección, contrastación, problematización e interpretación de los documentos colectados para construir un cuerpo de conclusiones y reflexiones críticas sobre la contaminación y sus efectos en la salud humana. Para estos fines, la investigación se asistió de descriptores, oper-

adores booleanos, criterios de inclusión y exclusión, y técnicas de exploración mediante la herramienta Mendeley y el buscador de Google Scholar, que permitieron acceder y gestionar documentos en repositorios académicos como Dialnet, Scielo, Researchgate, entre otros y en Websites. Entre los criterios de selección se contemplaron: la gratuidad, idioma, referencias bibliográficas y fecha de publicación de los documentos. Por otra parte, los criterios de exclusión permitieron descartar investigaciones de poca sustentación científica, y que contuviera evidentes juicios de valor sobre el tema estudiado.

Para filtrar la búsqueda de información se establecieron las siguientes variables: tiempo de exploración, resultados de las investigaciones, calidad de las fuentes bibliográficas y webgráficas. A su vez, se utilizaron los siguientes términos de exploración: Crisis medioambiental, cambio climático, salud pública, trastornos alérgicos, contaminación, fracking, en ecuaciones de búsqueda con descriptores y operadores booleanos como AND, para el cruzamiento de nociones distintas y OR, para el tratamiento de conceptos relacionados o análogos. Esta estrategia metodológica permitió explorar, mapear y filtrar los documentos (Artículos especializados, informes, publicaciones web, entre otros), necesarios para desarrollar esta revisión bibliográfica. Posteriormente se realizó el procedimiento de lectura detallada, escrutinio, selección y análisis de los referentes teóricos del estudio.

4 Resultados

Fracking: Riesgos a la salud pública

El fracking es un procedimiento de extracción de combustibles fósiles de las capas más profundas de la tierra a través de la inyección de millones de litros de agua, varias toneladas de arena y más de 200 mil litros de químicos carcinógenos hasta vencer la resistencia y fracturar la corteza terrestre. Esta novedosa tecnología le ha permitido a USA anunciar su autonomía petrolera, proyectarse a futuro como el primer productor mundial de petróleo y gas, como señala la firma McKinsey, y generarle 1,7 millones de nuevos empleos a su economía. Por su parte, para las economías europeas, el fracking se ha convertido en herramienta para sostener el ritmo de crecimiento de sus mercados. No obstante, el fracking es una forma de extracción y explotación de los recursos naturales que convierte en líquido tóxico al agua debido al uso del benceno, ácido fórmico, poliacrilamida, ácido hidrocórico, etilenglicol, sales de borato, carbonatos de sodio, ácido acético, glutaraldehído, goma guar, ácido cítrico e isopropanol. Otros elementos químicos, altamente cancerígenos, son desconocidos pero hábilmente resguardados en la

caja negra de la industria petrolera.

Entre las consecuencias más agresivas del fracking debemos contar la liberación de metano, un gas contaminante más potente que el dióxido de carbono, que produce 85 veces más calor (efecto invernadero) y más alergénico y cancerígeno que la quema del carbón. Pero, además, este procedimiento de extracción no está exento sino que ha protagonizado varios desastres ecológicos como, por ejemplo, el extenso derrame de la plataforma petrolera de aguas ultra profundas Deepwater Horizon en el Golfo de México y, en España, el catastrófico Proyecto Castor causante de sismos y contaminación en Vinaroz, Castellón, el Delta del Ebro y Tarragona. Otra consecuencia de esta iniciativa de fracking en España, emprendida por Escal UGS (ACS), y aprobada mediante el Real Decreto del 16 de mayo de 2008 (gobierno socialista de Rodríguez Zapatero), fue el alza de los costes del gas e impuestos a los ciudadanos, víctimas directas de la lógica depredadora de inversores voraces y políticos osados.

El fracking, como hemos visto, afectará aún más a la salud humana entre otras razones por el desconocimiento que existe sobre sus consecuencias, las imprecisiones técnicas para su regulación y control, los secretos componentes químicos usados y los inminentes riesgos en términos de afecciones alergénicas y cancerígenas sobre la salud humana. Al respecto, la investigación de Corral⁴ hace mención a las consecuencias del fracking: Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Duke (EEUU), y publicado en la revista científica 'Proceedings of the National Academy of Sciences' (PNAS), concluía a mediados de 2013 que la concentración de gas metano en el agua de consumo humano era seis veces mayor de lo normal y la de etano llegaba a ser hasta 23 veces superior.

En el portal web Ecoticias se expresan cifras que son realmente alarmantes: “Un solo pozo puede producir casi cuatro millones de litros de aguas residuales, que contiene elementos radiactivos como el radio y varios hidrocarburos cancerígenos, como el benceno; las concentraciones de metano son 17 veces mayores en las napas subterráneas cercanas a los sitios de fractura, que en los pozos normales. Sólo entre un 30 y un 50% del fluido de fracturación se recupera; el resto se deja en el suelo y no es biodegradable”⁵. De igual forma, en esta publicación web se reseña que: “El fluido residual dejado por el proceso de fractura hidráulica se deposita en fosas a cielo abierto para que se evapore, lo que libera peligrosos compuestos orgánicos volátiles a la atmósfera, contaminando el aire, generando lluvia ácida y aumentando los índices de ozono a nivel del suelo”⁶.

En este escenario, no debemos extrañarnos por la aparición de alergias y prob-

lemas generalizados de salud pública porque: “Las alergias son mecanismos de respuesta inmune exagerada del organismo (hipersensibilidad) a diferentes alérgenos ambientales, alimentarios, medicamentos...”⁷. Las condiciones están dadas para que a las curvas en alza del “progreso” se sumen marcadores dramáticos de afecciones a la salud y brotes de enfermedades: rinitis alérgicas, insuficiencias respiratorias y asma, disfunciones hormonales, afecciones cutáneas, pandemias gripales y vulnerabilidad general del sistema inmunológico humano. En este sentido, la OMS ha advertido que: “Una pandemia grave podría provocar millones de muertes y costar más del 1% del PIB mundial”⁸.

Por otra parte, la exposición a partículas de sulfuro de hidrógeno y residuos de hidrocarburos volátiles del fracking puede afectar a la salud humana provocando presión arterial alta, cefaleas, anemias, problemas cardíacos y cáncer, y tener graves consecuencias para: “...los sistemas inmunológico y reproductivo, así como en el desarrollo embrionario”⁹. En esta línea, las partículas de sílice (Frac), utilizadas en el fracking: “...puede provocar inflamación pulmonar, bronquitis, enfisemas y una enfermedad grave conocida como silicosis, una forma de fibrosis pulmonar”¹⁰.

Todos estos datos son corroborados por los estudios más recientes de la Universidad Johns Hopkins que revelan que aquellos asentamientos humanos cercanos a lugares donde la industria petrolera hace fracking, presentan una concentración del 39% más alta de radón, gas radioactivo natural, considerado como el segundo causante de cáncer de pulmón.

Por estas razones, hablar de progreso probablemente signifique hablar del progreso económico personal de dueños de empresas, políticos permisivos y gobiernos desinteresados en la salud de sus pueblos que permiten la práctica del fracking sin considerar los daños ecológicos irreparables y la degradación a la que está, silenciosamente, sometida la salud humana.

5 Discusión-Conclusión

La fracturación hidráulica que enriquece a gobiernos y empresas, que se yergue como procedimiento de extracción y explotación que propicia mayores fuentes de empleo (aunque no permanente), es a su vez un arma implacable que, paradójicamente, surge en medio de una encrucijada civilizatoria por la sostenibilidad y resiliencia medioambiental. Aunque nos sintamos satisfechos por la generación vertiginosa de dispositivos inteligentes que caben en nuestras manos, no hemos

colocado suficiente interés en los otros usos de las tecnologías.

En este estudio, hemos querido apuntar hacia el fracking no sólo el misterio que rodea su metodología y procedimiento industrial sino porque gobiernos y empresarios están hipotecando el futuro de la humanidad a costa de satisfacer sus apetencias presentes. Entre los cálculos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), sobre la perspectiva medioambiental 2050, se cotejan el aumento poblacional y el vertiginoso uso de energías que demanda el estándar de vida contemporáneo. Esta organización previene que: "...las presiones sobre el medio ambiente derivadas del aumento de la población y los crecientes estándares de vida, sobrepasarán los avances en el combate a la contaminación y la eficiencia de los recursos"¹¹.

Esta proyección no supone un escenario sin fracking, todo lo contrario, veremos - muy probablemente- como las élites del poder, y sus medios masivos de información, convierten al fracking en la panacea para sustentar el paradigma socioeconómico que nos hemos dado. No obstante, la OCDE pronostica que: "...la degradación y erosión del capital ambiental natural continuarán hacia 2050, con el riesgo de que se presenten alteraciones irreversibles que podrían poner en peligro dos siglos de crecimiento en los estándares de vida"¹². Por su parte, De la Cruz Sánchez al hacer referencia a la base estadística de la Environmental Protection Agency (EPA, por sus siglas en inglés), hace la siguiente conclusión: "...existe una gran cantidad de información que todavía es propiedad exclusiva de las empresas y no se han puesto a disposición del público. La EPA carece de información sobre la frecuencia, la cantidad y la concentración de los productos químicos utilizados, lo cual es importante cuando se consideran los efectos tóxicos de los aditivos empleados"¹³. Este escenario de degradación del medioambiente, crisis climática y perjuicios a la salud debido a la contaminación fue previsto por Ángel-Maya (1990), cuando observaba la necesidad de transitar hacia sociedades ambientales que se sustentaran en lo que Daly (1991), denominó como sostenibilidad fuerte; es decir, el uso de recursos naturales en función de los tiempos de recuperación de los ecosistemas.

Nuestra actualidad, sin embargo, nos coloca en la extraña situación donde empresas contaminantes renuevan su prestigio mediante políticas tan publicitadas como limitadas sobre la ecosustentabilidad, las ONG's y los gobiernos (de izquierdas y derechas) alternan discursos altisonantes y tímidas prácticas por un cambio que aún ellos mismos no internalizan, y los ciudadanos se ven representados en una joven emisaria de las nuevas generaciones que nos revela, ante todo, que

las soluciones sostenibles están muy lejos de ser asumidas por los verdaderos liderazgos de este tiempo.

Si existe encubrimiento de información, entre organismos, medios de comunicación y gobiernos, sobre los perjuicios reales del fracking debemos inferir que el tema no sólo es controversial sino que será dramático para la opinión pública y dejará en el marco de las buenas intenciones aquellos presupuestos de la Agenda 2030 y los ODS, de los que fueron signatarios todos y cada uno de los países de la Organización de Naciones Unidas.

6 Bibliografía

1. Ecoportal.net. [Internet]. Estas son las islas de plástico que contaminan mares y océanos; c2019. [Citado el 03 Enero de 2020]. Ecoportal. [aprox. 1 pantalla].
2. Infobae.com. [Internet]. La OMS alertó que para 2050 la mitad de la población mundial padecerá algún tipo de alergia; c2019. [Citado el 03 Enero de 2020]. Grupo Infobae. [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2019>
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012. [Internet]. 2012.
4. Corral, M. Un mapa del riesgo del ‘fracking’ para las aguas subterráneas. El Mundo.es. 04 de julio de 2014. Secc. Ciencia (Párr.3).
5. Ecoticias.com [Internet]. Fracking: 8 gravísimos efectos secundarios; c2016. [Citado el 03 Enero de 2020]. Grupo ECOTicias S.L.
6. Ecoticias.com [Internet]. Fracking: 8 gravísimos efectos secundarios; c2016. [Citado el 03 Enero de 2020]. Grupo ECOTicias S.L.
7. Infobae.com. [Internet]. La OMS alertó que para 2050 la mitad de la población mundial padecerá algún tipo de alergia; c2019.
8. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 10 amenazas a la salud mundial en 2018. C2018. [Citado el 02 Enero de 2020]. OMS.
9. Ecoticias.com [Internet]. Fracking: 8 gravísimos efectos secundarios; c2016.
10. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Perspectivas ambientales de la OCDE hacia 2050. Consecuencias de la inacción. OCDE; Marzo 2012. ISBN 978-92-64-122161. Patrocinado por la OCDE y la Agencia de Evaluación Ambiental de los Países Bajos.
11. De la Cruz Sánchez, A. Identificación de los riesgos ambientales y sanitarios de la producción de gas mediante fracturación hidráulica y bases para una propuesta metodológica de estimación de vulnerabilidad de las aguas subterráneas. [Tesis

de Grado]. Madrid (España): Escuela Técnica Superior de Ingenieros de Minas y Energía. Universidad Politécnica de Madrid; 2013

Capítulo 102

PILAR DE APOYO AL PACIENTE: LA FAMILIA

TANIA MELERO PEREIRA

VANESSA MOLINA BLANCO

RAUL MATEOS IGLESIAS

1 Introducción

En ocasiones nos encontramos en cualquier planta de hospitalización (por ejemplo en Medicina Interna) con pacientes que además de su patología actual tienen una enfermedad de salud mental. En toda persona resulta clave el apoyo en estos duros momentos de su entorno afectivo y familiar pero en estos pacientes quizá más, por su complicado manejo en ocasiones y el estigma social que los acompaña.

La dinámica familiar es un concepto ligado al funcionamiento familiar, que es definido según el enfoque sistémico como el proceso de interacción entre los miembros que están ligados por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de decisiones, resolución de conflictos y las funciones de cada miembro; actuando así, tanto fuerzas positivas como negativas que determinan el buen o mal funcionamiento de esta unidad biológica natural llamada Familia. La familia ha sido siempre un elemento a tener en cuenta en el abordaje terapéutico de los desórdenes psíquicos.

En el tratamiento de estos trastornos en la comunidad se le ha conferido un papel clave al grupo familiar como estructura de soporte y ayuda. Su consideración ha

pasado a convertirse en el primer recurso a utilizar y en el aliado máspreciado a conseguir para el manejo de estos trastornos. El estigma es un fenómeno conocido y presente en muchos ámbitos, y muy especialmente en el de la salud mental, campo en el que ha sido y sigue siendo, una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas. El estigma incluye, también, los prejuicios que pueden llevar a una injusta política de salud que impide el acceso a unos servicios adecuados. El estigma alrededor de la enfermedad mental también es un fenómeno global que tiene un impacto importante sobre el acceso a los servicios de salud y en el desempeño social y laboral de los pacientes.

2 Objetivos

- Analizar la participación de la familia como apoyo al enfermo.
- Identificar situaciones donde se producen discriminación por el estigma social, especialmente ante las enfermedades psiquiátricas.

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

- Consultados varios textos y estudios vemos que hablan sobre la relación entre la familia y ciertas condiciones psiquiátricas establecidas de larga duración, han puesto de manifiesto la importancia de las actitudes y de la interacción de los familiares con estos enfermos en la aparición de síntomas y reagudizaciones.
- Las familias que tienen un miembro con algún trastorno mental como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión, el trastorno de la personalidad, entre otros, requieren que un integrante de la familia asuma el papel de cuidador. Según la literatura revisada el estigma afecta a diversas áreas : falta

de oportunidades de empleo, problemas interpersonales, barreras para obtener el tratamiento necesario y la imagen negativa que se da de este tipo de personas.

- Las consecuencias negativas del estigma incluyen la desmoralización, el aislamiento, la desesperanza, la baja autoestima y una menor búsqueda de ayuda. El estigma empeora la calidad de vida, interfiriendo con los esfuerzos de rehabilitación, perturbando la vida en familia, empobreciendo y debilitando la red social de soporte.

- Aunque es difícil evaluar la contribución del estigma al peso o carga global de la enfermedad, ciertamente representa un segmento importante de lo que se denomina la carga encubierta u oculta de la enfermedad mental, lo que tiene repercusiones económicas y sociales muy significativas. En ocasiones, el efecto del rechazo y el estigma puede ser más nocivo que los síntomas mismos.

5 Discusión-Conclusión

El apoyo familiar juega un papel importante en los pacientes que padecen un problema de salud mental, el efecto que produce al incrementar el bienestar emocional, la estabilidad y el control que los hace sentir mejor, hace que los pacientes perciban su ambiente de manera positiva, disminuyendo la probabilidad de efectos negativos y recaídas. Y sobre todo mejora la calidad de vida del paciente. Hace más llevadera su estancia hospitalaria y facilita el manejo por parte del personal de este tipo de pacientes.

Los familiares constituyen los aliados más importantes en el proceso de tratamiento. A veces son los familiares los que consultan ante la tristeza, astenia, apatía u otros síntomas que detectan en un familiar. Su mayor cercanía al enfermo hace que puedan ser los primeros en detectar el problema y que una vez detectado, ese enfermo tenga toda la red de apoyo que necesita para tratar y superar su enfermedad. El tiempo de apoyo es importante durante la evolución del padecimiento, por lo que se debe fomentar la participación de la familia en los cursos, terapias y en el propio proceso psico-educativo del paciente, con la finalidad también de reducir su dependencia familiar.

Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado la sintomatología de la propia enfermedad y por otro al estigma que lleva asociado. Según el trastorno mental particular, pueden sufrir ansiedad, delirios, o cambios del estado de ánimo. Estos síntomas pueden hacer difícil para alguien con una enfermedad mental trabajar, vivir independientemente o lograr una calidad de vida satisfactoria. También hace más difícil su

estancia en un entorno como es un hospital del que no pueden salir. Pero la enfermedad mental no conduce sólo a dificultades derivadas de los síntomas de la enfermedad, sino también a desventajas a través de las reacciones de la sociedad, pues los malentendidos de la sociedad sobre los diversos trastornos mentales dan como resultado el estigma.

De esta forma, personas que llevan su enfermedad mental lo suficientemente bien como para trabajar tienen sin embargo graves dificultades para encontrar un empleo porque los empleadores los discriminan. Esta exclusión social a la que se ven sometidas las personas aquejadas de trastornos mentales suponen no solo una traba social realmente importante (para acceder a puestos de trabajo o para obtener un tratamiento digno), sino que también generan dificultades graves en el ámbito de la vida personal.

6 Bibliografía

- Magallares Sanjuan A. El estigma de los trastornos mentales : discriminación y exclusión social. Quaderns de Psicologia 2011.13(2).
- Arnaiz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. Norte de Salud Mental. 2006.26(49-59).
- Pedersen D. Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. 2009.55(1).
- Casanova-Rodas L, Rascón-Gasca ML, Alcántara-Chabelas H, Soriano-Rodríguez A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. 014.37(5).
- Fuertes MC, Maya MU. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Anales sis san Navarra. 2001.24(2).

Capítulo 103

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO DIRIGIDO AL PACIENTE DIABÉTICO MUSULMÁN

ANGELA MARTOS MARTIN-CONSUEGRA

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

ALBA COLLADO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El impacto de los movimientos migratorios, fruto de las desigualdades que genera la globalización, ha dibujado un paisaje multicultural en las principales ciudades de los países desarrollados. En la actualidad, nos encontramos en una sociedad donde la convivencia de diversidad de culturas es cada vez más significativa. Concretamente, el número total de migrantes internacionales ha pasado, en los últimos diez años, de 150 millones en 2000 a 214 millones en la actualidad; en otras palabras, hoy una de cada 33 personas en el mundo es un migrante (1, 2).

Salir del país de origen para establecerse en otro puede responder a múltiples motivaciones (académicas, políticas, etc.), aunque la más destacada es la motivación laboral. Sin embargo, aunque la principal razón de la migración es la búsqueda de una mejora en la calidad de vida, este proceso supone romper barreras culturales e idiomáticas, tradiciones y vínculos afectivos, por tanto, es un proceso de adaptación que no siempre resulta fácil (1).

Cada persona tiende a responder de una forma u otra dependiendo de sus costumbres y estilos de vida, es decir, acorde a su cultura; por tanto, a raíz de la nueva realidad sociodemográfica, pueden aparecer diferencias entre los ciudadanos de diferentes nacionalidades. (1) De ahí, que las discrepancias entre personas de distinta procedencia se produzcan, como bien dice el autor Fernando Jesús Plaza del Pino en su libro *Cuidando a pacientes musulmanes*, “por el desconocimiento mutuo y por la falta de humildad al acercarse al otro y que, por lo tanto, con salvar el desconocimiento con la convivencia y la falta de humildad con el respeto, los prejuicios y el rechazo de los inmigrantes se eliminaría” (3).

Este hecho inconscientemente, se aplica en muchas ocasiones en nuestro ámbito profesional. Dentro del ámbito sanitario, se debe recordar en determinadas ocasiones que la palabra “hospital” procede de “hospitalidad”. De modo que los retos descritos anteriormente, hacen necesario mejorar la competencia cultural de los profesionales, la cual implica la aceptación y respeto por las diferencias culturales, sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas atendidas y habilidad para ofrecer estrategias que mejoren los encuentros culturales de acuerdo a las necesidades. Para lograrla, es preciso partir del reconocimiento y apropiación de las bases teóricas de Enfermería, además de la aceptación de un cuidado cultural propio, logrando establecer desde el conocimiento, un plan de atención de enfermería donde se logre la conjunción de cultura y bienestar. Por tanto, el personal enfermero debe ser conscientes de la realidad demográfica, y manteniendo una actitud tolerante y libre de prejuicios deben de ser capaces de ocuparse de las futuras necesidades (1, 4).

Pues bien, en cuanto a realidad demográfica actual en España, podemos destacar la religión islámica, ya que a día de hoy es la segunda religión más practicada en esta región. Actualmente en el territorio español, se encuentran 1.703.529 musulmanes (de los cuales, aproximadamente 568000 son españoles), que residen mayoritariamente en Cataluña (448.879) y Andalucía (266.421). Dentro de la población musulmana, el colectivo extranjero lo constituyen principalmente marroquíes y pakistaníes en municipios como Barcelona, Valencia y Logroño (La Rioja), y los senegaleses en Salou (Tarragona), A Coruña y Vigo (Pontevedra). La población española existente dentro de la musulmana representa un 3%. Este hecho contradice la idea que se tiene en la sociedad de que “hay demasiados musulmanes en nuestro país”. Este comentario, bastante popular, está fundamentado básicamente en una mezcla de racismo, desconfianza y miedo a lo diferente, lo cual guarda relación con la idea comentada anteriormente del autor Fernando Jesús Plaza del Pino (5, 6).

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN MUSULMANA

En lo relativo a la salud de la comunidad musulmana, y tras haber revisado diferentes estudios e investigaciones, se han encontrado algunas diferencias entre culturas que podrían generar discrepancias entre enfermero y paciente a la hora de tratar con dicha comunidad (4).

El primer y principal problema que se encuentra es el idioma. Se debe de partir de la base de la dificultad que supone que un paciente entienda la patología que padece. A esta limitación, en el caso del musulmán, se le añade la barrera del idioma que dificulta en gran medida la comunicación entre enfermera – paciente (4).

Además, partiendo de la base que consideran que el cuerpo es pertenencia de Dios (Alá), los musulmanes rechazan cualquier tipo de trasplante, ya que ninguna parte del cuerpo muerto de una persona debería ser cortada, alterada o donada a otra persona u organización. Sin embargo, existen grupos más moderados que aceptarían los trasplantes entre personas vivas, pero siempre con el objetivo de salvar otra vida (4).

En lo que respecta a la forma de morir dentro de un centro sanitario, el paciente que se encuentre en sus últimas horas de vida puede solicitar que se le coloque sentado o acostado con la cama mirando hacia la Meca. También es común que durante estas últimas horas, un familiar le susurre al oído una oración y se acomode junto con el resto de los familiares alrededor del enfermo. En el caso de que dicho paciente no se encuentre acompañado, cualquier practicante de la religión musulmana, puede ejercer tal función (4).

Y por último, en cuanto a la alimentación o a la ingesta de sustancias, la religión musulmana se guía por una serie de principios o criterios que se establecen bajo el ritual denominado “Halal” (4). El concepto de “halal” hace referencia a un adjetivo utilizado para representar las acciones que no tienen prohibición alguna y que Dios, ha permitido realizar. Por contra, existe el concepto “Haram” que relata todas aquellas actividades que Dios ha prohibido enfáticamente. Por tanto, para que la ingesta de una sustancia este permitida por el halal tiene que tener unos criterios (4, 7):

- Solo estará permitida la ingesta de fármacos estupefacientes en el caso de que se usen con la finalidad de curar o salvar una vida.
- El alcohol está prohibido. Se debe tener en cuenta que eso no solo implica a las bebidas alcohólicas, sino a todo aquellos que lo contenga (medicamentos, por

ejemplo).

- La carne de cerdo queda prohibida, al igual que la carne que proceda de cualquier animal no sacrificado mediante el ritual Halal, el cual consiste en sacrificar al animal orientándolo hacia la Meca y clavándole un cuchillo con un corte seco, limpio e inmediato para desangrarlo hasta su muerte.

Por otro lado, como ya se ha mencionado con anterioridad, dentro de la dieta el paciente debe de seguir ciertas normas inscritas por el dios Alá, pero uno de los principios de esta religión que más se conoce es el periodo de ramadán.

EL RAMADÁN

El ramadán es el noveno mes del calendario lunar musulmán, el cual consideran sagrado. Las normas religiosas imponen la obligación de ayunar desde la salida del sol hasta la puesta de éste. De esta prohibición quedan exentos ancianos, niños, mujeres lactando, en periodo de gestación o durante la menstruación y toda persona que presente alguna patología (4, 8).

Sin embargo, ciertos creyentes y practicantes prefieren ayunar ya sea por cuestiones familiares o personales. Dentro de este colectivo de personas, nos centraremos en las personas diabéticas para la realización de este trabajo.

La diabetes es una enfermedad crónica, en la cual se presencia altos niveles de glucosa. Esto es debido a la existencia de un obstáculo en la producción de la hormona insulina o en su trabajo como transportadora de la glucosa. Dependiendo del mecanismo por el que se genere el obstáculo, estaremos hablando de un tipo de diabetes u otro (9).

Por una parte, encontramos la diabetes tipo 1, que suele aparecer en edades tempranas y suele aparecer de forma brusca. La causa específica que lo desencadena se desconoce, pero se basa principalmente en la destrucción de las células pancreáticas que producen insulina, por tanto se produce dicha hormona en poca cantidad y con un aprovechamiento insuficiente por parte de las células. La clínica más habitual que desencadena este tipo es la conocida como “las 4 P”: polifagia (se sensación de cansancio), poliuria (aumento de cantidad de orina), polidipsia (incremento de las ganas de comer) y pérdida de peso. Los pacientes que sufren este tipo de diabetes son insulín dependientes, por lo que deben de administrarse artificialmente la hormona desde el principio de la patología (10).

Por otra parte, se habla de diabetes tipo 2, la cual suele desarrollarse a edades más avanzadas, normalmente a partir de los 40 años. Ésta se caracteriza por la

resistencia que crean las células hacia la insulina y no hacen un buen uso de ella. La diabetes puede producir complicaciones de salud graves tales como enfermedades cardíacas, ceguera, insuficiencia renal y amputaciones de las extremidades inferiores. A pesar de esto, si el paciente mantiene una buena alimentación, una vida activa y un control de sus niveles de glucosa en sangre, podrá llevar una vida aparentemente normal y sin problemas. Sin embargo, se puede dar el caso que el médico tenga que recetarle alguna dosis de insulina para alcanzar el nivel de glucosa adecuado (10).

Por tanto, partiendo de la base de que una persona diabética debe cuidar mucho el tema de la alimentación, en el caso de una persona que practique el ramadán deberá de llevar un control más exhausto de las cantidades de alimentos que ingiere y del control de los niveles de glucosa que mantiene en sangre junto con la supervisión de profesionales sanitarios, de modo que pueda adoptar los dos estilos de vida sin que perjudique a su salud.

Justificación

La presencia cada vez mayor de inmigrantes de religión musulmana, representa un nuevo reto para los profesionales de atención sanitaria. Como ya se ha explicado, el Corán (libro sagrado del islam) exime del ramadán a personas enfermas. Sin embargo existen personas que prefieren seguir sus principios y ayunar igualmente. Esto puede suponer un problema de alto riesgo para las personas que deben de cuidar exhaustivamente su alimentación (como es el caso de los diabéticos), ya que pueden desarrollar complicaciones como la hipoglucemia, hiperglucemia y deshidratación que pueden desembocar en una pérdida de conocimiento o incluso en coma (11).

Es por esto, por lo que considero importante plantear un plan de cuidados estandarizado que ayude a disminuir el desconocimiento frente a una religión que prácticamente no conocemos en profundidad y saber afrontarla pudiendo compaginar las pautas que exige la diabetes junto con el ayuno durante el Ramadán.

2 Objetivos

Objetivo general

- Crear un plan de cuidados estandarizado dirigido a las personas diabéticas que practican el ramadán. Este plan deberá de estar acoplado su estilo de vida, de forma que puedan llevar una vida saludable sin tener que dejar de lado sus principios.

Objetivos específicos:

- Analizar el perfil del paciente musulmán residente en España.
- Conocer y entender sus costumbres, formas de vida, principios, etc.

3 Metodología

Para la realización del plan de cuidados, y conseguir así el objetivo del trabajo, se ha realizado una búsqueda bibliográfica. Para ello se han buscado y analizado diferentes artículos que traten sobre dicho colectivo y se ha extraído unas conclusiones sobre cuáles son los principales problemas que presentan en su salud o en la relación con el profesional sanitario. A partir de estas conclusiones se ha establecido el plan de cuidados estandarizado.

El método utilizado para realizar la investigación ha sido deductivo, ya que a partir de una búsqueda científica se han establecido ciertos puntos basados en la evidencia, que serán de utilidad para una población en concreto, los musulmanes diabéticos.

Esta investigación se ha llevado a cabo usando diversas bases de datos: PubMed, LiLACs, Cochrane, Cuidatge, DARE, Informa HealthCare, y The Joanna Briggs Institute. Sin embargo, no todas sirvieron, ya que contenían artículos antiguos o que no iban dirigidos al tema de interés. Por tanto, las bases de datos que finalmente han sido de utilidad en esta investigación han sido LiLaCs, Informa Healthcare y Pubmed.

4 Resultados

Este plan de cuidados se ha desarrollado utilizando como referencia el modelo conceptual de Virginia Henderson, que se basa en las teorías de necesidades y desarrollo humano para conceptualizar a la persona. Según Henderson, la función de la enfermera consiste en “asistir al individuo, enfermero o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”.

Además identifica 14 necesidades básicas del ser humano: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminar por todas las vías corporales, moverse

y mantener posturas adecuadas, dormir y descansar, escoger ropa adecuada, termorregulación, mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas, comunicarse, vivir según las creencias y valores, trabajar para sentirse realizado, participar en actividades recreativas y aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

La causa fundamental por la que se ha decidido seguir este modelo ha sido el hecho de que atiende las necesidades de la persona de forma holística (no solo teniendo en cuenta la patología física, sino también su estado psicológico y emocional, así como su entorno), por su fácil adaptación a todos los ámbitos donde la enfermera actúa, así como por ser unos de los modelos más conocidos y de gran utilidad en nuestro entorno.

Dentro de este marco del modelo de Virginia Henderson se aplica como metodología el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Dicho método consta de 5 etapas correlativas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico de Enfermería (DE), planificación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN

En primer lugar se recogen los datos e información necesaria mediante la valoración usando como herramientas una entrevista clínica, una observación y una exploración física. A partir de aquí se determinan qué patrones funcionales de Marjory Gordon se encontrarían afectados en el paciente.

Una vez analizados los datos obtenidos, se detallan los principales patrones funcionales que se pueden encontrar alterados en pacientes diabéticos practicantes del Ramadán, los cuales son el objetivo de nuestro trabajo.

Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud. Es imprescindible conocer los conocimientos que tiene el paciente sobre la diabetes, y si sabe cómo compaginar los principios a seguir de la religión musulmana, de manera que no afecte ni a su autoestima ni a su salud.

Patrón 2: Nutricional – Metabólico. Hay que tener en cuenta que durante el periodo del Ramadán la ingesta tanto de alimentos como de líquidos se reduce en gran medida y se realiza tras ayunos prolongados. Si no mantiene una dieta equilibrada adecuada a los horarios del Ramadán y no se lleva un control glucémico estricto el paciente podría llegar a desarrollar una hipoglucemia o hiperglucemia.

Patrón 3: Eliminación. Los cambios dietéticos durante el periodo del Ramadán

podrían afectar a su patrón habitual de evacuación.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio. En los casos de pacientes diabéticos siempre está recomendado realizar ejercicio físico. Pero en el caso de un paciente diabético musulmán, un exceso actividad física puede desencadenar en un descenso brusco de los niveles de glucosa.

Patrón 5: Sueño – Descanso. Se puede ver alterado el patrón de sueño, debido a la adaptación de los horarios de comida durante las horas nocturnas.

Patrón 7: Autopercepción – Autoconcepto. El paciente puede presentar cuadros de baja autoestima ya que puede considerar que la patología le puede impedir o dificultar el seguimiento de sus principios como musulmán.

Patrón 8: Rol – Relaciones. La relación con sus familiares o más allegados puede verse deteriorada, o el propio paciente puede presentar miedo al rechazo social de su entorno.

Patrón 10: Adaptación – Tolerancia al estrés. Una vez se le diagnostica la enfermedad al paciente, puede sentir temor a no poder seguir sus principios musulmanes y por tanto sentir que la situación le supera psicológicamente.

Patrón 11: Valores – Creencias. Hay que tener muy en cuenta que aunque el Ramadán supone un riesgo para llevar un control adecuado de la enfermedad diabética, existen personas que prefieren no dejar atrás su religión.

DIAGNÓSTICO

A continuación, derivados de la valoración por patrones funcionales, se identifican unos diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía NANDA-I, a partir de los cuales más adelante se implantarán unas intervenciones (NIC) y unos resultados esperados (NOC) que abarquen y atiendan a las necesidades o problemas que pueden surgir a partir de compaginar la diabetes y la práctica del ayuno durante el Ramadán.

Por otro lado, aparte de determinar unos diagnósticos enfermeros, se establecen unas complicaciones potenciales o problemas de colaboración (CP). Este concepto hace referencia a las complicaciones fisiológicas que pueden aparecer a raíz de ciertos diagnósticos o modalidades del tratamiento. Para poder prevenir y tener bajo control estas complicaciones potenciales, el personal de enfermería implantará de actividades e intervenciones.

PLANIFICACIÓN

A continuación se plasman en una tabla los diagnósticos NANDA-I elegidos, junto con las intervenciones enfermeras a realizar (NIC) y los resultados esperados (NOC), jerarquizados por prioridades según la pirámide de Maslow.

Tabla 3. Diagnósticos NANDA-I, NIC, NOC (Elaboración propia)

1º NANDA - I

Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179): Riesgo de variación de los límites normales de los niveles de glucosa.

NIC

- Manejo de la nutrición (1100)
- Entrenamiento control de los impulsos (4420)
- Acuerdo con el paciente (4370)

NOC

- Conocimientos en conducta de salud (1805)
- Conocimiento control de la diabetes (1820)
- Autocontrol de los impulsos (1405)

2º NANDA - I

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002): Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

NIC

- Asesoramiento nutricional (5246)
- Manejo de la nutrición (1100)
- Manejo del peso (1260)
- Manejo de líquidos (4120)

NOC

- Conocimiento: dieta (1802)
- Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009)

3º NANDA-I

Riesgo de disfunción neurovascular periférica (00086): Riesgo de sufrir un alteración en la circulación o movilidad de una extremidad

NIC

- Fomento del ejercicio (0201)
- Cambios de posición
- Vigilancia de la piel (3590)
- Monitorización de los signos vitales (6680)

NOC

- Movimiento coordinado (0212)
- Perfusión tisular (0407)
- Estado neurológico: función sensitiva/motora medular (0914)

4º NANDA - I

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047): Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

NIC

- Prevención de las úlceras por presión (3540)
- Manejo de las presiones (3500)
- Vigilancia de la piel (3590)
- Administración de medicación: tópica (2316)
- Precauciones circulatorias (4070)
- Cuidados de los pies (1660)
- Fomento del ejercicio: entrenamiento de extensión (0202)

NOC

- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas (0204)
- Control de riesgo (1902)
- Estado nutricional (1004)
- Integridad tisular: piel y membranas mucosas (1101)
- Perfusión tisular: periférica (0407)
- Estado nutricional: ingestión de nutrientes (1009)

5° NANDA - I

Incumplimiento del tratamiento (00079): Conducta de una persona o cuidador que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud, la persona o el cuidador pueden respetarlo total o parcialmente o no cumplirlo en absoluto, lo que puede conducir a resultados clínicos efectivos, parcialmente efectivos o inefectivos.

NIC

- Chequeo sanitario (5420)
- Acuerdo con el paciente (4420)
- Apoyo en la toma de decisiones (5250)
- Aumentar sistemas de apoyo (5440)
- Manejo de la medicación (2380)
- Clarificación de valores (5480)

NOC

- Conducta del cumplimiento (1601)
- Apoyo familiar durante el tratamiento (2609)
- Control del síntoma (1608)

6° NANDA - I

Deterioro de la adaptación (00070): Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

NIC

- Aumentar el afrontamiento (5230)

NOC

- Aceptación del estado de salud (1300)

7º NANDA – I

Conocimientos deficientes (00126): Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

NIC

- Conocimiento: proceso de la enfermedad (1803)
- Conocimiento: régimen terapéutico (1813)

NOC

- Enseñanza: proceso de la enfermedad (5602)
- Enseñanza: actividad/ejercicio (5612)

8º NANDA - I

Afrontamiento ineficaz (00069): Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva.

NIC

- Apoyo en la toma de decisiones (5250)
- Apoyo emocional (5270)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)
- Ayuda para el control del enfado (4640)
- Establecer límites (4380)
- Facilitar autorresponsabilidad (4480)
- Potenciación de autoestima (5400)

NOC

- Superación de problemas (1302)
- Toma de decisiones (0906)

9º NANDA – I

Afrontamiento familiar comprometido (00074): La persona que habitualmente brinda soporte principal (un miembro de la familia o amigo íntimo) proporciona en este caso, un apoyo, consuelo, ayuda o estímulo insuficiente que puede ser necesario para que cliente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su situación de salud.

NIC

- Apoyo a la familia (7140)

- Terapia familiar (7150)
- Fomento de la implicación familiar (7110)
- Asesoramiento (5240)
- Apoyo espiritual (5420)
- Fomento de la normalización familiar (7200)
- Establecimiento de objetivos comunes (4410)
- Potenciación de roles (5370)

NOC

- Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional (2605)
- Afrontamiento de los problemas de la familia (2600)

10º NANDA – I

Baja autoestima situacional (00120): Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

NIC

- Potenciación de la autoestima (5400)
- Potenciación de la imagen corporal (5220)
- Apoyo emocional (5270)
- Asesoramiento (5240)
- Aumentar los sistemas de apoyo (5440)

NOC

- Autoestima (1205)
- Superación de problemas (1302)

11º NANDA – I

Ansiedad (00146): Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro)

NIC

- Disminución de la ansiedad (5820)
- Seguimiento telefónico (8190)
- Presencia (5340)
- Asesoramiento (5240)
- Grupos de apoyo (5430)
- Terapia de relajación simple (6040)

NOC

- Autocontrol de la ansiedad (1402)

12º NANDA – I

Sufrimiento espiritual (00066): Deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la naturaleza o un poder superior al propio yo

NIC

- Apoyo espiritual (5420)
- Cuidados en la agonía (5260)
- Dar esperanza (5310)
- Disminución de la ansiedad (5820)

NOC

- Salud espiritual (2001)
- Calidad de vida (2000)
- Esperanza (1201)

13° NANDA – I

Deterioro de la religiosidad (00169): Deterioro de la capacidad para apoyarse en la confianza en las creencias religiosas o participar en una tradición religiosa en particular.

NIC

- Apoyo espiritual (5420)

NOC

- Estado de comodidad: psico-espiritual (2011)

El personal enfermero, aparte de resolver estos problemas de manera independiente, identificará o prevendrá, como se ha explicado anteriormente, unas complicaciones potenciales (CP) derivadas de una posible descompensación glucémica relacionada con el tratamiento aplicado. En cada una de ellas se describirá unos objetivos y las intervenciones (NIC) y actividades que se consideren más oportunas para prevenir o paliar el posible problema potencial.

CP: Descompensación hiperglucémica que puede derivar en cetoacidosis diabética (glucemia 300 – 600mg/dl y cetonuria alta) o coma hiperosmolar (glucemia >600mg/dl y cetonuria normal)

Objetivo 1: Prevenir y/o vigilar la aparición de signos de hiperglucemia, así como de cetoacidosis diabética

Objetivo 2: Vigilar la aparición de signos y/o síntomas de cetoacidosis diabética

Taxonomía NIC: Manejo de la hiperglucemia (2120)

Actividades:

Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas).

Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina.

Comprobar los niveles de gases en sangre arterial, electrolitos, betahidroxibutirato, según disponibilidad.

Administrar insulina según prescripción.

Mantener la vía intravenosa, si es preciso.

Administrar líquidos intravenosos, si es preciso

Administrar potasio según prescripción.

Potenciar la ingesta oral de líquidos, si no hay contraindicación.

Realizar balance hídrico (incluyendo ingesta y eliminación), si procede.

Instruir al paciente y seres queridos en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.

Fomentar el control de los niveles de glucosa en sangre.

CP: Hipoglucemia (<50-60mg/dl en adulto, <40mg/dl en niños)

Objetivo: Prevenir y/o vigilar la aparición de signos y/o síntomas de hipoglucemia

Taxonomía NIC: Manejo de la hipoglucemia (2130)

Actividades:

Proporcionar información sobre la conveniencia del autocontrol de la hipoglucemia.

Enseñar al paciente y familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.

Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono de absorción lenta.

Indicar al paciente que debe obtener y llevar identificación médica de emergencia adecuada.

Instruir a los seres queridos en la utilización y administración de glucagón, si resulta oportuno.

Instruir de las interacciones de la dieta, la insulina/antidiabéticos orales y el ejercicio junto a la realización del ayuno.

Proporcionar ayuda al paciente en la toma de decisiones para evitar la hipoglucemia.

Fomentar el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre.

EJECUCIÓN

Los expertos desaconsejan la práctica del ayuno sufriendo de diabetes por el riesgo que conlleva a sufrir una hipoglucemia o una hiperglucemia y que estas complicaciones desemboquen en una pérdida del conocimiento o estado de coma. Por ello, recomiendan interrumpir el ayuno siempre que los niveles de glucosa en sangre se encuentran por debajo de 60 miligramos por decilitro o por encima de los 300.

A pesar de este riesgo, esta práctica es una decisión que el paciente toma voluntariamente, por lo tanto en vez de intentar convencer de interrumpirla, se debe implantar un plan de cuidados estandarizados que prevenga la aparición de estas complicaciones. El plan de cuidados se basará en la educación sanitaria y constará de tres pilares básicos, al igual que el tratamiento dirigido a un paciente diabético que no ayune. Estos pilares serán el ejercicio, la dieta y los antidiabéticos orales o la insulina.

Por un lado, se derivará a la consulta médica para que se le pauten una dosis y unos horarios adaptados al horario del ayuno. La función del enfermero será informar de los efectos adversos que pueden tener algunos antidiabéticos durante la privación de la alimentación y asegurarse de que el paciente entiende, cumple y se adhiere al tratamiento determinado por el médico.

En lo relativo a la alimentación se recomendará que ingiera alimentos como trigo, la sémola, y las judías durante las comidas antes del ayuno ya que estos contienen hidratos de carbono de absorción lenta y con alta proporción de fibra que asegura un aporte lento de glucosa al organismo. También se aconsejará que se aprovechen al máximo las horas en las que uno puede beber, para hidratarse mediante agua, leche o zumos naturales, principalmente. Además se deberá indicar la evitación de la ingesta de grasas.

Por último, en cuanto al ejercicio, a todos los diabéticos se les recomienda la realización de actividad física. Sin embargo, a los musulmanes diabéticos concretamente, se les recomienda la realización de ejercicio que no sea excesivo y en horas en las que haya menos exposición solar, a la vez que se mantiene una adecuada hidratación.

Este plan de cuidados principalmente se ejecutará en el ámbito de atención primaria, llevado a cabo por la enfermera que lleve a cabo el seguimiento del paciente. Sin embargo, si precisa, también se podrá usar en un ámbito hospitalario, en consultas externas.

En general, profesionales como el médico de familia Jesús Neri, aseguran que son paciente con un perfil muy peculiar y unas creencias muy arraigadas, pero que por lo general colaboran en el tratamiento y las pautas que se les establece.

EVALUACIÓN

Una vez, ejecutado o implantado el plan de cuidados se deberán usar ciertas herramientas para poder estudiar en cada una de las consultas que se tenga con el

paciente las consecuencias, tanto positivas como negativas, que ha desarrollado frente a las intervenciones y de la evolución de la patología. Dentro de estas herramientas podremos encontrar por un lado unos folletos que contengan una tabla donde el paciente pueda apuntar en su domicilio las dosis de insulina o los antidiabéticos orales que se administra, al igual que los valores del nivel de glucemia a diferentes horas del día. De esta manera la enfermera podrá llevar un control más exhausto del caso.

Por otro lado, también se aplicarán una serie de escalas de valoración de enfermería. La periodicidad en la que se apliquen dichas escalas dependerá de la evolución del caso del paciente y del criterio profesional del personal de enfermería:

- o Cuestionario Apgar familiar: Esta escala se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que tiene la finalidad de valorar la percepción del propio paciente sobre la función familiar. El rango de puntuación varía de 3 a 6 puntos, (disfuncional leve), de 7 a 10 puntos (normofuncional) y disfuncional grave (de 0 a 2 puntos).
- o Escala de desesperanza de Beck: Es un cuestionario autoadministrado que valora la actitud de la persona ante su bienestar y sus futuras expectativas. Consta de 20 ítems y se puntúa con 1 punto las respuestas “Verdadero” de los ítems 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 y 20; y el resto de las respuestas “Falso”.

El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica grado de desesperanza alto.

- Cuestionario “Conozca su salud nutricional”: Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 10 ítems con respuesta dicotómica y cada ítem puntúa conforme a su grado de importancia. El rango de puntuación varía de 0 a 2 bueno, de 3 a 5 (riesgo nutricional moderado, de 6 o más (riesgo nutricional alto).
- Escala de riesgo de úlceras de presión – Braden: Es una escala heteroadministrada que valora el riesgo de aparición de úlceras por presión, muy comunes en personas de movilidad limitada o, en este caso, personas diabéticas por la alteración de la circulación en las extremidades inferiores. Consta de 6 ítems y una puntuación final de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión.
- Cuestionario de Morisky - Green: Este cuestionario consta de 4 preguntas simples y tiene como finalidad averiguar la adherencia al tratamiento del paciente.

Estas escalas de valoración serán utilizadas para la determinación de unas conclusiones acerca del impacto que ha tenido el plan de cuidados sobre el paciente. Por tanto, serán herramientas usadas como indicadores de calidad ya que, en función a los resultados que se obtengan a partir de la aplicación de dichas escalas,

se comprobará la eficacia del plan.

5 Discusión-Conclusión

Durante el Ramadán, los musulmanes ayunan, como ya se ha explicado, desde la salida del sol hasta la puesta de éste. Sin embargo, el Corán exime a las personas que presenten alguna patología de tener que realizar tal ayuno. A pesar de esto, muchos diabéticos musulmanes, prefieren seguir sus principios y realizar el ayuno ya sea por cuestiones personales, familiares o sociales. En muchas ocasiones, muchos de estos diabéticos no son conscientes de las complicaciones (como una hipoglucemia) que el ayuno puede suponer frente a la diabetes (25, 26, 27).

Sin embargo, existen diversos estudios recientes que demuestran que esta práctica religiosa, no tiene por qué alterar los niveles de glucosa en sangre, siempre y cuando se lleve un adecuado control, bajo la supervisión de los profesionales sanitarios. Por esta razón, Ángel Cabrera, presidente de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE), recomienda que por lo menos dos meses antes de que empiece el mes sagrado, el paciente acuda a la consulta médica o de enfermería y se establezcan unas pautas para poder ajustar la dieta, las dosis de antidiabéticos orales o insulina al nuevo horario alimenticio que va a adquirir el paciente durante un periodo de tiempo. Al igual, que también se aconseja que el paciente acuda de nuevo una vez finalice el periodo del ramadán para valorar si el ayuno ha tenido alguna consecuencia en el organismo, y evaluar la posibilidad de modificar algunas de las pautas establecidas al principio (21, 28, 29, 30, 31).

Por tanto, aunque el ayuno siempre supone un riesgo para la diabetes, se debe de tener en cuenta que esta práctica es una decisión personal que el paciente, por la causa que sea, ha decidido realizar. Con lo cual, la función del profesional sanitario se debe ejercer bajo el respeto y no debe de juzgar ni intentar convencer al musulmán de lo perjudicial que es el ayuno.

Esta atención se basará en la educación sanitaria, mediante la cual se pautarán unas guías a seguir respecto a los tipos de alimentos que puede ingerir, así como sus horarios. Al igual que el personal de enfermería se deberá comunicar con el médico para poder establecer unas modificaciones respecto a la toma de antidiabéticos orales e insulina, tanto las dosis como los horarios de administración. Además también se recomendarán unos hábitos de actividad física, lo cual también es un pilar fundamental en el tratamiento de la diabetes (32, 33).

De esta manera, la función del profesional será advertir de los riesgos que supone, pero ofreciendo a la vez unos recursos y unas posibilidades para poder compaginar los dos estilos de vida de forma saludable (34).

Tras la realización y desarrollo de este proyecto, se puede concluir que los planes de cuidados estandarizados, fundamentados en una apropiada valoración clínica y en la utilización de la taxonomía NANDA/NOC/NIC son el soporte de una atención enfermera de calidad, ya que permite homogeneizar el lenguaje y unificar criterios de actuación entre profesionales. Con esto se consigue reducir la variabilidad en la práctica asistencial, facilitar el seguimiento conjunto del paciente y mejorar, por tanto, la calidad de atención sanitaria. Este método será eficaz siempre y cuando la enfermera lo considere como base, y posteriormente realice una valoración exhaustiva que le permita interpretar las necesidades individuales del paciente de forma holística (18, 35).

También se ha podido demostrar que un paciente diabético practicante de la religión musulmana puede llevar una vida aparentemente normal, siempre y cuando lo haga mediante un control exhaustivo de los niveles de glucosa en sangre y bajo la supervisión de personal médico o de enfermería. Por tanto, no existe la necesidad de que el paciente abandone sus principios para mantener un estilo de vida saludable.

Por último, cabe añadir que todavía existen grandes lagunas respecto al tratamiento de pacientes diabéticos durante el ramadán, es decir, está insuficientemente investigada, y considero que se le debería prestar más atención ya que el ayuno en un paciente con diabetes puede tener muchas complicaciones y como personal sanitario debemos de estar preparados y formados para saber cómo actuar ante cualquier problema que pueda surgir.

6 Bibliografía

- (1) A. Castillo Martínez, R. Fernández. Enfermería Transcultural en Salud Laboral [Internet]: dialnet; 2015 – [acceso el 12 de marzo de 2016]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5213012>
- (2) Joan Llosada Gistau, Imma Vallverdú Duch, Mònica Miró Orpinell, Carolina Pijem Serra, Àlex Guarga Rojas. Acceso y uso de los servicios sanitarios por parte de los pacientes inmigrantes: la voz de los profesionales [Internet]: Elsevier; 2012 – [actualizado el 2 de febrero de 2012; acceso el 12 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27->

articulo-acceso-uso-los-servicios-sanitarios-90097200

(3) Fernando Jesús Plaza del Pino. Cuidados a pacientes musulmanes. Almería: Universidad de Almería; 2010.

(4) Alberto Luís Fernández Oliver, Rachida Mgueraman Jilali. Enfermería sin Fronteras. “Enfermería y el paciente musulmán” [Internet]*: Juntadeandalucia.es; 2011 – [Acceso el 12 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-094-05.pdf>

(5) Miguel Ángel Medina. Los musulmanes son el 3,6% de la población en España (1,7 millones). [Internet]: El País; 2014 – [Actualizado el 10 de febrero de 2014; Acceso el 16 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://blogs.elpais.com/miradas-arabes/2014/02/poblacion-cuantos-musulmanes-espana-3-por-ciento-2014.html>

(6) Observatorio Andalusí. Estudio demográfico de la población musulmana [Internet] España: UCIDE; 2015 – [acceso el 16 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.ucidcanarias.es/estademograf14.pdf>

(7) Dr. Yusuf Al-Qaradawy. Lo lícito e ilícito en el islam [Internet]. Kuwait; 2007 – [acceso el 16 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.islamicbulletin.org/spanish/ebooks/hadith/Lo_Licito_e_Illicito_-_en_el_Islam.pdf

(8) Beatriz González. Carne halal o al rito musulmán [Internet] Webislam.com: 2008 – [actualizado el 25 de mayo de 2008; acceso el 12 de marzo de 2016]. Disponible en: http://www.webislam.com/articulos/34278-carne_halal_o_al_rito_musulman.html

(9) Centros para el control y la Prevención de Enfermedades. ¿Qué es la diabetes? [Internet]: CDC; 2015 – [actualizada el 31 de marzo de 2015; acceso el 1 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/diabetes/spanish/basics/diabetes.html>

(10) El mundo. Diabetes [Internet] España. DMedicina.com [acceso el 1 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/diabetes.html>

(11) Cristina Díaz. Diabéticos ante el Ramadán [Internet]: Diario de Sevilla; 2014 – [actualizado el 14 de julio de 2014; acceso el 1 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.diariodesevilla.es/article/sevilla/1815497/diabeticos/ante/ramadan.html>

(12) Tania Sofia Sandonis Martín. Plan de Cuidados Estandarizado en Pacientes con Amputación Traumática de Miembro Inferior [Internet]* País Vasco; 2014 – [actualizado el 15 de mayo de 2014; acceso el 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/13001/1/TFG.pdf>

(13) Enfermeriaactual.com. Listado de diagnóstico de Enfermería [Internet]: Enfermeriaactual.com – [acceso el 2 de mayo de 2016]. Disponible en:

<http://enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/>

(14) Generalitat Valenciana, conselleria de sanitat. Diagnósticos, intervenciones y resultados de Enfermería en Atención Domiciliaria [Internet]*: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat; 2006 – [acceso el 6 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4964-2006.pdf>

(15) Pino Escudero MN. Plan de cuidados para pacientes prediabéticos [Internet]: NURE; 2013 – [acceso 6 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/638/627>

(16) Ana Belén Ramos Román, Daniel Bartolomé Moreno, M^a Isabel Ruiz Pastor, Teresa Hueso Álvarez. Plan de cuidados: Paciente laringectomizado [Internet] Madrid: SaludMadrid; 2011 – [acceso el 6 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/9e8140e2-cec7-4df7-8af9-8843320f05ea/9454dc32-000b-44b1-b556-d6f375c63541/f9aca76a-c5f7-4045-ac34-a86a30e4e22f/PLAN_CUIDADOS_PACIENTE_LARINGUEZ-TOMIZADO.pdf.

(17) Hablemos de Enfermería. Listado Completo de Diagnósticos NANDA 2015 – 2017 [Internet]: Hablemos de enfermería; 2015 – [actualizado el 22 de junio de 2015; acceso el 6 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://hablemosdeenfermeria.blogspot.com.es/2015/06/diagnosticos-de-enfermeria-nanda-2015-2015.html>

(18) Hospital General Universitario de Alicante. Plan de Cuidados al paciente que ingresa en el Hospital con diabetes controlada [Internet] Alicante: Hospital General Universitario de Alicante; 2010 – [actualizado en octubre de 2010; acceso el 14 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18131/Plan+de+cuidados+al+pacientediabetico2010.pdf>

(19) PortalesMedicos.com. Plan de cuidados de enfermería en personas afectadas de diabetes tipo 2. [Internet]: PortalesMedicos.com; 2014 [acceso el 14 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/plan-de-cuidados-de-enfermeria-diabetes-tipo-2/3/>

(20) Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en atención primaria de la salud. Diabetes y Ramadán [Internet]: redGDPS; 2015 – [acceso el 20 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.redgdps.org/index.php?idregistro=466>

(21) Diarioinformacion.com. El riesgo del ayuno del Ramadán para los diabéticos [Internet] Madrid: Diarioinformacion.com; 2013 – [actualizado el 13 de julio de 2013; acceso el 20 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.diarioinformacion.com/vida-y-estilo/salud/2013/07/10/riesgos-ramadan/1394171.html>.

- (22) Servicio Andaluz de Salud, Consejería de salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico [Internet] Andalucía: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de salud; 2014 - [acceso el 6 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=desa_Innovacion5.
- (23) Rebeca Robles García, Jaqueline Corázar, Juan José Sánchez-Sosa, Francisco Páez Agraz, Humerto Nicolini Sánchez. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL [Internet]: Psicothema - [acceso el 10 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1053.pdf>.
- (24) X. Nogúes Solán, M. L. Sorli Redó, J. Villar García. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento [Internet] Barcelona: 2008 - [acceso el 10 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v24n3/revision1.pdf>.
- (25) Zantar A; Azzoug S, Belhimer F, Chentli F. Diabète et Ramadan / Diabetes and Ramadan [Internet]: Biblioteca virtual en salud; 2012 - [actualizado en noviembre de 2012; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-22959493>.
- (26) Bravis V, Hui E, Salih S, Mehar S, Hassanein M, Devendra D. Ramadan Education and Awareness in Diabetes (READ) programme for muslims with type 2 diabetes who fast during Ramadan [Internet] Londres: Pubmed; 2010 - [actualizado en marzo de 2010; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20536496>.
- (27) Sahin SB, Ayaz T, Ozyurt N, Ilkkilic K, Kirvar A, Sezgin H. The impact of fasting during Ramada non the glycemic control of patients with type 2 diabetes mellitus [Internet]: PubMed; 2013 - [actualizado en octubre de 2013; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-23934679>.
- (28) Olgun N. The effect of Ramadan fasting on well-being and attitudes toward diabetes in patiets wich diabetes [Internet]: Informe Healthcare; 2006 - [acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1002/edn.48>.
- (29) Fariduddin M, Mahtab H, Latif ZA, Sqddiqui NI. Practical management of diabetes during Ramadan fasting [Internet] Blangadesh: Pubmed; 2011 - [actualizado en julio de 2011; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21804526>.
- (30) Kobeissy A, Zantout MS, Azar ST. Suggested insulin regimens for patients with type 1 diabetes mellitus who wish to fast during the month of Ramadan

[Internet] Lebanon: PubMed; 2008 – [actualizado en Agosto de 2008; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18803984>.

(31) Dunn SP, Heidemann DG, Chow CY, Crockford D, Turjman N, Angel J, Allan CB, Sosne G. Treatment of chronic nonhealing neurotrophic corneal epithelial defects with thymosin beta4 [Internet] USA: PubMed; 2010 – [actualizado en abril de 2010; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20536469>.

(32) Susilparat P, Pattaraarchachai J, Songchitsomboon S, Ongroongruang S. Effectiveness of contextual education for self-management in Thai Muslims with type 2 diabetes mellitus during Ramadan [Internet]: PubMed; 2014 – [actualizado en Agosto de 2014; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25518292>.

(33) Bravis V, Hui E, Salih S, Mehar S, Hassanein M, Devendra D. Ramadan education and awareness in diabetes (READ) programme for muslims with type 2 diabetes who fast during Ramadan [Internet] London: PubMed; 2010 – [actualizado en marzo de 2010; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20536496>.

(34) Azas El-Sabed AA, Sabe EA. Fasting Ramadan in diabetic patients: When is fasting not advisable in a person with diabetes? [Internet]: Biblioteca Virtual en salud; 2015 – [actualizado en mayo de 2015; acceso el 5 de abril de 2016]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/Es/mdl-26013778>.

(35) M^a Teresa Martínez Lamazares. Plan de cuidados enfermero a la mujer mastectomizada con tratamiento quimioterápico en una unidad de mama. [Internet]: Universidad Zaragoza; 2014 [acceso el 2 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://invenio2.unizar.es/record/14050/files/TAZ-TFG-2014-288.pdf>.

(36) Natal Vásquez Ávila, William Guerra Venera, Juana Iris Julio, Adelgaza Noguera. Patrones funcionales [Internet] - 2014 [acceso 13 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Nataly060795/diapositivas-patrones-funcionales>.

(37) Wikipedia.org. Pirámide de Maslow. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_Maslow.

(38) Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Percepción de la función familiar - Cuestionario APGAR familia [Internet] Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. [acceso el 13 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/Apgar_familiar.pdf.

(39) Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Escala de Beck [Internet]* Servicio Andaluz de Salud, Conse-

jería de Salud [acceso el 13 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/corDesesp_Beck.pdf.

(40) Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Cuestionario “Conozca su salud nutricional” [Internet] Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud [acceso el 13 de mayo de 2016], Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/corRiesNutric.pdf>.

(41) Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Escala de riesgo de UP – Braden [Internet] Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud [acceso 13 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/corRiesgoUPP_BRADEN.pdf.

(42) X. Negué Solán, M. L. Sorli Redó, J. Villar García. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento [Internet] Barcelona: Sácielo; 2007 – [actualizado en marzo de 2007; acceso el 13 de mayo de 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992007000300009.

Capítulo 104

“PREFERENCIAS DEL LUGAR DE MUERTE DE LOS ENFERMOS TERMINALES EN SITUACION DE ULTIMOS DIAS: DOMICILIO VS HOSPITAL”

NURIA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El comportamiento hacia la muerte ha ido evolucionando a lo largo de la historia:

- Alta Edad Media (del S.V al XI): el fallecimiento se percibía como un acto familiar y próximo, muriendo en el hogar. Se experimentaba de forma natural, con serenidad. Los familiares, amigos participaban y acompañaban en el momento de la muerte. Por ello, este acto se consideraba de gran valor este acompañamiento 5,8.
- Baja Edad Media (S.XII al XV): se produce un cambio, se vive la muerte de forma más personal y no tan comunitarios celebraban actos religiosos. Los médicos visitaban al moribundo puntualmente para evaluar y valorar su pronóstico. Los familiares eran los que se encargaban de los cuidados paliativos hasta la época del Renacimiento.
- Renacimiento (S. XI-XVII): se instituyen órdenes religiosas que se encargan del cuidado del moribundo creando diversos grandes hospitales en España⁵.
- Edad Contemporánea: la muerte comienza a ser medicalizada. Se sufre un cambio en la actitud de la población respecto a las decisiones relacionadas con la

muerte siendo antes asumidas por el propio moribundo, pero a partir siglo XVIII la familia forma parte de las decisiones.

- Siglo XIX: se optó por ocultar al enfermo la gravedad de su estado de salud y finalmente las decisiones importantes eran tomadas por los familiares 8.
- A partir S. XIX hasta la actualidad: se produce un rechazo a la muerte y a la enfermedad. Surge la medicalización de la muerte, se trata de la atención del final de la vida en el hospital aumentando las cifras en los últimos años. Esta actuación, pone a la familia en un lugar más alejado del cuidado del enfermo y al enfermo en un medio más hostil, perdiendo su identidad. En cuanto al lugar de la muerte, hace unas cuatro décadas era frecuente que se produjera en el propio domicilio y con la compañía de los familiares. Ahora la muerte es lenta y la gran mayoría se produce en el hospital 5,8.

Concepto de cuidados paliativos:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1990 “el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familiares¹⁰”.

Concepto de enfermedad terminal:

Según la definición de la OMS y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico, psicológico) en la familia y el paciente¹⁰.

Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud:

Según la estrategia de cuidados paliativos del SNS el lugar ideal para morir es en el domicilio. Se necesitan una serie de requisitos para que se pueda producir en el hogar 2, son los siguientes:

- El enfermo sepa que va a morir y quiera hacerlo en su casa.
- Debe existir un cuidador principal dispuesto y capaz de ofrecer los cuidados necesarios para morir en casa.
- El entorno social del enfermo debe ser el adecuado para hacer posible la muerte en casa.
- Tiene que estar asegurado el apoyo sanitario domiciliario por parte de ESAD y EAP.

- Debe garantizarse un adecuado “control de síntomas”.

En definitiva, la decisión de atender a un enfermo en casa o en el hospital en situación de últimos días de vida, resulta muy complicado para la familia, paciente y equipo sanitario. Por ello, es muy complicado reconocer dónde puede ser mejor vivir el final de vida, pero los pacientes que van a morir deben asumir la autonomía suficiente para decidir sobre su propia muerte y el lugar de donde producirse, aportándoles cierta dignidad¹. El hecho de poseer esta autonomía puede ayudar a aliviar la inexperiencia sobre el proceso de la muerte y reduciendo la ansiedad, tanto en el presente como el futuro.

2 Objetivos

- Conocer las preferencias de los enfermos terminales respecto al lugar de morir y si éstas coinciden con la realidad.

3 Metodología

Para dar respuesta a el objetivo planteado, se ha realizado una revisión sistemática que se inició realizando una búsqueda de revisiones sistemáticas de fuentes de información primaria y secundaria. Para conseguir artículos se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos nacionales e internacionales: PubMed, Web of Science (WOS), Scielo y Cuiden. También se revisó la bibliografía de los artículos seleccionados para obtener el artículo original. La búsqueda avanzada fue orientada a incluir revisiones sistemáticas, estudios descriptivos y ensayos clínicos aleatorios en los que principalmente se estudiaba la comparación entre las preferencias de los enfermos terminales: hospital vs domicilio.

El objetivo fue encontrar artículos a texto completo tanto en lengua castellana e inglesa, que incluyeran datos cualitativos o cuantitativos sobre estudios de cuidados paliativos, relacionados con las vivencias y la actitud frente a la muerte de enfermos terminales. Las palabras claves empleadas fueron: “palliative care”, “home”, “terminally ill patients,” obteniéndose un total de catorce artículos científicos de años actuales. Con la intención de reducir el número de artículos obtenidos para cada descriptor, se utilizaron los booleanos “AND” para combinar términos y “OR” para excluirlos.

4 Resultados

- Los profesionales sanitarios encargados de estos cuidados paliativos en hospitales surgen en los años ochenta para cubrir las necesidades de pacientes con enfermedad irreversible y en fase terminal. Aunque el deseo del paciente sea morir en el domicilio, a medida que aparecen dificultades en el autocuidado, mayor dependencia, cansancio tanto por el paciente como la familia, suelen acudir finalmente al hospital³.

Conocer las preferencias de los pacientes y familiares a la hora de elegir el lugar donde pasar sus últimos días. Cabe destacar un estudio realizado por Bárbara Gomes et al., que relaciona el lugar de muerte con servicios de salud utilizados y el control de síntomas, como el dolor y la paz experimentada por pacientes en su última semana de vida. El estudio se realizó en la capital Londres, tomando una población de 352 pacientes. Sus resultados indican que el 92% de los pacientes que murieron en domicilio, lo deseaban, frente a un 32% de pacientes que fallecieron hospitalizados y hubiesen preferido una muerte en su hogar. Este estudio también destaca que, si los pacientes reciben cuidados paliativos en el domicilio en el final de la vida, éstos muy raramente mueren en el hospital.³

- Otro estudio realizado por Mccorkle R et al., llevado a cabo para encontrar una relación entre el lugar de preferencia y el real de la muerte de los pacientes con cáncer terminal. El estudio muestra todo lo contrario, siendo sólo 1/3 de los pacientes estudiados que morían en el lugar deseado, siendo el preferido el hogar por el 90% de los participantes. Concluyendo que se deben desplegar intervenciones clínicas y políticas de salud para ayudar a que los pacientes sean capaces de lograr sus preferencias al final de su vida^{11,13,14}.

- Existe otro estudio de Arriba Méndez J et al., enfocado en la concordancia que existe entre la familia y el paciente a la hora de elegir el lugar del fallecimiento. Sus resultados indican que el 93% de los enfermos tienen una preferencia por morir en el hogar. Los familiares de estos también eligieron mayoritariamente que los enfermos a su cargo pasasen los últimos momentos en el domicilio. Concluyendo así una elevada concordancia entre familia -paciente¹. Estos hallazgos se consideran importantes, puesto que en caso de que el paciente no pueda manifestar su lugar deseado, dar opción a que la familia el opte el lugar deseado y así no violar el principio de autonomía^{6,11}. Pradilla HC et al. demostraron en su estudio que el 67.6% de los pacientes prefiere el domicilio como lugar de defunción, demostraron que aunque la mayoría de las personas prefieren su hogar, cuando presentan una enfermedad crónica, problemas sociofamiliares (personas

que viven solas o alejadas de sus familias y sin apego social), y claudicación familiar, finalmente acaban acudiendo al hospital¹⁴.

- Por otro lado, Gomes B et al. estudiaron las preferencias de dónde querían morir pacientes con cáncer de diferentes países de Europa (Inglaterra, Holanda, Alemania, Italia, Bélgica, Portugal y España). Este estudio se basó en una revisión de una muestra aleatoria y mostró resultados ligeramente distintos en los diferentes países. Más de dos terceras partes de la población preferirían fallecer en casa como lugar principal de defunción¹⁴. De manera similar, la edad es un tema muy importante a la hora de la elección del lugar de defunción, según un estudio, las personas con menos edad suelen preferir morir en hospital, mientras que aquellas de mayor edad lo consideran como una de las mejores opciones posibles para obtener los cuidados al final de la vida en el domicilio.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusiones sobre el tema expuesto, aporta datos sobre las preferencias de los pacientes a la hora de elegir el lugar donde desean pasar sus últimos días de vida. La mayoría de los estudios nos muestran que las preferencias de las personas en situación de últimos días prefieren como lugar elegido para morir el hogar familiar, en la gran mayoría de los estudios encontrados. La familia, es la unidad más importante, para que se produzca el acontecimiento, coincidiendo en que lo mejor para el familiar enfermo es pasar sus últimos momentos rodeados de sus seres queridos. Existe una gran controversia, en general, los estudios demuestran que los enfermos en fase final de la vida prefieren pasar sus últimos momentos en el domicilio rodeados de su familia, pero la realidad muestra que todavía la mayoría acaban muriendo en el hospital.

Esta situación se debe a que existen circunstancias individuales que pueden complicar satisfacer sus voluntades. Por ejemplo, cuando se presenta una enfermedad crónica, sentimientos de culpabilidad, claudicación familiar, falta de apoyo familiar o social, razones económicas, es más fácil que acudan al hospital. Sin embargo, en el estudio de Bárbara Gómez et al., encuentran que uno de los principales motivos por los que acudir al hospital, es por presentar descompensaciones en su enfermedad y el difícil manejo de síntomas en el domicilio. A pesar de que va aumentando la información que tenemos acerca de la muerte y cómo evitar el sufrimiento, sigue siendo un tema tabú, con lo cual hace que resulte más difícil garantizar cuidados óptimos en los cuales el paciente sea el que tome las decisiones. Está demostrado que fallecer en tu propia casa, en tu cama, con tus

seres queridos alrededor, siguiendo tus ritmos horarios, sin instrumental ajeno, con buen control de síntomas (incluida la sedación paliativa) y con buen acompañamiento familiar, facilita las despedidas y favorece el duelo de la familia.

En diversos estudios se concluyó que a mayor edad aumenta la posibilidad de morir en el propio domicilio. Otro de los recursos que no hay que olvidar, ya que no es menos importante, son las capacidades de los cuidadores informales. Éstos tienen múltiples necesidades que tenemos que solventar para que pueda hacer frente a los cuidados del enfermo. Algunas de las necesidades son: aspectos emocionales, psicológicos, económicos... Para concluir, hay que destacar que está demostrado que el domicilio en general es mejor que el hospital para el control de síntomas, demostrando que el lugar de fallecimiento influye significativamente sobre algunos de los síntomas que esas personas padecen.

6 Bibliografía

- 1. Gérvas, J. (2011). Morir en casa con dignidad. Una posibilidad, si hay apoyo y cuidados de calidad. *Gaceta Medica de Bilbao*, 108(1), 3–6.
- 2. Ministerio de Sanidad, P. S. e igualdad. (2014). Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2010-2014. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 72.
- 3. Agra Varela, Y., Sacristán Rodea, A., Pelayo Álvarez, M., & Fernández, J. (2003). Relación de la Calidad de Vida con Diferentes Modelos de Atención Domiciliaria en Enfermos Oncológicos Terminales de un Área Sanitaria de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 77(5), 567–579.
- 4. Rocafort Gil, J., Herrera Molina, E., Fernández Bermejo, F., Grajera Paredes María, M. E., Redondo Moralo, M. J., Díaz Díez, F., & Espinosa Rojas, J. A. (2006). Equipos de soporte de cuidados paliativos y dedicación de los equipos de atención primaria a pacientes en situación terminal en sus domicilios. *Atención Primaria*, 38(6), 316–323.
- 5. Espinosa, J., Gómez-Batiste, X., Picaza, J. M., & Limn, E. (2010). Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Medicina Clínica*, 135(10), 470–475.
- 6. Estrat, P. (2010). de Cuidados Paliativos Comunidad de Madrid. *Historia*, 2006–2009.
- 7. Lima-Rodríguez, J. S., Asensio-Pérez, M. de los R., Palomo-Lara, J. C., Ramírez-López, E. B., & Lima-Serrano, M. (2018). Reasons for deciding to die in hospital or at home. The vision of professionals. *Gaceta Sanitaria*, 32(4), 362–368.

- 8. Astudillo, W., & Mendinueta, C. (2013). ¿Dónde atender al enfermo en fase terminal: en casa o en el hospital?, 65–86.
- 9. Pérez García E, Gómez Salgado J, Bennasar Veny V. Fundamentos de los Cuidados Paliativos. Primera Ed. Fuden, editor. Madrid; 2008. 329 p. 2. Lopez Imedio E. Perspectivas Históricas sobre la muerte. Aran Ediciones, editor. Madrid; 1998.
- 10. WHO definition of palliative care. [Internet]. World Health Organization.
- 11. Townsend J, Frank A, Fermont D, Dyer S, Karran O, Walgrove A. Terminal cancer care and patients ' preference for place of death : a prospective study. Br Med J. 1990;301(September):415–7.
- 12. Arriba Méndez J, Nerín Sánchez C, Blanquer García M, Ortiz Martínez M, Ródenas García L, Vila Meizoso B. Concordancia entre las preferencias de pacientes con cáncer avanzado y sus familias en cuanto al lugar de fallecimiento. Med Paliativa. 2008;15(1):18–22.
- 13. Pradilla HC, Lucía O, Ospina C, Alonso-babarro A. Preferencia del lugar de muerte y factores relacionados en personas mayores de la isla mediterránea de Ibiza. Rev Col Anest. 2011;39(2):174–88.
- 14. Tzuh Tang S. when death is imminent: where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. Cancer Nurse. 2003;26(3):245–51.
- 15. Fornells HA. Cuidados paliativos en el domicilio. Acta Bioeth. 2000;6(1):65–75. 29. Klas- Göran S, Boman K, Brännström M. A cost-effectiveness study of personcentered integrated heart failure and palliative home care: Based on a randomized controlled trial. Palliat Med. 2016;30(3):296–302.

Capítulo 105

VIOLENCIA DE GÉNERO

MARÍA GARCÍA PELÁEZ

CARLA ROBLEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

La Violencia de género ha sido y sigue siendo una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Este tipo de violencia se basa y se ejerce por la diferencia subjetiva entre los sexos. En pocas palabras, las mujeres sufren violencia por el mero hecho de ser mujeres, y las víctimas son mujeres de cualquier estado social, nivel educativo, cultural o económico

La violencia de género es aquella que se ejerce sobre las mujeres por parte de quienes estén o hayan estado ligado a ellas por relaciones de afectividad (parejas o exparejas). El objetivo del agresor es producir daño y conseguir el control sobre la mujer, por lo que se produce de manera continuada en el tiempo y sistemática en la forma, como parte de una misma estrategia.

Ley Orgánica 1/2004.

Artículo 1, de Protección Integral contra la Violencia de Género:

“Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre estas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia(...) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de

tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer AG ONU, 1993: “Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes tipos de violencia de género y los diferentes tipos de ayuda para ayudar a las personas que lo sufren.

3 Metodología

Para realizar esta revisión bibliográfica consultamos distintos tipos de literatura local. Mediante la consulta de bases de datos científicas como MedLinePlus, Google Académico y Pubmed, utilizando como palabras clave: violencia, violencia de género.

4 Resultados

La OMS califica el problema como una epidemia, ya que está presente en todo el mundo, alcanzando el 40% de las mujeres en algunas zonas. En nuestro país las cifras de prevalencia de la violencia de género se sitúan alrededor del 10%.

Tipos de violencia de género.

En la actualidad se definen los siguientes tipos de violencia de género:

- Violencia física: Cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza que provoque una lesión, daño, dolor en el cuerpo de la mujer
- Violencia psicológica: Conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer, y contra la dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener. No es tan visible, es más difícil de demostrar y a veces la víctima la identifica como el carácter del agresor.
- Violencia económica: Es la privación o limitación de recursos económicos para el bienestar físico y psicológico de la víctima y sus hijos.

- Violencia ambiental: Atenta contra las cosas que la mujer ama, aprecia o posee.
- Violencia sexual: Ocurre siempre que se imponga a la mujer, mediante el chantaje, las amenazas o la fuerza, un comportamiento sexual contra su voluntad, por su pareja u otras personas.

El maltrato más frecuente es el abuso psicológico, seguido del maltrato físico y el abuso sexual.

Otras formas de violencia son las mutilaciones genitales, el tráfico de niñas y mujeres y el turismo sexual.

Según el documento sobre percepción social de violencia sexual del Ministerio de Sanidad, la prostitución es la forma de violencia sexual contra la mujer que menos personas identifican como tal.

Ciclo de la violencia de género: Leonore Walker describió el ciclo por el que pasan las mujeres maltratadas.

- Acumulación de tensión: se produce conflictos en la pareja, en los que el hombre no manifiesta la hostilidad de manera explosiva. La mujer intenta calmarle y complacerle, ya que cree que es algo temporal y que puede cambiar la situación.
- Explosión de la violencia: se produce el abuso o el maltrato. Puede ser a nivel emocional, psíquico, físico o sexual. Es frecuente que al inicio se den solamente abusos psicológicos y que se vaya progresando a otros tipos de maltrato. En esta fase es cuando la mujer suele pedir ayuda o incluso denunciar al agresor, aunque no suele hacerlo en las primeras agresiones.
- Reconciliación o luna de miel : el maltratador se muestra arrepentido y complaciente con la mujer, haciendo promesas de cambio y regalos. La mujer cree que se ha producido un cambio y muchas veces retira la denuncia y busca la manera de ayudar a su pareja ya que solamente ve los aspectos positivos.

Con el paso del tiempo, es frecuente que la fase de luna de miel desaparezca, quedando solamente las fases de tensión y agresión. Incluso en algunos casos no se produce la fase de luna de miel, existiendo un abuso constante durante la relación.

Perfiles en el maltrato:

Es necesario destacar que no existe un perfil de mujer maltratada ni un perfil de hombre maltratador, cualquier mujer puede ser víctima de violencia de género y cualquier hombre puede infringirlo. Respecto a las mujeres, existen colectivos más vulnerables, como son las mujeres con alguna discapacidad, inmigrantes, adolescentes y también durante el embarazo, siendo en muchos casos el momento en el que comienza el maltrato.

Las mujeres maltratadas tienen peor estado de salud, existe un aumento del riesgo de suicidio, mayor tasa de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y aparición de problemas de salud mental.

Respecto al hombre maltratador, realiza una conducta estratégica para dejar a la mujer en una situación de vulnerabilidad, en la que sea más fácil ejercer el control sobre ella. Es frecuente que el hombre racionalice las agresiones y realice una victimización secundaria de la mujer, haciéndola sentirse responsable de las mismas.

Las conductas del maltratador se orientan a:

- Limitar el círculo social de la mujer, separándola de amigos y familia.
- Culpabilizar a la mujer de los malos tratos
- Castigar a la mujer e impedirle que deje la relación, aumentando la agresividad cuando la mujer intenta cambiar la situación

Intervención en el maltrato:

- Prevención primaria: La prevención primaria se orienta a disminuir la incidencia del problema, mediante la concienciación de la sociedad y la tolerancia cero ante el maltrato, además de eliminar las desigualdades entre el hombre y la mujer. Las principales dificultades con las que se encuentran los profesionales a la hora de violencia de género es la falta de formación en el abordaje de problemas psicosociales, la escasa formación en habilidades de comunicación en la entrevista clínica y el hecho de encontrarnos aun en el mismo proceso de socialización sexista que el resto de la sociedad.
- Prevención secundaria: La detección precoz del maltrato es la tarea más importante de los profesionales sanitarios. Se debe realizar una valoración sistemática ante la posibilidad de maltrato, para tratar de identificar el mismo lo antes posible. La desconfianza de la mujer en el sistema sanitario, puede dificultar su identificación. El escaso abordaje de los problemas psicosociales, la cultura sexista y la falta de habilidades en la entrevista pueden ser dificultades para lograr su identificación.

Algunos indicadores de sospecha de maltrato son:

- Mujeres sin lesiones aparentes que consultan de forma frecuente con síntomas crónicos sin enfermedad orgánica aparente, retraso u olvido de citas, actitud apresurada, actitud evasiva, contradicciones en el relato de los hechos, ansiedad, actitud triste con consumo de tranquilizantes o alcohol, trastornos de sueño, historia de depresión o intento autolisis. Aspecto físico descuidado o envejecido. Visten ropa larga en época cálida para ocultar lesiones. Mujeres con baja valo-

ración de si mismas. Aislamiento social de amigas o su propia familia. Miran a sus parejas antes de hablar.

- Mujeres con lesiones aparentes que relatan los hechos de forma incoherente, ocurre un lapso amplio entre el accidente y la consulta o tienen historia de alta accidentalidad.
 - Actitudes en la pareja como no dejar sola a la mujer, no dejarla hablar, criticar su forma de hacer las cosas, actitudes paternalistas, controla la documentación, su teléfono.
 - Mujeres que acompañan a menores en las consultas de pediatría por enfermedades psicosomáticas de repetición, accidentes frecuentes, problemas de socialización o integración en el colegio, trastornos del sueño o alimentación o conductas regresivas como enuresis. Niños con síntomas depresivos o parentalización con roles protectores con la madre que no le corresponden por edad.
 - Exploración ginecológica: muestra nerviosismo, mastalgia sin causa que la justifique, vaginismo, lesiones en vulva, ETS, dificultad para la elección de métodos anticonceptivos, rechazo, uso habitual de píldora postcoital, dispareunia o deseo sexual inhibido.
 - Control del embarazo: retraso en el inicio de control prenatal, poco interés en la preparación al parto, embarazo en la adolescencia, lesiones de difícil justificación en la zona abdominal, accidentes frecuentes, consultas frecuentes por no percepción del movimiento fetal y antecedentes de abortos de repetición, bajo peso al nacer y sufrimiento fetal.
 - Puerperio: desgarros o deshicencias en la episiotomía, hipogalactia o abandono precoz de la lactancia materna, recuperación muy lenta del postparto, demanda precoz de anticonceptivos por presión de la pareja para reiniciar las relaciones sexuales y depresión postparto o ansiedad en la relación madre-hijo.
- Ante una situación de sospecha hay que abordar directamente el tema con preguntas directas.
- Prevención terciaria: una vez establecido el diagnóstico, es prioritaria la valoración del riesgo vital inmediato. En caso afirmativo, se deberá derivar al hospital o juzgado de guardia.

Riesgo vital es aquel que puede comprometer la vida de la mujer, las señales de alerta son:

La mujer teme por su vida

Los episodios de violencia fuera del domicilio

Los episodios de violencia y amenaza se extienden a terceros

Amenaza con suicidarse, matara a ella o a sus hijos

La ha sometido a actos de violencia sexual

La sigue o acosa

La mujer tiene planeado abandonarle, el divorcio o ya haya denunciado lesiones graves

Ante esta situación lo que debe primar es la seguridad por encima de otras intervenciones:

Nunca dejar sola a la mujer

Avisar al director o jefe del hospital para aviso de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado

Atender las lesiones y emitir parte de lesiones. Deben reseñarse textualmente las expresiones de la mujer.

Si la mujer desea volver al domicilio, se le hará entender que su vida corre peligro. Elaborar plan de seguridad con ella y explorar la red de apoyo social de que dispone. Si la mujer quiere abandonar el domicilio se contactara con el 112.

Se debe realizar una valoración física y psicológica de la mujer, así como identificar las redes de apoyo con las que cuenta. Es importante también valorar la situación de los hijos, los hijos pueden ser víctimas de violencia física o víctimas por el mero hecho de ser testigos de las agresiones.

Se informará a la mujer de los pasos legales en caso de formalizar una denuncia, así como los recursos sociales de los que puede disponer. Se evitará la victimización secundaria de la mujer por parte de las instituciones, evitando culpabilizar o avergonzar a la víctima o que esta tenga que explicar el problema innumerables veces ante los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados obtenidos permiten diferenciar los distintos tipos de violencia de género que puede sufrir una mujer y como poder ayudar ante una situación así.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Mscbs.gob.es. 2020[cited 3 January 2020]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/>.
2. Ministerio de la presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad- Secretaría de Estado de Igualdad de la Mujer y para la igualdad de Oportu-

nidades [Internet].Inmujer.gob.es.2020[cited 1 January 2020]. Available from: <https://www.inmujer.gob.es/en/home.htm>.

3. Martínez Ortega RM et al. Violencia de pareja contra las mujeres.Educare212004, Disponible en :<https://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/11022/>

3. Guía de seguridad y privacidad en internet. Disponible en : <http://www.osi.es/default/files/docs/guiaprivacidadseguridadinternet.pdf>

4. Bocino Luis. Obstáculos a la comprensión y a las intervenciones sobre la violencia (masculina) contra las mujeres en la pareja [citado 25 diciembre 2017]. Disponible en: http://berdingune.euskadi.eus/contenidos/informacion/material/eu_gizon-duz/adjuntos/obstaculosalacomprendensionenintervencionessobrelsviolencia_masculina_contralasmujere.pdf.

5. Fundación mujeres. Observatorio de la violencia [citado 23 diciembre 2017]disponible en: <http://educareingualdad.org/material>.

Capítulo 106

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD.

IRIS UREÑA CARRASCO

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO

MIGUEL REJAS VARONA

ELENA TARJUELO DEL MOLINO

1 Introducción

Los Trastornos de la Personalidad (en adelante, TP) fueron considerados en un principio como crónicos y difíciles de tratar. Son un conjunto de patologías mentales insuficientemente diagnosticadas, que engloban un conjunto heterogéneo de personas con sintomatología múltiple y variada. Tanto los pacientes como sus cuidadores principales pueden sufrir un deterioro marcado y progresivo. Existen evidencias de que hay una relación entre la evolución y el pronóstico de las enfermedades mentales y los TP. También se investiga acerca de su alta tasa de comorbilidad, como en los trastornos afectivos, de conducta alimentaria y el abuso de sustancias. Son uno de los grupos más vulnerables a presentar intentos de suicidio. Todo esto provoca que los pacientes diagnosticados de TP sean una

población con altos niveles de morbilidad, causando una gran demanda asistencial.

Hoy en día, tienen un gran pronóstico gracias a las mejoras en los tratamientos, a la experiencia clínica y al aumento de conocimientos sobre el trastorno. Se han puesto en marcha programas de terapia que se pueden realizar en centros de especialidades y en hospitales de día, programas duales en los que se puede realizar un tratamiento más personalizado del paciente.

Los profesionales de la enfermería debemos comprometernos a cuidar de este tipo de pacientes utilizando un lenguaje profesional estandarizado en enfermería, para así promover el desarrollo de conocimientos y garantizar una calidad asistencial. Cuando se habla de lenguaje profesional se deben abordar los diagnósticos de enfermería, los resultados y las intervenciones.

En este capítulo se va a realizar un repaso de los TP y se va a elaborar un plan de cuidados de enfermería para así planificar y facilitar cuidados de calidad integrales e individualizados.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Aprender más sobre los trastornos de la personalidad.
- Realizar un PCE de los trastornos de personalidad.

Objetivos específicos:

- Analizar los factores predisponentes y desencadenante de los TP.
- Realizar una clasificación de los tipos de TP que hay en la actualidad.
- Identificar los diagnósticos de enfermería de los TP.
- Señalar las intervenciones y las actividades enfermeras relacionadas con los TP.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica de diversos artículos, libros, guías, etc. Se han utilizado manuales, como el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), así como la taxonomía NANDA, NOC y NIC. De esta forma, se emplea un lenguaje común y universal, en el que puedan surgir nuevas líneas de investigación de los cuidados enfermeros que favorezcan la evolución de la profesión enfermera. Además, se

ha contado con el apoyo de psicólogos que me han ayudado en el desarrollo del trabajo y de enfermeros especializados en el campo de psiquiatría.

4 Resultados

1 El trastorno de personalidad.

Como ya se vio en el capítulo anterior sobre la personalidad, esta puede definirse como la representación organizada y relativamente constante de los procesos psicológicos y psicofisiológicos. Esto abarca sentimientos, pensamientos, actitudes, comportamientos, etc. Comienza a desarrollarse durante la niñez, pero la personalidad puede desarrollarse durante toda una vida, lo que implica que es dinámica y se transforma constantemente en relación con la capacidad de transformación del individuo. Tiene factores intrínsecos, como la genética, y extrínsecos, como la sociedad y las experiencias vitales, que también pueden influir en esta. Se construye a partir de rasgos, que son la forma que se tiene de pensar, conocer y relacionarse con uno mismo y con los demás. Asimismo, consta de características psicosociales que hacen que una persona sea única, y por tanto, se diferencie de los demás.

En los individuos sanos los rasgos se ponen en funcionamiento para así adaptarse a las necesidades del individuo. Por lo tanto, existirían diferentes alternativas y recursos que dan equilibrio y estabilidad a las experiencias que puedan surgir a lo largo de la vida. En el caso de las personas que sufren TP, solo presentan un rasgo o prevalecen los rasgos de forma muy estática.

La OMS define el TP como «patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigada, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia, y continua durante la mayor parte de la vida adulta, aunque habitualmente se hacen menos obvios en la edad media o vejez. La personalidad es anormal, ya sea en equilibrio de sus componentes, su calidad o expresión o en el aspecto total. A causa de esta desviación, el paciente sufre o hace sufrir a otros, y hay un efecto adverso sobre el individuo o la sociedad».

DSM-IV define los TP como «un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto».

El TP, según el manual de enfermería de salud mental de la Comunidad de Madrid, es un «patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto». Suele comenzar en la adolescencia o comienzo de la edad adulta, es con-

tinua a lo largo del tiempo y comporta molestia o daños para el paciente que lo sufre y las personas que le rodean. Las personas que presentan TP tienen un patrón fijo de conducta y experiencia que se desvía de las expectativas culturales, manifestándose en al menos dos de las siguientes áreas: cognición, afectividad, Funcionamiento interpersonal y control de impulsos; o un patrón inflexible y desadaptativo, lo cual produce malestar subjetivo o deterioro funcional.

Para entender mejor el concepto de TP no solo debemos tener cuenta las definiciones más actuales, sino también la literatura que hace referencia a estos trastornos.

Pascual Bellido, N (2012) hace un repaso de la evolución de los TP. En su trabajo afirma que la primera referencia se encuentra en el siglo III a.C. con un discípulo de Aristóteles, Teofrasto, quien escribió la obra «Los Caracteres». En dicho texto se describían más de 30 alteraciones sobre el carácter. Hasta el siglo XIX, hubo pocas variaciones en cuanto a la definición y características de los TP, de hecho, se utilizaba el término para hablar de todas las enfermedades mentales en su conjunto. Hasta 1801, gracias a Pinel, no se crea la primera descripción de lo que ahora denominamos TP, al clasificar una serie de cuadros clínicos que irían aparte del resto de las enfermedades mentales, e incluirlos en las manías sin delirio. En 1881, Koch detalla las inferioridades psicopáticas, utilizando de manera novedosa el término psicopático. Poco después, Kraepelin, siguiendo la misma línea, creó el vocablo «personalidad psicopática» para describir cuatro tipos de personalidad anómalas, concediendo a los TP como patologías individuales y delimitadas entre sí. En 1923, Kurt Schneider hizo una clasificación en la que relató diez tipos de personalidad psicopáticas, describiendo como patológica la exacerbación de los rasgos normales de la personalidad.

En su artículo científico, García, P. B. (2015) repasa también la literatura que hay de los TP, comenzando con W. Cullen en 1777 con el término de «neurosis» empleado para referirse a aquellos desórdenes derivados de la inflamación de los nervios. En 1845, Feuchtersleben acuñó el término «psicosis» para distinguir otro grupo de patologías y separarlas de las neurosis.

En siglo XIX surgieron los primeros escritos de trastorno límite de la personalidad. Hughes fue el primero, en 1884, en definir «borderline» como las «personas que pasaron toda su vida de uno u otro lado de la línea». Bleuler (1921), en su Tratado de Psiquiatría, destacó dos cuadros: la «esquizofrenia latente», siendo equivalente del TLP y las «psicopatías». Freud (1923), gracias a su teoría psicoanalítica, ayudó a que las enfermedades asociadas a la personalidad fueran admitidas por la sociedad. Pensaba que se debían a una fragilidad en el carácter o a una conducta socialmente inapropiada. Esto se producía durante la infancia

debido a una educación inadecuada.

Durante el siglo XX, hubo autores que siguieron investigando en los TP, como Stern (1938), que definió un subgrupo de enfermos psiquiátricos quienes no encajaban en los patrones habituales de la psicoterapia ni en la clasificación existente en esa época, puesto que se trataba de un sistema basado en la distinción entre psicosis y la neurosis; Khight (1953-54) acuñó el vocablo «límite» al considerar que no solo se acercaba a la frontera con la neurosis, sino también con la psicosis; R. Grinker (1967) hizo un estadístico con pacientes internados en instituciones psiquiátricas y realizó una subdivisión de los pacientes con trastorno límite en 4 subgrupos: desde el tipo I (en el límite con la psicosis) hasta el tipo IV (en el límite con la neurosis).

En 1952, aparecen definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación de Psiquiatría Americana (en adelante, APA). Surgió como variante del CIE-6, que ya incluía los TP como déficits que reflejaban las detenciones parciales o distorsiones en el desarrollo, lo que se relacionaba causalmente con una crianza inapropiada o patológica. Estos trastornos se clasificaban en 3 grandes grupos: «alteraciones del patrón de la personalidad», «alteraciones de los rasgos de la personalidad» y «alteraciones sociopáticas de la personalidad». Los individuos con TP se caracterizan principalmente por ir en disconformidad con la sociedad y respecto al medio cultural prevalente. En 1980, con el DSM-III, se ajustan los límites de la personalidad antisocial, surgiendo la definición exacta de TP, siendo descrito posteriormente en los manuales sucesivos (DSM-III, III-R y IV), y por la Clasificación Internacional de las Enfermedades, editada por la Organización Mundial de la Salud (CIE-10). Actualmente, se encuentra en vigencia el DSM-V, publicado el 18 de mayo del 2013, en el que se contemplan 3 grupos de trastornos de la personalidad, cada uno englobando subtipos con características similares.

2. Etiopatogenia, epidemiología y comorbilidad de los TP.

Se cree que el origen de los TP es multifactorial, ya que para que estos se originen están implicados factores socioculturales, de desarrollo de la personalidad y neurobiológicos. En referencia al último de los factores comentados, se piensa que el trastorno límite y el trastorno antisocial puede tener un origen genético, aparte de las posibles influencias medioambientales. Con respecto al desarrollo de la personalidad, se cree que los malos tratos infantiles predisponen a sufrir dichos trastornos. En cuanto al factor sociocultural, hay ciertas situaciones que pueden provocar el aislamiento en las personas, como son: el entorno laboral (aumento de las cargas de trabajo, estrés, cambio de puesto de trabajo...) o el cambio de residencia a otro país, etc.

Los TP coexisten con otras enfermedades psiquiátricas, aunque no se han encontrado una relación clara entre TP y otras patologías, exceptuando el caso del consumo de alcohol con el trastorno antisocial de personalidad.

Los desencadenantes principales de los TP son el estrés y la ansiedad. Estos pueden producir que la persona de una respuesta inadecuada, y por lo tanto, que su conducta esté desviada con respecto a la normalidad socialmente establecida. Los factores estresantes suelen ser de tipo sociocultural (ej. inestabilidad familiar) o psicológicos (ej. capacidad de afrontamiento limitada).

Los estudios existentes sobre este tema no son suficientes y en la mayoría de los casos ofrecen resultados dispares. Esto se debe a la metodología empleada por el investigador, a criterios diagnósticos poco definidos, a la exigencia del investigador, a la variabilidad del propio trastorno, etc. Se cree que la cifra de población que sufre TP oscila entre 2-13%, y solo el 30% acude a los centros de atención sanitaria. Esto es debido a que las personas que presentan TP consideran que sus alteraciones son adecuadas, siendo lo demás los que están equivocados. El individuo no es consciente de que presenta rasgos alterados, pero sí se dan cuenta de la inadaptación de sus respuestas y de cómo estas dan como resultado el aislamiento y la soledad. Los TP tienen una prevalencia del 10% en la población general.

La mayoría de los estudios que hay sobre TP hablan sobre la comorbilidad de dicho trastorno. En su trabajo, Pascual Bellido, N (2012) hace una relación entre otras patologías y los TP:

«Enfermedades mentales: estudios realizados en población ingresada en Unidades de Psiquiatría ofrecen cifras de entre 40-70% de comorbilidad entre los TP y diferentes enfermedades mentales. Esta comorbilidad implicaría un peor pronóstico de ambas patologías, con manifestaciones clínicas más complejas y menor adherencia al tratamiento. Los estudios se centran principalmente entre la asociación del trastorno límite y depresión y entre los trastornos psicóticos y esquizofrenia con el trastorno esquizotípico de la personalidad.

Trastornos de la alimentación: diferentes investigaciones asocian los TP a los trastornos alimentarios, en especial con la bulimia y la anorexia nerviosa. Además, las investigaciones correlacionan cada una de ellas con trastornos de la personalidad específicos, así la bulimia aparecería de manera más frecuente en los trastornos pertenecientes al grupo B y la anorexia sería más frecuente en los trastornos del grupo A.

Abuso de sustancias: se ha observado en múltiples estudios la alta prevalencia de TP en consumidores de diferentes sustancias, existiendo un amplio debate sobre si el trastorno sería causa o consecuencia de este consumo.

Además de los altos índices de comorbilidad, un estudio internacional establecía que el 70% de los hiperfrecuentadores del sistema sanitario presentaba un trastorno de personalidad». (p. 7)

3. Diagnóstico y clasificación.

Según la APA (2002), para que se pueda diagnosticar como TP se deben dar una serie de condiciones: tener alteraciones desde la adolescencia o en el joven adulto; que no sea resultado de un cambio de personalidad de corta duración asociado a otras enfermedades psiquiátricas; que haya una desviación marcada de un rasgo de personalidad con respecto a la cultura del individuo y que la alteración de la personalidad sea duradera en el tiempo; que presente conductas rígidas que le produzcan una inadaptación social, incapacidad para tolerar el estrés que puede desencadenar una dificultad a la hora de enfrentarse a la realidad, falta de responsabilidad individual, etc. Aun así, es difícil hacer un diagnóstico debido a la continuidad entre normalidad y anormalidad en la conducta, no pudiendo ser a veces diferenciables.

Hoy en día, los trastornos de la personalidad se clasifican como alteraciones del eje II, ocupan un lugar preponderante en el ámbito diagnóstico y constituyen un área de estudio científico. Sin duda, el estudio de los trastornos de la personalidad es complejo y mucho más sofisticado que la descripción cotidiana de la personalidad.

El DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), editado por la APA, es una obra que surgió de la necesidad de confeccionar una clasificación de trastornos mentales consensuada con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones; contiene una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones claras de las categorías diagnósticas. Cabe mencionar que esta obra no tiene la pretensión de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o de la psiquiatría.

Actualmente se encuentra en vigor el DSM-V (2013), en el que se contemplan 3 grupos de trastornos de la personalidad, cada uno englobando subtipos con características similares. A continuación, se describirán estos trastornos de la personalidad de forma resumida:

Grupo A (paranoide, esquizoide, esquizotípico). Características comunes: excéntrico, tendencia hacia el aislamiento social, etc.

Grupo B (antisocial, límite, histriónico, narcisista). Características comunes: dramático, vehemente, etc.

Grupo C (evitación, dependencia, obsesivo-compulsivo) Características comunes: ansioso, miedoso, etc.

Trastorno paranoide de la personalidad.

Este trastorno se define por presentar una desconfianza y suspicacia excesiva, por lo que es posible que malinterpreten las intenciones de los demás. Estas personas tienen tendencia a mantener rencor, son personas dubitativas que siempre cuestionan la lealtad de su círculo más cercano, la fidelidad de su pareja, etc. Están en actitud vigilante tanto de su entorno y de los demás, encuentra indicios de conspiraciones en las acciones y sucesos más simples, dando un significado oculto mucho más enrevesado de lo que es en realidad. Son personas celosas, posesivas y en los posibles altercados pueden resultar violentas. «Este trastorno aparece en aproximadamente el 0,5-2,5% de la población general, y en el 10-30% de los pacientes ingresados en el contexto psiquiátrico» (APA, 2000).

Trastorno esquizoide de la personalidad.

Este trastorno sigue un patrón de aislamiento, siente indiferencia ante las relaciones sociales. Tienen limitaciones en cuanto a su expresión corporal, pudiendo parecer fríos, insensible y distantes; les cuesta mostrar empatía hacia los demás. Prefieren las actividades solitarias, suele preferir los trabajos de tipo abstracto o mecánico donde no tienen que establecer contacto con otras personas. Suelen tener un interés nulo en las relaciones sociales ni sexuales o de pareja, y en cuanto a las relaciones familiares, las evitan en todo lo posible. Se muestran inmunes a elogios o críticas de los demás. Con frecuencia hacen lazos afectivos fuertes con animales. No hay relación entre el trastorno de personalidad esquizoide y la esquizofrenia, se consideran dos conceptos distintos.

Trastorno esquizotípico de la personalidad

En la CIE-10 no se considera como trastorno de personalidad, emparentándose con la esquizofrenia. Sin embargo, en la DSM-V sí se trata como tal. Los individuos que la sufren presentan: malestar interno en las relaciones cercanas, distorsiones cognoscitivas o perceptivas, comportamientos extravagante y excéntrico, ideas referenciales, pensamiento mágico y supersticiosos, piensan que tienen más predisposición a que les sucedan «fenómenos paranormales». Son desconfiados, presentan una respuesta de afecto inadecuado (ej. reírse cuando muere el familiar de alguien). En su ansiedad por sociabilizar tiene mayor probabilidad de sufrir pensamientos paranoides. Se da con mayor frecuencia en hombres y en familiares de pacientes esquizofrénicos.

Trastorno antisocial de la personalidad.

La base de este trastorno es la incapacidad de aceptar las normas sociales establecidas. Son impulsivos, irresponsables, explotadores, manipuladores, mentirosos,

con tendencia a despreciar los derechos del resto de individuos. Esto les puede llevar a cometer delitos y agresiones. Es más frecuente en varones. Se inicia en la adolescencia, normalmente antes de los 15 años, aunque para recibir el diagnóstico los pacientes deben ser mayores de edad. Durante dicha época, los pacientes que presentan este trastorno pueden cometer vandalismo, hurtos, daño a los animales, lo que puede desembocar en la edad adulta en conductas agresivas o problemas a nivel laboral. Algunos de los pacientes pueden autolesionarse o tener problemas con el abuso de sustancias, especialmente el alcohol. Por todo lo que se ha comentado con anterioridad, a estas personas les cuesta establecer relaciones estables y duraderas, pero sí pueden presentar relaciones superficiales y volátiles.

Trastorno límite de la personalidad.

La característica principal es la inestabilidad e impulsividad de las relaciones interpersonales del sujeto, su autoimagen y sus sentimientos. Con su pareja, inicialmente se produce una idealización de la otra persona para luego desembocar en una desvalorización de esta. Realizan grandes esfuerzos para establecer relaciones personales implicándose de modo exagerado, siendo estas conflictivas e inestables. Temen ser abandonados y así evitar un sentimiento crónico de vacío. La percepción de sí mismo y su orientación sexual también están distorsionadas, pudiendo aparecer inestabilidad anímica, amenazas de suicidio o conductas suicidas, trastorno de la conducta alimentaria; ocasionalmente aparecen ideas paranoides transitorias o síntomas disociativos. Muchos de estos pacientes diagnosticados de este trastorno en la infancia han sufrido abusos sexuales, aunque no está claro la relación exacta que hay entre ambos. «Es más frecuente en mujeres que en los hombres. Se estima que está afectado el 2% de la población general y el 20% de los pacientes psiquiátricos ingresados (..) es cinco veces más frecuente en los familiares en primer grado de los pacientes afectados que en la población general. También hay un aumento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo entre los familiares» (APA, 2000).

Trastorno histriónico de la personalidad.

Las personas que presentan este trastorno tienden a la sobreactuación y presentan una demanda de atención constante. Se recurre con frecuencia al aspecto físico, muestran una actitud teatral y tienden a dar una respuesta emocional exagerada. El estado de ánimo es lábil, superficial y cambiante. Buscan el reconocimiento o la alabanza de las personas que tienen a su alrededor, intentando siempre ser el centro de atención. Cuando no lo son, se sienten irritados o tristes y harán una escena para llamar la atención sobre ellos mismos. Utilizan el encanto sex-

ual para atraer y controlar sus relaciones; dicha conducta seductora la aplican en entornos en los que socialmente no está aceptada, como el laboral o social. Las ideas de las personas que sufren este trastorno son sólidas, aunque presentan pocos fundamentos. La forma de expresarlas será dramática, pudiendo parecer poco sinceras. Este trastorno se relaciona con frecuencia a los trastornos del estado de ánimo, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Es más frecuente en mujeres.

Trastorno narcisista de la personalidad.

Esta categoría no está recogida en la CIE-10, pero sí se incluye en el DSM-V, y por lo tanto puede ser diagnosticada por los psiquiatras. El paciente presenta un patrón de grandiosidad, tanto en su ilusión de exagerar sus logros o como en el comportamiento de superioridad hacia los demás. Sienten una necesidad de admiración, se creen que son personas especiales y que solo pueden ser comprendidas por otras personas tan excepcionales como ellas. Son emocionalmente fríos, por lo que demuestran una gran falta de empatía. Muestra una conducta arrogante, confiada y ambiciosa. Responde a las críticas con rabia y no es capaz de reconocer los propios defectos y errores. Tienden a aprovecharse de los demás para conseguir sus objetivos; esto no les genera sentimientos de arrepentimiento debido a su idea de ser «especiales». Sus relaciones sociales son frágiles y superficiales, por lo que le cuesta entablar amistades cercanas. «Muchas personas con este trastorno también tienen depresión, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos relacionados con consumo de sustancias. El trastorno narcisista de la personalidad se produce en menos del 1% de la población general, y con más frecuencia en varones que en mujeres» (APA, 2000).

Trastorno de la personalidad por evitación.

Este TP se caracteriza por una inhibición social, timidez, sentimientos de incapacidad e hipersensibilidad a la valoración negativa; por lo que puede llevar al individuo a que presente miedo a no ser aceptado por la sociedad. El individuo no es consciente de que la concepción negativa que tiene de sí mismo no es real. Evitan las actividades diarias que supongan un contacto con otras personas por temor a las opiniones negativas. Su círculo de amistades es cerrado y solo se relacionan con aquellas personas que les hagan sentir seguros. «Este trastorno afecta a mujeres y varones por igual. Aparece con una prevalencia estimada del 0,5-1% de la población general» (APA, 2000).

Trastorno de la personalidad por dependencia.

Las personas que presentan este trastorno manifiestan una gran necesidad de ser

protegidos, cuidados y atendidos. Esto lo consiguen mediante una conducta de sumisión hacia los demás y una excesiva dependencia; para ello son capaces de realizar tareas desagradables a fin de ganar la simpatía de las personas de las que dependen. No les gusta tener el control en la toma de decisiones, por lo que, en su vida cotidiana derivan las responsabilidades a las personas que tienen a su alrededor. Tienen un profundo miedo al rechazo o separación de sus seres queridos. Presentan dificultades en la resolución de conflictos ya que no son capaces de mostrar discrepancias ante las opiniones de otros individuos. A la hora de crear o proponer una iniciativa, serán incapaces de realizarlo y buscarán el apoyo, el consejo y la protección de su entorno. Sienten un gran miedo al abandono y la soledad.

Trastorno de la personalidad obsesivo.

Este es un TP que es difícil de diagnosticar. Hay que tener en cuenta que muchas de las peculiaridades que presentan estos pacientes están bien vistas por la sociedad, por lo que la problemática principal es separar lo normal de lo patológico. Se caracteriza por presentar una preocupación crónica por el orden, el perfeccionismo y el control. La presencia en exceso de las características antes mencionadas y la rigidez en sus conductas es uno de los determinantes para diagnosticar estos pacientes. Estos pacientes son inflexibles con sus rutinas y cualquier cambio les puede provocar ansiedad e incertidumbre. A causa de esto les es difícil mantener relaciones. Entre las personas que sufren el trastorno obsesivo compulsivo es normal que muchos de ellos desarrollen un trastorno obsesivo. Por el contrario, los pacientes que sufren trastorno obsesivo de la personalidad no llegan a desarrollar un trastorno obsesivo compulsivo. Hablando un poco más sobre el trastorno obsesivo compulsivo, la APA afirmó en el 2000 que «Se produce en aproximadamente el 1% de la población general y en el 3-10% de los pacientes de las consultas de salud mental. Se diagnostica con el doble de frecuencia en varones que en mujeres».

Trastorno de la personalidad pasivo-agresivo.

Esta categoría no está recogida en la CIE-10 pero sí se incluye en el DSM-V, y por lo tanto, puede ser diagnosticada por profesionales. Para poder diagnosticar este TP hay que fijarse en los patrones de conducta. Este paciente presenta una entereza pasiva y una conducta negativa (ej. realizando críticas sin fundamento, poniéndose de mal humor, etc.) como respuesta a una conducta adecuada por parte de su entorno. Esto hace que el trato con estos pacientes sea muy complicado, ya que presentan grandes dificultades a la hora de resolver conflictos debido a sus comportamientos.

4. Teoría de Millon sobre TP.

Según Pedrero, E. J. (2006), para Millon la personalidad debe ser comprendida como un modelo complejo de peculiaridades psicológicas intensamente arraigadas. La mayoría de las veces son rasgos inconscientes, son difíciles de cambiar y se articulan instintivamente en casi todos los ámbitos del funcionamiento de la persona. Dichos rasgos surgen de una compleja matriz de «determinantes biológicos, aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo» (p. 136).

La personalidad podría reducirse al modo en que los individuos buscan sus reforzadores y el modo en que se enfrentan a las dificultades que encuentran para obtenerlos. En su formulación más reciente, la teoría biosocial incluye una perspectiva más evolutiva, filogenética, del desarrollo humano, siendo entendida la personalidad como el estilo distintivo de funcionamiento adaptativo y los trastornos de personalidad como estilos particulares de funcionamiento desadaptativo. (p. 136).

Según Millon (1969), los trastornos de personalidad se distinguen por tres características patológicas.

La primera procede directamente de la concepción de la personalidad como la analogía psicológica del sistema inmunitario: los trastornos de la personalidad tienden a presentar una estabilidad frágil, o una carencia de capacidad de adaptación, en condiciones de estrés. La mayoría de las personas disponen de estrategias variadas y flexibles de afrontamiento. Cuando una determinada conducta o estrategia no funciona, las personas normales cambian y pasan a utilizar otra. Sin embargo, las personas con un trastorno de la personalidad tienden a utilizar las mismas estrategias una y otra vez, con variaciones mínimas. El resultado es que siempre acaban empeorando las cosas. En consecuencia, el grado de estrés se incrementa, amplifica su vulnerabilidad, provoca situaciones críticas y produce percepciones de la realidad social cada vez más distorsionadas.

La segunda característica se solapa con la primera: las personas con un trastorno de la personalidad son inflexibles desde el punto de vista adaptativo. El funcionamiento de la personalidad normal incluye la capacidad de ser flexible en cuanto al papel que se desempeña, es decir, la capacidad de saber cuándo tomar la iniciativa y modificar el entorno y cuándo adaptarse a lo que el entorno dispone. Las personas normales son flexibles en sus interacciones, es decir, sus iniciativas o reacciones son proporcionales y adecuadas a las circunstancias que las suscitan.

Cuando la situación limita la conducta, el comportamiento de las personas normales tiende a coincidir, independientemente de la personalidad. En cambio, las

personas con un trastorno de la personalidad disponen de pocas estrategias y conductas alternativas, y las imponen rígidamente sobre unas circunstancias para las que no encajan. Impulsan o controlan implícitamente las situaciones interpersonales mediante la intensidad y rigidez de sus rasgos, que constriñen el curso de la interacción. Dado que no pueden ser flexibles, el entorno debe flexibilizarse al máximo.

Cuando el entorno no puede adaptarse a la persona se produce una crisis. En consecuencia, se reducen aún más las oportunidades de aprender estrategias nuevas y más adaptativas, y la vida se vuelve mucho menos placentera.

La tercera característica de las personas con un trastorno de la personalidad es consecuencia de la segunda. Dado que estas personas no son capaces de cambiar, los repertorios patológicos que dominan su vida se repiten una y otra vez como círculos viciosos. Las personalidades patológicas son, a su vez, patogénicas. Pierden oportunidades de mejorar, ocasionan nuevos problemas y crean constantemente situaciones que replican sus fallos y que suelen ser variaciones mínimas sobre unos pocos asuntos relacionados con la autoevaluación.

Para Pedrero, E. J. (2006), las ideas de Millon siempre han estado muy relacionadas con el Manual de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM) de la APA. Al poco tiempo de haber aparecido el DSM-II, Millon publica en 1976 «Psicopatología Moderna», un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos, que influirá en los siguientes manuales DSM. Esta obra fue significativa para los trastornos del segundo eje II.

Los patrones de personalidad patológica son características profundamente arraigadas que impregnan todas las facetas de la actividad del individuo (...) Estos patrones derivan de la compleja y secuencial interacción de los factores constitucionales y de la experiencia. Una vez establecidos en los primeros estadios de la vida, los patrones patológicos tienden a invadir nuevas esferas y a perpetuarse dentro de círculos viciosos; imponen un modo de vida tan arraigado y automático que el paciente a menudo no advierte su presencia ni sus devastadoras consecuencias. (Millon. T, 1976, p. 246).

Según Sánchez, R. O. (2003), para Millon la personalidad patológica puede tener diferentes niveles de intensidad: profundo, grave, moderado y leve. Para su sistema, creó 8 tipos de personalidad extraídos de la nosología psiquiátrica del momento. Estos son: esquizoide, evitativo, dependiente, histriónico, compulsivo, negativista, narcisista y antisocial. Estos rasgos se pensaron tanto para individuos con personalidades normales como para las personas que sufrían los

trastornos de personalidad. La diferencia es que las personas con una personalidad sana muestran flexibilidad adaptativa en respuesta al contexto, mientras que las personas que sufren el trastorno presentan conductas rígidas, y por ende, no se consiguen adaptar a la situación y sufren una crisis. Modelándose de acuerdo con los mismos procesos y principios que intervienen en el desarrollo y aprendizaje normales. Sin embargo, debido a las diferencias de características específicas, cronología, intensidad o persistencia de determinadas influencias, algunos individuos adquieren hábitos y actitudes caracterizados por una deficiente capacidad de adaptación, mientras que otros no los adquieren. (Millon. T, 1976, p. 250).

Sánchez, R. O. (2003) afirma que la propuesta teórica de Millon está fundada en un sistema de enseñanza biosocial y el elemento de refuerzo era la idea que une al modelo. Él sintetizaba su propuesta a partir de tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, ¿Dónde procura encontrarlos? Y ¿cómo actúa para poder optar por ellos?. El modelo resultante podía ser visualizado como el resultado de tres dimensiones polares que respondían a esas preguntas. Millon decía, entonces, que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer o la evitación de dolor, que ese refuerzo podía ser buscado en sí mismo o en los otros, y finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo. De esta manera, las tres polaridades del modelo original fueron las siguientes: conducta instrumental (cómo), activo – pasivo; fuente del refuerzo (dónde), sí mismo (independiente) – otros (dependiente); naturaleza del refuerzo (qué), placer – dolor. (...) Los ocho patrones que derivó son, en cambio, un desbalance o una mezcla desigual de las tres polaridades, lo que según Widiger (1999) constituye un error potencial del modelo.

Cuatro patrones se derivan de la naturaleza y fuente de refuerzos: retraído (no busca refuerzos), dependiente (busca refuerzo en los demás), independiente (busca refuerzo en sí mismo), y ambivalente (inseguro respecto a donde buscar refuerzo). Estos cuatro patrones se cruzan con las dos variantes de conducta instrumental (activo, pasivo) para producir ocho modelos de personalidad. Las dos variantes de conducta instrumental representan claramente la polaridad activo-pasiva, pero los modelos retraído, dependiente, independiente, y ambivalente no representan un cruce claro de las polaridades yo-otros y placer-dolor. (Sánchez R. O., 2003, p. 166).

Usando los tres juegos de polaridades, Millon pudo caracterizar cada uno de los prototipos de personalidad básicos. Un prototipo de personalidad puede ser

fuerte, débil, o neutro en cualquier elemento particular de cualquiera de las polaridades. Ser fuerte en un elemento particular de una polaridad no implica un buen atributo, simplemente indica una tendencia hacia algún estilo de conducta. (Sánchez R. O., 2003, p. 168). Los trastornos comprendidos en la versión final del modelo de Millon & Davis (1998) fueron difíciles de entender. Millon intentó facilitar el patrón establecido dando otra importancia a la polaridad y agrupando los prototipos de personalidad.

5. Plan de cuidados enfermeros para los trastornos de la personalidad.

Para este plan de cuidados va estar basado en los dominios de salud.

-Dominio 1 promoción de la salud: El paciente que presenta TP falla en este dominio por tener escasa conciencia de su enfermedad, por realizar un incumplimiento terapéutico, rechaza los intentos de ayuda, etc.

Diagnostico (00078) Gestión ineficaz de la salud: La persona no es capaz de integrar y cumplir en su día a día el tratamiento indicado por el profesional de salud, no pudiendo alcanzar los objetivos de salud fijados.

Resultados NOC:

(3102) Autocontrol: enfermedad crónica.// Indicadores: (310204) sigue las precauciones recomendadas, (310211) Sigue el tratamiento recomendado, (310228) Utiliza estrategias para manejar el estrés y (310250) utiliza grupos de apoyo.

(1601)Conducta de cumplimientos.// Indicadores: (160103) realizar el régimen terapéutico según lo descrito y (160104) aceptar el diagnóstico.

Intervenciones NIC:

(4420) Acuerdo con el paciente// Actividades: Determinar con el paciente los objetivos de cuidado, desarrollar un plan para que pueda cumplir con los objetivos antes marcados, facilitar la implicación de allegados, etc.

(5244) Asesoramiento// Actividades: Proporcionarle información objetiva, ayudar al paciente a buscar sus fortalezas y reforzarlas, favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, etc.

(4420) Educación para la salud// Actividades: Incorporar estrategias para mejorar su autoestima, emplear sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas, planificar seguimientos a largo plazo para reforzar la adaptación de un estilo de vida más saludable, etc.

Diagnostico (00079) Incumplimiento: Situación en la que la conducta de la persona no coincide con el plan terapéutico entre esta y el profesional sanitario, por lo que puede llevar a resultados clínicos ineficaces o parcialmente ineficaz.

Resultados NOC:

(1601) Conducta de cumplimiento.// Indicadores: (160103) realizar el régimen terapéutico según lo descrito y (160104) acepta el diagnóstico.

(1209) Motivación.// Indicadores: (120907) mantiene una autoestima positiva, (120913) acepta las responsabilidades y (120916) mantiene la flexibilidad.

Intervenciones NIC:

(4480) Facilitar la autorresponsabilidad// Actividades: Considerar al paciente responsable de su propia conducta, determinar si el paciente tiene los conocimientos adecuados acerca de los cuidados de su propia salud, potenciar la independencia, etc.

(5244) Modificación de la conducta// Actividades: Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta, fomentar la sustitución de hábitos que son perjudiciales para su salud, animar a que el paciente examine su propia conducta, desarrollar un programa de cambio de conducta, etc.

Diagnóstico (00097) Déficit de actividades recreativas: Situación en la que la persona sufre una disminución en los estímulos para realizar actividades lúdicas, en el interés que siente o en el grado de participación de ellas.

Resultados NOC:

(1604) Participación en las actividades de ocio. // Indicadores: (160401) Participación en actividades diferentes y (160402) sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio.

Intervenciones NIC:

(5100) potenciadores de la socialización. // Actividades: Animar al paciente a desarrollar nuevas relaciones, fomentar la relación con personas que tengan intereses afines, alentar el respeto de los derechos de los demás, etc.

(5360) Terapia de entretenimiento// Actividades: Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas, establecer nuevas actividades recreativas adaptadas a su trastorno, comprobar la respuesta emocional ante las actividades recreativas, etc.

Diagnóstico (00168) Estilo de vida sedentario: Situación en la que los informes médicos de la persona revelan un bajo nivel de actividad física.

Resultados NOC:

(1633) Participación en el ejercicio. // Indicadores: (163301) Planificación del ejercicio adecuado con el profesional sanitario antes de comenzar el ejercicio, (163307) equilibra la rutina de vida para incluir el ejercicio y (163327) se adhiere al programa de ejercicio.

Intervenciones NIC:

(4310) Terapia de la actividad // Actividades: Permitir la participación de la familia en las actividades, proporcionar un refuerzo positivo en la participación de actividades, incitar al paciente a participar en las actividades o terapias de grupo, etc.

(0200) Fomento del ejercicio// Actividades: Explorar los posibles obstáculos para la realización del ejercicio, determinar la motivación del individuo para empezar o continuar un programa de ejercicios, ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades, etc.

-Dominio 2 nutrición: Este dominio no suele estar alterado. Por lo tanto, habría que valorarlo de forma individualizada para cada paciente.

-Dominio 3 eliminación: Este dominio no suele estar alterado. Por lo tanto, habría que valorarlo de forma individualizada para cada paciente.

-Dominio 4 actividad y reposo: El paciente que presenta TP falla en este dominio por presentar patrones irregulares de sueño y descanso.

Diagnostico (0095) Insomnio: Situación en la que la persona sufre un trastorno de la calidad y cantidad de sueño que deteriora o repercute en su vida.

Resultados NOC:

(0004) Sueño. // Indicadores: (000403) Patrón de sueño y (163307) dificultad para conciliar el sueño.

(1211) Nivel de ansiedad. // Indicadores: (121103) Inquietud, (121108) irritabilidad y (121117) ansiedad verbalizada.

Intervenciones NIC:

(1850) Mejorar el sueño // Actividades: Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño, intentar eliminar situaciones estresantes antes de irse a dormir, apoyar al sujeto para que evite alimentos o bebidas que interfieran con su sueño antes de irse a la cama, enseñar al paciente técnicas para favorecer el sueño, etc.
(6040) Terapia de relajación// Actividades: Mostrar y practicar técnicas de relajación, fomentar la repetición o la práctica frecuente de las técnicas de relajación, etc.

-Dominio 5 percepción/cognición: El paciente que presenta TP falla en este dominio por presentar un déficit de conocimientos sobre su problema, actitud y comportamientos frente al mismo

Diagnostico (00126) Conocimientos deficientes: Situación en la que la persona carece de información suficiente o fidedigna relacionada con un tema específico

de su salud.

Resultados NOC:

(1850) Conocimientos: conducta sanitaria. // Indicadores: (185001) Prácticas nutricionales saludable, (185002) beneficios del ejercicio regular, (18506) efectos adversos sobre la salud del consumo de tabaco, (18507) efectos adversos sobre la salud del consumo de alcohol, (18508) efectos adversos sobre la salud del consumo recreativo de drogas y (18509) uso seguro de la medicación prescrita.

Intervenciones NIC:

(5606) Enseñanza: individual // Actividades: Establecer una relación de confianza, instruir al paciente cuando corresponda, reforzar la conducta si se considera oportuno, etc.

(4480) Facilitar la autorresponsabilidad// Actividades: Considerar responsable al paciente de su propia conducta , establecer límites sobre las conductas manipuladoras, abstenerse de regatear sobre los límites establecidos con el paciente, etc.

-Dominio 6 autopercepción: El paciente que presenta TP falla en este dominio por exteriorizar dudas respecto a su autoimagen, sentimiento crónico de vacío e inestabilidad anímica.

Diagnostico (00124) Desesperanza: Situación en la que la persona percibe pocas o ninguna alternativa y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho.

Resultados NOC:

(1204) Equilibrio emocional. // Indicadores: (120401) Muestra un afecto adecuado de la situación y (120406) muestra control de los impulsos.

(1201) Esperanza. // Indicadores: (120101) Expresión de una orientación futura positiva y : (120112) establecimientos de objetivos.

Intervenciones NIC:

(5270) Apoyo emocional // Actividades: Animar al paciente a que exprese sus sentimientos de ansiedad o tristeza, proporcionar apoyo durante las fases del duelo, proporcionar ayuda en la toma de decisiones, explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones, etc.

(5310) Dar esperanza // Actividades: Ayudar a identificar las áreas de esperanza en la vida, desarrollar un plan por objetivos que vayan desde objetivos sencillos a otros más complejos, proporcionar al paciente o la familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo, etc.

(5340) Presencia // Actividades: Mostar una actitud de aceptación, ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente, transmitir al paciente sentimientos

de seguridad y confianza durante los periodos de ansiedad, etc.

Diagnostico (00224) Riesgo de baja autoestima: Situación en la que la persona está en riesgo de cronificar una autoevaluación o sentimientos negativos sobre uno mismo o sus capacidades, llegando a comprometer su salud.

Resultados NOC:

(1205) Autoestima. // Indicadores: (120501) Verbalizaciones de autoaceptación, (120508) cumplimiento de los roles significativos personales y (12011) nivel de confianza.

Intervenciones NIC:

(5270) Apoyo emocional // Actividades: Animar al paciente a que exprese sus sentimientos de ansiedad o tristeza, proporcionar apoyo durante las fases del duelo, proporcionar ayuda en la toma de decisiones, explorar con el paciente que ha desencadenado las emociones, etc.

(5400) Potenciación de la autoestima // Actividades: Animar al paciente a desarrollar sus fortalezas, mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación, explorar las razones de la autocrítica o culpa, ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación, etc.

-Dominio 7 rol y relaciones: El paciente que presenta TP falla en este dominio tiene inestabilidad de las relaciones interpersonales, anomalías en la comunicación en su relación con los demás y alteraciones conductuales que derivan en disfunción familiar.

Diagnostico (00052) Deterioro de la interacción social: Situación en la el intercambio social de la persona es insuficiente o no resulta eficaz.

Resultados NOC:

(1502) Habilidades de interacción social. // Indicadores: (150212) Relaciones con los demás y (150212) utilizar estrategias en la resolución de conflictos.

Intervenciones NIC:

(5100) Potenciación de la socialización // Actividades: Fomentar la implicación en las relaciones ya establecidas, animar al paciente a desarrollar otras relaciones, animar a que cambie de ambientes para así tener la oportunidad de conocer a más personas, fomentar el compartir problemas comunes con los demás, etc.

(4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales // Actividades: Ayudar al paciente a identificar la causa de su déficit en habilidades sociales, ayudar al paciente a identificar las posibles pautas de acción y sus consecuencias sociales, educar a los familiares y amigos del paciente según corresponda sobre el propósito y el proceso de las habilidades sociales, etc.

Diagnostico (00062) Riesgo de cansancio del rol del cuidador: Situación en la que el cuidador principal tiene la sensación de que le resulta difícil seguir desempeñando ese papel.

Resultados NOC:

(1501) Desempeño del rol // Indicadores: (150103) Desempeño de las conductas del rol familiar y (150104) desempeño de las conductas de rol social.

(2602) Funcionamiento de la familia // Indicadores: (260205) Los miembros desempeñan los roles esperados, (260213) Implican a los miembros en la resolución de problemas y (260223) los miembros se ayudan unos a otros.

Intervenciones NIC:

(7140) Apoyo a la familia // Actividades: Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia, favorecer una relación de confianza con la familia, remitir a terapia familiar si estuviera indicado, ayudar a los miembros de la familia a identificar y resolver conflictos, etc.

(7150) Terapia familiar // Actividades: Determinar los patrones de comunicación de la familia, identificar el modo de resolución de problemas en la familia, ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia, facilitar el dialogo, etc.

Diagnostico (00063) Procesos familiares disfuncionales: Situación en la que la familia sufre una desorganización prolongada de sus funciones que se refleja en conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio y una serie de crisis que autoalimentan dicha situación.

Resultados NOC:

(2602) Funcionamiento de la familia // Indicadores: (260205) Los miembros desempeñan los roles esperados, (260213) Implican a los miembros en la resolución de problemas y (260223) los miembros se ayudan unos a otros.

Intervenciones NIC:

(7150) Terapia familiar // Actividades: Determinar los patrones de comunicación de la familia, identificar el modo de resolución de problemas en la familia, ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia, facilitar el dialogo, etc.

(7100) Estimulación de la integridad familiar // Actividades: Escuchar a los miembros de la familia, establecer una relación de confianza con los miembros de la familia, determinar las relaciones típicas para cada familia, ayudar a la familia a mantener relaciones positivas, remitir a las familias a grupos de apoyo que presenten problemas similares, etc.

Diagnostico (00055) Desempeño ineficaz del rol: Situación en la que la conducta y expresiones habituales de la persona no se ajustan a las normas, expectativas

y contexto en el que se halla.

Resultados NOC:

(1501) Desempeño del rol // Indicadores: (150103) Desempeño de las conductas del rol familiar, (150104) desempeño de las conductas de rol social, (150105) desempeño de las conductas de rol laboral y (150112) expresa comodidad con la expectativa del rol.

Intervenciones NIC:

(5370) Potenciación de roles // Actividades: Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia, animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol, facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles, etc.

-Dominio 8 sexualidad: El paciente que presenta TP falla en este dominio por presentar conductas sexuales inapropiadas, riesgo de embarazos no deseados, riesgo de padecer ETS

Diagnostico (00065) Patrón sexual ineficaz: Situación en la que la persona manifiesta preocupación respecto a su sexualidad.

Resultados NOC:

(1815) Conocimiento: funcionamiento sexual // Indicadores: (181509) Prácticas sexuales seguras, (181510) anticoncepción eficaz, (181511) estrategias para prevenir ETS, (181513) estrategias para el sexo seguro y (181515) posibles consecuencias de la actividad sexual.

Intervenciones NIC:

(5624) Enseñanza: sexualidad // Actividades: Fomentar la responsabilidad de la conducta sexual, explorar el significado de los papeles sexuales, discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades, utilizar juegos de roles para potenciar la autoestima del paciente, etc.

(5248) Asesoramiento sexual // Actividades: Incluir a la pareja o compañero sexual en el asesoramiento, animar al paciente a manifestar verbalmente sus miedos, proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, determinar el nivel de conocimientos y comprensión del paciente sobre la sexualidad en general, etc.

-Dominio 9 afrontamiento/tolerancia al estrés: El paciente que presenta TP falla en este dominio manifiesta explosiones de ira, rotura de objetos o amenazas, pequeñas agresiones a los cuidadores, actos autolesivos, desde pequeñas heridas a intentos de autolisis repetidos, habilidades sociales deficientes, falta de control sobre la situación actual y patrones de conducta discordantes con expectativas.

Diagnostico (00071) Afrontamiento defensivo: Situación en la que la persona, como mecanismo de protección ante la percepción de una amenaza para autoimagen, manifiesta de forma reiterada una falsa autoevaluación positiva.

Resultados NOC:

(1302) Afrontamiento de problemas // Indicadores: (130203) Verbaliza sensación de control, (130208) se adapta a los cambios de desarrollo, (130210) adopta conductas para reducir el estrés, (130212) utiliza estrategias de superación efectivas y (130213) evita situaciones excesivamente estresantes.

Intervenciones NIC:

(5230) Mejorar el afrontamiento // Actividades: Fomentar las relaciones con personas que intereses comunes, ayudar al paciente a resolver problemas de forma constructiva, fomentar el dominio gradual de la situación, estimular la implicación familiar, proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales, etc.

Diagnostico (00069) Afrontamiento ineficaz: Situación en la que la persona es incapaz de formular una apreciación válida de los agentes estresantes a los que se enfrenta, elegir las respuestas prácticas adecuadas y/o utilizar los recursos disponibles.

Resultados NOC:

(1302) Afrontamiento de problemas // Indicadores: (130208) Se adapta a los cambios de desarrollo y (130212) utiliza estrategias de superación efectivas.

(1405) Autocontrol de los impulsos // Indicadores: (140507) Verbaliza el control de los impulsos y (140515) evita situaciones de riesgo.

Intervenciones NIC:

(4360) Modificación de la conducta// Actividades: Fomentar la sustitución de hábitos indeseable por otros más saludables, presentar al paciente personas que hayan superado con éxito la misma experiencia, facilitar la implicación familiar en el procesos de modificación de la conducta, animar al paciente a que examine su propia conducta, etc.

(5230) Mejorar el afrontamiento// Actividades: : Fomentar las relaciones con personas que intereses comunes, ayudar al paciente a resolver problemas de forma constructiva, fomentar el dominio gradual de la situación, estimular la implicación familiar, proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales, etc.

Diagnostico (00146) Ansiedad: Situación en la que la persona es experimenta una sensación de malestar o amenaza que se acompaña de una respuesta autónoma.

Resultados NOC:

(1211) Nivel de ansiedad // Indicadores: (121101) Desasosiego, (121105) inquietud, (121108) irritabilidad, (121111) conducta problemática y (121117) ansiedad verbalizada.

Intervenciones NIC:

(5820) Disminución de la ansiedad// Actividades: Crear un ambiente que facilite la confianza, animar a la manifestación de sentimientos, establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones, apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados, instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación etc.

(6040) Terapia de relajación // Actividades: : Fomentar el control cuando se utilice un técnica de relajación, incitar a la repetición y la practicas de técnicas de relajación, determinar si alguna técnica de relajación ha sido útil en el pasado, etc.

Diagnostico (00199) Planificación ineficaz de las actividades: Situación en la que la persona es incapaz de prepararse un conjunto de actividades fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

Resultados NOC:

(1601) Conducta de cumplimiento // Indicadores: (160103) Realiza el régimen terapéutico según lo descrito.

(0906) Toma de decisiones // Indicadores: (090601) Identifica la información relevante y (090605) escoge entre varias alternativas.

Intervenciones NIC:

(4410) Establecimiento de objetivos comunes// Actividades: Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles, establecer los objetivos en términos positivos, ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados, reevaluar los objetivos y el plan según corresponda, etc.

- Dominio 10 principios vitales: Este dominio no suele estar alterado. Por lo tanto, habría que valorarlo de forma individualizada para cada paciente.

- Dominio 11 seguridad y protección: el paciente que presenta TP falla en este dominio por presentar un riesgo tanto para si mismo como para las personas que están a su alrededor.

Diagnostico (00139) Riesgo de automutilación: Situación en la que la persona se haya en un riesgo elevado de autoinfligirse deliberadamente una lesión no mortal que le ayude a liberar tensión.

Resultados NOC:

(1406) Autocontrol de la mutilación // Indicadores: (140604) Mantiene el compromiso de no autolesionarse, (140606) no se autolesiona y (140604) utiliza estrategias efectivas de afrontamiento.

Intervenciones NIC:

(4354) Manejo de la conducta autolesión// Actividades: Determinar el motivo de la conducta, retirar los objetos peligrosos del entorno del paciente, comunicar el riesgo a los demás cuidadores, ayudar al paciente a identificar las situaciones que puedan provocar la autolesión , etc.

(4370) Entrenamiento para controlar los impulsos// Actividades: Utilizar un plan de modificación de la conducta que sea apropiados, ayudar al paciente a identificar el problema que requiera una acción meditada, enseñar al paciente a pensar antes de que actúe compulsivamente, etc.

Diagnostico (00140) Riesgo de violencia autodirigida: Situación en la que la persona demuestra que puede causarse daño físico, emocional o sexual.

Resultados NOC:

(1406) Autocontrol de la mutilación // Indicadores: (140604) Mantiene el compromiso de no autolesionarse, (140606) no se autolesiona y (140613) utiliza estrategias efectivas de afrontamiento.

(1408) Autocontrol del impulso suicida // Indicadores: (140801) Expresa sentimientos autolesionarse, (140804) verbaliza ideas de suicidio si existieran, (140813) no intenta suicidarse y (140816) no intenta causarse lesiones graves.

Intervenciones NIC:

(4354) Manejo de la conducta autolesión// Actividades: Determinar el motivo de la conducta, retirar los objetos peligrosos del entorno del paciente, comunicar el riesgo a los demás cuidadores, ayudar al paciente a identificar las situaciones que puedan provocar la autolesión , etc.

(4370) Entrenamiento para controlar los impulsos// Actividades: Utilizar un plan de modificación de la conducta que sea apropiados, ayudar al paciente a identificar el problema que requiera una acción meditada, enseñar al paciente a pensar antes de que actúe compulsivamente, etc.

Diagnostico (00138) Riesgo de violencia dirigida a otros: Situación en la que la persona demuestra que puede causar daño físico, emocional o sexual a otras personas.

Resultados NOC:

(1400) Autocontrol de la conducta abusiva // Indicadores: (140018) Utiliza conductas de rol correctas, (140025) se abstiene de una conducta abusiva físicamente y

(140026) se abstiene de una conducta abusiva emocionalmente.

(1410) Autocontrol de la ira // Indicadores: (141008) Utiliza habilidades efectivas de resolución de conflictos, (141011) controla las manifestaciones conductuales de la ira, (141017) utiliza estrategias para controlar la ira y (141018) emplea estrategias para controlar la frustración.

Intervenciones NIC:

(6487) Manejo ambiental: prevención de la violencia// Actividades: Controlar el ambiente para que este libre de peligros, registrar tanto al paciente como sus pertenencias a la hora de ingresar en un centro, limitar al paciente el uso de armas potenciales, instalar vigilancia continuada en las zonas de acceso, colocar al paciente con un compañero para disminuir su aislamiento y las posibles ideas lesivas, , etc.

(4380) Establecer límites// Actividades: Identificar la conducta indeseable del paciente, comentar con el paciente las conductas deseables para cada situación, fijar expectativas razonables de la conducta del paciente, etc.

(4640) Ayuda para el control del enfado// Actividades: Ayudar al paciente a identificar la causa de su enfado, señalar las consecuencias de la expresión inadecuada del enfado, proporcionar modelos que expresen enfado de forma adecuada, animar al paciente a que utilice la colaboración para la resolución de conflictos, etc.

-Dominio 12 confort: Este dominio no suele estar alterado. Por lo tanto, habría que valorarlo de forma individualizada para cada paciente.

-Dominio 13 crecimiento y desarrollo: no procede debido a que la mayoría de los pacientes a los que va dirigido son mayores de 18 años.

5 Discusión-Conclusión

Los TP son un grupo de trastornos mentales que a día de hoy están insuficientemente diagnosticados debido a que solo se pueden evaluar en un momento de personalidad distorsionada, a falta de la percepción que tiene el paciente sobre sí mismo.

La diferencia principal que hay entre los individuos sanos y las personas que sufren TP es que solo presentan un rasgo o predomina una personalidad muy estática. Estas personas no son capaces de adaptarse a las necesidades que le surgen a lo largo de la vida y tienden a presentar conductas muy exageradas.

La primera referencia de estos surge en siglo III, pero hasta siglo XIX no se

volvieron a tener en cuenta dichos trastornos gracias a autores como Pinel, Koch, Kraepelin, etc. No fue hasta mediados del siglo XX, gracias a la OMS con la CIE-6 y a la APA con DSM, que los TP se empezaron a categorizar de forma unánime.

El origen de los TP es multifactorial, ya que para que estos se produzcan están implicados factores socioculturales, de desarrollo de la personalidad y neurobiológicos, etc. Los TP coexisten con otras enfermedades psiquiátricas y los principales factores que los desencadenan son el estrés y la ansiedad.

La frecuencia con la que se dan estos trastornos es del 2-13% en la población general, y presentan una comorbilidad de entre 40-70%. También hay que destacar que el 70% de los hiperfrecuentadores del sistema sanitario presentan un TP.

En 2002, el organismo de la APA unificó unos criterios diagnósticos y clasificó dichos trastornos en el DSM con el fin de consensuar las comunicaciones entre los profesionales del ámbito psiquiátrico y del resto de profesiones sanitarias. Los TP se catalogan en las alteraciones del eje II. Se pueden observar 3 grupos de trastornos de la personalidad, cada uno englobando subtipos con rasgos parecidos.

- GRUPO A

Paranoide: expectante, defensivo y suspicaz. Hipervigilante frente a intentos ajenos de amenaza. Siempre busca evidencias que confirmen la presencia de sucesos ocultos. Se siente perseguido.

Esquizoide: apático, indiferente, distante, solitario. Ni desea ni disfruta de las relaciones personales. Mínima conciencia de los sentimientos propios o ajenos. Pocos o ningún impulso o ambición.

Esquizotípico: excéntrico, raro, ausente. Muestra manierismos y conductas peculiares. Lee el pensamiento de los demás. Preocupado por ensañaciones y creencias extrañas. La línea que le diferencia la realidad de la fantasía está poco definida.

- GRUPO B

Antisocial: impulsivo, irresponsable, perverso, ingobernable. Actúa sin tener en cuenta a los demás. Solamente cumple las obligaciones sociales cuando sirven a sus fines. No respeta las costumbres, reglas y normas sociales. Se considera libre e independiente.

Límite: Acciones impulsivas, inestabilidad en estado de ánimo y relaciones interpersonales caóticas.

Histriónico: dramático, seductor, frívolo, buscador de estimulación, superficial. Reacciona excesivamente ante acontecimientos nimios. Utiliza el exhibicionismo

para conseguir atención y favores. Se considera muy atractivo y encantador.

Narcisista: egocéntrico, arrogante, con ideas de grandeza, insociable. Preocupado por fantasías de éxito, belleza o grandes logros. Se considera admirable y superior y, por tanto, merecedor de un trato especial.

- GRUPO C

Evitación: dubitativo, excesivamente consciente de sí mismo, avergonzado, ansioso. Se siente tenso en situaciones sociales por temor al rechazo. Invasado por una constante ansiedad de ejecución. Se ve a sí mismo como inepto, inferior o poco atractivo. Sentimientos de soledad y vacío

Dependencia: indefenso, incompetente, sumiso e inmaduro. Rechaza las responsabilidades adultas. Se ve a sí mismo débil y frágil. Busca constantemente apoyo y consejo en figuras más fuertes.

Obsesivo: comedido, concienzudo, respetuoso, rígido. Mantiene un estilo de vida regido por normas. Suscribe completamente las convenciones sociales. Ve el mundo en función de reglas y jerarquías. Se considera leal, fiable, eficiente y productivo.

Pasivo agresivo: indiferente, manipulador, negativo, crítico...

Las opiniones de Millon siempre han sido muy afines al DSM de la APA. Cuando se escribió el DSM-II, al poco tiempo Millon publicó su Manual de Psicopatología Moderna. Sí que es cierto que Millon no fue el único influenciador, ya que su enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los «disfuncionalismos» aparecerá en los siguientes manuales DSM, teoría muy significativa para los trastornos del segundo eje II. En pocas palabras, Millon y el DSM se retroalimentaron entre sí.

Se ha de insistir en que el diagnóstico de los TP abarca un grupo heterogéneo de individuos con una sintomatología múltiple y variada, a la cual se añaden las particularidades de los pacientes, dando lugar a que estos presenten problemas de salud muy complicados. El PAE es un recurso importante del plan de cuidados de enfermería. Permite planificar y prestar calidad en los cuidados enfermeros. Estos tendrán que ser individualizados y se deberán realizarse de forma integral para así conseguir el beneficio del paciente. El plan de cuidados que se presenta en este capítulo intenta ser una orientación para los posibles PAE ya que siempre se deben tener en cuenta las peculiaridades de cada paciente. Hay que recordar que los PCE no son estáticos, por lo que siempre pueden surgir nuevos diagnósticos de enfermería, intervenciones y resultados que no estén descritos en este PCE.

6 Bibliografía

1. Asociación americana de psiquiatría. (2013). DSM-V Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorder. Madrid: Medica Panamericana
2. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic criteria from dsM-iV-tr. American Psychiatric Pub.
3. Bulechek G.M., Dochterman J.M., Butcher H.K., Wagner C.M. (2014). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6 edición Barcelona: Elsevier.
4. Caballo, V. E., Salazar, I. C., & Iurrtia, M. J. (2011). Trastornos de la personalidad. Manual de psicopatología y trastornos psicológicos, 398-432. García, P. B. (2015). El paciente con trastorno límite de personalidad: su manejo desde la perspectiva enfermera. Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia, (108), 47-55.
5. Caminero Luna, P., & Castelo Sardina, C. (2012). Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica, 227-238.
6. Eby, L., Brown, N. J., & Romo, M. M. (2010). Cuidados de enfermería en salud mental (Vol. 2). Pearson Educación. 173-198.
7. Granada López, José Manuel. (2009) Trastornos de la personalidad. Manual de Enfermería Psiquiátrica. España: Editorial Glosa S.L.; p.153-170.
8. Herdman T.H, kamitsuru S. (2015) NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Decima edición Barcelona: Elsevier.
9. Margariños López, Mónica; García-Parajuá, Pedro. (2007) Trastornos de personalidad. Medicine:9(84):5408-5413
10. Mejias-Lizancos, F., & Molino Contreras, JL. (2018). Enfermería en psiquiatría y salud mental vol. I. Trastornos de la personalidad. Madrid: Madrid: DAE editorial (grupo paradigma), 209-218.
11. Millon, T., (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna (2 ed.). Barcelona: Masson.
12. Millon, T. (1976). Psicopatología Moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos. Barcelona: Salvat.
13. Moorthead S., Johnson M., Mass M.L., Swanson E. (2014) Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Medición de resultados en salud. Quinta edición Barcelona: Elsevier.
14. Pascual Bellido, N., & Lucha López, A. C. (2012) Diagnósticos enfermeros en pacientes hospitalizados en la Unidad de Trastornos de la Personalidad en el Hospital Nuestra Señora de Gracia.
15. Organización mundial de la salud (OMS). (2003) CIE-10 decima revisión de la

clasificación internacional de enfermedades mentales(trastornos mentales y de comportamiento). Madrid: Meditor.

16. Pedrero, E. J. (2006). Temperamento, carácter y trastornos de la personalidad. Aplicación del TCI-R a una muestra de consumidores de drogas en tratamiento y su relación con el MCMI-II. *Adicciones*, 18, 135-148.

17. Sánchez Alfonso, J. (2018). *Enfermería en psiquiatría y salud mental vol. I. Plan de cuidados de enfermería estandarizado para la persona con trastornos de la personalidad*. Madrid: DAE editorial (grupo paradigma), 219-252.

18. Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *PsicoUSF*, 8(2), 163-173.

19. Selva, Gabriel; Bellver, Francisco; Carabal, Eloísa. (2005) *Epidemiología del Trastorno Límite de la Personalidad. Trastorno Límite de la Personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. España: Médica Panamericana; p. 17-39.

Capítulo 107

ENFERMERÍA: PAPEL QUE DESEMPEÑA EN LA CONSERVACIÓN DE LOS ÓRGANOS DEL DONANTE CON MUERTE ENCEFÁLICA EN ESPAÑA

JUAN ANTONIO GARCIA GETINO

ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA

1 Introducción

El sistema de trasplantes español es el responsable de regular la forma en la que se obtiene y se utilizan los órganos destinados a ser trasplantados. El papel que el personal de enfermería va a desempeñar es en el cuidado de estos órganos y va a ser primordial para que sean trasplantados de una forma óptima.

2 Objetivos

- Identificar el papel de enfermería en el cuidado del donante de órganos con muerte encefálica.

3 Metodología

La siguiente revisión bibliográfica se ha llevado a cabo utilizando bases de datos como Cinhal, Cuiden, Dialnet y Pubmed; con descriptores en español: muerte encefálica, donante de órganos, cuidados de enfermería y pacientes potencialmente donantes. Se emplearon unos criterios de inclusión (artículos desde 2016 hasta la actualidad) y también de exclusión (artículos en inglés).

4 Resultados

Existen una serie de criterios clínicos según los cuales se planifican los cuidados de enfermería para asegurar el correcto mantenimiento de los órganos candidatos a trasplantar. Se han revisado los cuidados que se deberán llevar a cabo para la correcta conservación de los órganos del posible donante. Estos cuidados se pueden clasificar en dos grupos: en el primero estos cuidados irán encaminados a cubrir las necesidades fisiológicas por ejemplo, cuidado e higiene de la piel, mientras que en el segundo estarán enfocados a la conservación de la función hemodinámica del donante por ejemplo, mantenimiento de la función respiratoria y cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados del personal de enfermería van dirigidos a conseguir el mantenimiento del donante en unas condiciones adecuadas. La unión del cuidado del órgano y del donante tiene como fin conseguir el máximo número de órganos funcionales para poder así llegar a ser trasplantados con éxito.

6 Bibliografía

- Nieves Ureña C. "Muerte encefálica: Cuidados de enfermería en el mantenimiento del donante de órganos" .Trabajo Fin de Máster. Oviedo: Universidad de Oviedo, Centro Internacional de Posgrado; 2013
- Moreno Arroyo, M.C.; Estrada Masllorens, J.M. "La donación de órganos en España: competencias del profesional de enfermería" Nursing 2009; 27(9); 56-61
- De Pablos Heredero, C.; López Berzosa, D. "El sistema español de trasplantes: un sistema de excelencia". Interciencia 2012; 37(5): 333-339.

Capítulo 108

LA EPILEPSIA

SILVIA TORRE FERNANDEZ

1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad del sistema nervioso central causada por el funcionamiento anormal de las neuronas, ya que estas sufren una descarga anormal y excesiva, dando lugar a las crisis epilépticas. Por lo que la epilepsia es la aparición recurrente de dos o más crisis epilépticas en el tiempo en una persona. Cuando únicamente se produce un episodio de crisis epiléptica, se denomina crisis epiléptica única o aislada. Se considera la tercera enfermedad neurológica mas frecuente detrás del Alzheimer y los ACV.

Existen dos tipos de crisis:

- Crisis parciales: las neuronas implicadas en este proceso, únicamente se encuentran en un hemisferio cerebral. Dentro de ellas pueden ser de varios tipos, las más frecuentes son; con alteraciones del conocimiento, espasmos epilépticos o crisis parciales simples, entre otras.
- Crisis generalizadas: las neuronas causantes de estas crisis se encuentran en ambos hemisferios cerebrales. Dentro de este grupo, pueden ser crisis generalizadas tónicas, clónicas, tónico-clónicas, de ausencia, mioclonías o atónicas.

En cuanto a la incidencia, son más frecuentes en niños que en adultos, por lo que se considera un problema muy frecuente en la infancia. Las causas de las crisis epilépticas varían en función de la edad de la persona. En los menores de 15 años, la causa suelen ser congénitas, es decir, problemas neurológicos presentes en le nacimiento, mientras que en el caso de pacientes mayores de 64, la causa más frecuente son ideopáticas o los accidentes cerebro-vasculares.

Las crisis epilépticas son diferentes en cada persona, dependiendo de la zona afectada en el proceso. Para su diagnóstico, en primer lugar, tendremos que distinguir entre una crisis epiléptica u otro trastorno no epiléptico paroxístico, así como si ha sido desencadenada por fiebre u otras enfermedades neurológicas como la meningitis o traumatismos craneales entre otros, o si no ha sido provocada por ningún desencadenante. Tras esto, se realiza una prueba de imagen tipo tomografía axial computarizada o resonancia y un electrocardiograma.

En cuanto al tratamiento, no hay cura para la epilepsia, únicamente se utiliza la farmacología con el fin de controlar esas crisis. Además de los fármacos, se cuenta con estimuladores y dispositivos implantados mediante cirugía que ayudan cuando la farmacoterapia no funciona.

2 Objetivos

- Conocer tanto la definición como la etiología y manifestaciones de las crisis epilépticas
- Elaborar una serie de recomendaciones básicas con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas epilépticas.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se va a realizar una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos como son Cuiden, Pubmed, Scielo y Cochrane. Se han utilizarán como palabras clave; “epilepsia”, “convulsiones”, “crisis epiléptica” y “Neurología”. El idioma que seleccionaremos será inglés y el castellano. Se seleccionarán todos los artículos desde el 2000 hasta el 2018.

4 Bibliografía

- Medina C, Uscátegui A. Epidemiología: Dimensión del problema. En: Medina C. Epilepsia, Aspectos clínicos y psicosociales. Editorial médica Panamericana 2004; Pág: 41-44
- Liga Central Contra la Epilepsia (LICCE). [consultado el 12 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.epilepsia.org>
- García R, García A, Masjuan J, Sanchez C, Gil A, Ramírez JM. Informe sociosanitario FEEN sobre la epilepsia en España. Neurología 2011 Elsevier Doyma 26(9); Pág: 548-555

- Paul SP, Rogers E, Wilkinson R, Paul B. Management of febrile convulsion in children. *Emerg Nurse*. 2015 May. 23(2): 18-25
- Alva-Moncayo E. Síndromes epiléptico en la infancia. *Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro social* 2011; 49 (1): 37-44
- Rodríguez-Blancas, Herrero MC. Calidad de vida en niños y adolescentes epilépticos mexicanos en consulta de neuropediatría: Escala CAVE. *Revista Mexicana de Neurocirugía*, Enero-Febrero, 2014; 15(1): 18-22

Capítulo 109

MOTIVACIÓN DE UNA PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA PARA PARTICIPAR EN SU AUTOCUIDADO

ISABEL CRISTINA CASTRO HERMIDA

JUAN ANTONIO GARCIA GETINO

1 Introducción

La obesidad mórbida es una gran causa de morbilidad y mortalidad para quienes lo sufren. Incapacita a personas jóvenes todavía y reduce mucho su esperanza de vida. En un gran número de casos se llega a esos extremos a causa de un problema psiquiátrico de base, normalmente de tipo depresivo o por un mal control de la ansiedad que sumerge a los pacientes en un círculo vicioso del cual no son capaces de escapar fácilmente. Su autoimagen se deteriora, se aíslan socialmente y ello los lleva a refugiarse de forma desesperada en la comida, lo que aumenta exponencialmente su problema.

2 Objetivos

- Motivar a una paciente con obesidad mórbida para integrarse en un centro residencial y mejorar su autoestima y su nivel de autocuidado.

3 Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 65 años que ingresa en un centro residencial con muy poca capacidad de movimientos por un problema de obesidad mórbida. Desde el equipo de enfermería se trabaja desde el primer momento para estimular su autoestima, teniendo muy presentes sus demandas y opiniones en todo cuanto afecta a su salud tanto física como mental.

Se consigue su acuerdo y colaboración en un plan para bajar de peso, así como programas de actividad física especialmente diseñados a su medida para favorecer su independencia personal.

4 Resultados

En tres meses la paciente consigue bajar 20 kg de peso y mejorar su autonomía para el aseo y el desplazamiento. En estos momentos se trabaja con ella mediante un sistema de objetivos, lo que le sirve de estímulo para trabajar por sí misma en su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

No es muy eficaz diseñar programas de salud sin partir de la base de un pleno respeto a la autonomía de los pacientes, en estos casos en concreto esto es todavía más importante.

6 Bibliografía

1. Aspectos psiquiátricos y psicológicos del paciente obeso mórbido. D Montt, A Koppmann, M Rodríguez - Revista Hospital Clínico Universidad de ..., 2005.
2. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. DT Lopera, M Restrepo - Revista de Psicología Universidad de ..., 2014 - iatreia.udea.edu.co.
3. ¿ Qué es la obesidad. E García - Revista de endocrinología y nutrición, 2004 - medigraphic.com
4. Análisis metacontingencial de la obesidad mórbida como problemática de salud pública. DP Pulido-Castelblanco, M Novoa-Gómez... - ... psicológica, 2013 - scielo.conicyt.cl.

5. Aspectos Psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. E Silvestri, A Stavile - Córdoba. Tesis Inédita Universidad ..., 2005.
6. Depressão e qualidade de vida em uma amostra brasileira de obesos mórbidos. MN Baptista, JF Vargas, ASD Baptista 7. Avaliação psicológica, 2008 - redalyc.org.
8. Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología.
9. A Cofré, EH Riquelme-Mella... - Summa psicológica ..., 2014 - dial-net.unirioja.es Aspectos sociales y culturales sobre la obesidad: reflexiones necesarias desde la salud pública.
10. FX Medina, A Aguilar... - Nutrición clínica y ..., 2014 - revista.nutricion.org.

Capítulo 110

CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON FIBROMIALGIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

BEATRIZ RODRIGUEZ CASTRO

1 Introducción

La fibromialgia (FM) es una enfermedad reumatológica crónica, reconocida por la Organización Mundial de la Salud como diagnóstico diferenciado desde 1992 y tipificado en la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-9), pese a las controversias existentes sobre su etiología y tratamiento ¹.

En 1990, el American College of Rheumatology (ACR) estableció unos criterios diagnósticos basándose en la clínica dolorosa de al menos 3 meses en 3 de los 4 cuadrantes corporales en 11 de los 18 denominados “puntos sensibles” o “tender points”.

Además de esto, existe una serie de síntomas asociados (ordenados en función de su importancia relativa)²:

- Dolor: es el síntoma principal y es descrito como quemazón o sensación punzante, que afecta al raquis y a los músculos, relacionándose con el umbral del dolor y la calidad de vida general, el déficit de condición física, la ansiedad, las alteraciones del sueño y las disfunciones cognitivas. Empeora con el ejercicio físico intenso, el frío y el estrés emocional.
- Rigidez articular: entre el 76% y el 85% presentan limitación de la movilidad.
- Fatiga: se presenta en más del 80% de los pacientes.
- Alteraciones del sueño

- Trastornos psiquiátricos: en un 62% de los pacientes demuestran tener trastornos psíquicos relevantes.
- Disfunciones cognitivas: el 82% de los pacientes con síndrome de FM se perciben con déficit cognitivo.
- Sensación de tumefacción: oscila entre el 50 y 86%.
- Parestesias: se ha recogido entre 26-81%: hormigueo, picazón, sensación de ardor cutáneo y algunas veces con sensación de calor.
- Malestar abdominal: dolor abdominal, meteorismo, estreñimiento y/o diarrea.
- Hipersensibilidad sensorial: sobre todo al frío, luz, sonido y olores.
- Cefaleas: pueden ser de tipo tensional o difusas, se localizan en las zonas hemi-craneal, facial u occipitocervical. Su prevalencia oscila entre el 35 y el 76% de los pacientes.

En la actualidad se define la fibromialgia como un dolor musculoesquelético generalizado, acompañado de un cuadro sintomático que engloba trastornos del sueño, fatiga intensa, disminución del umbral del dolor y alteración en la esfera psicológica y afectiva. Estos síntomas conllevan un impacto considerable sobre las actividades cotidianas y la capacidad de trabajo de las personas que la sufren, repercutiendo por tanto en su calidad de vida. Algunos signos y síntomas que caracterizan a esta enfermedad son: rigidez articular, cefalea, vértigo, intestino irritable y síndromes de vejiga, dismenorrea en mujeres, sensación de tumefacción en manos, parestesia en extremidades, hipersensibilidad en puntos gatillo o trigger points (zonas fisiológicamente más sensibles a la presión)... A pesar del dolor, las estructuras afectadas no presentan daño o inflamación 3,4.

Los síntomas psicológicos son comunes a las personas que sufren esta enfermedad. Se ha observado en diversos estudios que el diagnóstico de algún episodio depresivo es más frecuente entre los pacientes con fibromialgia (71%) frente a aquellos que no la sufren (12%), y se ha demostrado además que la depresión influye en la percepción del dolor musculoesquelético, percibiéndose este con mayor intensidad 5.

Existen distintas hipótesis respecto a la fisiopatogenia de la FM. Para unos autores los mecanismos disfuncionales serían periféricos (alteraciones musculares y del sistema nervioso periférico) y para otros estarían localizados a nivel central (alteración de los neurotransmisores del dolor, alteraciones neuroendocrinas, trastornos del ritmo del sueño y disfunción psíquica). La mayoría de los autores concluye que la fisiopatología es multifactorial 6. No existe un tratamiento curativo para la fibromialgia, pero sí existe amplia evidencia científica respecto al abordaje multidisciplinario en atención primaria combinando diversos fárma-

cos con otras técnicas como ejercicio físico (muy beneficiosos la natación y la hidrogimnasia), terapia cognitivo-conductual, retroalimentación, terapia ocupacional, fisioterapia, la hipnoterapia y la meditación, como forma eficaz de propuesta terapéutica 2.

La fibromialgia afecta de media al 2,10% de la población mundial, al 2,31% de la población europea y al 2,40% de la población española, siendo mucho más elevada para las mujeres: el 4,2 % frente al 0,2 % de los varones, siendo una relación de prevalencia hombre-mujer de 1:21. Cada año se diagnostican en España 120.00 nuevos casos y se estima que existen casi dos millones de afectados. Aunque se manifiesta en todos los grupos de edades, existe una prevalencia máxima entre 40-49 años, siendo poco frecuente en mayores de 80 años 7.

Calidad de vida relacionada con la salud:

Calidad de vida es un concepto relativamente nuevo, tanto en la investigación como en la práctica clínica, que ha surgido con un gran empuje a los últimos años como objetivo prioritario de las políticas sociales y sanitarias en todos los países occidentales. La idea de calidad de vida comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general 2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Calidad de Vida como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, por lo que se puede asociar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) con el impacto que una enfermedad, y el tratamiento consiguiente, tiene sobre la percepción de nuestra satisfacción y sobre el bienestar físico, psíquico, social e incluso espiritual 8.

Para cuantificar estados de salud se utilizan cuestionarios validados, que pueden ser específicos para una enfermedad o genéricos 9.

- Los instrumentos genéricos contienen un amplio abanico de dimensiones de CVRS y se han diseñado para que sean aplicables a la población general y a una gran variedad de afecciones, también pueden aplicarse cuando no existe un instrumento específico en una afección determinada; en este caso proporcionan una idea inicial del impacto de dicha enfermedad en la CVRS del paciente. No obstante, una de sus mayores limitaciones es que no suelen ser suficientemente sensibles a cambios clínicos significativos en dimensiones que sí estarían incluidas en los instrumentos específicos.
- Los cuestionarios específicos incluyen sólo los aspectos importantes de un de-

terminado problema de salud, de una determinada población, para valorar ciertas funciones o un determinado síntoma clínico. Tienen la ventaja de presentar una mayor sensibilidad a los cambios en la CVRS que los genéricos ante el problema específico de salud que se está evaluando. Su mayor desventaja es que no son aplicables a la población general, con lo que no se pueden obtener valores de referencia, y no permiten comparaciones entre diferentes afecciones 10.

Si el contenido del instrumento de CVRS se basa en la información proporcionada por «expertos» o de la revisión de la bibliografía, el instrumento resultante reflejará sus puntos de vista y preocupaciones más que las de los pacientes que tienen la afección en estudio. Hoy día existe un acuerdo prácticamente generalizado en que el contenido de los instrumentos de CVRS debe obtenerse de la información proporcionada por los propios pacientes 8.

Los instrumentos más utilizados para medir la CVRS en personas con fibromialgia fueron en ámbito general: Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36) y World Health Organization Quality Of Life (WHOQOL-BREF) y en el ámbito específico: Fibromyalgia Impact Questionnaire 1994 (FIQ), los cuales han sido adaptados a diferentes países e idiomas 11.

El cuestionario MOSSF-36, evalúa el estado de salud y CVRS en personas sanas y enfermas, valorando 8 dimensiones: dolor corporal, desempeño físico, función física, salud general, desempeño emocional, función social, salud mental y vitalidad 11.

El cuestionario WHOQOL-BREF aborda unas preguntas generales sobre calidad de vida y satisfacción con el estado de salud, y otras agrupadas en cuatro áreas: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente 12.

El cuestionario FIQ evalúa el impacto de la fibromialgia en 10 dimensiones: capacidad física, trabajo habitual, afectación de la actividad laboral remunerada, dolor, fatiga, sensación de cansancio, rigidez, sensación de bienestar, ansiedad y depresión. Esto es, evalúa los síntomas psicológicos y físicos, permitiendo así una medición amplia de los diferentes indicadores de fibromialgia 11.

2 Objetivos

- Conocer el impacto de la fibromialgia en la calidad de vida de las personas que la padecen.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica avanzada entre el 24 de septiembre y el 24 de octubre de 2019 en la base de datos Pubmed

Para ello se utilizaron como palabras clave: fibromialgia (fibromyalgia) y calidad de vida (quality of life).

Dichos términos fueron obtenidos a través de la página web DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), herramienta mediante la cual a partir de una palabra clave en un determinado idioma se obtiene ese mismo descriptor en el idioma deseado, con el fin de facilitar el uso de una terminología común. Las palabras clave fueron introducidas junto con el operador booleano AND, el cual hace posible la localización de los registros que contengan todos los términos de búsqueda especificados.

Criterios de inclusión y exclusión:

Los criterios de inclusión utilizados a la hora de realizar la búsqueda bibliográfica fueron los siguientes:

- Los artículos debían abordar la relación entre la fibromialgia y la calidad de vida de las personas que la padecen.
- La población estudiada debía ser adulta.
- La fecha de publicación estuviese comprendida entre 2014 y 2019.
- El idioma utilizado fuese inglés o español.
- La presencia de acceso gratuito al texto completo en la web.
- Estudios en los que se hayan empleado instrumentos de medición de la calidad de vida validados.

Los criterios de exclusión comprendían que:

- La población del estudio de los artículos incluyera población juvenil.
- Los artículos no aborasen de forma clara y detallada la relación entre la fibromialgia y la calidad de vida de las personas que la sufren.

Tras la aplicación de estos criterios se obtuvieron 120 artículos de los cuales se seleccionaron 18, debido a que la mayoría no tenía acceso gratuito, muchos aparecían repetidos y otros no se ajustaban a los límites de edad propuestos.

4 Resultados

- La mayoría de los estudios tenían un diseño de tipo observacional transversal y estaban publicados en inglés. La media de edad de los participantes era de 49 años, el promedio de tiempo transcurrido desde el diagnóstico era de 7 años y de 8.7 desde el inicio de los síntomas. El año de mayor producción científica fue

2017 con 32 artículos, seguido de 2016 con 29, 2015 con 28, 2018 con 21, 2014 con 4 y 2019 con 6 artículos hasta el 24 de octubre.

- En la mayoría de los artículos (10 de 16) la población estudiada era exclusivamente femenina, en 4 de ellos abarcaban ambos sexos siendo siempre mayoritaria la muestra de población femenina y en el resto no se especificaba dicha disociación.
- La mayoría de la población estudiada pertenecía a servicios de reumatología, estaba formada mayoritariamente por mujeres de mediana edad, casadas, con nivel medio de estudios, sin trabajo remunerado pero de nivel socioeconómico medio. Casi todas tenían un estilo de vida sedentario, consumían frecuentemente fármacos de tipo antidepresivo o antiinflamatorio pero por el contrario no consumían tabaco ni alcohol.
- De los instrumentos utilizados para medir la calidad de vida en pacientes con fibromialgia el más frecuente en esta revisión fue el cuestionario de ámbito específico Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) seguido del de ámbito general Medical Outcome Study Short Form (MOSSF-36).
- Algunos estudios evaluaban el estado mental de los participantes antes de incluirlos en su investigación y otros tenían en cuenta aspectos psicológicos.
- Se observaron alteraciones en el dolor, en la salud en general y sensación de bienestar, en la esfera física y psicológica y en la percepción de descanso.

5 Discusión-Conclusión

Todos los estudios revisados en esta investigación reafirman la mayor frecuencia de fibromialgia en mujeres, en todos los grupos de edad. Se observa que esta enfermedad tiene mayor impacto en el sexo femenino, asociado en parte al componente de género de las tareas cotidianas. No obstante, la calidad de vida y el estado de salud no tienen diferencia significativa en función del sexo ¹³. Algunos estudios afirman que las manifestaciones de la fibromialgia varían en función del sexo, presentando las mujeres un mayor consumo de analgesia debido a un umbral del dolor más bajo ^{14,15}.

De los aspectos evaluados en los instrumentos de recogida de datos, los más afectados fueron aquellos que tenían un “componente físico” pero en la mayoría de los estudios se insiste en evaluar la fibromialgia desde una perspectiva biopsicosocial, ya que es la manera de conocer los efectos de esta enfermedad en la vida diaria de las personas que la sufren, y el mejor modo de poder enfocar su tratamiento ¹³. Después del componente físico, el “dolor” es otra de las dimen-

siones más afectadas¹⁶. El dolor crónico es el principal problema que sufren estos pacientes, llegando a describirlo como incapacitante para realizar una vida diaria activa, siendo además difícil de tratar debido a que no responde adecuadamente a tratamientos convencionales ³.

El dolor crónico parece conducir al desarrollo de problemas de salud mental, tal que ansiedad, depresión y afectación de la esfera psicopatológica, afectando al resto de esferas y repercutiendo por tanto en la calidad de vida de las personas^{17,18}.

Otro aspecto afectado por la fibromialgia es el “sueño”. La mayoría de los pacientes refieren dificultades para conciliar el sueño, permanecer dormido o despertarse temprano ¹⁹. También se ponen de manifiesto síntomas como la fatiga e incluso alteraciones de la esfera cognitiva. Existe suficiente evidencia para realzar las ventajas que tiene una correcta información al paciente sobre aspectos como el dolor, la calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad ²⁰.

Como limitaciones de este estudio encontramos el limitado número de artículos analizados y la escasa presencia de hombres en la muestra. Podemos concluir que esta enfermedad afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen, tanto por los síntomas más o menos incapacitantes como por la escasa comprensión y aceptación social que conlleva. Una adecuada comprensión de la experiencia de enfermedad por parte de los profesionales es clave para un cuidado óptimo de los pacientes; siendo el conocimiento de los síntomas, de la afectación general que produce y la empatía esenciales para el abordaje de la enfermedad. Es necesario por tanto reorientar los cuidados para mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes. También resulta importante concienciar a la población sobre esta enfermedad para que las personas afectadas cuenten con mayor apoyo social y se sientan comprendidas.

6 Bibliografía

- 1. Hernández- Petro AM, Cardona Arias A. Efecto de la Fibromialgia sobre el estado de salud y la calidad de vida relacionada con la salud, 2004-2014. Revista Colombiana de Reumatología. 2015; 22(2): 110-118.
- 2. Soro Y, González J. Impacto en calidad de vida (FIQ) en Fibromialgia en el área de salud de Talavera de la Reina. Revista Asturiana de Terapia Ocupacional. 2011; 3-11
- 3. Triviño Martínez Á, Solano Ruiz MC, Siles González J. La cronicidad de la fibromialgia. Una revisión de la literatura. Enfermería Global. 2014; 13(35):273-

- 4. Sañudo JI, Corrales Sánchez R, Sañudo B. Nivel de actividad física, calidad de vida y niveles de depresión en mujeres mayores con fibromialgia. *Escritos de Psicología*. 2013; 6(2):53-60. 2012; 44(2):88-93.
- 5. Latorre Roman Á, Santos e Campos MA, Mejía Meza JA, Delgado Fernández M, Heredia JM. Analysis of the physical capacity of women with fibromyalgia according to the severity level of the disease. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2012; 18(5): 308-312.
- 6. Boch Romero E, Sáenz Moya N, Valls Esteve M, Viñolas Valer S. Estudio de la calidad de vida en pacientes con fibromialgia: impacto de un programa de educación sanitaria. *Aten Primaria* 2002;30:16-21.
- 7. Asensi Cabo-Meseguer, Germán Cerdá-Olmedo, José Luis Trillo-Mata. Fibromyalgia: Prevalence, epidemiologic profiles and economic costs. *Medicina Clínica (English Edition)*, Volume 149, Issue 10, 22 November 2017, Pages 441-448
- 8. Lizán L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. 2009; 41(7):411-6
- 9. La medida de la salud. Guía de escalas de medicina en español. Barcelona: Edimac, 1999.
- 10. Badia X. Qué es y cómo se mide la calidad de vida relacionada con la salud. *Gastroenterol Hepatol*. 2004; 27(Supl 3):2-6.
- 11. Lemus N, Parrado R, Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2014; 21(1):1-3.
- 12. Espinoza I, Osorio P, Torrejón M, Lucas R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF en adultos mayores chilenos. *Rev. Méd*. 2011; 139(5): 579-586.
- 13. Cardona Arias JA, León Mira V, Cardona Tapias AA. Estado de salud y calidad de vida en pacientes con fibromialgia, Medellín. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2014; 21(1):10-20.
- 14. Segura Jiménez V, Estévez López F, Soriano Maldonado A. Gender. Differences in Symptoms, Health-Related Quality of Life, Sleep Quality, Mental Health, Cognitive Performance, Pain- Cognition, and Positive Health in Spanish Fibromyalgia Individuals: The Al-Ándalus Project. *Pain Research and Management*. 2016; 2016: 1-14.
- 15. Miró E, Diener FN, Martínez MP, Sánchez AI, Valenza MC. La fibromialgia en hombres y mujeres: comparación de los principales síntomas clínicos. *Psicothema*. 2012; 24(1):10-15.
- 16. Martín Nogueras AM, de Sousa Pinto JM, Calvo Arenillas JI. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con fibromialgia. *Revista*

Brasileira em Promoção da Saúde. 2010; 23(3): 99-205.

- 17. Alvarado Moreno JG, Montenegro Díaz KA, León Jiménez FE, Díaz Vélez C. Asociación entre Depresión-Ansiedad y el Síndrome de Fibromialgia en 3 centros asistenciales de Lambayeque, Perú, 2011-2012. *Revista Médica Risaralda*. 2014; 20(2): 75-79.
- 18. Lee JW, Lee KE, Park DJ, Kim SH, Nah SS, Ji Hyun Lee ea. Determinants of quality of life in patients with fibromyalgia: A structural equation modeling approach. *PLoS ONE*. 2017;12(2):1-12.
- 19. Wagner JS, DiBonaventura MD, Chandran AB, Cappelleri JC. The association of sleep difficulties with health-related quality of life among patients with fibromyalgia. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2012; 13: 1-10.
- 20. Elizagaray García i, Muriente González J, Gil Martínez A. Educación al paciente con fibromialgia. Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados. *Revista de Neurología*. 2016; 62: 49-60.

Capítulo 111

TRATAMIENTO PARA EL ABANDONO DEL TABACO

PATRICIA CALVO ALONSO

1 Introducción

El tabaco es la principal causa de muerte evitable actualmente, además del responsable de gran cantidad de enfermedades respiratorias, cardíacas, vasculares y cancerosas. Entre las enfermedades más graves causadas por el tabaco se encuentran la EPOC, cuyo principal factor desencadenante es el tabaquismo, el cáncer de pulmón e incluso la muerte súbita.

Si bien estas patologías son ampliamente conocidas por la población, aun son muchas las personas que continúan fumando por los componentes adictivos que se encuentran en el tabaco, principalmente la nicotina. Cuanto más tiempo se lleve consumiendo tabaco y más cantidad diaria se consuma, mayor es la dificultad para conseguir dejar de fumar.

Existen personas capaces de dejar de fumar sin ayuda de ningún tipo de tratamiento, farmacológico o no, pero estos casos son los menos y suelen coincidir con aquellas personas que tienen un menor grado de adicción. Las personas que no son capaces de cesar en el consumo de tabaco sin ayuda, pueden recurrir a tratamientos farmacológicos o no.

2 Objetivos

- Conocer las distintas técnicas farmacológicas como no farmacológicas para dejar el tabaco.

3 Metodología

A la hora de realizar la búsqueda de los artículos para nuestra revisión bibliográfica, hemos buscado los artículos mas acordes con el tema en tres de las bases de datos más importantes, como son Scielo, Scopus y Cochrane. Para nuestro artículo buscamos artículos relacionados con la deshabituación tabáquica, métodos farmacológicos y no farmacológicos para dejar de fumar, así como aquellos con los que las recaídas son más frecuentes y qué debemos hacer en estos casos. Para realizar la búsqueda en las bases de datos citadas usado una serie de palabras claves que nos ayudarán a centrar la búsqueda. Estas palabras clave han sido: “deshabituación tabáquica”, “abandono tabaco”, “tratamiento tabaquismo”, “recaídas tabaco”.

4 Resultados

Tratamientos farmacológicos: los más usados son la Terapia de Sustitucion de la Nictina (TSN), bupropion y vareniclina principalmente. También hay otros fármacos menos usados como la citisina o la nortriptina.

La TSN es una terapia basada en la administración de nicotina, a dosis lo suficientemente bajas para no crear adicción y lo suficientemente altas como para no tener síndrome de abstinencia, administradas por una vía distinta a la que se consume el tabaco. En España esta terapia se adminsitra en parches de nicotina, chicles de nicotina o pastillas de nicotina principalmente.

Uno de los estudios que hemos analizado, han mostrado que la TSN, el bupropion y la vareniclina son los tratamientos farmacológicos mas efectivos para dejar de fumar. La TSN combinando dos de sus vías de administración (parches y chicles en este estudio) es igual de efectivo que la vareniclina y mas efectivo que usando una única vía de administración. A pesar de que el bupropion es uno de los fármacos más eficaces, se han encontrado casos en los que se presenciaron convulsiones por su uso (1/1500). LA citisina, uno de los fármacos menos usados para el cese tabáquico, ha demostrado ser un fármaco eficaz, seguro y asequible para lograr su finalidad.

Los tratamientos no farmacológicos dependen en gran mayoría del componente psicológico que tiene el tabaco. El principal factor psicológico que más ayuda a dejar de fumar es la motivación, por ello, estudios demuestran que la entrevista motivacional junto con los tratamientos estándar ayuda a aumentar la mo-

tivación y por lo tanto el porcentaje de éxitos en la deshabituación tabáquica es mayor. A pesar de esto, no se demostraron cambios significativos entre el uso de entrevista motivacional y terapia conductiva-conductual o solo TCC.

Otras terapias no farmacológicas que se estudiaron para comprobar su utilidad de cara a abandonar este hábito han sido la acupuntura, la electroestimulación y la estimulación con láser. La acupuntura ha demostrado ser menos efectiva que la TSN pero mejor que no tener ningún tipo de tratamiento. Este mismo resultado ha sido el obtenido para la electroestimulación y la estimulación con láser.

5 Discusión-Conclusión

El consumo de tabaco es un hábito muy perjudicial para la salud, siendo primordial abandonarlo. Su consumo es causante de la mayoría de las muertes evitables, además de ser el principal factor de riesgo para enfermedades como la EPOC o cáncer de pulmón, pudiendo llegar a causar muerte súbita. El tabaco también es responsable de otras enfermedades cardiovasculares como la arterioesclerosis, y de múltiples tipos de cáncer. El principal problema que se presenta a la hora de intentar cesar en el consumo de tabaco radica en el grado de adicción.

6 Bibliografía

- Jiménez-Ruiz CA e. Treatment of smoking in smokers with chronic obstructive pulmonary disease. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2017
- De Granda-Orive J, De Granda-Beltrán A, Segrelles-Calvo G, López-Padilla D, Jiménez-Ruiz C, Solano-Reina S. Avances y líneas de investigación en el tratamiento y diagnóstico del tabaquismo
- Schuit E, Panagiotou O, Munafò M, Bennett D, Bergen A, David S. Farmacoterapia para el abandono del hábito de fumar: efectos por subgrupos definidos por marcadores biológicos informados genéticamente. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017 Issue 9.
- David S, Lancaster T, Stead L, Evins A, Prochaska J. Antagonistas opiáceos para el abandono del hábito de fumar. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 6. Art.
- Samarin Ocampos E, Gómez Molina B, Villalobos Uriol A, Botello Cruz M, Olguín Ramírez J, López de Castro F. Métodos empleados y motivos para dejar de fumar de los exfumadores.

- Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. Intervenciones farmacológicas para el abandono del hábito de fumar: resumen y metanálisis de redes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 5. Art. No.: CD009329.

Capítulo 112

PACIENTES ONCOLÓGICOS: ¿INFLUYE SU ESTADO DE ÁNIMO PARA SU RECUPERACIÓN?

JAVIER SAMPEDRO RIOL

JUAN MERA CADENAS

1 Introducción

La enfermería es definida según la OMS como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, la cual entró en vigor en 1948 y se mantiene actualmente. Hace referencia a un concepto que engloba lo físico, lo mental y lo social. En cuanto al aspecto mental es muy importante el estado de ánimo, que hace referencia y va relacionado con la disposición en que se encuentra la persona. Sin embargo, para hablar de lo físico, nos centraremos en la transformación de células, que proliferan de forma anormal e incontrolada, denominándose cáncer. (1,2)

Según datos de la OMS (2017), el cáncer ocasionó 8,8 millones de muertes en 2015, siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, estimando un aumento del 70% en los 20 años próximos. La palabra “cáncer” transmite a la población sensación de incertidumbre, ya que aunque se conocen ciertos factores de riesgo, aún no se sabe cuál es el origen que lo provoca, generando así un gran impacto social en la población. (1)

En un paciente oncológico puede aparecer cierta incapacidad para superar la situación que vive, denominándose “distrés”. The National Comprehensive Can-

cer Network (NCCN) lo define como “la experiencia emocional desagradable y de naturaleza multifactorial, que incide en la dimensión psicológica, social y/o espiritual de la persona, y que interfiere en la capacidad para afrontar el cáncer de forma efectiva, en sus síntomas físicos y en su tratamiento”. (6)

Es por esto por lo que vemos muy importante la influencia del estado de ánimo para la recuperación del paciente, abordando todas sus necesidades (físicas y psicológicas) y contribuyendo a una mejor calidad de vida. Hay intervenciones enfermeras que pueden influir para mejorar el estado de ánimo y la evolución del paciente, nos referimos al humor. Es importante observar y tener un buen criterio a la hora de llevar a cabo esta intervención, con el objetivo de lograr un mayor beneficio para él. Esto se puede llevar a cabo con más facilidad cuando la relación profesional-paciente es cercana, caracterizada por la confianza mutua y una buena afinidad, influyendo así en su mejor recuperación. (6)

2 Objetivos

Objetivo general.

- Valorar las actuaciones de enfermería que pueden influir en el estado de ánimo del paciente oncológico con el fin de mejorar su estado de salud.

Objetivos específicos.

- Describir las repercusiones que tiene un paciente oncológico en cuanto a su estado de ánimo.
- Definir las intervenciones enfermeras que ayudan a mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer.
- Describir la importancia de una buena formación enfermera en cuanto a los pacientes oncológicos con el fin de fomentar su evolución.

3 Metodología

Este trabajo se ha realizado con el fin de llevar a cabo una revisión bibliográfica basada en la influencia del estado de ánimo de los pacientes oncológicos utilizando bases de datos y páginas relacionadas con enfermería y la salud. Las bases de datos que hemos utilizado para realizar esta revisión han sido Pubmed, Scielo, Dialnet, Cuiden, entre otros. Además hemos consultado páginas de internet para recoger datos como son la OMS, AECC, etc. Para ello hemos recopilado artículos en español y en inglés principalmente. Como criterios de inclusión, hemos uti-

lizado artículos de los últimos 15 años que consideramos relevantes para nuestra revisión bibliográfica. En cuanto a los criterios de exclusión, fueron desechados aquellos artículos que tenían que tuvieran más de 15 años de antigüedad y a los que no podíamos acceder de forma completa.

4 Resultados

Como ya hemos mencionado con anterioridad, la relación profesional de la salud-paciente, tiene un papel muy importante debido a que estos pacientes requieren largos y frecuentes periodos de ingreso, basándose en la autoconfianza, respeto, empatía y amabilidad. Esto hace que mejore la capacidad para fomentar la esperanza. (3,12,14,15)

Una de las competencias de todos los profesionales de la salud, pero en concreto de enfermería, es preparar al paciente para enfrentarse a la enfermedad, en incluso a la muerte, con toda la dignidad posible, participando con la familia y teniendo en cuenta la etapa emocional en que se encuentra. Es función de los médicos transmitir el diagnóstico y los posibles tratamientos, si los hubiera, pero es enfermería la encargada de ayudarles a asimilar la enfermedad y atender cualquier duda que tuvieran al respecto, con el fin de que entiendan todo. En muchos casos los pacientes tienen miedo o no se atreven a preguntar las dudas que tengan, por eso es imprescindible fomentar un ambiente cercano, en el que se sientan cómodos y así poder resolver todas las preguntas. Es importante una buena formación por parte de enfermería, basándose en los principios de la bioética, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en estos momentos tan delicados. (4,11,16)

Varios estudios evidencian que el personal de enfermería no está lo suficientemente cualificado para llevar a cabo una comunicación espiritual con el paciente. Esta formación aportaría enormes beneficios para el paciente y su familia. Las emociones que pueden aparecer en los pacientes oncológicos las podemos dividir en dos grupos: las negativas y las positivas. Algunas de ellas pueden ser adaptativas y por lo tanto ofrecer un beneficio al paciente. Sin embargo, también las hay perjudiciales, que si se mantienen en un tiempo prolongado, pueden producir trastornos tanto físicos (trastornos de reumatología, cardiovasculares, etc) como mentales (ansiedad, depresión, etc). Un claro ejemplo se da en la vida cotidiana, cuando nos exponemos a periodos largos de estrés, con altas presiones, donde es más probable que desarrollemos problemas de carácter inmune. (5,13)

Según Cano-Vindel y Miguel-Tobal hay una influencia notable de las emociones sobre la salud del paciente, principalmente en el momento en que las emociones se transforman en trastornos clínicos. Por el contrario, hay artículos que descartan una relación entre las emociones y los factores oncológicos. Una de las investigaciones llevada a cabo en 2012 concluye que los síntomas generados en los pacientes oncológicos dependen del tiempo y del tipo de cáncer, sin dar apenas importancia al estado de ánimo. (8)

Sin embargo, para afianzar la tesis, podemos ver como en numerosos artículos demuestran como la tristeza relacionada con la depresión provoca una disminución de la calidad de vida, tanto de los pacientes como de la familia y amigos, que también repercuten en ellos. Maté, et al, (2004), llevan a cabo un estudio basado en los trastornos del sueño en pacientes con cáncer, donde son capaces de ver una relación entre el insomnio y los efectos negativos para el paciente, tanto psicológicos como en el sistema inmune. (9,10)

Además de las acciones llevadas a cabo para establecer una buena relación de confianza y empatía con el paciente, existe una serie de intervenciones que ayudan a mejorar el estado de ánimo del paciente oncológico, demostrándose como efectivo y positiva. Hablamos de la musicoterapia y la risoterapia, que a continuación describiremos.

La musicoterapia: tanto el estudio de Martí Augé et al. (2015), como el realizado por Bradt et al. (2011), destacan la importancia de la musicoterapia en pacientes oncológicos, produciendo un efecto beneficioso en su estado psicológico, reduciendo de esta manera los niveles de depresión y ansiedad. (6,18)

Magill (2006) considera que la música es capaz de mejorar el dolor y otros síntomas como son el miedo, la soledad y la frustración, aumentando así la sensación de control y el estado de ánimo. El humor: tiene un efecto positivo en la evolución del paciente, ya que produce un aumento de los marcadores inmunológicos. Los profesionales de enfermería, al crear un vínculo más cercano con el paciente, son los más adecuados para llevar a cabo esta intervención, debido a que puede valorar y observar el momento adecuado para realizarla. (7,12,17)

Una revisión llevada a cabo por Rchaidia, et al. (2009) acerca de las opiniones de los pacientes se valoraba el optimismo, el humor, el positivismo, entre otros, lo que provoca en ellos una mayor confianza y un aumento del bienestar. (19)

5 Discusión-Conclusión

Es cierto que hemos encontrado estudios en los cuales no hay una diferencia significativamente clara en la influencia del estado de ánimo de los pacientes oncológicos para mejorar su recuperación. Sin embargo, la mayoría de trabajos y estudios encontrados, respaldan una influencia positiva del estado de ánimo, relacionándolo con un mayor bienestar y mejorando su sistema inmunológico.

Esto hace que haya más probabilidades de que se mejore cuanto antes, y con una mayor calidad de vida e independencia. Se ha dado mucha importancia a la capacidad y formación de enfermería en cuanto al cuidado psicológico del paciente, facilitando así una buena relación basada en la confianza, respeto, empatía y amabilidad. Esto hace que el paciente se sienta mucho más cómodo y sea capaz de expresar sus sentimientos y emociones de una forma más clara.

Además existen ciertas intervenciones que han ayudado a mejorar el estado de ánimo de los pacientes oncológicos. Son la musicoterapia y el humor entre otros. Estas acciones reducen los niveles de ansiedad, influyendo también en el sistema inmunológico, lo que produce una mejor calidad de vida para el paciente.

La función de enfermería no solo se basa en cuidados físicos, sino que también en ciertos momentos de la evolución de la enfermedad son igual de importantes abordar por problemas psicológicos y espirituales que afectan al bienestar del paciente. Si no somos capaces de paliar estos problemas, la adaptación y la recuperación serán mucho más lentos y difíciles para el paciente.

La capacidad de comunicación por parte de enfermería tiene especial relevancia en este aspecto, ya que aporta un gran apoyo para el paciente y la familia, un trato cercano, buena comprensión y confianza para ambos. En esta revisión bibliográfica, hay evidencias de que existen intervenciones enfermeras efectivas para mejorar el estado de ánimo del paciente oncológico. Son la musicoterapia y el humor. Estas acciones producen una reducción de la ansiedad y una influencia positiva en el sistema inmune, lo que facilita su recuperación.

Por último cabe destacar la alteración del sueño, que puede provocar desequilibrios en la función inmunitaria y por lo tanto un deterioro de la salud.

6 Bibliografía

- 1. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- 2. Real Academia Española. <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=742bRjf>

- 3. García A. Leucemia Linfoblástica Aguda: cambios psicológicos y cognitivos en el niño. Universidad Católica de Murcia
- 4. León FJ. Enfermería y paciente terminal: aspectos bioéticos. Enfermería Universitaria [Internet]. 2008
- 5. Piqueras JA, Ramos V, Martínez AE, Oblitas LA. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. Suma psicológica
- 6. Martí-Augé P, Mercadal-Brotons M, Solé-Resano C. La musicoterapia en oncología. Gaceta Mexicana de oncología [Internet]. 2015 [citado el 2 de Enero de 2020]; 14:(6)346-352.
- 7. Leñero M. La aplicación del humor como intervención enfermera en el manejo de una enfermedad oncológica terminal: a propósito de un caso. Reduca
- 8. Fernández C, Villoria E, Amigo I, Padierna C, Fernández R, Peláez I. Influencia del estado emocional en la sintomatología referida por pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón durante el tratamiento con quimioterapia. MEDIPAL [Internet]. 2013 [citado el 2 de Enero de 2020]; 20(3):85-92.
- 9. García G, Barreto P. Trastornos del estado de ánimo al final de la vida: ¿Desmoralización o Depresión?. Revista de Psicopatología y psicología clínica [Internet]. 2008 [citado el 2 de Enero de 2020]; 13(2):123-133.
- 10. Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología [Internet]. 2004 [citado el 3 de Enero de 2020];1(2-3):211-230.
- 11. Braun M, Gordon, D, Uziely B. Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. Medline [Internet] Israel: ONF; 2006 .
- 12. Errasti-Ibarrondo B, Pacrez M, Carrasco JM, Lama M, Zaragoza A, Arantzamendi M. Essential elements of the relationship between the nurse and the person with advanced and terminal cancer: A meta-ethnography. Medline [Internet] Spain: Elsevier; 2015
- 13. Wittenberg E, Ragan SL, Ferrell B. Exploring Nurse Communication About Spirituality. Medline [Internet] USA: Hospital Palliative Care; 2016.
- 14. Mok E, Lau KP, Lam WM, Chan LN, Ng J, Chan KS. Health-care professionals' perspective on hope in the palliative care setting. Medline [Internet] Hong Kong: The Hong Kong Polytechnic University; 2010 [citado el 4 de Enero de 2020].
- 15. Rolland RA(1), Kalman M. Nurses' attitudes about end-of-life referrals. Medline [Internet] USA: State Nurses Association; 2009.
- 16. Zirleide CF, Serpa de Souza P, Geraldo SF, Limeira ME, de Oliveira RC, da Silva FM. Atención de enfermería en la terminalidad: cumplimiento de los principios de bioética. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2014 [citado el 4 de

Enero de 2020]; 35

- 17. Magill, L. Role of music therapy in integrative oncology. *Journal of the Society for Integrative Oncology*. [Internet] 2006. [citado el 4 de Enero de 2020] 4(2), 79-81.
- 18. Bradt J, Dileo C, Grocke D, Magill L. Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients (Review) 2011.
- 19. Rchaidia L, Dierckx de Casterlé B, De Blaeser L, Gastmans C. Cancer patients perceptions of the good nurse: a literature review. *Nurs Ethics*.

Capítulo 113

MEDIDAS ADOPTADAS RESPECTO AL DENGUE EN ESPAÑA

CHRISTIAN ALVAREZ ESLAVA

TERESA CRIADO GONZÁLEZ

1 Introducción

El dengue es una enfermedad causada por un virus con el mismo nombre de carácter infeccioso, pertenece al género “flavivirus”, el método que utiliza para su transmisión son los mosquitos, el más común es el *Aedes aegypti*. Es un virus endémico en más de 100 países, sobre todo en los que tienen un clima tropical, ninguno de ellos es Europeo.

2 Objetivos

- Estudiar el riesgo de que la enfermedad del Dengue aparezca en España, de ser así que regiones se verían afectadas y conocer las medidas que el Ministerio de Sanidad está tomando para evitar su aparición.

3 Metodología

El método de trabajo fue una revisión bibliográfica de artículos basados en la evidencia científica sobre el dengue. Se han consultado bases de datos (SciELO, Portal Regional de la BVS, Dialnet) así como directorios de revistas con acceso abierto (Elsevier), se ha limitado la búsqueda entre el año 2010 al 2017. Se han utilizado

descriptores en español (“dengue”, “vector”, “España”, “prevención”). Los criterios establecidos fueron 1) Estudios que analicen el dengue 2) que aporten datos sobre el dengue en España 3) escritos en español. De un total de 12 publicaciones, fueron seleccionadas 5.

4 Resultados

A España se ha importado el virus por viajeros, además se han encontrado mosquitos capaces de transmitir el dengue (mosquito tigre). Por tanto, España ha tomado medidas de salud pública ante dichas apariciones, entre ellas destacan, la eliminación de mosquitos invasores, control, de vectores y una importante estrategia de comunicación a la población de riesgo y a los viajeros de países donde el virus es endémico. También se ha hecho hincapié en la detección temprana de casos que se puedan producir.

5 Discusión-Conclusión

España está preparada para la aparición de casos del Dengue, ya que cuenta con un plan integral de respuesta. Se ha minimizado mucho el riesgo de sufrir esta enfermedad con el control de vectores que se está llevando a cabo. Por tanto, los profesionales sanitarios tienen en sus manos todas las herramientas para evitar la transmisión de este virus.

6 Bibliografía

1. Plaza Torres, JF. and Navarro Suay, R. Arbovirosis y operación ATALANTA: riesgo para viajeros y medidas de prevención y control. Sanid. Mil., Jun 2014, vol.70, no.2, p.103-113. ISSN 1887-8571.
2. López-Vélez, Rogelio and Molina Moreno, Ricardo Cambio climático en España y riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias transmitidas por artrópodos y roedores. Rev. Esp. Salud Publica, Abr 2005, vol.79, no.2, p.177-190. ISSN 1135-5727.
3. Bueno Marí, Rubén and Jiménez Peydró, Ricardo ¿Pueden la malaria y el dengue reaparecer en España?. Gac Sanit, Ago 2010, vol.24, no.4, p.347-353. ISSN 0213-9111.
4. Santos-Sanz, Sara et al. Posibilidad de introducción y circulación del virus del Dengue en España. Rev. Esp. Salud Publica, Oct 2014, vol.88, no.5, p.555-567. ISSN

1135-5727.

5. Valerio, L. et al. Exantema hemorrágico por virus dengue inducido por ácido acetil-salicílico. *Anales Sis San Navarra*, Dic 2006, vol.29, no.3, p.439-442. ISSN 1137-6627.

Capítulo 114

ENFERMEDAD CELÍACA: LA ESCALA DE MARSH

ROSA MARÍA GONZÁLEZ NÚÑEZ

NATIVIDAD CRESPO BERGILLOS

1 Introducción

La enfermedad celíaca se define como la enteropatía autoinmune inducida por la ingesta de gluten en individuos genéticamente predispuestos, caracterizada por la existencia de lesiones intestinales sugestivas que regresan con la exclusión del gluten de la dieta. Una de las características de la enfermedad celíaca es su asociación con el desarrollo de anticuerpos. Algunos de ellos, como los anti-gliadina, los anti-endomisio y los anti-transglutaminasa tisular, tienen un gran valor diagnóstico y han causado un cambio profundo tanto en la epidemiología como en el reconocimiento de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

Gracias a su diagnóstico serológico, la celiaquía ha pasado de ser una enfermedad rara de niños con malnutrición a ser una enfermedad frecuente, que se presenta a cualquier edad, tanto niños como adultos y ancianos, puede manifestarse con síntomas digestivos o extradigestivos y diagnosticarse incluso en fase asintomática.

2 Objetivos

- Describir el diagnóstico de la enfermedad celíaca y la escala de Marsh.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de ciencias de la salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google Académico y Pubmed español. También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre comunicación entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 91 estudios y de ellos fueron seleccionados 6 artículos. Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda. Los descriptores utilizados fueron: “enfermedad celíaca”, “escala”, “Marsh”, “gluten” “intolerancia”.

4 Resultados

Siempre que exista una serología con resultado positivo a la enfermedad celíaca, acompañada de una genética compatible con la misma pasaremos al siguiente paso en el diagnóstico que será una biopsia intestinal. En otros casos donde la serología tiene un resultado negativo a la enfermedad celíaca pero la evidencia sintomatológica nos hace pensar lo contrario, sobre todo si hay familiares también celíacos, también está indicado realizar una biopsia intestinal.

Su grado de lesión del intestino se mide mediante la clasificación de Marsh. Esta clasificación anatomopatológica de las biopsias duodenales se sigue aplicando hoy en día en todo el mundo. Para el estudio histológico hay que realizar al menos 4 biopsias intestinales, siendo 2 de ellos de duodeno distal. Los hallazgos se valorarán según la clasificación de Marsh modificada:

- Marsh tipo I: existe linfocitosis intraepitelial de al menos un 25%.
- Marsh tipo II: es el Marsh tipo I + hiperplasia de las criptas.
- Marsh tipo III: atrofia vellositaria parcial, subtotal o total.

Siempre que se sospeche que existe un grado de lesión intestinal debemos de realizar la biopsia intestinal, pese a que otros resultados analíticos no demuestren lo contrario. Gracias al médico inglés Marsh podemos comprobar mediante estas biopsias la presencia de otras lesiones inflamatorias, las cuales cursan sin atrofia vellositaria dentro de la enfermedad celíaca (siendo un gran avance para la ciencia). La escala Marsh va desde un Marsh 1, que es una lesión frecuente y que no siempre indica celiaquía, hasta las lesiones más graves que indican enfermedad celíaca.

5 Discusión-Conclusión

La ciencia está sufriendo continuamente avances tecnológicos que nos harán conocedores, a corto plazo, de nuevos procedimientos para un diagnóstico rápido de esta enfermedad. Mientras tanto es importante como vamos avanzando con respecto al conocimiento de esta enfermedad, gracias a la genética y a otros procedimientos de laboratorio que avalan su diagnóstico.

El aumento de individuos con déficit de vitamina D está produciendo que se identifiquen cada vez más casos que van asociados junto a la enfermedad celíaca. Su estudio será un futuro predictor de estas y otras patologías.

6 Bibliografía

- Colman RJ, Anderson RM, Johnson SC, et al. Caloric restriction delays disease onset and mortality in rhesus monkeys. *Science*. 2009; 325 (5937): 201-204.
- Ortiz Villalba, J, Macchi Salim, H, & Di Martino Ortiz, B. (2017). Enfermedad de Crohn ileal. Reporte de un caso. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 50(1), 61-68
- López Panqueva, RdP. Neoplasias hepáticas benignas: variantes histológicas, problemas diagnósticos y diagnóstico diferencial. *Revista Colombiana de Gastroenterología*. 2015;30(1):116-124. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337738642017>
- Simian, Daniela, & Quera, Rodrigo. (2016). Manejo integral de la enfermedad inflamatoria intestinal: más allá de una terapia farmacológica adecuada. *Revista médica de Chile*, 144(4), 488-495
- Paredes-Méndez, Juan, Otoyá-Moreno, Guillermo, Mestanza-Rivas-Plata, Ana Lucía, Lazo-Molina, Luis, Acuña-Ordoñez, Katia, Arenas-Gamio, José Luis, Huamán-Egoavil, Eduardo, & Juliao-Baños, Fabián. (2016). Características epidemiológicas y clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en un hospital de referencia de Lima-Perú. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 36(3), 209-218.
- A.H. Langshaw, J.M. Rosen, L. Pensabene, O. Borrelli, S. Salvatore, N. Thapar, D. Concolino, M. Saps. Overlap between functional abdominal pain disorders and organic diseases in children. *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, Volume 83, Issue 3, July-September 2018, Pages 268-274.

Capítulo 115

DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

M^a ANGELES CASASOLA HERNÁNDEZ

1 Introducción

Disfrutar de un buen estado de salud no solo es clave en sí mismo para el bienestar de las personas, sino también para su inclusión social . Experimentar situaciones de vulnerabilidad en cualquier ámbito puede conducir a situaciones que comprometan también su calidad de vida.

2 Objetivos

- Detectar situaciones de riesgo.
- Identificar áreas deficitarias.
- Reconocer las necesidades de la persona.
- Obtener un diagnóstico que permita una intervención lo más acertada posible.
- Establecer el programa de cuidados.

3 Metodología

Se utilizarán aquellas técnicas que me permitan darle a la persona la mayor autonomía posible a pesar de sus condiciones de dependencia para que pueda aumentar su calidad de vida.

Prevención primaria para promocionar y promover la salud para reducir el riesgo de la aparición de la dependencia, a continuación seguiremos con la prevención secundaria para detectar los indicios que nos puedan alertar sobre la dependencia antes de que se instale.

Y por último será la prevención terciaria cuyo objetivo es evitar que progrese y minimizar los efectos sobre la vida de la persona, dotando a esta de la mayor autosuficiencia posible en las actividades de la vida diaria.

4 Resultados

Conseguir que tengan actividades sociales y de ocio para que se sientan activas y no se suman en cuadros patológicos.

Si la dependencia es acusada, buscarle establecimientos o sistemas de apoyo:

- Residencia de ancianos :pueden ser públicas o privadas, pueden ser asistidas o mixtas.
- Centros de día o de noche.
- Centros de formación, ocupación e inserción laboral.
- Programa de vacaciones.
- Apartamentos vigilados.
- Acogidas familiares.
- Apoyo en el domicilio.
- Centros de convivencia (hogares del pensionista).

5 Discusión-Conclusión

Según las necesidades de cada persona se intentará ofrecer la inclusión social ofreciendo los métodos establecidos anteriormente para aumentar considerablemente su calidad de vida.

6 Bibliografía

- Técnicas Básicas de Enfermería. Equipo Macmillan Profesional. Autoras: Belén Montes Cascallana, Angeles López San Miguel. Dolores Fernández-Villacañas Martín, Milagros Pulido del Pino.
- Goñi Garrido, M.J. y Otros (2009). Guía para el personal de apoyo. Autodeterminación. FEAPS. Madrid.

Capítulo 116

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES

M^a ANGELES CASASOLA HERNÁNDEZ

1 Introducción

El éxito de cualquier campaña de prevención de una enfermedad transmisible se basa en los conocimientos sobre la epidemiología y patogenia que se tenga sobre ella.

2 Objetivos

- Detección precoz de nuevos casos.
- Adopción de medidas de vigilancia, aislamiento y cuarentenas.
- Ventilación adecuada.
- Saneamiento de agua y alimentos.
- Desinfección, desinsectación y desratización.
- Inmunizaciones pasivas y activas.
- Quimioprofilaxis.

3 Metodología

La prevención y control de una enfermedad infecciosa se puede llevar a cabo de distintas formas:

- Desactivando el germen infeccioso actuando sobre las fuentes de infección donde se encuentre (personas y animales enfermos o portadores y objetos contaminados).

- Rompiendo la cadena de transmisión, actuando sobre sus mecanismos de propagación.
- Incrementando la resistencia del huésped, con la vacunación como medida de prevención y con la quimioprofilaxis o administración de fármacos.
- Utilización de medidas de barrera: guantes, preservativos.
- Vacunas.

4 Resultados

- Limpieza, desinfección y esterilización.
- Educación para la salud.
- Erradicación de enfermedades transmisibles que hace años eran mortales.

5 Discusión-Conclusión

Se debe cumplir escrupulosamente con el calendario vacunal infantil y con las vacunas y dosis de recuerdo dirigidas a los adultos. No automedicarse con antibióticos Lavarse las manos a menudo. Muy importante consumir alimentos bien cocinados y lavar las frutas y verduras antes de comerlas crudas.

6 Bibliografía

- Autoras: Belén Montes Cascallana, Angeles López San Miguel, Dolores Fernández-Villacañas Martín, Milagros Pulido del Pino. Macmillan Iberia S.A. Higiene del Medio Hospitalario y Limpieza del Material.

Capítulo 117

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA COMPRESION Y RECORDAD MENSAJES DE SALUD.

M^a ANGELES CASASOLA HERNÁNDEZ

1 Introducción

Cuando un usuario que tiene un problema de salud o precisa atención sanitaria contacta con el sistema sanitario, se produce un intercambio de información bidireccional. Es fundamental para el correcto cumplimiento de las pautas e indicaciones médicas que buscan conseguir la recuperación plena del paciente, entender bien los mensajes y recordar toda la información posible para cumplirla de la manera más precisa posible.

La comunicación es fundamental para tener un buen desarrollo de la práctica clínica. Es fundamental desde la relación del profesional sanitario con el paciente y, es fundamental también dentro del equipo de profesionales con los que se trabaja.

El perfil del paciente hoy por hoy ha cambiado, es un perfil mucho más exigente en la que demanda otro tipo de atención, es esencial para los profesionales sanitarios que sepan identificar cuál es el modelo de atención que demanda el perfil con el que trata en cada momento y que se dispongan de las habilidades necesarias para que la comunicación entre ambos sea la adecuada para que la estrategia terapéutica se lleva a cabo adecuadamente.

2 Objetivos

- Exponer las técnicas más eficaces para recordar los mensajes relacionados con la salud que se derivan de cualquier atención sanitaria.
- Comentar y aconsejar sobre técnicas que permitan mejorar la comprensión y recuerdo de los mensajes de salud.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura buscando encontrar la evidencia existente relacionada con la comprensión y técnicas de recuerdo de la información que se deriva de una atención sanitaria. Se ha realizado dicha búsqueda en bases de datos sanitarios, en literatura científica actualizada.

4 Resultados

Una estrategia para que los pacientes recuerden los mensajes consiste en ejemplificar los mensajes de salud cercanos al individuo para que así pueda recordarlos en un futuro.

Consiste en la utilización de una expresión oral clara, directa, evitando ambigüedades y suspicacias. Así se podrá facilitar la comprensión empleando expresiones adecuadas al contexto sociocultural de los mismos para que sean entendidas. Además se han de analizar las ideas antes de comunicarlas y valorar el propósito del mensaje. Repetir los conceptos claves para que sean comprendidos y recordados con facilidad por los receptores.

Las estrategias para facilitar la comprensión consisten en comunicar la información de forma:

- Veraz.
- Inteligible.
- Clara.
- Sencilla.
- Concisa.
- Concreta.
- Evitando los tecnicismos.
- Vocabulario accesible.

Al comunicarnos con los familiares debemos de mantener una adecuada postura corporal, cabeza en dirección a los familiares y con las manos extendidas hacia ellos para mostrar interés en lo que se refiere al estado de salud del paciente y sobre lo que quieren conocer.

5 Discusión-Conclusión

Al facilitar la comprensión se ha de asegurar la retroalimentación con el interlocutor mediante la realización de un feed-back. Debemos de ser conscientes que con la utilización de diversos gestos se puede tranquilizar a los familiares y ofrecerles un apoyo emocional.

6 Bibliografía

- FAE 2016. ISBN:978-84-15559-19-1. Depósito Legal: M-43717-2016. S.A. C/Luis Sauquillo 133, 28944 Fuenlabrada(Madrid).

Capítulo 118

LA ENFERMEDAD DE LA CELIAQUÍA

OLAIA CHOMON MENDOZA

SANDRA MORENO SANCHEZ

LYDIA ALVAREZ RIOS

SOUKAINA EL HIRCH FARHI

JENNIFER QUIRANTES GIL

1 Introducción

La enfermedad celíaca es la intolerancia constante al gluten, que es una proteína que se encuentra en los cereales como el trigo, centeno y la cebada, y también en sus mixtas variedades. Actúa como elemento aglutinante que hace más consistentes las masas pasteleras y de pan dándoles esa esponjosidad que les caracteriza. Está formado por glutenina y de gliadina, siendo esta última la que más problema genera con respecto a la intolerancia al gluten. Los anticuerpos reaccionan contra ella y de esta manera el cuerpo genera los síntomas que son característicos en las personas que padecen esta enfermedad, haciendo así que la permeabilidad del intestino se vuelva más alta indistintamente de si padece la enfermedad o no, llegando incluso a desarrollar cáncer o algún otro tipo de alergias o infecciones.

La enfermedad celíaca es una enfermedad crónica, autoinmune y con un desorden sistémico ya que afecta a cualquier órgano y sus funciones, y no solamente al sistema digestivo. Lo habitual es que haya problemas dermatológicos, reumáticos, reproductivos y neurológicos. No se manifiesta solamente por entrar

en contacto con el gluten sino también por un mestizaje de factores genéticos y ambientales, como puede ser una alteración de la flora intestinal debido a haber recibido antibióticos a una edad excesivamente precoz o por haber padecido infecciones en el intestino.

La enfermedad celíaca puede manifestarse a cualquier edad y atañe a cualquier tipo de persona que tenga una tendencia genética. Afecta a 1 de cada 100 personas, aunque en su gran mayoría ignoran el padecimiento de esta enfermedad. Realmente, se ha calculado que 6 de cada 7 personas celíacas no tienen un diagnóstico establecido. Una pequeña ingesta de gluten en las personas perjudicadas puede generar un efecto autoinmune, el cual va precedido de un desarrollo inflamatorio crónico en el duodeno, que es parte del intestino delgado, que está situado entre el estómago y el yeyuno, y que tienen como resultado el estancamiento de las vellosidades intestinales. En una persona que no padece esta enfermedad, lo normal es que su pared intestinal este recubierta de bello intestinal, pero en una persona celíaca la presencia de estos bellos es mucho menor y esto origina que la mucosa se dañe al impedir la absorción de los nutrientes y genera así una malnutrición en la persona, que en muchos casos no presenta síntomas y eso hace que sea una complicación para su diagnóstico.

Los signos clínicos son muy variados y abarcan tanto síntomas digestivos como extradigestivos, a parte de otros problemas originados por una carente permeabilización de los nutrientes. También se pueden dar otras patologías ligadas de tipo psiquiátrico, autoinmune, neurológico y reproductivo.

En los niños pequeños los síntomas son variables según sea el momento en el que se aporte el gluten en su dieta, llegando a producir vómitos, diarreas, cansancio e incluso decelera el desarrollo del niño.

En los adultos los más comunes son estreñimiento, dolor articular, diarrea, malestar abdominal, anemia e incluso infertilidad.

Hay grupos de riesgo de padecer la enfermedad celíaca como son:

- Personas que padecen enfermedades autoinmunes como la enfermedad de tiroides, que sufren diabetes mellitus tipo I y enfermedades hepáticas.
- Personas que sufren trastornos psiquiátricos y neurológicos, como epilepsia y encefalopatías.
- Personas con síndrome de Down, síndrome de Turner o síndrome de Williams.

Los cereales que no poseen gluten son el arroz, el maíz, el mijo, las legumbres, el

amaranto, la quinoa, el trigo, el sarraceno y la canihua, que es de la misma familia que la quinoa. Los cereales que sí contienen gluten son el trigo, el centeno, la espelta, la cebada y la avena (solo en algunos casos).

El caso de la avena es diferente y un tanto particular, no contiene gluten ya que su procedencia sí es de la familia de los Pooidae, en la que se incluyen los cereales con gluten, pero no es la misma que la del resto de cereales, que provienen de la subfamilia Triticeae y ella viene de la subfamilia de los Aveneae. Pero por su gran parecido en la cadena de los polipéptidos y por la contaminación que sufre en su recogida y almacenamiento junto con el resto de cereales con gluten, un 1% de los celíacos no puede consumirla porque su cuerpo la reconoce como contaminada por el gluten. Por eso se han de cerciorar bien de que la avena que se consume especifique en el envase que está libre de gluten para su seguridad.

El envase debe de estar identificado mediante el sello E.L.S, que es una espiga con una barra que la cruza por encima y simboliza que este alimento no sobrepasa un porcentaje de hasta 20 mg/kg, que es lo permitido desde el 2009 y obligatorio desde el 2012, para que un alimento sea presentado al consumidor como “Sin Gluten”, si el alimento por su propia naturaleza no posee gluten no es necesario que el fabricante lo especifique en el envase.

Al diagnosticar la enfermedad, en un principio seguramente se prohíba el consumo de avena, pero poco a poco podrá introducirlo en la dieta realizando análisis periódicamente y comprobando que no resulta dañino para el organismo.

Para saber si una persona padece esta enfermedad de celiaquía es conveniente realizarle una serie de pruebas para determinar su diagnóstico. Es importante que si alguna persona cree que pueda padecer la enfermedad de la celiaquía no retire el consumo de gluten de su dieta diaria ya que sino al someterse a las pruebas podría haber una alteración en los resultados.

Las pruebas para determinar la enfermedad de celiaquía son: estudio serológico; que son algunos análisis de sangre que sirven para detectar esta enfermedad celíaca, los anticuerpos transglutaminasa del tejido (tTG-IgA) son bastante delicados y los anticuerpos antiendomiso (EMA) son muy determinantes. Por lo que esta prueba es bastante específica y segura, pero es necesario acompañarla de la biopsia intestinal.

- Pruebas genéticas: los familiares de un enfermo de celiaquía son diez veces más propensos de padecer la enfermedad de celiaquía que cualquier otra persona sana.

Realizar la prueba genética sirve para descartar la enfermedad en caso de que no hubiera genes que así lo determinen, pero no para diagnosticarla si permaneciese su existencia.

- Biopsia intestinal: en el momento en que la analítica sale positiva para la enfermedad de celiaquía, lo siguiente es realizar esta prueba de biopsia intestinal en la persona. Se le extrae una muestra de la zona más superficial del intestino por mediación de un endoscopio y después se analizan con el microscopio para descubrir posibles variaciones en las células. Se confirmaría el diagnóstico de la celiaquía si se encuentran las alteraciones habituales de esta enfermedad, como son el estancamiento de las vellosidades intestinales y el aumento de los linfocitos intraepiteliales.

En la enfermedad de la celiaquía no hay una clasificación por grados, un enfermo de celiaquía no es más o menos enfermo que otro por que padezca más síntomas o menos, se padece la celiaquía o no se padece. Pero lo que sí se mide es el grado de lesión que produce el sistema inmunológico al intestino y esto se realiza mediante “la clasificación de Marsh”, que se divide en tres niveles, de menor a mayor afectación, dependiendo de cómo se encuentren las vellosidades del intestino.

Hay una prueba que consiste en volver a incluir el gluten en la dieta, siempre supervisado por un médico especialista, poco a poco en pequeñas cantidades, por si aún no había un diagnóstico que fuera obvio. Esta es la llamada prueba de provocación, que suele realizarse cuando el paciente ha decidido por cuenta propia eliminar el gluten de su dieta sin haber un diagnóstico previo.

2 Objetivos

A día de hoy, esta enfermedad es incurable, pero llevando una dieta adecuada la persona que la padece puede llevar una vida completamente normal, eso sí, en el momento que haya una pequeña ingesta la enfermedad se vuelve a reactivar y esto estará presente a lo largo de su vida.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un método de búsqueda bibliográfica en Pubmed, Cuidateplus, en la página web salud.celicity.com, la página web de doctor schard institute, en la base de datos del servicio Canario de Salud y la base de datos de Celicidad.net.

Palabras claves utilizadas; celiacía, gluten, alimentos sin gluten.

También se ha buscado información en revistas científicas, libros y panfletos médicos.

4 Resultados

La respuesta a una dieta sin gluten suele aliviarse ya notablemente en la primera semana con una dieta rigurosa y en tres meses los anticuerpos ya no actúan negativamente, pero hasta que no han pasado de unos 2 a 5 años aproximadamente no se regenera la mucosa, esto es variable según el organismo en cada tipo persona.

En la enfermedad de celiacía se suele dar una falta de hierro, vitamina B, ácido fólico, fibra y calcio, por eso hay que llevar una dieta equilibrada tomando las cantidades necesarias de hidratos de carbono, proteínas y por supuesto las vitaminas y los minerales que los encontramos en las verduras y las frutas, también de modo moderado el consumo de grasas. Algunos casos son de consideración grave ya que el paciente sufre de diarreas y de deshidratación, entonces es necesario una hidratación vía parenteral.

El calcio lo podemos obtener de los lácteos, las legumbres y las verduras verdes. La fibra de las verduras, las frutas, los frutos secos y de los cereales sin gluten. El hierro de las legumbres, la carne, los moluscos, los cereales integrales sin gluten. Y la vitamina D de la carne blanca y roja, de las legumbres, de la leche, de los huevos y del pescado.

Se debería de beber medio litro de agua al día y evitar bebidas azucaradas, tomar unas 2 o 3 porciones de verduras, unas 2 piezas de fruta y unas 2 o 3 porciones de lácteos durante el día.

A la semana se debería de consumir 2 ó 3 porciones de carne, 1 ó 2 porciones de pescado y unos 2 huevos.

Tomar con moderación las grasas que se encuentran por ejemplo en los aceites, en los embutidos, en los chocolates y los frutos secos. Y restringir al máximo el consumo de dulces y de bebidas alcohólicas.

Y algo sumamente importante que la gran mayoría de las personas no lo suele tener en cuenta es que se debe de realizar ejercicio, siendo suficiente caminar al menos durante media hora al día o usar más a menudo las escaleras para subir y

bajar en vez de usar el ascensor, el cuerpo lo agradecerá.

Hay algunos consejos para tener en cuenta en la cocina que pueden resultar tanto sorprendentes como obvios, no colocar juntos los alimentos que contienen gluten con los que no lo tienen en la nevera ni en la despensa. Hay que evitar usar los aceites que usaron para freír alimentos con gluten para freír los de sin gluten. No utilizar trapos de cocino, mejor emplear servilletas de papel para evitar un contagio por error. No utilizar cucharas ni cualquier otro utensilio para la cocina que sea de madera por que puede contener restos de un alimento con gluten, hoy en día los hay de silicona y a colores para evitar confusiones y también de metal, que son fáciles de desinfectar. Evitar cocinar un plato con gluten y otro sin gluten a la vez, ya que también podría haber equivocaciones.

5 Discusión-Conclusión

El gluten no es un componente fundamental en la alimentación, ya que no aporta beneficios por su consumo, su única función es la de facilitar la preparación de algunos alimentos, por lo que realmente se puede prescindir de ello. Los cereales que lo contienen tampoco son imprescindibles en nuestra dieta ya que de cualquier fruta, verdura o legumbre podemos obtener muchos más carbohidratos y fibra que de estos cereales.

Existen una serie de recomendaciones para llevar con éxito una dieta libre de gluten:

- Se deben consumir alimentos que se tenga la certeza de que no contienen nada de gluten, por eso hay que leer detenidamente los etiquetados de los productos que se consumen.
- Se pueden adquirir productos libres de gluten en supermercados, herboristerías y tiendas especializadas en ello.
- A día de hoy ya hay muchos fabricantes que crean productos libres de gluten como el pan, pasta, galletas, platos precocinados, etc.
- Hay que asegurarse siempre de que en el paquete del producto sale identificado el distintivo de la espiga con la barra cruzada que asegura que ese producto no lleva gluten.
- Se debería informar al entorno más cercano acerca de la enfermedad que se padece para que puedan mostrar su apoyo y ayudar en ciertas ocasiones, como por ejemplo en comidas familiares o reuniones y que se tenga en cuenta la intolerancia.

- Existen asociaciones de celíacos que la forman gente con los mismos problemas e inquietudes, con los que se pueden compartir información y experiencias personales que puede ayudar a otros y las de otros a uno mismo.

Lo que aún no se ha llegado a demostrar es si una persona que padece celiaquía por el simple hecho de llevar una dieta con ausencia de gluten implica que esa dieta sea saludable o no, es decir, si esa persona que es intolerable al gluten, que habitualmente hace un consumo excesivo de platos precocinados, embutidos, bollería, etc., aunque en este caso lo haría solo de los productos que están etiquetados que son sin gluten, estaría haciendo una dieta elevada en colesterol, azúcares y grasas, que tampoco son nada buenas para el organismo. En este caso sí está controlando su consumo de gluten que es beneficioso para su salud pero esto no implica que el resto de productos que consume también lo sean. Con lo cual una dieta sin gluten no implica que sea dieta saludable por el mero hecho de que no haya gluten en los alimentos.

Tampoco está demostrado que las personas que padecen enfermedades autoinmunes como la diabetes, artritis o psoriasis, al retirar el gluten de su dieta mejoren en su enfermedad. Si es cierto que hay un elevado índice de personas que notan mejorías pero no implica que en todas las personas ocurra lo mismo, ni que todas las personas que sufren de celiaquía vayan a padecer alguna enfermedad autoinmune.

En la adolescencia es más complicado llevar una dieta sin gluten ya que en esas edades los jóvenes se pueden ver presionados por el entorno con el que se relacionan que les puede ver como gente diferente, como una carga, debido a su enfermedad sobre todo en eventos como fiestas y viajes escolares. A veces también son poco frecuentes los menús sin gluten en los colegios, aunque poco a poco ya se va teniendo más en cuenta este problema.

Hay que tener en cuenta que para tratar la celiaquía hay que eliminar totalmente el gluten de la dieta para toda la vida, basarse en el consumo de productos frescos evitando así los procesados, tener mucho cuidado cuando se come en bares, restaurantes y cualquier lugar fuera de la propia casa, evitar el consumo de alcohol y tabaco, descansar sobre unas 7-8 horas al día y sobre todo prevenir el llevar una vida sedentaria.

6 Bibliografía

- <https://www.schaer.com/>
- <https://cuidateplus.marca.com/>
- <http://celicity.com/que-es-la-celiaquia/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27571864>

Capítulo 119

ALIMENTACION Y NUTRICION EN EL ENFERMO DE ALZHEIMER: PROBLEMÁTICA NUTRICIONAL

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

1 Introducción

La mayoría de los pacientes de Alzheimer, como consecuencia de los trastornos cognitivos y de las alteraciones de la conducta alimentaria tienden a:

- Disminución de la ingesta de alimentos.
- Pérdida de peso.
- Malnutrición severa.

2 Objetivos

- Abordar el problema nutricional en los enfermos de Alzheimer.
- Exponer los principales estadios y las peculiaridades de los mismos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura existente relacionada con el enfermo de Alzheimer y su nutrición. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

ESTADÍO INICIAL

En esta fase, los pacientes no suelen presentar desnutrición, en algunos casos puede producirse un comportamiento bulímico, pero es más corriente una cierta aversión a la comida. Los pacientes pueden comer solos, pero la pérdida de memoria les hace descuidados, se olvidan de la comida, de los horarios, reúnen en una misma toma alimentos repetidos, etc... La falta de atención hace que no lleguen a completar las tomas de alimentos.

ESTADÍO MEDIO

- Existe dependencia parcial para la alimentación, el paciente necesita ayuda para comer y beber, y en ocasiones mastica y deglute insuficientemente los alimentos.
- Aparece rechazo a la comida.
- Disminución de la percepción de los olores y sabores.
- Disminución de la salivación, sequedad de boca y riesgo de infecciones.
- Puede presentarse disfagia a líquidos y progresivamente, también a sólidos.
- Disminución de la capacidad para realizar movimientos coordinados (praxias) como utilizar correctamente cubiertos u otros objetos habituales.
- El no reconocimiento de los objetos (agnosia), o incluso la no percepción visual de los mismos (inatención, agnosia visual), impide al paciente identificar alimentos.

ESTADÍO GRAVE

- Existe una dependencia absoluta del cuidador para la alimentación.
- Aparecen trastornos graves de la deglución, presentándose disfagia tanto a sólidos como a líquidos y riesgo de aspiración de alimentos, lo que provoca una actitud negativa del enfermo hacia la comida o un rechazo total a ingerir alimentos.
- El aparato digestivo puede tener sus funciones retardadas.

- Anorexia senil o indiferencia total ante los alimentos.
- Dificultad de evacuación intestinal por estreñimiento o fecalomas.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación y nutrición en el enfermo de Alzheimer presentan una gran problemática ya que si no hay un adecuado conocimiento de los estadios existentes y las peculiaridades de los mismos podría derivar en una malnutrición en el enfermo.

6 Bibliografía

- De la Rica. M^a, Hernando. I. Cuidadores del anciano demente. Rev. Rol de enfermería 1994; 187: 35-40.
- Envejecer en España. II Asamblea mundial sobre el envejecimiento. IMSERSO Vol 8 Abril 2002.
- Merck & Co. INC. Manual Merck de geriatría. Barcelona: Doyma, 1992.
- Programa de atención a las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud, 1999.
- Salgado A. Guillen. F. Manual de Geriatría. Masson. Salvat Medicina. Barcelona 1994.
- Schlenker. E.D. Nutrición en el envejecimiento. Mosby/ Doyma libros. Madrid 1994.

Capítulo 120

CUIDADOS A LA FAMILIA DEL ENFERMO DE ALZHEIMER

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

1 Introducción

El personal de enfermería tanto diplomados como auxiliares, deben de tener muy en cuenta, los cuidados a la familia y/u otras personas que, a partir del momento del diagnóstico, pasan a ser los cuidadores habituales del paciente. Estos, al igual que el enfermo, pasan por diferentes fases.

2 Objetivos

- Abordar el problema de las familias con enfermos de Alzheimer y ayudarlas y orientarlas a solventar cualquier problema que vaya surgiendo por parte del personal de Enfermería.
- Exponer las principales fases y sus peculiaridades.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura existente relacionada con el enfermo de Alzheimer, así como de los problemas que puedan afectar a su familia o cuidadores. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

FASE I O DE DESCONOCIMIENTO

Cuando se cuida a un enfermo que está en fase inicial, los cuidados que el personal de enfermería dispensará a la familia en la fase I son del tipo:

- Información y formación acerca de la enfermedad, progresiva, realista, adecuada a las necesidades, adaptada a su nivel, etc., ya que de comprender desde el principio la enfermedad va a ser la única forma de abordarla.
- Asesoramiento acerca de las acciones que debe emprender: sociales, sanitarias, jurídicas, etc.
- Ayuda para identificar los recursos familiares y valorar realmente la fuerza de éstos tanto cualitativa como cuantitativamente.
- Asesoramiento acerca de todos los recursos sociosanitarios existentes en su comunidad, públicos y/o privados, adecuados a las necesidades de un paciente en esta fase: programas de voluntariado para paseo y/o entretenimiento, clínicas de memoria, etc.
- Asesoramiento acerca de los recursos orientados a prevenir el síndrome del cuidador: asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer, psicoterapias, grupos de ayuda mutua, etc.
- Animo para seguir con las actividades laborales, sociales, y de entretenimiento habituales.
- Consejo para cuidar la salud personal: dieta, descanso, vigilar la aparición de problemas indexados.

FASE II O DE AGOTAMIENTO

Cuando se cuida a un enfermo que está en fase intermedia, los cuidados que el personal Auxiliar de Enfermería dispensará a una familia en fase II serán del tipo:

- Información y formación acerca de los cuidados que el paciente requiere en esta fase de la enfermedad, de cómo ir solucionando problemas puntuales: deambular errante, ilusiones, etc.

- Asesoramiento acerca de los recursos sociosanitarios adecuados a las necesidades de un paciente en esta fase: centros de día, centros de respiro, hospital de día, etc.
- Asesoramiento y apoyo para acogerse a una alternativa laboral: reducción de jornada, excedencia de régimen especial por estar cuidando a una persona incapacitada, etc.
- Continuar con las medidas sociosanitarias, laborales, jurídicas, adoptadas en fase anterior.

FASE III O DE ACOSTUMBRAMIENTO

Cuando se cuida a un enfermo que está en fase final, los cuidados que el personal Auxiliar de Enfermería dispensará a una familia en fase III pueden ser:

- Información y formación acerca de los cuidados que el paciente requiere en esta fase de la enfermedad: manejo de absorbentes, movilizaciones del paciente, administración de alimentos por sonda, etc.
- Asesoramiento acerca de los recursos sociosanitarios adecuados a las necesidades de un paciente en esta fase: ayuda a domicilio, centros residenciales, etc.
- Continuar con las medidas sociosanitarias, laborales, jurídicas, adoptadas en fases anteriores.

5 Discusión-Conclusión

Las familias de enfermos de Alzheimer necesitan un gran apoyo por parte del personal de Enfermería, dependiendo de la fase en la que esté el enfermo, deben de concienciarlos de la evolución de la enfermedad y la manera de poder manejarla de la mejor manera posible, solventando sus dudas y ayudarlas a resolver cualquier situación de la manera más satisfactoria posible.

6 Bibliografía

- Alberca, R y López-Pousa, S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid 1998.
- Alvalrez, C (2002). Alzheimer, la enfermedad y su entorno. Ed. Madrid:Eneida.
- Pascual, G. Guía para el cuidador de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Zaragoza: Certeza. 1999.
- Rodríguez del Álamo, A. Factores de riesgo de sobrecarga en los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer. Alzheimer, 28 (4): 44-6 (2002).

- Roig, M., Abengózar, M y Serra, E. La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 14 (2): 215-227 (1998).
- Flórez, J.A. La familia del anciano con enfermedad de Alzheimer. *Salud Integral* (1997), 29 (5): 86-103.

Capítulo 121

EL ESTRÉS DE LOS SANITARIOS

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

1 Introducción

Según el diccionario terminológico de ciencias médicas, el estrés es el conjunto de reacciones (biológicas, psicológicas) que se desencadenan en un organismo cuando éste se enfrenta de forma brusca con un agente nocivo cualquiera que sea su naturaleza.

Un estímulo rutinario puede volverse estresante bajo ciertas circunstancias, si bien no siempre es posible determinar cuándo y por qué eso sucede, ya que lo que estresa a unos, estimula a otros, porque cada ser humano tiene un grado de estrés particular condicionado por distintos factores, como son su nivel de tolerancia a los estímulos imitativos, la interpretación que éste realiza de las diferentes situaciones y la intensidad o el grado de tensión objetiva en su trabajo.

El estrés puede provenir de la propia persona como resultado de su experiencia vital previa, de su relación con la muerte de un paciente o familiar, de ver a demasiados enfermos que fallecen en poco tiempo, de dedicarse a los pacientes en exceso o del ambiente de trabajo. Algunos sanitarios son particularmente vulnerables al burnout porque se implican excesivamente en su trabajo desde el punto

de vista emocional, siendo desbordados finalmente por los requerimientos que otros les imponen.

El estrés es mayor en las sanitarias mujeres que en los varones, en particular en el área de hospitalización que en los servicios especiales, porque el personal de estos últimos está posiblemente más habituado a afrontar situaciones estresantes.

2 Objetivos

- Exponer los principales datos relacionados con el estrés entre los profesionales sanitarios.
- Resaltar la importancia del estrés como problema de salud cada vez más frecuente entre los profesionales sanitarios.

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 del estrés en el ámbito de los profesionales sanitarios. 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

MÉDICOS

Los médicos tienden a ser los sanitarios que más refieren problemas de comunicación y de relación con otros en el sistema, bien por rivalidad profesional, falta de apoyo de sus compañeros, conflictos con otras especialidades y grupos sanitarios.

Aproximadamente un 10% de médicos sufre en algún momento de su trabajo alteraciones emocionales o físicas que entorpecen su modo de actuar ante los pacientes, que pueden conducirles, a una autoprescripción y dependencia de fármacos, una depresión y suicidio.

PERSONAL DE ENFERMERÍA

Los profesionales de enfermería que atienden a los pacientes terminales son más proclives a sufrir con el tiempo desencanto o falta de estímulo en su trabajo, en particular los que tienen estándares personales muy altos, los más autocríticos y los que trabajan por la noche donde deben asumir mayores responsabilidades. Algunos enfermeros o auxiliares encuentran difícil manejar las peticiones del paciente de que se continúe con el tratamiento activo al no aceptar que está fallando. Otros experimentan frustración ante un mal control de los síntomas, particularmente del dolor, si los deseos del enfermo no son respetados, si aprecian incomprensión de los médicos con quienes trabajan o por no saber qué actividad priorizar en un momento determinado ante un paciente agónico.

EQUIPO

En el trabajo en equipo se han descrito 5 problemas principales. Se dice que no hay conflictos, ciertamente no existe un equipo de trabajo, sino sólo una práctica profesional paralela. Las principales dificultades en el trabajo en equipo son:

- Incomunicación.
- Afán de protagonismo.
- Estrés excesivo.
- Objetivos irrealizables.
- Ingreso de pacientes agónicos.

LA FAMILIA Y EL CUIDADOR DOMICILIARIO

La familia se vuelve a menudo muy estresada por el cuidado a un ser querido enfermo, tanto en la fase crónica como en la terminal. La nueva situación cambia la vida de los cuidadores, en su mayoría mujeres, que deben combinar el trabajo asalariado con la asistencia de estos pacientes y renunciar con frecuencia a sus vacaciones y actividades sociales. Si bien esta actividad puede aparecer en cualquier tiempo, casi siempre irrumpe al final de su madurez o al principio de la senectud, justo cuando su propia salud y energías empiezan a menguar.

Las principales causas de estrés en los cuidadores domésticos son:

- Cambios en las tareas y estado de salud de los cuidadores o de sus familias.
- Falta de preparación para afrontar la enfermedad.
- Desconocimiento de la evolución natural del proceso.
- Mal control de los síntomas del paciente.
- Conspiración de silencio.
- Demandas emocionales de cuidados y restricciones en el trabajo, tiempo libre y en los contactos sociales.

- Exigencias absorbentes y conflictos en la familia.
- Deterioro progresivo del enfermo.
- Desconocimiento de los recursos de ayuda comunitarios.

5 Discusión-Conclusión

El estrés es un problema que ocasiona grandes trastornos entre los profesionales sanitarios. Una adecuada identificación y tratamiento precoz permitirá una mejor salud y resultados laborales.

6 Bibliografía

- Mary M. Burke, Mary B. Walsh. Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor. Ed. Harcourt Brace, 1996.
- Tazon, M^a Pilar. García y Lide Aseguinolaza, Javier. Relación y comunicación. Ed. DAE. Enfermería Viva 2001.
- Sánchez Moreno, A. Enfermería comunitaria, 3. Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana, 1999.
- Mildred O. Hogstel. Enfermería geriátrica. Ed. Paraninfo, 1998.

Capítulo 122

COMPLICACIONES FÍSICO QUÍMICAS DE LA ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

CARMEN AMALIA CASTAÑO NORIEGA

ANA ISABEL ROZADA GUTIERREZ

MARIA DE LOS ANGELES CAMPORRO RODRIGUEZ

LAUDELINO ROZADA GUTIERREZ

1 Introducción

El reposo prolongado y la inmovilidad son debidos al deterioro de las áreas del lenguaje y de la motilidad fina, así como a cuadros depresivos que pueden aparecer si el enfermo es consciente de su enfermedad. Sólo recientemente se ha tomado conciencia de las complicaciones del reposo prolongado en cama, la inmovilización y la inactividad.

2 Objetivos

- Exponer por sistemas las principales alteraciones asociadas a la evolución del alzheimer.
- Abordar la patología del alzheimer de una manera global.

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 del alzheimer y sus cuidados. 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

EFFECTOS RESPIRATORIOS

El encamamiento prolongado produce a nivel respiratorio disminución de los volúmenes respiratorios pulmonares, ineficiencia de la aclaración mucociliar y desequilibrios en la relación ventilación perfusión. Todo ello favorece la aparición de atelectasias, neumonías, sobreinfecciones pulmonares e hipoxias. Además el encamado está predispuesto a la embolia pulmonar por la mayor incidencia de trombosis venosa profunda por la inmovilización.

EFFECTOS EN LA PIEL

Existen una serie de cambios en la piel relacionados con el enfermo de Alzheimer y el envejecimiento que son:

- Atrofia de la epidermis, glándulas sudoríparas y folículos pilosos.
- Cambios pigmentarios.
- Hiperqueratosis epidérmica.
- Degeneración del colágeno y fibras elásticas.
- Esclerosis arteriolar.
- Reducción de la grasa subcutánea.
- Y el principal efecto que provoca la inmovilidad en la piel son las úlceras por presión.

ÚLCERAS POR PRESIÓN

Cuando un paciente desarrolla upp, se incrementa su predisposición a padecer diversos trastornos derivados de ella, como dolor, infecciones y deterioro físico.

ETIOLOGÍA DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

Hay 5 factores físicos que contribuyen a la formación de las úlceras:

- Presión: La presión capilar es de 32mmhg, si hay presión externa la presión capilar disminuye y por ello también lo hace la irrigación sanguínea y el drenaje linfático de la región afectada. Así mismo la obesidad dificulta el riego periférico.
- Fricción: en el roce de la piel sobre cualquier superficie se pierden células epidérmicas, lo que lleva a disminuir las defensas u a producirse úlceras.
- Fuerzas de cizallamiento: se producen cuando dos capas de la piel resbalan entre sí moviéndose en direcciones contrarias, lesionando los tejidos subyacentes.
- Maceración: producida por una humedad excesiva en la piel del anciano.
- Estados deficientes de nutrición: que llevan a hipoproteinemias y anemias que son tan nefastas para la conservación de la integridad de los tejidos.

EFFECTOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS

Sistema locomotor: músculos, huesos y articulaciones.

Se van a ver afectadas sus dos funciones básicas que son: la deambulación normal para la cual es necesaria la bipedestación, requiriendo integridad de todo el sistema. Y el uso de las extremidades superiores necesario para la realización de las actividades cotidianas.

PROBLEMAS MUSCULARES

Como consecuencia de la inmovilidad, el riego sanguíneo decrece, de forma que las fibras musculares degeneran perdiendo su elasticidad, extensibilidad, contractilidad y otras propiedades, por el aumento de tejido conjuntivo que se produce en el endomisio y perimisio. Debido a esto el músculo pierde peso, volumen y fuerza, es decir, se atrofia. El músculo pierde entre 10-15% de su fuerza por semana de desuso, observándose a la inspección la atrofia muscular.

PROBLEMAS ÓSEOS

El principal problema óseo es la osteoporosis por inmovilización, siendo la consecuencia más directa la producción de fracturas espontáneas, o ante traumatismos mínimos, sobre todo a nivel de la columna, fémur y extremidad distal del radio, zonas todas ellas con un elevado contenido de hueso trabecular, que es el más afectado.

PROBLEMAS ARTICULARES

Una articulación inmóvil puede desarrollar una contractura en 3-4 semanas. A nivel de los ligamentos, la inmovilización da lugar a una pérdida de elasticidad y un engrosamiento y acortamiento de la cápsula, que restringe o impide la normal

movilidad articular. Todo ello termina por producir una anquilosis que puede acabar dando lugar a actitudes viciosas.

ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN

Los trastornos del comportamiento alimentario aparecen muy pronto, evolucionan con la enfermedad u aumentan a lo largo de ella.

El deterioro de la deglución es la disminución de la capacidad para pasar de forma voluntaria los sólidos y líquidos desde la boca del esófago, y así realizar la alimentación vía oral.

Las causas mas frecuentes son:

- Funcionales: se reduce la capacidad de tragar voluntariamente por alteraciones muscular o neurológica.
- Mecánicas: un obstáculo físico que impide o dificulta el paso del alimento.

Los trastornos mas habituales de la deglución se manifiestan:

- Odinofagia: dolor al tragar.
- Tos durante la alimentación.
- Disfagia: cualquier alteración del proceso de deglución, desde la colocación de la comida en la boca hasta su llegada al esófago y su posterior paso al estómago.
- Vómitos y nauseas.
- Retención de la comida en los carrillos.
- Cianosis acompañada o no de tos.
- Hiperfagia: olvidar si ha comido o no.

ALTERACIONES EN LA BOCA

- Cambios en la mucosa oral.
- Cambios atróficos en la mandíbula.
- Atrofia de tejidos blandos (encía).
- Atrofia de la mucosa gástrica e intestinal.
- Reducción del tamaño del hígado.
- Disminución de la velocidad del tránsito intestinal.
- Desgaste de dientes.
- Reducción de secreción salivar.
- Aumento de las lesiones por prótesis.

EFFECTOS EN EL SISTEMA EXCRETOR

La Incontinencia urinaria es el desorden más común del sistema urinario en el periodo de la vejez, también responde a los fallos mentales asociados a las demencias. Una de las causas que provocan la incontinencia es la inmovilidad.

El enfermo de Alzheimer al no controlar sus esfínteres, se orina, y por ello es preciso dotarle de una serie de dispositivos entre los que podemos destacar: pañal, braga pañal, colectores, condón de goma o pitochín, salvacama...

Todo este tipo de dispositivos conlleva complicaciones como:

- Diéresis baja.
- Falta de higiene.
- Erosiones en el trayecto uretral.
- Flujo retrógrado de orina.
- Infecciones urinarias.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad multisistémica que produce un deterioro progresivo e irreversible del paciente que la padece. Es fundamental un adecuado conocimiento de la misma para poder prestar la mejor asistencia sanitaria y de cuidados a la persona enferma. Un adecuado conocimiento permitirá un diagnóstico más precoz de las complicaciones asociadas y por tanto poder evitar complicaciones relacionadas con los nuevos acontecimientos. Se requiere una valoración global y multidisciplinar de los pacientes con alzheimer.

6 Bibliografía

- Jacques Selmes y Micheline Antoine Selmes. Vivir con..... la enfermedad del Alzheimer. Edición en Español. 2000.
- Jacques Selmes y Micheline Antoine Selmes. Cuadernos y apuntes de enfermería. Edición en Español.1999.
- Historia del Alzheimer: 1906, Alois Alzheimer y Auguste Deter.
- Hablemos del Alzheimer. El blog de la Fundación Pasqual Maragall.

Capítulo 123

DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS/PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

1 Introducción

Los derechos de los usuarios y pacientes, son derechos subjetivos de la persona humana que se relacionan con su salud. Algunos están contemplados en las leyes nacionales y europeas.

Los deberes de los usuarios y pacientes, son una responsabilidad que fue establecida previamente para ser cumplida, contemplados o no en las leyes.

Basan su importancia en las relaciones clínico-asistenciales manifestando todo el interés por las organizaciones internacionales con competencia en dicha materia (UNESCO, Organización Mundial de la Salud, Unión Europea, etc.), promulgando normas generales o específicas al respecto.

A destacar es la relevancia de la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el año 1.948, siendo esta referente en todos los textos constitucionales posteriores del ámbito sanitario.

El derecho a la protección de la salud reflejado en el artículo 43 de la Constitución de 1978 hace mención a los derechos relacionados con la información clínica y la autonomía individual de los pacientes correspondiente a la salud, habiendo sido regulado estatalmente, por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Siendo esta Ley General de Sanidad la que puntualiza la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, respetando la dignidad de la persona y la libertad individual por una parte, y por otra, especifica que la organización sanitaria permitirá garantizar la salud como derecho de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, debiendo asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual relacionada con el usuario, garantizando en todo caso la confidencialidad de la información que se relaciona con los servicios sanitarios que se otorgan y sin ningún tipo de discriminación.

Mencionar que en septiembre de 1997, en el desarrollo de un convenio de colaboración entre el Consejo General del Poder Judicial y el Ministerio de Sanidad y Consumo, ha habido un seminario conjunto sobre información y documentación clínica, debatiendo los principales aspectos normativos y judiciales en la materia.

También se ha de reseñar el dictamen del 26 de noviembre de 1997 (creado por un grupo de expertos), el cual se tuvo presente en la elaboración de los principios fundamentales de la Ley 41/2002. Forma el colofón la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, calificando los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión de tales datos.

La forma en que el paciente se relaciona con los profesionales de la sanidad, está variando en los últimos años.

Los derechos y obligaciones del paciente, están recogidos en la Ley General de Sanidad.

2 Objetivos

Analizar los derechos y los deberes de los pacientes y usuarios en un centro sanitario, como abordarlos por parte del personal.

3 Metodología

Se ha hecho una búsqueda bibliográfica en diferentes fuentes y bases de datos como SciELO España, Elsevier y vLex España, así como en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España.

4 Resultados

En el artículo 10 de la Ley General de Sanidad se recogen los derechos, siendo estos los siguientes:

- El paciente tiene derecho a una atención sanitaria integral relacionada con sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente con los recursos disponibles.
- El paciente tiene derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral o ideológico.
- El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda información relacionada con su proceso, incluso el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, excepto por exigencias legales que lo hagan imprescindible.
- El paciente tiene derecho a recibir la información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitado en un lenguaje comprensible. En el caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir la información, esta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
- El paciente tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el responsable médico en su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto cuando la urgencia no permita demoras, cuando al no seguir el tratamiento suponga un riesgo para la salud pública y cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.
- El paciente tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto anterior, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria en las condiciones que señala el punto 6 de “Deberes”.
- El paciente tendrá derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre deberá conocer, y que será su interlocutor válido con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.

- El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la historia clínica.
- El paciente tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos, o ensayos clínicos sin una información sobre métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos y normas que establece la Declaración de Helsinki. Las actividades docentes requerirán asimismo, consentimiento expreso del paciente.
- El paciente tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos, y a que la estructura de la institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
- El paciente tendrá derecho en caso de hospitalización a que esta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello, el centro facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y de cultura, y la posibilidad de actividades que fomenten las relaciones sociales entretenimiento del ocio.
- El paciente tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personal.
- El paciente tiene derecho a conocer los cauces formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias, y en general para comunicarse con la administración de las instituciones. Asimismo, tendrá derecho a recibir una respuesta por escrito.
- El paciente tiene derecho al alta voluntaria en todo momento tras firmar el documento correspondiente, exceptuando los casos recogidos en el punto 5 de los "Derechos".
- El paciente tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. El hospital proporcionará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales.
- El paciente tiene derecho a que las instituciones sanitarias proporcionen una asistencia técnica correcta, con personal cualificado, un aprovechamiento máximo de los medios disponibles, una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

A continuación nombramos los deberes:

- El paciente tiene el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.
- El paciente tiene el deber de tratar con el máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, a otros enfermos y a los acompañantes.

- El paciente tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de comunicación, es decir, quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas. Además debe conocer el nombre de su médico.
- El paciente tiene el deber de cuidar las instalaciones, así como de colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- El paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptar los métodos del tratamiento.
- El paciente tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, especialmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente, y prestaciones farmacéuticas y sociales.
- El paciente tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencias.
- El paciente tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier actuación en todo ámbito sanitario precisa previamente el consentimiento de los pacientes que se obtiene después que se le dé la información al paciente. El titular del derecho a la información es el paciente.

Los ciudadanos también tienen derecho a conocer los problemas de la colectividad. Estas obligaciones de confidencialidad afecta a todo el personal del centro sanitario y por tanto deben ser bien conocidos por parte de todo el personal.

6 Bibliografía

- Acea B. Situaciones conflictivas en la práctica quirúrgica. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes. Cir Esp. 2004.
- Pérez-Cárceles M.D., Pereñíguez J.E., Pérez-Flores D., et al. Actitudes de los médicos de familia hacia los derechos de los pacientes. Aten Primaria. 2007.
- Martínez-Mateo F., Ibáñez J.M., Fontanet M., et al. Derechos del usuario del hospital: conocimiento y percepción sobre su cumplimiento por parte de los profesionales. Rev Calidad Asistencial. 2008.
- Bertoldi De Fourcade, María Virginia. Los derechos del paciente. Su recepción legislativa. En Garay, Oscar Ernesto (Director). Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, Bioética y jurídica: civil y penal. 2014.

- Garay, Oscar Ernesto. Derechos de los pacientes. En TEALDI, Juan Carlos (Director). Diccionario latinoamericano de Bioética. Universidad Nacional de Colombia. 2008.
- Garay, Oscar Ernesto. Los Derechos Fundamentales de los Pacientes, 1ª ed. Buenos Aires: Ad-Hoc. 2003
- Kraut, Alfredo. Los derechos de los pacientes. Buenos Aires: Abeledo-Perrot. 1997.

Capítulo 124

EL TRATO A LOS PACIENTES Y USUARIOS POR PARTE DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

1 Introducción

Brindar un trato humano, una atención de calidad es algo a lo que aspira cualquier centro asistencial y sanitario, algo que parece ser obvio para quienes prestan la atención como para quienes reciben a los pacientes y usuarios como puedes er el personal no sanitario (caso de celadores y personal de administración). En el caso de hospitales, los pacientes hospitalizados son más vulnerables, se altera su autoestima, se producen cambios emocionales; es en ese momento donde todo el personal debe dignificar al paciente con su respeto, su buen trato, su apoyo. El Plan de Humanización en los hospitales está basado en los Derechos y Deberes de los ciudadanos en materia de salud que son reconocidos en la Constitución Española y en la Ley General de Sanidad. La información dada al paciente debe ser comprensible para aclarar sus dudas.

2 Objetivos

Con el presente trabajo se pretende dar a conocer las pautas del correcto trato que se debe dar a los pacientes y usuarios de los centros sanitarios por parte de todo el personal. Para ello debemos conocer lo que significa para el paciente y usuario un trato de calidad y digno, y también qué elementos influyen en la atención (trato humano, privacidad, intimidad, traslado, etc.).

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica por internet en bases de datos como SciELO España, Elsevier, Cochrane, Lilacs, Organización Mundial de la Salud, Google Académico, Cinahl. Así como revistas científicas y artículos académicos.

4 Resultados

Los “clientes”, pacientes y usuarios de los centros sanitarios valoran la amabilidad y apariencia del personal, la capacidad de respuesta, la confianza, el tiempo de espera, la calidad de la información. No disocian los pacientes los componentes de la asistencia, se centran en el conjunto asistencial. El trato impersonal es lo que se debe evitar.

La percepción del paciente y usuario son un conjunto de actitudes que tiene a partir de sus expectativas, por eso es importante para el centro sanitario evaluar la percepción de los usuarios.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos que tras analizar el tema el trato al paciente y al usuario del servicio de salud debemos tener en cuenta que las palabras y los gestos son las piezas más importantes para un trato humano de calidad. El paciente se siente arropado y entendido y eso hace que la estructura del centro sanitario en todos los ámbitos funcione. Unas simples palabras de atención, un saludo, ser cordiales, cariñosos, tener una actitud de alegría, una sonrisa hacen que el paciente se sienta importante.

Una igualdad de trato, a la tercera edad, a niños, a jóvenes. La empatía, tratar como le gustaría ser tratado. Muy importante evitar el paternalismo, el paciente

necesita ser informado, ayudado, no que se sienta incapaz. La puntualidad en las citas médicas, evitar hacer esperar es de gran importancia. El derecho a la intimidad (uso de biombos para separar, cerrera las puertas) está dentro de la gran importancia que el paciente necesita en su trato.

El respeto a las ideas del paciente y dejar al paciente participar cobran gran importancia en la primera toma de contacto.

El Plan de acogida a pacientes y familiares dar respuesta a sus reclamaciones son otras respuestas positivas en la aplicación de un trato humano satisfactorio.

6 Bibliografía

- J. J. Mira, S. Lorenzo, J. Rodríguez-Marín, J. Aranaz, E. Sitges, La aplicación del modelo europeo de gestión de la calidad total al sector sanitario: ventajas y limitaciones. Rev. Calidad Asistencial 1998.
- J. J. Mira, J. Aranaz, la satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med. Clin. Barcelona; 2000.
- M. T. Gea, M. Hernan, J. Jiménez-Marín, A. Cabrera. Opinión de los usuarios sobre la calidad del servicio de Urgencias del Centro Médico-Quirúrgico del Hospital Virgen de Las Nieves. Rev. Calidad Asistencial; 2001.
- Martos Pérez, A. R. Reflexiones sobre la enfermería especializada a comienzos del S-XXI. Index de Enfermería; 1999.
- Gutiérrez M.L. El trato humano ¿incrementa el costo en la calidad de la atención?. Rev. Enfermería Inst. Mex. Seguro Soc: 2007.
- Donabedian. La calidad de la atención médica. A. la prensa mexicana; 1984.

Capítulo 125

RELACIONES INTERPERSONALES LABORALES ENTRE EL PERSONAL EN CENTROS SANITARIOS

MARIA DEL ROCIO ALVAREZ FERRERA

JUAN ANTONIO CAICOYA SALDAÑA

ROSA MARIA TAMARGO RODRIGUEZ

1 Introducción

Las relaciones interpersonales se encuentran dentro de nuestra sociedad ocupando un gran lugar, ya que en el día a día convivimos con diversas personas en diferentes ámbitos. Su importancia es fundamental puesto que donde intervengan dos o más personas es considerado relación interpersonal. Una persona convive con otra persona o con más personas y de esa manera se conoce a sí mismo y al resto de personas. Estas relaciones interpersonales dentro del ámbito laboral son muy delicadas y no son suficientes en sí para aumentar la productividad, o mejorar la asistencia en caso de centros sanitarios. Deben ser sanas y a través de ellas el personal debe encontrar refuerzos sociales para adaptarse y que el trabajo sea eficaz. De lo contrario podría ser muy perjudicial para todos (empresa, centro de trabajo, personal, pacientes, usuarios) limitando calidad de vida, provocando aislamiento, etc..

2 Objetivos

Dentro de este trabajo tendremos como objetivo analizar las relaciones humanas dentro de los equipos de trabajo en los centros sanitarios, abarcando a todo el personal tanto sanitario como no sanitario.

3 Metodología

Llevamos a cabo una revisión y análisis exhaustivo de la literatura en las fuentes consultadas de bases de datos como Scopus Elsevier, SciELO España, Dialnet, Organización Mundial de la Salud, Lilacs, Google Académico, Sirius.

De los documentos hemos escogido los relacionados con la temática a tratar. También se han consultado libros académicos de la rama y tesis doctorales así como estudios científicos.

4 Resultados

De sobra sabemos que es muy difícil mantener una relaciones personales adecuadas y satisfactorias. Implican gestionar todo tipo de emociones positivas y negativas, las personas se acomodan a sus necesidades y en lo que les interesa y es más fácil para cada uno. Por otra parte requiere controlar emociones pensamientos, sentimientos. Es importante generar relaciones con una buena comunicación y confianza para evitar malos entendidos, y entender las órdenes de trabajo. La comunicación debe ser eficaz. A un superior se le exige que debe ser abordable, amistoso pero si dejar de ser justo.

5 Discusión-Conclusión

Las relaciones humanas en el centro de trabajo dentro del equipo de trabajo deben ser cálidas, sobre todo en un centro asistencial para que no recaigan sobre pacientes y usuarios por el tipo de “clientes” que les puede afectar en mayor grado una mala relación laboral entre el personal.

Eliminar conflictos, trabajar en equipo, buscar armonía social, respeto, empatía, ser tolerante con los demás, controlar los impulsos, todo será beneficioso para el desarrollo del trabajo y también se sentirán mejor consigo mismos.

Muy importante aceptar que el desacuerdo se puede aprovechar para buscar una mejora, así como la participación de todo el equipo. La actitud no individualista de cooperación es de gran importancia en las organizaciones actuales. La afinidad también es un concepto a tener en cuenta puesto que los caracteres, opiniones, gustos, etc, entre las personas es importante en la toma de decisiones y a la hora de llevarse bien. Cuanto mejor funcione un equipo de trabajo mejor para la entidad o centro de trabajo y para los empleados.

6 Bibliografía

- Fernández R., La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo. San Vicente. España, Editorial Club Universo; 2013.
- Torrance E., Educación y capacidad creativa. Madrid, Morova; 1977.
- Wikipedia 18 de septiembre de 2019.
- Chiavenato I., Introducción General a la Teoría Administrativa, 5ª de. Editorial McGrawHill; 1999.
- Marc, Edwar y Picard, Dominique S.A., La Interacción Social. Editorial Alianza. Madrid.
- Francisco José Martínez López, José María Ruiz Ortega, Manual de Gestión de Riesgos Sanitarios. Ediciones Díaz Santos; 2001.

Capítulo 126

CARACTERISTICAS COMUNES DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS Y SU ABORDAJE INTEGRAL

MARGARITA MAGDALENA SUAREZ IGLESIAS

MARÍA AMOR VALDÉS RODRÍGUEZ

TETYANA SEMENOVA

TANIA BORQUE CAICEDO

MARIA SOLEDAD SILVA PEREZ

1 Introducción

La palabra "crónico" viene del griego chronos y significa tiempo. Es importante destacar, que las enfermedades crónicas tienen una característica común y es la de tener una lenta evolución y ser de larga duración, estas son dos de las particularidades que comparten, pues en el resto son totalmente diferentes.

Las enfermedades crónicas suponen un reto para los profesionales de la salud en el siglo XXI. También hay que señalar que la mayoría de estas enfermedades, no son contagiosas. Cualquier enfermedad que se prolongue mas allá de 6 meses, se puede considerar una enfermedad crónica. Es cierto que hay enfermedades que son más comunes que otras, expongo un muestreo de las más frecuentes, aclarando que las que no aparezcan no es que no tengan su importancia:

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC.
- Diabetes.
- Parkinson.
- Alzheimer.
- Cáncer.
- Enfermedades cardiovasculares (infartos o acv).
- Esclerosis múltiple.
- Osteoporosis.
- Hipertensión.
- Lumbago.
- Ansiedad.
- Depresión.
- Tiroides.
- Colesterol.

Es indudable que el empleo y uso de las tecnologías emergentes, en esta era tecnológica, son básicas para ofrecer una atención personal y completa a las personas que padecen una enfermedad crónica, como por ejemplo la tele-enfermería. (Alcázar, Ambrosio, 2019).

La vigilancia y observación de los pacientes con enfermedades crónicas, son preferentes en la atención medica. (Rico, Sánchez y Fuente Saz, 2014). Son grupos de población que requieren mucha atención y cuidados y esto conlleva la utilización de múltiples recursos sanitarios. Debemos abarcar una visión global del paciente, considerando su entorno familiar, social, su realidad y circunstancia, además del entendimiento que el paciente tiene sobre su enfermedad. (Altimiras, Pastor, Borrás, 1990).

Nos relatan que en un estudio realizado sobre la entrega de folletos informativos a pacientes ingresados, llegaron a la conclusión que un sesenta y tres por ciento de los pacientes expresan no haber obtenido más información de la que disponían a su ingreso. Con lo cual se llegó a la conclusión que este tipo de información, es adicional a la ofrecida por el médico y para recapitular sobre los conocimientos que ya tiene el paciente.

La consulta de enfermería en atención primaria, para estos pacientes, debe dirigirse a obtener una mayor cobertura, que ofrezca todos los medios a este tipo de pacientes. Teniendo especial meticulosidad en el cometido que han de desarrollar el paciente y su familia para la mejor calidad de vida del enfermo. (Morilla, Martín, 2001).

En la particularidad de las causas o circunstancias de cada paciente y su familia, cuando se acceda al área de las emociones, podemos encontrarnos con trabas que puedan obstaculizar la consecución del objetivo que deseamos y esperamos. Se sugiere actuar en dos puntos: A nivel cognitivo, erradicando mitos falsos que la familia pueda tener y la posibilidad de ofrecer instrumentos a la familia para que esta sea resolutive. (Kormblit, Wasertreguer, 1983).

El papel de la familia, en concreto el cuidador principal de este tipo de pacientes con este tipo de dolencia, es de suma importancia para valorar el grado de dependencia de estos. No podemos pasar por alto la labor de estas personas cuya vida sufre un cambio radical, en referencia a su vida anterior. Los estudios llevados a cabo por Martínez, De la Cuesta, (2016), nos deben hacer calcular y considerar los servicios que se les pueden ofrecer con lo que conseguiremos una mejoría en su calidad de vida.

(Minué, Fernández, 2018), en su estudio llegan a la conclusión de la necesidad de la similitud entre los planes de acción y su proyecto diario, aun habiendo disparidad entre los diferentes servicios.

El paciente crónico utiliza gran parte de los recursos del interés médico, por lo que resulta interesante, fomentar e impulsar el auto cuidado y autocontrol que cada enfermo debe manejar. (Miguelé, Ferrer, 2014), avanzan que el papel de la enfermería es fundamental para llevar a cabo esta tarea, colaborando e interviniendo en las cuestiones demandadas por los pacientes.

Todos sabemos que los pacientes con enfermedades crónicas padecen otras patologías asociadas lo que les hace ser más vulnerables y por consiguiente son más asiduos a las consultas para solicitar atención. (Barrio, Suarez, Bandeira, Beca, Lozano, Del Cura, 2019). En atención primaria, este uso frecuente es elevado, siendo las consultas con el médico las más solicitadas.

Muchas veces aparecen trastornos o enfermedades asociadas como por ejemplo la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el riesgo cardiovascular, esta asociación es complicada y difícil, y la previsión de una, complica a la otra. En diversos estudios se ha visto que el ventrículo izquierdo puede verse afectado en esta enfermedad. (Portillo, k., Abad-Capa, J., Ruiz-Manzano, J. 2015).

El estilo de vida, puede estar relacionado con la salud y su valoración en todos los aspectos es de suma importancia para entender la trascendencia en la vida del enfermo crónico (Vinaccia, Orozco 2005). El confort, de este tipo de pacientes,

está vinculado a varios aspectos personales entre los que debemos destacar esta la autoestima. Los pacientes con un gran poder de autoestima son más fuertes mas inalterables, tienen más conciencia de cooperación, aceptan los cambios y soportan mejor un cambio de vida. Las endorfinas y la serotonina liberadas por ejemplo en una actividad física regeneran la plenitud del individuo, haciéndole sentir mejor en su ánimo y aumentando su autoconfianza. (Villalobos, F., Vinuesa, A., Pedret, R., Reche, A., Domínguez, E., Arijá, V., 2019).

El consejo europeo de Wonca de 2011, incorpora como singularidad fomentar e impulsar el empoderamiento del paciente, es decir hacerlo fuerte teniendo como base de esto a la medicina de familia siendo este ámbito el idóneo para fomentarlo e impulsarlo. (Eur, J Gen Pract 2013). Implicando a los enfermos, educándolos y enseñándoles como gestionar su problemática y buscando un objetivo para renovar su salud y su comodidad y tranquilidad.

Cuando un paciente tiene dos o más enfermedades crónicas se habla de multimorbilidad. Esta situación puede derivar hacia una fase complicada para el enfermo. En atención primaria tienen un reto importante con este tipo de pacientes, al tener que dirigir y guiar con todas las complicaciones que de cierto surgirán. Además deberán tener instaurados métodos de armonización y combinación entre diferentes servicios además de implicar también al paciente en la toma de decisiones. (Prados, Del Cura, Leiva, López, Calderón, Muth, 2017).

En los pacientes con enfermedades crónicas y muchas veces con pluripatologías, de años, es difícil sospechar y evaluar cuando se está cerca del paso final y resulta difícil por lo tanto poder planificar unas ayudas o recursos que mejoren su calidad de vida. (Bernabéu, Ruiz, Murcia, Barón, Ramos, Nieto, Fernández, Moreno, Ollero 2010).

2 Objetivos

Afrontar la enfermedad es iniciar una búsqueda hacia adelante para conocer todo sobre ella, cuanto más se sabe más se puede controlar la enfermedad y las situaciones que vayan surgiendo, así los miedos irán desapareciendo. El conocer es poder.

Cuando a una persona se le diagnostica este tipo de enfermedad, le asaltan muchas dudas y miedos. Cada persona reacciona de una manera diferente, lo cual es natural y normal.

Es fundamental la aceptación de la enfermedad, para lo que se necesita un tiempo de adaptación. El apoyo familiar es elemental, así como toda la información que se pueda tener y poder aclarar todas las dudas que vayan surgiendo en todo este proceso. De este modo será mas fácil y llevadero poder convivir con la enfermedad.

Es de vital importancia, la búsqueda de los síntomas más relevantes y valorar que grado de uso y control podemos tener sobre ellos.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo, se hizo una búsqueda durante los meses de Septiembre 2019 a Diciembre 2019.

Mediante una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud como: Pubmed, Medes y Scielo.

Los idiomas de búsqueda fueron español, ingles y portugués. Los descriptores de búsqueda utilizados han sido: Enfermedades crónicas, síntomas psicológicos, conductuales, tratamientos y en ocasiones se utilizo el marcador booleano and. Los filtros de búsqueda han sido los siguientes: artículos, disponibilidad de texto gratuito y completo realizados en humanos. La fecha de publicación: se hicieron en artículos de los últimos 10 años. Las publicaciones anteriores a esas fechas se encontraron a través de una búsqueda indexada y se revisaron para obtener referencias adicionales relevantes.

También se hicieron búsquedas en la biblioteca en línea de Wiley, CAS, PubMed of Science y en el buscador de Google Académico.

4 Resultados

Padecer una enfermedad crónica, no significa que tenga que ser siempre una enfermedad grave donde corra peligro la vida, las hay que incorporan dificultades y molestias como por ejemplo el asma, la diabetes, la artritis etc. Los síntomas de estas enfermedades, a pesar de ser crónicos, pueden mitigarse y desaparecer por medio de los tratamientos adecuados, eso no quiere decir en ningún momento que estén curados, sino que la enfermedad esta oculta y eso hace que se sienta bien y se pueda llevar una vida como una persona sana.

Como es lógico, cada tipo de enfermedad tiene sus propias señales y revelaciones y por consiguiente su desarrollo y progreso.

Cada enfermedad crónica tiene unas características especiales que la hacen particular, según el individuo, su cuerpo la gravedad y los distintos tratamientos a los que se ve sometido en su proceso.

Con la instauración de tratamientos efectivo, la persona ya se va sintiendo cómoda y se sabe y siente capaz de gestionar la enfermedad. Este tipo de enfermedades, no solo afectan a nivel emocional, sino también a nivel social y económico. Seguimos valorando a la familia como eje fundamental y cuya actuación hará posible la integración del paciente.

Tenemos la percepción del profundo sufrimiento familiar y también de los sentimientos de culpabilidad del enfermo al sentirse una carga, y pasar después a dependencia para las actividades de la vida diaria. Las mujeres en su gran mayoría suelen llevar la carga de estos enfermos, con la correspondiente sobrecarga que esto supone.

Este tipo de pacientes tienen unos rasgos comunes como son, ser personas mayores, con una merma en sus funciones que les hacen vivir con dependencia, muchas veces y débiles, lo que les hace grandes consumidores de los recursos sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Un reforzamiento positivo es cuando hay interrelación de la familia y los profesionales sanitarios, cuando trabajan juntos en la consecución del fin principal.

El comportamiento frente a la valoración de la enfermedad crónica, tiene conivencias sociales y psicológicas complicadas. A partir de aquí es cuando los expertos instauran metas de acción conjuntas para que vayan a la par la observación y registro de la enfermedad y la calidad de vida. Al final el objetivo prioritario es la calidad de vida. Donde están integrados: el confort físico (actividades de la vida diaria, sueño, fatiga, descanso...), psicológico (depresión, miedo sufrimiento), social (afectos, familia, economía, relaciones...) y espiritual (religión, fuerza interior, esperanza).

Animar a realizar la tarea de una actividad física en este tipo de pacientes, acrecienta y renueva el riesgo de depresión, así como la mejora sustancial a nivel

físico, respiratorio, óseo, mental. Por consiguiente la autoestima se verá reforzada ya que es un pilar básico que nos muestra la tranquilidad y confort de la persona así como su estado mental.

El personal de enfermería que atiende a los pacientes con estas características, deben interpretar y muchas veces intuir el punto de vista de los pacientes para poder abarcar al máximo las prioridades y carencias que estos reclaman en la atención ambulatoria.

El paciente a su vez tiene que saber controlar su condición y la etapa que le toca vivir, y nada mejor que resolviendo dudas, preguntando todo aquello que no tenga claro. Siendo conscientes que cada día surgirán dudas nuevas y otras veces repitiéndoles las ya contestadas. Cuanto más información tengamos sobre la enfermedad más seguros estaremos. Adaptarse a vivir con una enfermedad crónica exige tiempo, apoyo y muchas dosis de paciencia.

El índice Profund es una herramienta útil, que faculta la posibilidad de vaticinar la mortalidad al anual de los enfermos con pluripatología, según las puntuaciones obtenidas en la valoración de las variables de la que consta.

Es notable la mejora en la calidad de vida, en los últimos años, esto sumado al auge de la sanidad, servicios, especialidades, aparatología, han hecho posible que la esperanza de vida aumente de una forma considerable. Este hecho tiene como consecuencia que muchas enfermedades han pasado a ser crónicas, y como consecuencia nos hacen morir más despacio.

6 Bibliografía

- Alcázar, B., Ambrosio, L., (2019). Tele-enfermería en pacientes con enfermedad crónica: una revisión sistemática, 42 (2): 187-197.
- Rico, M., Sánchez, S., Fuentelsaz, C., (2014). La atención como elemento transversal en la atención de la salud de pacientes crónicos complejos, 24 (1): 44-50.
- Altimiras, J. Pastor, E., Borrás, JM (1990). Utilidad de los folletos informativos sobre medicamentos para pacientes hospitalizados con enfermedades crónicas, 4 (16): 18-23.
- Morilla, JC., Martín, FJ (2001). Consulta de enfermería para pacientes crónicos, 24 (6): 467-71.
- Kormblit, A., Wasertreguer, S., (1983). Enfoque medico-psicológico a familias con pacientes crónicos, 29 (1) 67-71.

- Martínez, M., De la Cuesta, C., (2016). La experiencia de las mujeres que cuidan a los cuidadores con afecciones crónicas de parientes dependientes, 48 (2): 77-84.
- Minue, S., Fernández, C., (2018). Visión crítica y argumentación sobre programas de atención crónica en Atención Primaria y Comunitaria, 50 (2): 114-129.
- Miguelez, A., Ferrer, C., (2014) La enfermera de la familia y la comunidad: agente de salud y modelo para el paciente crónico dentro de la comunidad 24 (1): 5-11.
- Barrio, J., Suarez, C., Bandeira, M., Beca, MT., Lozano, C., Del Cura, I., (2019). Utilización de servicios de salud en Atención Primaria en pacientes con afecciones crónicas según niveles de riesgo. 93. Revista de salud pública.
- Portillo, k., Abad-Capa, J., Ruiz-Manzano, J. (2015) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y ventrículo izquierdo. 51 (5): 227-34.
- Vinaccia, S., Orozco, LM.,(2005). Diversitas. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. vol.1, n.2 125-137.
- Villalobos, F., Vinuesa, A., Predret, R., Reche, A., Arijá, V., (2019). Efecto de un programa de actividad física sobre la autoestima en sujetos con enfermedades crónicas V1: 236-244.
- Prados, A. Del Cura, I., Prados, JD., Leiva, F., López, JA., Calderón, A., Muth, C., (2017) La multimorbilidad en la práctica general y los principios de Ariadna. Un enfoque centrado en la persona. 49 (5) 300-307.
- Bernabéu, M., Ruiz, A., Murcia, J., Hernández, C., Barón. B., Ramos, C., Nieto, MD., Fernández, A., Fernández, A., Moreno, L., Ollero, Manuel., (2010) Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. V 45 (4) 203-212.
- Bernabéu, M., Ruiz, A., Murcia, J., Hernández, C., Barón. B., Ramos, C., Nieto, MD., Fernández, A., Fernández, A., Moreno, L., Ollero, Manuel., (2010). Precisión de los criterios definitorios de pacientes con enfermedades médicas no neoplásicas en fase terminal. Proyecto PALIAR. V 45 (4) 203-212.
- Colombo, PB., Nieto, MD., Pascual de la Pisa, B., García, J., Ortiz, A., (2014) Validación de un modelo pronóstico para pacientes polopatológicos, en Atención Primaria de Salud: PROFUND. 46 suppl3: 41-8.

Capítulo 127

LAS AYUDAS TÉCNICAS

SHURA ALCAIDE MARTINEZ

1 Introducción

El aumento de la esperanza de vida no lleva aparejado el mantenimiento de la independencia. A lo largo de la historia las personas han intentado paliar esas carencias (muletas, sillas de ruedas...).

Con una población cada vez mas envejecida se ha hecho necesario el desarrollo de estos objetos para poder otorgar lo máximo de independencia y mejorar la calidad de vida de usuarios y cuidadores. En la actualidad hay un sinfín de objetos que ayudan a que esto sea posible y la investigación para desarrollar nuevos modelos de ayuda está en pleno auge. Me voy a centrar en las ayudas técnicas para el usuario.

Normalmente se adapta la vivienda para que ésta permita un mayor grado de seguridad e independencia. Pueden ser, entre otras, aumentar el ancho de las puertas, cambiar peldaños por rampas, retirar elementos tales como alfombras, colocar pasamanos, adaptar el baño con ducha y suelo antideslizante.

Todo esto se debe hacer a medida que es necesario y siempre que las condiciones lo permitan. En todo caso es conveniente consultar con un especialista (terapeuta ocupacional o personal rehabilitador). Las ayudas técnicas se pueden dividir en dos grupos y a su vez éstos se pueden dividir en varios subgrupos.

Ayudas técnicas para el usuario

- Para la movilización (calzado, bastón, muleta, andador, silla de ruedas).
- Para higiene y vestido (tabla de baño, grifo adaptado, vestido, pinza de alcance).

Ayudas técnicas para el cuidador

- Para traslados.
- Para movilizaciones.

2 Objetivos

Conocer que:

- Las ayudas técnicas son todas aquellas encaminadas a mitigar la dependencia y hacer la vida sencilla y segura.
- Normalmente se debe adaptar también el entorno.
- Existen ayudas técnicas para la persona usuaria, ya sea por su edad avanzada o por alguna diversidad, y ayudas técnicas para el cuidador, traslados y movilizaciones.

3 Metodología

- Partiendo de mi experiencia como tcae y consultando páginas web.
- En las ortopedias también se ven los productos en el escaparate.

4 Resultados

Hay que asesorarse con un profesional de la materia para evaluar las necesidades y escoger el producto mas adecuado.

Hay que tener información de la patología del usuario, el grado de dependencia, evaluar la capacidad de mejora del producto en la calidad de vida del usuario y valorar las necesidades reales.

5 Discusión-Conclusión

Todo lo que facilite y prolongue la independencia de la persona es importante. Cada vez hay mas interés sobre este tema y es importante partir de una base y así saber qué producto puede ser interesante y cuál no en un determinado caso. Continuamente salen al mercado nuevos productos de materiales innovadores, formas mas ergonómicas, etc etc. Es un campo en continua actualización.

6 Bibliografía

- Manuales: ayudafamiliar.es.
- Páginas web: geriatricarea.com (artículo), mayores.consumer.es.

Capítulo 128

EL ASMA Y LA CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA

MONICA CADENAS MARTINEZ

RAQUEL CADENAS MARTINEZ

1 Introducción

El asma es una enfermedad que provoca irritación en las vías aéreas. Las inflaman y las estrechan, lo que conlleva problemas respiratorios. Los síntomas de un ataque de asma son: tos, presión en el pecho, respiración sibilante, dificultad para respirar y respiración rápida.

Los desencadenantes del asma son las cosas que hacen que los síntomas del asma empeoren, como la caspa de los animales, polen, humo, estrés, el clima frío, moho, la mala calidad del aire... Todos conocemos la capa de ozono que nos protege de los rayos de sol. Pero existe otra capa diferente llamada “ozono al nivel del suelo”. Esta capa se forma cuando las sustancias químicas de los automóviles, las centrales eléctricas y las fábricas se mezclan con la luz del sol. El ozono a nivel del suelo puede dañar los pulmones.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que alrededor de 235 millones de personas sufren asma en todo el mundo, de los cuales se calcula que unos tres millones pertenecen a España. El asma representa un problema de salud a nivel mundial que es especialmente relevante en los países industrializados.

2 Objetivos

Uno de los objetivos principales para el control del asma es evitar los alérgenos (polen, moho, caspa animal, partes de insectos y algunas sustancias químicas) y los irritantes ambientales (cloro, humo, polvo, vapores de combustible...).

3 Metodología

A medida que consultamos diferentes bases de datos (kidshealth, scielo...) y artículos científicos hemos recuperado información sobre el tema.

4 Resultados

La Sociedad Española de Inmunología Clínica, Alergología y Asma Pediátrica (SEICAP) advierte del grave peligro que supone la contaminación del aire, agravándose con la ausencia de lluvias, para el desarrollo de alergias respiratorias o asma, tanto en adultos como en niños.

Según datos de la OMS, el 93% de la población de todo el mundo esta expuesta a niveles de partículas finas más alto de lo permitido. Los niños son mas vulnerables que los adultos a sufrir las consecuencias de la exposición a contaminantes atmosféricos. Tienen las vías respiratorias mas estrechas, pasan más tiempo al aire libre haciendo actividades físicas y respiran por la boca con más frecuencia que los adultos, por lo que respiran más contaminantes del aire sin filtrar.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, es probable que, ante un paciente con asma, debamos incluir la contaminación ambiental como un factor a tener en cuenta como posible causa de su enfermedad.

6 Bibliografía

- Elana Pearl, Ben Joseph. La contaminación atmosférica y el asma (para Padres) – versión impresa - KidsHealth [Internet]. <https://kidshealth.org>. 2017 [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://kidshealth.org>.

- Elsevier. Contaminación atmosférica, la epidemia invisible para nuestra salud [Internet]. Elsevier Connect. [citado 22 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.com>.
- Arnedo-Pena A, García-Marcos L, Urueña IC, Monge RB, Suárez-Varela MM, Canflanca IM, et al. Air Pollution and Recent Symptoms of Asthma, Allergic Rhinitis, and Atopic Eczema in Schoolchildren Aged Between 6 and 7 Years. *Archivos de Bronconeumología ((English Edition))*. mayo de 2009;45 (5): 224-9.

Capítulo 129

CUIDADOS PALIATIVOS

MARÍA TERESA ZAMORA GARCÍA

ANA ISABEL PÉREZ RAMOS

1 Introducción

Los cuidados paliativos se aplican a pacientes con una enfermedad terminal y con pronóstico de vida limitado.

Deben ser cuidados individualizados y continuos para llegar a dar respuesta a esta etapa terminal

2 Objetivos

El objetivo principal es poner de manifiesto la importancia de los cuidados paliativos y como objetivo secundario se destacarán los cuidados paliativos más utilizados hoy en día.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos como MedlinePlus y en el buscador Google Académico.

4 Resultados

Los cuidados paliativos tienen una gran importancia en las últimas fases de los pacientes terminales, para ello hace falta un equipo multidisciplinar entre los

que se incluyen Médicos, Dues, Tcae o Psicólogos. Entre los principales cuidados podemos incluir la disminución del dolor, respetar la autonomía del paciente y apoyar a los familiares, etc...

5 Discusión-Conclusión

Los profesionales deben aportar apoyo emocional a los familiares y pacientes, debiendo adoptar figura de líder para proporcionar beneficios desde un punto de vista de equipo.

6 Bibliografía

- MedlinePlus enciclopedia médica [Internet].
- Medlineplus.gov. 2019 [cited 24 November 2019]. Available from: <https://medlineplus.gov>.

Capítulo 130

LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

SHURA ALCAIDE MARTINEZ

1 Introducción

Tradicionalmente los cuidados de las personas institucionalizadas se enfocaban en procedimientos uniformes dependiendo de la enfermedad, el grado de dependencia y las necesidades organizativas (atención centrada en los servicios).

Llevar el modelo de atención centrada en la persona (ACP) a la práctica no es sencillo en centros con enfoques tradicionales o con problemas de organización. Se debe realizar por fases trabajando los elementos del modelo con esfuerzo e implicación por parte de todos los profesionales. En cada centro se realizará de una manera singular, atendiendo a sus características.

2 Objetivos

- Exponer las principales características del modelo de atención centrada en la persona (ACP).
- Abordar el problema económico que supondría implantar un modelo de atención centrada en la persona (ACP) y repercusión en el gasto que supondría al sistema.

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 del modelo de atención centrada en la persona (ACP). 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 atención centrada en la persona o ACP es un enfoque que busca mejorar la calidad de la atención en personas institucionalizadas. Se busca que la persona mantenga el control de su entorno y cuidados para que siga desarrollando sus capacidades y se sienta bien.

Partiendo de la base de que trabajo en una institución privada con está implantando este sistema he buscado información por internet además de los protocolos que en el centro de trabajo se usan.

Son interesantes los libros y el blog de Dawn Brooker (directora de la asociación de estudios de demencia) que es una eminente psicóloga clínica.

En la ACP se intentan crear entornos hogareños y accesibles, realizar actividades variadas integrando a la familia y a la comunidad y la organización es más flexible. Se intenta adaptar el centro al usuario.

Los objetivos de la ACP son: mejorar la calidad de los servicios y la orientación de la praxis profesional.

Se utilizan instrumentos básicos como son: la historia de su vida y se busca su participación efectiva.

Definición de ACP orientada a personas con demencia:

- Respetar y valorar al individuo.
- Plan de atención individualizado flexible.
- Intentar comprender su perspectiva.

La ACP está orientada a mejorar la calidad de vida. Se promocionan las relaciones interpersonales entre los residentes y el personal de la unidad. En las actividades se intenta que participen todos independientemente de su capacidad.

5 Discusión-Conclusión

Es muy interesante la ACP como estrategia de cuidado a los enfermos. Aunque son necesarios más medios que para el enfoque tradicional. Más medios, sobretudo de personal en turno significa más gasto y normalmente no es asumible porque repercute en el precio de la plaza. En la práctica no hay más personal y se saturaría aún más al personal que hay. Debería haber un equilibrio entre la metodología antigua y la ACP o bien aumentar el ratio de residentes por auxiliar. No es viable que haya 1 auxiliar por unidad de 20 personas y que se quiera implantar la ACP.

6 Bibliografía

- Informes envejecimiento en red ISSN: 2340-566X, 12 julio 2015 (envejecimiento.csic.es).
- Inforesidencias.com, Worcester.ac.uk.

Capítulo 131

USO DE GUANTES Y LAVADO DE MANOS

OLGA MENÉNDEZ SUAREZ

ANA VANESA GRANDA MUÑIZ

1 Introducción

Lavarse las manos con agua y jabón es la forma más sencilla de evitar la transmisión de microorganismos. Podría definirse el lavado de manos como “frotación vigorosa de las mismas, previamente enjabonadas, seguida de un aclarado con abundante agua”.

2 Objetivos

Analizar la evidencia empírica de la bibliografía relacionada con la temática expuesta para conocer las diferentes técnicas de lavado de manos y las recomendaciones en el uso de guantes.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica usando como palabras descriptoras lavado, manos, limpieza, prevención, guantes, conoceremos el protocolo de lavado de manos y uso de guantes.

4 Resultados

Tipos de lavados de manos:

- Higiénico: elimina suciedad.
- Antiséptico: elimina suciedad y consigue actividad microbiana.
- Con solución alcohólica: con soluciones evaporables.
- Quirúrgico: cuando se requiere un alto grado de asepsia.

Una correcta higiene de manos seria:

- Mojar las manos y echar jabón.
- Frotarse las manos entrelazando los dedos.
- Frotar cada palma con el dorso de la contraria y entrelazar los dedos.
- Frotar las puntas de los dedos, alrededor de pulgares y muñecas.
- aclarar con agua y secar con toalla desechable.

Recomendaciones en el uso de guantes:

- Lavar las manos antes de ponerse los guantes.
- Llevar las uñas cortas, no usar anillos y/o pulseras por riesgo de rotura del guante.
- Cubrir cualquier herida presente en las manos.
- Usar guantes de tamaño adecuado, si queda flojo se pierde sensibilidad y habrá mas riesgo de punción y/o cortaduras.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que usar guantes no sustituye al lavado de manos. Los guantes protegen tanto al trabajador como al paciente: Previenen contaminar las manos de los trabajadores evitando el contacto con sangre, secreciones, líquidos corporales... Evitan que los microorganismos presentes en las manos del trabajador pasen al paciente.

6 Bibliografía

- Directrices de la OMS sobre higiene de manos en la Atención Sanitaria . Año 2005.
- Recomendaciones del CDC para “ Seguridad en desastres “ . Junio 2006.
- Protocolo de lavado de manos y uso de guantes Hospital Monte Naranco . Junio 2006.

Capítulo 132

SOBRECARGA DEL CUIDADOR DEL ANCIANO DEPENDIENTE

ANA VANESA GRANDA MUÑOZ

OLGA MENÉNDEZ SUAREZ

1 Introducción

El deterioro progresivo del adulto mayor requiere la atención y cuidado, realizados generalmente por un familiar, pudiendo ocasionar agotamiento físico y emocional (sobrecarga) en el cuidador. El cuidador es un paciente "desconocido" que precisa de un diagnóstico precoz de su enfermedad y una intervención inmediata que evite llegar a tal grado de frustración que le lleve a claudicar en sus labores de cuidado.

2 Objetivos

Revisar la evidencia empírica de la bibliografía relacionada con la temática expuesta para: Detectar con antelación la repercusión negativa del cuidado que brinda este "cuidador". Lograr de manera directa o indirectamente el aumento en la actividad de vida del cuidado que ofrece el "cuidador" y encontrar una conexión adecuada entre la familia y los recursos sanitarios disponibles en la comunidad.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en la bases de datos (Cinhal, Pubmed), utilizando los descriptores problemas sociales, sobrecarga, envejecimiento, cuidadores, cuidados.

4 Resultados

Los hijos son los cuidadores más frecuentes, seguidos de su cónyuge. Los trastornos somáticos son los más significativos, seguidos de los problemas laborales como la irritabilidad, el absentismo y desinterés por el trabajo. La entrada económica del cuidador como salario o pensión de jubilación supone una pérdida económica por parte de la familia en pago a estas funciones.

5 Discusión-Conclusión

Tras esta revisión se puede concluir que diseñar políticas de cuidado que apoyen tanto a las personas que requieren los mismos como a los proveedores de atención es un reto multifactorial que involucra a esferas como la salud, educación, seguridad social, etc. Y un alto nivel de compromiso por parte de las personas que realizan esta noble tarea.

6 Bibliografía

- Jofré V, Sanhueza O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Cienc. enferm.* 2010;16(3):111-20.
- Flores E, Rivas E, Seguel F. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Cienc. enferm.* 2012;18 (1): 29-41.
- Lago R, Alós P. Estudio descriptivo sobre el perfil de los cuidadores de personas con demencia: la feminización del cuidado. *Psicogente.* 2012;15 (27): 24-35.
- González-Valentín A, Gálvez-Romero C. Características sociodemográficas, de salud y utilización de recursos sanitarios de cuidadores de ancianos atendidos en domicilio. *Gerokomos.* 2009;20 (1): 15-21.

Capítulo 133

LA VASECTOMIA

MARÍA ISABEL ÁLVAREZ REGUERA

1 Introducción

La vasectomía es para el hombre, el método anticonceptivo de elección entre los 35 - 45 años y con dos o más hijos. Es un método fácil, y seguro, que aunque es mayormente permanente puede ser en algunos casos reversible. Consiste en la sección de los conductos deferentes que va desde los testículos hasta la uretra. La vasectomía es un método anticonceptivo masculino, por lo que su principal objetivo es el control de la natalidad evitando el embarazo.

2 Objetivos

Conocer el procedimiento y fundamento de la vasectomía como tratamiento.

3 Metodología

Se ha realizado un estudio de consulta entre las principales bases de datos on-line (Pubmed, Scielo, Uptodate) y a través de la información obtenida de los protocolos internos del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Se han seleccionado los textos más relevantes con las palabras clave: vasectomía, procedimiento, función. Se han empleado como criterios de inclusión: idioma castellano e inglés, y se han excluido aquellos publicados previamente al año 2000.

4 Resultados

Se trata de una cirugía muy poco invasiva que se realiza con anestesia local. El coste de la intervención es mucho menor que una ligadura de trompas, y la cirugía no tiene nada que ver con ésta última, la cual tiene mucho mayor riesgos a todos los niveles.

La intervención no dura más de 30 minutos y no requiere hospitalización, agrega el urólogo andrólogo.

En la cirugía se secciona el conducto deferente, que lleva los espermatozoides desde el testículo a la próstata. El organismo sigue produciendo las células precursoras de los espermatozoides, pero el organismo los reabsorbe. La erección no se ve afectada, y la eyaculación sigue produciéndose, ya que los espermatozoides suponen en torno al 3% del semen.

5 Discusión-Conclusión

Un varón que se somete a una vasectomía, al día siguiente puede estar realizando una vida normal. Se considera un método anticonceptivo útil y con riesgos mínimos.

6 Bibliografía

- <https://www.clinicalascondes.cl>.
- <https://medlineplus.gov>.
- <https://www.cirh.es>.

Capítulo 134

COMO AYUDAR A UNA PERSONA CON DEPRESIÓN

MARIA ELENA NIETO LOBETO

1 Introducción

La depresión es una perturbación en el equilibrio mental de una persona, que generalmente limita y modifica el normal funcionamiento de la vida cotidiana, y que afecta al sentimiento, al pensamiento y a la forma de actuar del que lo sufre.

2 Objetivos

Conocer que tipo de pautas beneficiosas podemos llevar a cabo con una persona que padece depresión, dependiendo de los síntomas que presente.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la depresión en bases de datos como Pubmed, Scielo y Uptodate, además de las guías de práctica clínica del sistema nacional de Salud. Se emplean como palabras clave: depresión, pautas, beneficio. Como criterios de inclusión se emplearon textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión se desecharon artículos científicos anteriores a 1998.

4 Resultados

Los síntomas que suele presentar una persona con depresión pueden ser diversos, tales como, apatía, alteraciones en el sueño o el ánimo e incluso ideas suicidas.

Resulta beneficioso para este tipo de pacientes, que algún familiar o alguien de su confianza le acompañe en todo momento, así como una asistencia médica especializada, también se obtienen buenos resultados en el estado de ánimo y apatía, animándole a practicar actividades al aire libre, pasear, hacer ejercicio o cualquier ocupación que promueva relacionarse.

Así mismo, si conseguimos que incluya alguna actividad relajante antes de dormir, como leer o ver la televisión, podríamos evitar alteraciones en el sueño. Por último, incidir en la importancia de que no consuma alcohol, ni drogas, además de que mantenga una rutina en la toma de medicamentos, es sumamente importante para su bienestar.

5 Discusión-Conclusión

Quien esta pasando por un proceso de depresión, se siente aislado en su propio mundo de tristeza, miedos e incertidumbre, y es además prisionero de sus propios pensamientos, y de un sufrimiento continuo, por ello, es totalmente necesario que las personas que están a su lado, se esfuercen al máximo en comprenderlo y apoyarlo, y sobre todo en ayudarlo a buscar terapias y actividades que le hagan sentirse mejor.

6 Bibliografía

- <http://www.academia.edu>.
- https://www.apra.org.ar/pdf/Articulos/Julio/Resena_1.pdf.

Capítulo 135

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

MARÍA ROSA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La relación del TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería) con el enfermo mental es una relación de ayuda, en cuanto supone un conjunto de cuidados y atenciones al paciente en todo proceso de atención de enfermería.

En nuestra actividad profesional encontramos frecuentemente que los pacientes tienen verdaderas dificultades para seguir las prescripciones médicas, los cuidados de enfermería, la asistencia a citas programadas y la toma correcta de los fármacos. Es habitual una sobrevaloración de los efectos secundarios de la medicación, siendo utilizado como justificación de los abandonos. Se objetivan necesidades de apoyo para establecer balances positivos, contando con los problemas que supone la necesidad de tomar medicación por largos periodos o incluso de por vida.

En muchas ocasiones los pacientes se desinteresan por su propia salud y no acuden cuando corresponde a su centro de atención primaria, incluso en situaciones comunes no se cuidan adecuadamente, entendiendo en muchos casos estas situaciones de manera distorsionada. Es común la presencia de hábitos poco saludables: consumo de tóxicos, alcohol, tabaco.

Estos pacientes presentan impedimentos para mantener una dieta equilibrada

adaptada a su situación produciéndose problemas nutricionales por exceso o por defecto.

Su baja autoestima, las relaciones con la familia, pocos recursos para afrontar situaciones estresantes de la vida cotidiana, afectación de la sexualidad, escasas habilidades sociales y la incapacidad para controlar y manejar situaciones, son características de este tipo de enfermos a las que debemos prestar atención y cuidados.

2 Objetivos

- Evaluar la actuación del TCAE al paciente de salud mental.
- Valorar los cuidados hospitalarios y no hospitalarios de los pacientes de salud mental.
- Establecer las funciones específicas del TCAE en el equipo de salud mental.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en Google académico y en las siguientes bases de datos: Medline y Pubmed. Los términos empleados han sido: salud mental, cuidados, auxiliar enfermería, funciones combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1995.

4 Resultados

La relación del TCAE con el enfermo mental es una relación de ayuda y supone un conjunto de cuidados y atenciones al paciente en todo proceso de atención de enfermería. Debe procurarse una relación de confianza y crear un ambiente que sea favorable al paciente.

Los cuidados en el medio hospitalario incluyen:

- Colaboración con el personal de enfermería en los tratamientos orales, terapias grupales, individuales, etc.
- Colaboración en la reinserción de pacientes crónicos.
- Vigilancia y seguimiento de aquellos pacientes que se benefician de programas de reinserción.

Los cuidados del enfermo mental no hospitalizado incluyen la participación en los tres niveles de prevención:

- Prevención primaria: colaborar con la identificación de grupos de riesgo.
- Prevención secundaria: ayudar en las tareas de diagnóstico y tratamiento precoz.
- Prevención terciaria: tratar de paliar las consecuencias de los trastornos mentales.

Las funciones específicas del TCAE en el equipo de salud mental son:

- Funciones generales:

Participar en la acogida y orientación de pacientes y familiares.

Colaboración en la elaboración y plan de cuidados.

Recoger los signos y manifestaciones espontáneas de los pacientes sobre sus síntomas.

Promover la salud y bienestar.

Favorecer la autonomía del paciente.

Fomentar el desarrollo de las habilidades básicas de la vida diaria.

Realizar visitas de atención domiciliaria como instrumento imprescindible para el trabajo comunitario.

Reforzar la vinculación terapéutica del paciente y familia con el apoyo de salud.

- Funciones de administración:

Colaboración en la cumplimentación de protocolos y sistemas de salud establecidos.

Coordinación y cooperación con los profesionales del propio equipo y de otros colaboradores.

- Función de docencia /investigación:

Participar en las reuniones de equipo.

Participar en las actividades de formación continuada.

Participar en el desarrollo, al nivel que corresponda de programas de investigación.

5 Discusión-Conclusión

La misión del equipo de profesionales de Salud Mental es proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia, garantizando su participación, autonomía y dignidad, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad. La visión está orientada al paciente, encam-

inando las líneas estratégicas a la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería, mediante un abordaje profesional, humanitario y ético. El TCAE dentro del equipo tiene unas tareas específicas, concretas y muy necesarias para el buen funcionamiento del equipo que redundan en el bienestar, respeto y trato adecuado al paciente de salud mental.

6 Bibliografía

- medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html
- Vallejo Ruiloba, J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría; 8ª edición; Masson; 2015.
- Birchwood, Max, Caballo Vicente, E, Bucla-Casals, Gualberto y Ca-rroble, J.A. Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos. 1ª edición; Madrid; Siglo XXI de España editoriales, SA; 1995.
- Psiquiatría y salud mental para Auxiliares de Enfermería. 9ª edición; Formación continuada Logoss S.L; 2009.

Capítulo 136

LEGALIDAD Y VENTAJAS GENERALES DE LA MEDIACIÓN SANITARIA.

CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO

MARIA JESUS DIAZ SUAREZ

1 Introducción

Es un novedoso recurso para resolver conflictos surgidos en el ámbito sanitario, con un prometedor futuro debido a las ventajas que aporta frente a la vía judicial en cuanto a confidencialidad, inmediatez en el tiempo de respuesta, consecución de acuerdos, reconocimiento y reparación de daños.

La mediación es una figura en auge en la sociedad actual y se desarrolla en múltiples campos de actividad como una forma de evitar procedimientos judiciales o administrativos.

Hablando en términos sanitarios, diremos que éste es un ámbito que se presenta como "un caldo de cultivo" idóneo para que surjan conflictos entre todos los actores implicados: usuarios entre sí, usuarios- profesionales, profesionales con sus propios compañeros y a su vez entre éstos y los gestores y sin olvidarnos de los proveedores.

2 Objetivos

- Implantar una cultura del diálogo y el entendimiento para evitar conflictos tanto de carácter interno como externo.
- Realizar una labor preventiva mediante la formación en detección y gestión de conflictos.
- Diseñar un sistema propio que permita la detección de situaciones de conflicto y la intervención sobre las mismas.
- Crear estructuras y procedimientos de actuación que permitan la atención a situaciones conflictivas no resueltas en un primer momento a través de mediadores.
- Dotar a los profesionales de herramientas para la detección de conflictos y las causas por las que se producen.
- Conocer diferentes estrategias para afrontar situaciones difíciles, emplear técnicas para la resolución de conflictos.

3 Metodología

- Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática utilizando una serie de buscadores específicos de Ciencias de la Salud como son Dialnet, Scielo, Cinhal, Lilacs, Google.
- Académico y Pubmed español.

También hemos obtenido gran información en libros de texto sobre comunicación entre distintos profesionales del ámbito sanitario. Se encontraron algunas tesis doctorales referentes a este tema, todos en un periodo establecido desde 2009 hasta 2019. Se encontraron 103 estudios y de ellos fueron seleccionados 14 artículos.

Se utilizaron algoritmos booleanos como “and” y “or” para llevar a cabo dicha búsqueda.

4 Resultados

La mediación más conocida en el ámbito sanitario es la mediación intercultural, en la que una persona mediadora realiza su actividad cuando aparece un conflicto con personas de otras culturas, con dificultades en el idioma o por convicciones religiosas y/o culturales diferentes. La mediación sanitaria es un novedoso recurso para resolver conflictos surgidos en el ámbito sanitario, con un prometedor

futuro debido a las ventajas que aporta frente a la vía judicial en cuanto a confidencialidad, inmediatez en el tiempo de respuesta, consecución de acuerdos, reconocimiento y reparación de daños.

La mediación sanitaria, es el sitio donde particulares, mediadores, abogados, aseguradoras, asociaciones de pacientes, docentes, administración... pueden encontrar cualquier información o recurso relacionado con la sanidad y poder llegar a acuerdos sobre temas delicados en el ámbito sanitario sin tener que recurrir a otras fuentes del derecho mucho más costosas en recursos y tiempo.

Cuando esto ocurre la persona mediadora puede aproximar a las partes en el conflicto, no solo al realizar un ejercicio de traducción, sino que también sirve de puente para interpretar códigos culturales propios del entorno de origen del paciente.

5 Discusión-Conclusión

La parte de la mediación sanitaria menos conocida es aquella que abarca los conflictos derivados del acceso a la sanidad, a la gestión del proceso burocrático en la atención al paciente, las listas de espera, el colapso en los servicios de urgencias. Nos encontramos con una realidad en la que el sistema soporta una gran presión de los usuarios a causa de recursos insuficientes, está sobresaturado en su utilización. Así, las quejas y reclamaciones son numerosas y constantes para determinados servicios y, en ocasiones los profesionales sanitarios son objeto de amenazas, insultos y agresiones por parte de usuarios del sistema de salud.

Ante esta realidad, la mediación sanitaria se configura como el método para la resolución de conflictos en el ámbito sanitario, ya sea entre profesionales sanitarios, entre éstos y usuarios, o entre usuarios y la propia institución. La mediación se realiza a través de un tercero neutral, imparcial e independiente, que facilita la resolución del conflicto a través del diálogo y la comunicación entre las partes, promueve la búsqueda de soluciones por las partes de forma que éstas, por sí mismas, encuentren la solución.

Mientras que la mediación sanitaria intercultural sí se ha puesto en marcha con más énfasis en determinados núcleos de población, dadas las características poblacionales y de diversidad cultural en el territorio. La mediación sanitaria en conflictos, como servicio ubicado en el propio hospital o centro sanitario, apenas si existe como experiencia piloto en poquísimas ciudades españolas.

6 Bibliografía

- Carrobles JA. Sobre el futuro de la psicología clínica/sanitaria en España: controversias y vías de integración. 2017. Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 25, N.o 1, pp. 201-226
- Escalada López, ML. La mediación: cumplimiento voluntario y ejecución de los acuerdos de mediación. Trabajo Fin de Estudios en Master Mediación y Resolución Extrajudicial de conflictos. 2016. Universidad de Valladolid. Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Comunicación.
- Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales
- González Jiménez AJ. Investigación educativa y salud transcultural en contextos multiculturales., 2016

Capítulo 137

PROBLEMAS SOCIALES Y DE ACTUALIDAD

MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ

FLORINA MARE

MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Morir constituye una experiencia universal que provoca diversas actitudes y emociones de distinta intensidad entre las distintas personas. Entre las emociones más frecuentes se presentan el miedo, la ansiedad y la depresión.

Las actitudes registradas entre los profesionales sanitarios en general y en particular en el técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante esta situación son: mayor responsabilidad y atención hacia la vida, y promoción del crecimiento personal para aceptar su propia muerte.

2 Objetivos

- Conocer la respuesta del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la situación de muerte y paciente terminal.
- Conocer el nivel de afrontamiento del técnico en cuidados auxiliares de enfermería ante la muerte.

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.

Palabras clave: muerte, ansiedad, miedo, auxiliares de enfermería, profesional sanitario. Operadores booleanos: muerte OR paciente terminal AND emociones AND profesional sanitario OR auxiliar de enfermería.

Idiomas: español. Años de acotamiento: 2014-2018.

Artículos seleccionados para la revisión: 5.

4 Resultados

En un estudio realizado en 2017 se demostró que el 27% de los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería presentan un buen afrontamiento ante la muerte, de los cuales el 47% pertenecían a servicios de Cuidados Paliativos. Esta dinámica de resultados se presenta entre los distintos estudios analizados donde se demuestra que servicios como oncología, cuidados paliativos y emergencias presentan un mayor afrontamiento frente a esta situación.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en la atención del paciente terminal juega un papel bio- psico-social y holístico para el que hay que estar preparados. Si bien es cierto que hay servicios en los que es más común esta situación no excluye al resto, por tanto es necesaria una buena preparación y formación de los profesionales para abordar esta realidad de la mejor forma posible, que mejore no sólo la atención al paciente y la familia, sino también el propio desarrollo personal.

6 Bibliografía

- Tomás-Sábado,J.Miedo y ansiedad ante la muerte: aproximación conceptual, factores relacionados e instrumentos de evaluación. 1aed.2016.

- Huertas, L ; Pérez, SR ;Avilés, E. Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos. Psicooncología, vol.11, num1, pp101-115.2014.
- Fernández,Jetal. Actitudes y afrontamiento ante la muerte en el personal de enfermería. Tiempos de enfermería y salud,no2,pp27-33.2017.

Capítulo 138

EL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

MARÍA INÉS SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR LÓPEZ MOYÁ

FLORINA MARE

1 Introducción

El burnout o “síndrome del quemado” es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”.

Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas. el síndrome de burnout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria.

El colectivo donde más se han estudiado las causas del síndrome de burnout ha sido en personal sanitario; TCAE (técnico en cuidados auxiliares de enfermería), enfermeros, médicos...

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del burnout o “síndrome de estar quemado” o de desgaste profesional como

enfermedad tras la ratificación de la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), aprobada el pasado año y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022.

2 Objetivos

Conocer la prevalencia del síndrome de burnout y de sus tres dimensiones (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal). Identificar las características sociodemográficas y laborales que se asocian con dicho síndrome.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos sobre el síndrome burnout, y se ha utilizado las bases de datos de Google académico y los descriptores utilizados han sido síndrome burnout, personal sanitario.

Para la revisión se han utilizado artículos comprendidos entre el año 2010 y 2018, se consultó un total de 8 artículos, revistas, libros o estudios sobre los mismos de los cuales 4 han sido objeto de nuestra revisión. Se han descartado aquellos artículos o estudios incompletos o poco específicos acerca del tema seleccionando.

4 Resultados

A este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto. Por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Burnout y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros.

Un tratamiento de burnout centra esencialmente su atención en la disminución del estrés y en el aprendizaje de nuevos hábitos positivos que se asegurarán de que desarrolles una mayor resiliencia (o la capacidad para sobreponerte a períodos de dolor emocional y situaciones adversas). Por lo tanto, un tratamiento

de burnout tiene por objetivo el luchar contra tu burnout y establecer contigo nuevos hábitos que te permitirán prevenir el burnout en el futuro.

5 Discusión-Conclusión

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.

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

- Ferrer R. Burnout o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barc) 2002; 119(13):495-496.
- González R. Síndrome de burnout: una oportunidad para aprender y reflexionar. Semergen 2003; 29(1):2-3.- Robles JI. El síndrome de burnout. Med Mil (Esp) 2004; 60 (1): 13-21.

Capítulo 139

TOXICOLOGÍA LABORAL, OCUPACIONAL O INDUSTRIAL

MÓNICA MENÉNDEZ MÉNDEZ

1 Introducción

La toxicología laboral, también llamada ocupacional o industrial, es una rama de la toxicología que estudia las consecuencias que nuestro organismo puede tener al exponernos a sustancias químicas dentro del ámbito laboral. La información toxicológica hoy en día se utiliza tanto para evaluar o regular los peligros que se presentan en el trabajo, como en el medio ambiente.

2 Objetivos

- Comprender la relación que existe entre la contaminación y la exposición en el medio laboral a las sustancias tóxicas.
- Minimizar los riesgos que puedan existir en el trabajo por la exposición del personal laboral.
- Identificar los posibles agentes dañinos y las enfermedades que estos agentes puedan ocasionar al personal laboral.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en las bases de datos y publicaciones a las que accedemos a través de internet (Scielo, Google Academido, Dialnet, Medline).

Se ha utilizado como criterios de búsqueda las palabras clave: toxicología laboral, toxicología ocupacional, toxicología industrial, sustancias químicas, agentes dañinos.

4 Resultados

Hay una serie de factores y procesos que actúan negativamente sobre la salud del trabajador a través de la exposición durante la jornada diaria y durante toda la vida laboral.

La contaminación laboral se produce por sustancias químicas que manipuladas directa o indirectamente, produzca gases o vapores. El contacto que se tiene con estas sustancias químicas provoca la entrada al organismo a través de distintas vías de los productos tóxicos.

Las enfermedades producidas por las sustancias químicas hace necesario el estudio de los agentes etiológicos, sus propiedades y los mecanismos de acción que ejercen sobre el organismo.

En el trabajo podemos encontrarnos con moléculas que provienen de un agente contaminante, que cuando penetran en el organismo provocan una alteración, lesión o muerte de las células del cuerpo humano.

5 Discusión-Conclusión

La toxicología laboral, ocupacional o industrial se encarga de:

- Identificar los agentes contaminantes.
- Detectar las enfermedades que puedan aparecer por la exposición a dichos agentes.
- Evitar la absorción de las sustancias nocivas para nuestro organismo.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos presentes en los lugares de trabajo relacionados con agentes químicos. Real Decreto 274/2001, BOE nº 104. Madrid: INSHT; 2001.

- Ibarra EJ. Ambiente químico y salud en el trabajo. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
- Hoet P, Hanfroid V. Biological monitoring: state of the art. Occup Environ Med 1997;54:361-6.
- Organización Mundial de la Salud. Detección precoz de enfermedades profesionales. Ginebra: OMS; 1987. ISBN 92 4 354211 7.

Capítulo 140

PROBLEMAS DEL CANCER DE MAMA

ILIUSKA SUTIL REDONDO

FRANCISCO JAVIER POSADA REY

SARA MENENDEZ PÉREZ

MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ

LAURA CABREJAS LOPEZ

1 Introducción

Es cancer de mama es el que empieza en los tejidos mamarios. Pueden existir dos tipos principales de cancer de mama:

- El carcinoma ductal que es el que comienza en los conductos que transmiten la leche desde la mama hasta el pezón. La mayoría de los cánceres de mama son de este tipo.
- El carcinoma lobular que comienza en partes de las mamas, llamadas lobulillos, que producen leche.

En raras ocasiones, el cancer de mama puede comenzar en otras zonas. El cancer de mama se puede producir tanto en hombres como en mujeres, sin embargo, es mucho mas comun en las mujeres.

2 Objetivos

El objetivo general para contribuir a la prevencion del cancer de mama es:

- Enseñar las maniobras para la autoexploración mamaria para poder detectar lesiones de la glándula mamaria.
- Concienciar de la importancia del autoexamen en la prevención del cáncer de mama.
- Propiciar la participación de las mujeres asistentes a los centros de salud y escuelas acerca de las conductas de prevención de cáncer de mama.
- Estimular el reconocimiento en esas mujeres de factores de riesgo en relación con el cáncer de mama.
- Contribuir a formar a estudiantes de medicina y antropología.
- Detectar marcadores tumorales del cáncer de mama.

Pretendemos apoyar a las personas con cáncer de mama y a su familia, aumentando su capacidad para poder enfrentarse a los problemas derivados de esta enfermedad. El principal objetivo es conseguir una reducción de la mortalidad por cáncer de mama, pretendiendo avanzar lo máximo posible en el diagnóstico de la enfermedad en muchas mujeres que todavía se encuentran en una fase inicial en la cual los tratamientos son más efectivos y con más probabilidades de curación.

3 Metodología

Con el apoyo del programa nueva ingeniería para el 2030 de corfo, un grupo de investigadores liderados por la académica de la facultad de ingeniería y ciencias, Susana mondschein, desarrollaron una metodología para indicar cuáles son las mejores edades para practicar una mamografía y con ello lograr una detección precoz del cáncer de mama, considerando las características individuales de los pacientes. El cáncer de mama es una de las principales causas de muerte en mujeres de todo el mundo. Según datos facilitados por el instituto nacional de todo el mundo. Según datos facilitados por el instituto nacional de cáncer señala que diariamente en nuestro país mueren 4 mujeres a causa de la detección tardía de este tipo de cáncer. El proyecto consiste en un software denominado "optimam" y lo basan en un modelo de programación dinámica estocástica y permite determinar y detectar las edades adecuadas para practicar el examen, teniendo en cuenta la edad y cuando se realizó la última mamografía. Esta iniciativa busca contribuir a reducir la tasa de mortalidad del cáncer de mamas y también minimizar los costos totales asociados a su detección precoz y posterior tratamiento.

4 Resultados

Para poder determinar el tratamiento del cáncer de mama más adecuado, es importante conocer en qué fase se encuentra el tumor. El especialista recomendará y explicará las posibilidades del tratamiento más adecuadas en cada caso. El tratamiento del cáncer de mama es multidisciplinar. Los tratamientos más empleados frecuentemente en el cáncer de mama son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia.

La cirugía conservadora cada vez se usa mas y hay varios tipos: mastectomía dentro de la cual hay mastectomía radical modificada y mastectomía radical, cirugía axilar, linfadenectomía, ganglio centinela.

La radioterapia es la utilización de radiaciones ionizantes para el tratamiento, local o locoregional, de determinafos tumores empleando rayos x de alta energía destruyendo asi las células tumorales causando el menor daño posible. La quimioterapia es una de las modalidades terapéuticas más empleadas. Su objetivo es destruir empleando gran variedad de fármacos. La hormonoterapia consiste en la administración, normalmente por vía oral, de hormonas que bloquean la acción de los estrógenos sobre las células malignad, impidiendo su proliferación, por lo que puede disminuir o desaparecer el tumor.

5 Discusión-Conclusión

Es importante poder reconocer los distintos factores de riesgo de cancer de mama y con ello identificar a las mujeres de alto riesgo y agruparlas segun su nivel o categoria de alto riesgo y agruparlas segun su nivel o categoria de riesgo en desarrollar la enfermedad en el futuro. En mujeres con riesgo muy alto por historia familiar es util conocet los requisitos para seleccionat aquellas que requietan realizar un estudio genetico. Las mujeres con mayor riesgo pueden participat en protocolos de vigilancia. El manejo clinico racional de mujeres de alto riesgo constituye un desafio que debiera incorporarse en todos los centros de diagnostico y tratamiento de cancer de mama.

6 Bibliografía

- [Https://www.funca.cat](https://www.funca.cat)
- [Https://www.ajicam.org](https://www.ajicam.org)
- [Https://www.cancer.net](https://www.cancer.net)>introduccion

- <https://medlineplus.gov>>article
- <https://www.aecc.es>>tratamiento

Capítulo 141

FAMILIAS Y ALZHEIMER

MONICA FERNANDEZ FALCÓN

EVA CLARA SAIZ LANDERAS

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurológico que provoca la muerte de células nerviosas del cerebro. El Alzheimer es una demencia progresiva que tiene el déficit de memoria como uno de los síntomas más tempranos y pronunciados. El paciente empeora poco a poco, teniendo problemas de lenguaje, perceptivos y emocionales a medida que la enfermedad va avanzando.

La enfermedad evoluciona en tres fases:

- Fase inicial o leve: con frecuencia no se le da importancia a los síntomas de esta fase. El enfermo necesita supervisión, vigilancia, recordatorios, etc, para poder llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- Fase intermedia o moderada: tiene síntomas y problemas marcados que impiden realizar muchas actividades de la vida diaria.
- Fase tardía o severa: dependencia total, el enfermo necesita ayuda total para todas las actividades de la vida diaria.

La enfermedad del Alzheimer es un problema social grave para millones de familias de todo el mundo. Lo que hace que tenga tanto impacto social y sea una carga tan importante para el sistema sanitario, es sobre todo, su carácter irreversible y la falta de tratamiento curativo. La enfermedad suele tener una duración media aproximada de 10-12 años, aunque puede variar mucho de un paciente a otro.

2 Objetivos

- Ayudar a las familias que conviven con un enfermo de alzheimer, para que éste tenga una mejor calidad de vida.
- Explicar herramientas suficientes para poder desenvolverse en las distintas situaciones que se presenten.
- Aumentar el interés en la sociedad por conocer más sobre el Alzheimer.

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 del alzheimer y familiares. 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 enfermedad de Alzheimer es la demencia más frecuente en la población anciana. Se caracteriza por los cambios degenerativos en el cerebro. Se sabe que esta enfermedad progresiva a día de hoy no tiene cura. Su tratamiento se basa en tratar de mejorar la calidad de vida del enfermo y retrasar el progreso de la enfermedad mediante fármacos anticolinesterasicos. Es muy importante el apoyo del grupo familiar y la práctica de actividades físicas o intelectuales estimulantes.

Para las familias convivir con un enfermo de Alzheimer no sólo implica cambios, sino desafíos, además de un reajuste y una reestructuración de sus sistemas con el fin de cumplir con sus nuevas necesidades.

Los integrantes de la familia son los encargados de cuidar a los enfermos de Alzheimer. La preocupación por lo que va a ocurrir, el desgaste tanto físico como síquico, a veces, pone en peligro el bienestar del cuidador. Por lo que toda ayuda que el cuidador reciba siempre influirá de una manera positiva en el enfermo de Alzheimer. Cuidador sano es igual a un enfermo feliz.

5 Discusión-Conclusión

Es importante indagar sobre la posible afectación patológica que puede existir entre los familiares y cuidadores de una persona con Alzheimer. El cuidado y bienestar de las personas que están con enfermos de Alzheimer conseguirá mejores resultados para el propio paciente. La sospecha diagnóstica es fundamental para poder ayudar a las personas cuidadoras de los enfermos de Alzheimer cuando precisen apoyo o tratamiento de algún tipo.

6 Bibliografía

- Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina. N°.175-Noviembre 2007.
- Universidad de Costa Rica. Edición Semestral N°30, Enero 2016-Junio 2016
- El impacto de la enfermedad de Alzheimer en la familia. Escuela Vasca de Terapia Familiar. Diciembre 1998.

Capítulo 142

ANÁLISIS NARRATIVO DE LA INTOXICACIÓN POR METILMERCURIO EN LA ALIMENTACIÓN

MARÍA BELÉN SANTOS CARBAJO

1 Introducción

El mercurio, es un metal pesado muy utilizado en la síntesis de plásticos, en centrales eléctricas o calefacciones, procesos industriales, incineradoras de basura y minería. Muchas de estas fábricas vierten residuos al mar y en consecuencia estos residuos pasan a la cadena alimenticia, acumulándose en todos los seres vivos. Una vez depositado el mercurio en el agua, se transforma en metilmercurio que es mucho más tóxico y más fácilmente asimilable por los organismos. La toxicidad del mercurio está directamente relacionada con su estado químico, la dosis, la edad, vía de exposición, factores nutricionales y genéticos.

2 Objetivos

- Analizar el riesgo que supone el metilmercurio para la salud.
- Exponer sus consecuencias.
- Informar del daño que provoca tanto a los seres vivos, como al medio ambiente.

3 Metodología

Consulta y revisión bibliográfica, guías clínicas, protocolos de actuación y diferentes bases de datos como SciELO.

4 Resultados

La ingesta del metilmercurio se produce principalmente a través del marisco y pescado contaminado por los vertidos indiscriminados que hacen las fábricas a los océanos, llegando así a nuestra mesa e ingiriéndolo sin percatarnos de ello. Las consecuencias de este envenenamiento son irreparables. El metilmercurio es una neurotóxica muy potente cuyos síntomas dependen del grado de exposición al tóxico. Esta toxina permanece en el cuerpo entre 70-90 días antes de excretarlo.

El envenenamiento por mercurio puede provocar varias enfermedades, incluyendo acrodinia (enfermedad rosada), el síndrome de Hunter-Russell y la enfermedad de Minamata.

Síntomas en bebés y niños:

Los fetos están expuestos al metilmercurio a través de la alimentación de la madre, esta exposición puede provocar abortos, bebés prematuros, afecciones negativas en el sistema nervioso central (SNC) de los bebés y al crecimiento del cerebro.

Los niños pequeños que consumen peces con alta tasa de metilmercurio pueden verse afectados ya que su cerebro está en desarrollo, cuánto más temprana es la exposición, mayor es el efecto en el cerebro.

Síntomas en adultos:

Trastornos neurológicos y mentales, estos efectos se centran principalmente en el sistema nervioso central (SNC), temblores, problemas de visión y audición, cambios neuromusculares (como debilidad, atrofia muscular, espasmos), cambios en las respuestas nerviosas, cambios en el lenguaje y en casos graves se puede producir una encefalopatía grave que conduce al coma y a la muerte .

5 Discusión-Conclusión

El mercurio se bioacumula en cada escalón de la cadena trófica, desde el zooplancton a los peces de pequeño tamaño y de los predadores que se alimentan de las presas de menor tamaño. Cuanto mayor es la edad y el tamaño del pez, mayor

es la concentración de metilmercurio acumulada. Como regla probada se puede aceptar que la concentración de mercurio aumenta diez veces en cada nivel de la cadena trófica.

Las precauciones que debemos tomar para evitar riesgos para la salud es cocinar (freír, cocer, asar) ya que esto disminuye la bioaccesibilidad de metilmercurio, entre el 30% y el 99% en varias especies de peces, también si se ingiere té, soja o café, la bioaccesibilidad se reduce un 99%, según algunos estudios.

Según los informes de la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y de la Dirección General de Sanidad y Consumo de la Unión Europea y la Agencia Española recomienda que las embarazadas y los niños menores de 3 años deben evitar el consumo de grandes predadores como atún rojo, pez espada, tiburón y peces similares, también que los niños entre 3 y 12 años deben limitar su consumo a 50 gramos por semana.

Las autoridades deben mantener controlados los vertidos, es esencial para evitar los daños en la salud y en el medio ambiente. El mercurio es un riesgo para el desarrollo del sistema nervioso central de todos los seres vivos.

6 Bibliografía

- Establier, R. 1972. Concentración de mercurio en los tejidos de algunos peces, moluscos y crustáceos del golfo de Cádiz y caladeros del noro Llop, S. et al. 2013.
- Estado actual sobre la exposición alimentaria al mercurio durante el embarazo y la infancia y recomendaciones en salud pública. Gaceta Sanitaria 27: 273-278.este africano. Investigación Pesquera 36: 355-364.
- WHO. El Mercurio en el Sector de la Salud. Ginebra: OMS Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente Agua, Saneamiento y Salud; 2004.
- Valderas J, Mejías M.M, Riquelme J, Aedo K, Aros S, Barrera F. Intoxicación familiar por mercurio elemental. Caso clínico. Revista Chilena de Pediatría, 2013; 84: 72-79
- Díez Sáez C., Esteban López S., Ayala Curiel J. Manual de Intoxicaciones en Pediatría. Sociedad española de urgencias de pediatría. 2º edición. p.274-277. Versión electrónica. 2008, España.
- Fornieles Pérez H.G., Martínez Coronel J.F., Bellot Iglesias J.L. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Editorial UNINET, Edición electrónica 2009, España.

Capítulo 143

LOS DESECHOS SANITARIOS NO PELIGROSOS, TIPO I.

VANESA GALLARDO MUÑIZ

JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS

ANDREA GARCIA FLOREZ

1 Introducción

Los residuos sanitarios no peligrosos son los denominados residuos urbanos o de tipo I, estos residuos son los más comunes ya que son producto de desechos alimentarios, biodegradables, también proceden de los servicios mantenimientos y de limpieza y otros como: papel, cartón, vidrio, plásticos, aceites y grasas comestibles, ropa y tejidos, madera, metales.

Los aspectos legales que se describen en La Ley 42/1975, de 19 de noviembre de 1975, sobre recogida y tratamiento de los residuos urbanos, el ministerio ha aprobado un Plan Nacional Integrado de Residuos fomentando el reciclaje, la reutilización y reducir el tanto por ciento que no se puede reciclar ni reutilizar.

En los lugares que ofertan salud como hospitales, laboratorios, clínicas veterinarias y otros centros sanitarios, deberán tener lugares destinados para los desechos de tipo I, estos emplazamientos tienen que estar identificados como tales como propiedades para su pronta, fácil limpieza e impenetrable a los líquidos. Estos lugares deben estar fuera de la zona de paso.

Los recipientes que se utilizan para la recolección de residuos, solo tendrán este cometido, serán de fácil limpieza y que impidan que las bolsas con residuos caigan al suelo.

La retirada se efectuara en turno nocturno, después de esta recogida los montacargas utilizados serán desinfectados con solución jabonosa y lejía diluidos en agua en las medidas apropiadas.

El gerente será el encargado de:

- Tomar las decisiones.
- Informar a los trabajadores de como desechar los residuos.
- Vigilar el cumplimiento de las normas de almacenamiento, transporte y eliminación.

2 Objetivos

- Conocer que son los residuos sanitarios no peligrosos. Tipo I.
- Explicar el aspecto legal de residuos tipo I.
- Conocer el almacenamiento y transporte interno de residuos tipo I.
- Conocer el tratamiento y eliminación residuos tipo I.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliografía de diferentes páginas web encontradas en google, tomando para su análisis las de mayor interés. Las palabras clave utilizadas han sido: “Residuo”, “Tipo”, “Reciclar”, “Reducir”, “Sanitario”.

4 Resultados

Residuos sanitarios no peligrosos. Tipo I.

Desechos de Tipo 1: son aquellos producidos fuera de la actividad sanitaria, más conocidos como residuos urbanos. Fuera de las instituciones sanitarias son clasificados como residuos urbanos, generados por la población en sus casas, oficinas, comercios, restaurantes, etc., todos aquellos residuos que no se califiquen como peligrosos por su naturaleza y no precisan medidas especiales en su gestión.

Se incluyen:

- Biodegradables: Residuos alimentarios de cocina procedentes de hostelería, residuos biodegradables de parques y jardines.
 - Residuos procedentes de actividades administrativas.
 - Residuos procedentes de actividades de limpieza y mantenimiento.
 - Otros residuos municipales:
 - Papel.
 - Cartón.
 - Vidrio.
 - Plásticos.
 - Aceites y grasas comestibles.
 - Ropa y tejidos.
 - Madera.
 - Metales.
- Las labores de recogida, transporte y almacenaje de los residuos sanitarios grupo I no peligrosos en el interior del centro sanitario será realizado por el servicio de limpieza que tenga dicho centro sanitario.

ASPECTO LEGAL

La Ley 42/1975, de 19 de noviembre de 1975, sobre recogida y tratamiento de los residuos tipo I, modificada por el Real Decreto:

El Consejo de Ministros de España, en una reunión celebrada el 26 de diciembre del año 2008 aprobó el Plan Nacional Integrado de Residuos periodo 2008 - 2015, el cual fue financiado inicialmente con una cantidad de 23 millones de euros procedentes del Ministerio de Medio Ambiente.

El Plan Nacional de Investigación de Residuos (PNIR) hace especial hincapié en lo que se conoce como las tres erres que son:

- Reducir.
- Reutilizar.
- Reciclar.

También tiene la intención de cumplir con los siguientes objetivos:

- Parar el crecimiento en la generación de residuos que se produce en la actualidad.
- Eliminar por completo el vertido ilegal.
- Reducir el vertido y fomentar la prevención, la reutilización, el reciclado y otros mecanismos para minimizar los residuos que no se pueda reciclar.
- Dotar al país de nuevas infraestructuras y mejorar las instalaciones ya existentes.

- Evitar que los residuos contribuyan al cambio climático.

La finalidad del plan es la de promover una gestión apropiada de los residuos, disminuyendo su producción y fomentar un correcto tratamiento de los mismos. También se pretende que las administraciones públicas, los consumidores y usuarios se involucren de manera que cada una de las partes asuma sus responsabilidades.

Como estas recomendaciones, en las distintas comunidades españolas existen normas legales sobre la gestión y el tratamiento de los residuos sanitarios.

ALMACENAMIENTO Y TRANSPORTE INTERNO

En centros sanitarios se habilitarán almacenes, que utilizan para depositar temporalmente los residuos, debidamente clasificados, hasta su transporte y depósito en el almacén final. Serán locales con acceso restringido y señalizados correctamente, en lugares cerca de los puntos de producción y con una ventilación idónea.

El material con el que esté construido su pared y suelo debe ser de fácil limpieza e impermeable, su ubicación no será conveniente que coincidan con circuitos limpios ni con las zonas de tránsito de personal y usuarios. El almacenamiento en esas zonas no deberá superar a las 24 horas. En general, el transporte interno se realizará mediante carros destinados solo a esta función, en los que se cargarán los envases de distintas procedencias y se trasladarán a través de circuitos.

Normas que tienen que seguir los carros:

- Sus paredes deben de ser lisas.
- De fácil limpieza y desinfección.
- Resistentes.
- No podrán tener elementos cortantes ni punzantes.
- Con tapadera, deben estar fabricados de manera que impidan la caída de las bolsas al suelo durante el transporte, siendo recomendable no llenarlos en su totalidad.

El horario de recogida, será en el turno de noche, buscando la menor presencia de público en el circuito en la recogida de los residuos sanitarios. Los ascensores utilizados para la retirada de residuos se dedicarán sólo a este uso. Una vez finalizado el transporte y antes de su uso por el personal, se limpiarán con jabón, agua y lejía diluida.

En ningún momento se podrá arrastrar las bolsas por el suelo para evitar que

se produzcan roturas de las bolsas y derrame de posibles residuos de desechos. Las bolsas no deben llenarse demasiado, no se deberá llenar más de 2/3 de su capacidad, para permitir el correcto cierre minimizando el riesgo de rupturas de estas y derrames de residuos. La recogida de los residuos sanitarios que no sean peligrosos se realizará al menos una vez al día, pudiendo repetir el proceso las veces que sean necesarias dependiendo del nivel de residuos generados.

TRATAMIENTO Y ELIMINACIÓN

Estos residuos fuera del centro sanitario se desecharán como los residuos urbanos, siguiendo la normativa de la comunidad autónoma. Dentro del centro, la responsabilidad de hacer cumplir la normativa referente a la clasificación, la recogida, el almacenaje, la entrega de los residuos de tipo I al transportista autorizado y todo lo referido a tratamiento y la eliminación de estos residuos es competencia de la dirección de los centros sanitarios que generan los residuos.

Por consiguiente, el gerente ha de desarrollar las siguientes funciones:

- Vigilar el cumplimiento de las operaciones de almacenaje, transporte eliminación.
- Informar al personal del centro sanitario de los riesgos derivados a los residuos sanitarios y la forma de prevenirlos.
- Tomar las iniciativas oportunas para conseguir la gestión correcta de los residuos sanitarios tipo I.
- Hacer llegar a la administración competente las informaciones y los datos que les sean solicitados y garantizar su exactitud.

5 Discusión-Conclusión

Los residuos tipo I o residuos urbanos, son los que están fuera de las acciones sanitarias, pero que por ello también se producen dentro del hospital derivados del servicio de cocina y cafetería, del empaquetado de muchas medicaciones y materiales sanitarios, y de casi todos los servicios que directa o indirectamente los produce.

Por esta razón se debe hacer una correcta clasificación y reciclaje de los residuos sanitarios de tipo I, ya que constituyen el mayor número de volumen de los residuos sanitarios.

6 Bibliografía

- <http://www.iesribalta.net/0726/materials/t4.pdf>
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs253/es>.
- <https://es.wikipedia.org>.
- <http://www.mapama.gob.es>.
- <http://www.insht.es>.
- http://www.chospab.es/enfermeria/Documentos/Protocolo_Residuos.pdf

Capítulo 144

LISTERIOSIS O CUANDO UNA BACTERIA CONVIERTE LOS ALIMENTOS EN UN PELIGRO.

ANA BEATRIZ ESPESO GARCÍA

1 Introducción

La listeriosis es una enfermedad infecciosa que no se presenta con frecuencia pero que en el caso de producirse supone un riesgo muy grave para la salud, sobre todo para los colectivos más sensibles (mujeres gestantes, recién nacidos, personas inmunodeprimidas o personas de edad avanzada).

El hecho de que la transmisión mayoritaria sea a través de los alimentos, actualmente se estima que el 99% de los casos es debido a contaminación alimentaria, supone una importante inquietud de los profesionales de la salud ante la posibilidad de brotes epidémicos que suponen una alerta para la población, ya que, aunque de manera general no suele conllevar riesgos importantes en las formas virulentas la mortalidad puede alcanzar índices preocupantes.

2 Objetivos

Describir y conocer de manera sencilla la enfermedad infecciosa denominada listeriosis, como se presenta, se detecta, así como las medidas de prevención para reducir posibles epidemias.

3 Metodología

Se realiza una revisión sistemática de artículos científicos y bibliográficos del tema a desarrollar consultando bibliotecas electrónicas y varias bases de datos (SciELO, Pubmed, CUIDEN y Medline) y buscadores como Google Académico o Google.

Se incluyeron en el estudio todos los artículos que cumplieron los siguientes requisitos: lengua española o inglesa que reflejasen conocimientos acerca de la listeriosis, sus características y medidas preventivas.

4 Resultados

La listeriosis es una infección producida por la bacteria *Listeria monocytogenes*, bacteria cuyo medio natural es el suelo, el agua y la materia vegetal en descomposición; también se encuentra en el intestino de animales y personas. Otras fuentes de infección pueden ser los mamíferos infectados y aves de corral, y por supuesto los humanos también pueden actuar como propagadores. Por otro lado, la listeria tiene la condición de ser resistente a la congelación, al secado y al calor, asimismo también puede conformar biopelículas o biofilms sobre ciertas superficies como el teflón o el acero, lo que le facilita sobrevivir durante mucho tiempo en ciertas instalaciones como las destinadas a la fabricación alimentaria.

Pero además de las características anteriores también tiene la capacidad de contaminar alimentos, siendo éstos la principal fuente de infección:

- Carnes y pescados crudos o poco cocinados, frutas y vegetales crudos contaminados.
- Productos lácteos poco curados, pescados ahumados y alimentos procesados que se contaminaron durante el proceso (alimentos listos para consumir, paté, quesos blandos, fiambres, salchichas o helado entre otros) son los principales modos de transmisión.
- Otras maneras de contagio son la vía madre a hijo (transplacentaria o través del canal del parto), contagio nosocomial por uso de instrumental contaminado y también a través del contacto directo con materiales contaminados o personas.
- Rara vez se produce la transmisión persona a persona, a excepción de la prenatal.

INCUBACIÓN

La listeriosis tiene un período de incubación extremadamente variable. El periodo de incubación en personas adultas oscila entre 3 y 70 días, aunque la media de

tiempo es de 3 semanas, mientras que en los bebés la sintomatología se puede manifestar en pocos días o semanas.

SÍNTOMAS

En personas sanas la manifestación de la listeriosis es normalmente asintomática aunque puede implicar cuadro febril leve (en algunos casos síntomas similares a los de la gripe), gastroenteritis o erupción cutánea acompañada de fiebre, cefaleas y dolor generalizado. En sus casos más agresivos puede producir meningitis o meningoencefalitis, septicemia, además del aborto en mujeres gestantes. El problema se agrava en mujeres embarazadas, neonatos, personas inmunodeprimidas o personas de edad avanzada, para los cuales la listeriosis supone un grave riesgo para su salud. En el supuesto de las mujeres gestantes, y aunque ellas no sufran ningún síntoma, pueden infectar al feto pudiendo provocarle septicemia al nacimiento, neumonía, meningitis o enfermedades respiratorias en el periodo neonatal o incluso la muerte. La tasa de mortalidad de los bebés afectados alcanza el 20-30%.

DIAGNÓSTICO

La listeriosis generalmente se diagnostica cuando en un cultivo bacteriano (un tipo de prueba de laboratorio) crece la *Listeria monocytogenes* a partir de un tejido o líquido del cuerpo, como sangre, el líquido cefalorraquídeo o la placenta. También existen fórmulas comerciales para la detección rápida de la infección. En el caso de encontrar la bacteria en un alimento también sirve como confirmación.

MEDIDAS PREVENTIVAS

En la mayoría de los casos la *Listeria monocytogenes* se elimina de los alimentos mediante la cocción o pasteurización.

Respecto a las mujeres gestantes o personas inmunodeprimidas existen una serie de recomendaciones entre las que se encuentran:

- Los alimentos deben estar perfectamente cocinados.
- realizar un lavado apropiado de los vegetales crudos.
- Consumir lácteos pasteurizados.
- Calentar muy bien comidas ya precocinadas.
- Una correcta desinfección de los utensilios utilizados.
- Un correcto lavado de manos.

Por otro lado, se sugiere evitar alimentos listos para consumir y aquellos que

hayan podido estar en contacto con materiales contaminados. Se debe tener especial cuidado en la conservación de alimentos perecederos, así como evitar la descongelación de los alimentos a temperatura ambiente, manteniendo las cadenas de frío adecuadas. Estas recomendaciones se pueden hacer extensivas a cualquier tipo de persona como medida preventiva.

TRATAMIENTO

Ante la aparición de la infección por listeriosis se debe aplicar tratamiento antibiótico (penicilina, ampicilina). La duración del tratamiento puede ser variable, por lo general dos semanas es suficiente, aunque se puede alargar hasta seis semanas, dando lugar a una lenta recuperación en los grupos más sensibles. Se recomienda un seguimiento al entorno del paciente.

En el supuesto de la existencia de un brote se debería establecer el origen de la infección y como se ha difundido para comenzar el protocolo preventivo y de control.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente los casos de listeriosis en humanos son cada vez más numerosos y se producen en la mayoría de los casos debido a la ingesta de alimentos contaminados. El aumento en el consumo de alimentos listos para consumir ha contribuido al incremento de casos de listeriosis.

Cuando se producen epidemias que afectan a un número importante de la población se genera una alerta que supone un grave problema de salud pública. Una información específica y adecuada sobre la listeriosis, aportada mayoritariamente por los profesionales sanitarios, supone una medida preventiva de gran utilidad, sobre todo en la población de mayor riesgo, lo que supondría una disminución en las posibilidades de contagio y una tranquilidad para la comunidad.

6 Bibliografía

- Otero, J.; Alós J.I.; Listeria y Listeriosis. Servicio de Microbiología, Hospital de Móstoles, Madrid. Control Calidad SEIMC. Noviembre 2014. Disponible en: <http://www.seimc.org>.
- Rodríguez-Auad, J. P.; Panorama de la infección por Listeria monocytogenes. Revista Chilena de infectología de la Sociedad Chilena de Infectología. Noviembre

2018. Disponible en: <http://revinf.cl>.

- Biblioteca Nacional de Medicina de los EEUU. Septiembre 2017. Disponible en: <http://medineplus.go>.
- Listeriosis. Agencia Española de consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Octubre 2019. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es>.
- Listeria monocytogenes. Boletín ACSA n°9. Agencia Catalana de Seguridad Alimentaria (ACSA). Mayo-junio 2018. Disponible en: <http://acsa.gencat.cat>.
- Listeria monocytogenes. Elika, Fundación Vasca para la Seguridad Agroalimentaria. Marzo 2006 y febrero 2013. Disponible en: www.elika.net.
- Listeria monocytogenes. DATABiO, Ficha de agentes biológicos DB-B-L.m-16. Julio 2016. Disponible en: <http://www.insst.es>.
- Listeriosis. The Center for Food Security & Public Health. Iowa State University. Agosto 2007. Disponible en: <http://www.cfsph.iastate.edu/DiseasesInfo/disease>.
- Protocolo de Vigilancia y alerta de la Listeriosis. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Junta de Andalucía. Septiembre 2011.
- Sedano, R. et al. Infecciones por Listeria monocytogenes, una experiencia de dos décadas. Revista Chilena de infectología. Junio 2018. Disponible en: <http://scielo.conicyt.cl>.
- Red de vigilancia de listeriosis. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid. Enero 2018, rev. Agosto 2019. Disponible en: <http://www.comunidadmadrid>.

Capítulo 145

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y COMO PREVENIRLAS

AZAHARA FERNANDEZ BUELTA

JESSICA CARLOTA MENENDEZ GARCÍA

TAMARA MENÉNDEZ SIERRA

1 Introducción

Según la OMS (2019) las enfermedades infecciosas son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos.

Se estima que cada año se producen 20 millones de nuevos casos de ETS en los Estados Unidos. Aproximadamente la mitad de los cuales ocurren en personas de entre 15 y 24 años. En 2016 se registraron más de 460.000 nuevos casos de infección por clamidias. Lo que convierte a la gonorrea y a las infecciones por clamidias en las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes.

Dentro de la enfermedades infecciosas encontramos las de transmisión sexual (ETS) que se transmiten de un individuo al otro al tener relaciones sexuales. Las enfermedades de transmisión sexual más habituales son:

- Clamidias.
- Herpes genital.
- Gonorrea.
- VIH/SIDA.
- VPH.
- Sífilis.

-Tricomoniasis.

Suelen afectar más a las mujeres . En las mujeres embarazada pueden provocar problemas graves en la salud del bebé. (López y Martínez,2007, NIH, 2018).

El Sida es la enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene SIDA cuando contrae infecciones peligrosas o tiene un número bajo de las células CD4. El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH , con el tiempo termina provocando la muerte. Sin la administración de tratamiento serían unos 10 años lo que tardaría la persona con VIH en desarrollar el SIDA.

El VIH se propagó por el mundo a finales de los 70 y el SIDA ha dejado unos 39 millones de muertes hasta el día de hoy en todo el mundo. Los niños con un VIH no tratado contraen las infecciones comunes a la infancia, estas infecciones pueden provocar convulsiones, fiebre, neumonía, catarros recurrentes, diarrea y deshidratación.

2 Objetivos

- Informar y analizar sobre las enfermedades de transmisión sexual.
- Medidas de prevención.
- Acudir a centros especializados para pacientes infectados donde se realizarán las pruebas que manda el protocolo y así administrar un tratamiento más adecuado.

3 Metodología

Se ha realizado un trabajo y una revisión bibliográfica. Recogiendo información de forma electrónica en diversas páginas y bases de datos como Dialnet, Google académico, Medlineplus, Sciencie Direct, Planned Parenthood, Etienne, msdmanuals, Wikipedia y News-medical.

4 Resultados

Los resultados de esta revisión nos muestran una visión de como ha evolucionado el mundo frente a las transmisión sexual.

Entre los años 1986 y 1990 hubo una de las mayores epidemias de sífilis en EE.UU con mayor aumento en los varones. En 1991 y 1995 bajo los casos de sífilis pri-

maria y secundaria. El virus del papiloma es el que más afecta con un 75% de la población. Hay 257 millones de seres humanos con infección continua con el virus de la hepatitis B. Provocó 887.000 muertes, debido a las complicaciones, que incluyen carcinoma hepatocelular y cirrosis.

La hepatitis C afecta a 71 millones de infección crónica, algunas de ellas acaban padeciendo cirrosis o cáncer de hígado. El VIH- Sida es una de las enfermedades más contagiosas y que más muertes produce cada año. Los últimos 10 años gracias a los avances a descendido en un 44%. La OMS estima que en el año 2016 fallecieron 1.000.000 de personas.

En el año 2017 había 36,9 millones de personas que tenían el VIH , en todo el mundo . 1,8 millones de personas se contagiaron del VIH . Desde los inicios de la epidemia se calcula un total de personas afectadas que fueron 77,3 millones de personas y fallecieron 35,4 y 39 millones de personas. En el año 2004 fue una de la estadística más alta con 1,9 millones de muertes. Han bajado las muertes relacionadas con el SIDA, en más del 50% y con una cifra de 940.000 personas que fallecieron en el año 2017. La ciencia ha avanzado en lo que se refiere a tratamientos contra las infecciones de transmisión sexual, la enfermedad del VIH en los últimos 10 años han bajado las cifras un 44%. Se calculan que de los 20 o 30 años son las personas más afectadas, se dan en las personas solteras , separadas, o divorciadas.

Los científicos Australianos están buscando una vacuna contra la clamidia y la gonorrea, ya que están ofrecen resistencia en las infecciones que padecen. Con el herpes se ha realizado diversos estudios pero no han sido efectivos.

Existen más de 20 tipos de ETS que incluyen:

- Gonorrea: la gonorrea e la segunda infección de transmisión sexual causada por bacterias. Se necesitan programas de control para monitorear la susceptibilidad antimicrobiana y mantener las pautas del tratamiento. Los estudios de epidemiología molecular podrían ser útiles para comprender mejor los patrones de transmisión gonococia. (Serna 2016).
- El virus del herpes simple (VHS) hay dos tipos. El tipo 1 se transmiten principalmente por contacto de boca a boca y causa herpes labial , aunque también puede causar herpes genital. El tipo 2 se transmiten por vía sexual y causa herpes genital. Es bastante resistente a las condiciones ambientales y se transmiten a través del contagio humano, por las secreciones, orales o genitales. Para evitar posibles contagios lo más seguro es no mantener relaciones sexuales ni orales con personas ya afectadas. (Sánchez y González,2010).

- Ampollas y verrugas genitales: se producen por un virus. Estas infecciones víricas pueden llegar a ser imposibles de curar. Pueden tener tamaños y formas diferentes. Pueden contagiarse durante relaciones sexuales a través del contagio genital.(Parker y skillman,2004).
- Virus del papiloma humano: son grupos diversos de virus ADN pertenecientes a la familia de los papillomaviridae. Es una infección de transmisión sexual más común. Este virus causa verrugas genitales, que son lesiones benignas aunque su permanencia causa evoluciones malignas, como el cáncer cervical (CCU). La CCU es una enfermedad muy grave. Para prevenir las enfermedades del VPH , las ampollas y verrugas genitales se usan los mismos medios de barrera que para el VHS. (Giménez,2008; Mateos, Pérez,2017).
- Gonococia: es una infección causada por Neisseria gonorrhoeae se transmite por vía sexual. El microorganismo coloniza las superficies de las mucosas tales como uretra, cervix, ano, faringe, y conjuntiva. En el varón es más frecuente la uretritis anterior que se caracteriza por la inflamación de la uretra bastante dolorosa. El cuadro clínico remite sin tratamiento a los 2 meses. En las mujeres las manifestaciones suelen ser inespecíficas. Las localizaciones extragenitales tienen relación con prácticas sexuales. Presenta una clínica asintomática o se manifiesta por dolor en la defecación, Secreción, y hemorragia. La forma orofaríngea, en casos pequeños aparecen molestias locales o amigdalitis febril. (Real Academia Española y Asociación de Academias de la lengua Español, 2014).
- Piojos públicos: también llamados “ ladillas” . Son parásitos que se adhieren a la piel y al vello del área genital. Se eliminan fácilmente con un tratamiento que puedes adquirir en la farmacia. (Wikipedia).
- Sarna: la sarna son pequeños parásitos que causan picazón. Se transmite por contacto de piel con piel, Se puede curar. Es una afección cosmopolita. Alcanza a todas las capas de la población y constituye una dermatosis y de fácil tratamiento. (WebMD.2004).
- Sífilis: la sífilis es una infección bacteriana común. Se cura fácilmente con medicamentos, pero puede ser peligroso si no se trata. Consta de varias fases. Se transmite por prácticas sexuales y también por contacto directo con lesiones localizadas en los genitales. La fase temprana comprende la forma primaria y la fase tardía corresponde con las complicaciones graves y aparece a los 8- 10 años o nunca. Presenta graves complicaciones: manifestaciones cutáneas, óseas, viscerales, vasculares, oculares y neurológicas. (Houpe y Reina,2003).
- Vaginitis inespecífica: cuando existe secreción vaginal. Se caracteriza por la presencia de flujo fino moderado , homogéneo, grisáceo y maloliente, con PH superior a 4,5.

- Tricomoniasis: la tricomoniasis es una de las grandes causantes de la vaginitis. Es muy común y se trata fácilmente. Se prolonga mediante el contagio sexual. Hepatitis B y C: la hepatitis es una inflamación del hígado. La hepatitis b es un virus que puede causar enfermedad hepática y que se transmite a través de las relaciones sexuales o por compartir elementos de higiene como máquinas de afeitarse o cepillos dentales. Existe una vacuna para esta infección. Suelen provocar al año 600.000 muertes al año La hepatitis c es una enfermedad vírica que puede provocar un daño hepático grave. Se transmite igual que la b y los síntomas son parecidos. En esta no hay una vacunación y suelen provocar unas 350.000 muertes al año. Para prevenir estas enfermedades hay que utilizar material desechable o esterilizado. (Etienne, 2016)
- Clamidia: es una infección bacteriana, se transmite a través del sexo anal, vaginal u oral. El esperma y el líquido preeyaculatorio, es otra manera de ser transmitido durante el parto si la madre está infectada. Muchas de las personas afectadas con clamidiasis no presentan síntomas y no saben que pueden estar infectadas. Se trata con antibiótico.(Castillo y Chacón,2017).
- Molluscum contagiosum: infecciones que produce pequeñas protuberancias en la piel. Desaparecen por si misma y no es peligras . Si no tratas la infección, los bultos tardarán entre 6 y 12 meses en desaparecer.
- Sífilis: es una infección bacteriana común que se contagia a través de las relaciones sexuales. La sífilis se cura de forma sencilla con antibióticos, pero provocar daño permanente si no se trata. (Houpe y Rein 2003).
- Candidiasis genital: Se debe a *Cándida albicans*, también es frecuente *Torulopsis glabrata* y otros hongos *Torulopsis glabrata* y otros hongos levaduriformes. Estas infecciones no siempre son transmitidas por contacto sexual y afectan más a las mujeres . La vulvovaginitis candidiasica es frecuente y supone de un 25-30% de las infecciones vaginales.
- VIH y SIDA: el VIH es el virus que se transmite de persona a persona. Con el tiempo, el VIH destruyó un tipo de células importante del sistema inmunitario (denominado células CD4 o células T) que nos protegen de las infecciones. Cuando no tienes suficientes células CD4 , tu cuerpo no puede combatir las infecciones como lo haria normalmente. El VIH no se transmite por la saliva, ni por dar un beso o compartir alimentos o bebidas ni tampoco por abrazar , darse la mano toser o estornudar(wikipedia,2019).

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades de transmisión sexual representa una organización de infecciones transmisible que han resultado esenciales para la Salud pública. Afectan a todos los niveles sociales y financieros. Afectan a casi todas las generaciones de edad.

Con este trabajo queremos hacer varias reflexiones en el cual es muy importante la prevención en las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones, se pueden adquirir por una mala práctica, estar desinformados . A día de hoy en los centros educativos ya imparten charlas sobre ello para personas adultas , para que así podamos reducir el riesgo de enfermedades.

En el caso de personal sanitario hay que tener cuidado ala hora de utilizar objetivo punzantes que puedan estar en contagio con la sangre o fluidos. Siempre con protección de guantes y el material utilizado debe ser desechado o esterilizado. No compartir con otras personas materiales que pinchen, como agujas, jeringas, cuchillas de afeitar, etc..

El Sida es la enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona tiene sida cuando contrae infecciones peligrosas o tiene un número bajo las células CD4. El Sida es la fase más grave de la infección por VIH , con el tiempo termina provocando la muerte. Sin tratamiento toma 10 años para que alguien con VIH desarrolle SIDA. El VIH se propagó por el mundo a finales de los 70 y el SIDA ha dejado unos 39 millones de muertes hasta el día de hoy en todo el mundo.

Los niños con un VIH no tratado contraen las infecciones comunes a la infancia, estas infecciones pueden provocar convulsiones, fiebre, neumonía, resfriós recurrentes, diarrea y deshidratación. Los estudios y las estadísticas confirman la evolución frente a las enfermedades de transmisión sexual en el mundo. Cada día se diagnostica 1 millón de afectados.

6 Bibliografía

- <https://www.plannedparenthood.org>.
- [https:// es. Wikipedia.org](https://es.wikipedia.org).
- <https://scielo.isciii.es>.
- <https://msdmanuals.com>.
- <https://mayoclinic.org/es>.

- <https://scielo.sld.cu>.
- <https://elsevier.es>.
- <https://pubmed.es>.
- <https://espanol.nichd.nih.gov>.

Capítulo 146

CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD

SANDRA MUÑOZ GARCÍA

MARÍA BELÉN MEIRINHO CAMPOS

1 Introducción

A lo largo del último siglo el aumento de gases invernadero, generados de mano del hombre, en nuestra atmósfera está generando una aceleración del cambio climático que tienen grandes consecuencias en el medio ambiente y en la salud.

2 Objetivos

Con esta reflexión queremos dar a conocer la incidencia directa del cambio climático en nuestro ecosistema y por ende en nuestras vidas.

3 Metodología

Estudio de artículos de investigación, páginas gubernamentales sobre la biodiversidad y transición ecológica.

4 Resultados

El Clima

De total influencia en las vidas de las personas, tipo de vivienda, alimentación, actividades, núcleos poblacionales, actividades.. Se puede afirmar que todo está determinado por el clima y los recursos que nos proporciona o nos quita.

El aumento de gases invernadero está provocando cambios de temperatura global y modificación del clima, produciendo temperaturas y precipitaciones extremas. Grandes olas de calor, sequías, deshielo, aumento del nivel del mar, olas de frío...

Estos cambios producen consecuencias directas en nuestra salud.

- Olas de calor: reducción de los campos de cultivo, disminución de agua dulce de consumo y regadío por salinización, pérdida de biodiversidad.

- Deshielo de los glaciares con el consecuente aumento del nivel del mar.

Provocaría cambios en la distribución geográfica poblacional, movimientos migratorios en busca de recursos, hacinamiento poblacional. Aumentarían las enfermedades transmisibles sobre todo las de transmisión hídrica y vectorial. La reducción de aguas fluviales aumentaría las de aguas estancas que combinado con el aumento de temperatura, elevaría el número y adaptación de ciertos vectores (ejemplo mosquitos). El agua al ser reducida tendría acumulada la carga de patógenos y de químicos lo que produciría más enfermedades bacterianas y renales.

- Las sequías elevarían las tormentas de polvo influyendo en las vías respiratorias por las esporas de hongos y bacterias.

Está comprobado que habría un aumento de las Cianobacterias con una alta capacidad tóxica, hepatotoxicidad, neurotoxicidad y dermatotoxicidad. Sus efectos son visibles en piel, oídos, alergias, mareos, cefaleas, daños renales e deshidratación. Otro de los efectos directos sería el aumento de patologías por detrimento de la higiene por falta de agua.

- Inundaciones, provocarían la contaminación de caudales y de suelo agrícola y ganadero. Aumento de enfermedades diarreicas. Muertes directas e indirectas con infecciones y vectores.

Cambio climático = enfermedad y muerte.

5 Discusión-Conclusión

El cambio climático es devastador para la humanidad. Debemos favorecer un cambio radical de nuestras costumbres y un movimiento fuerte para que nuestros gobiernos cambien sus políticas de crecimiento global en post de la continuidad de la humanidad o por el contrario estaremos abocados a la extinción.

6 Bibliografía

- www.mscbs.gob.es, Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social
- www.miteco-gob.es, Ministerio para transición ecológica.
- Fundación-biodiversidad. es.
- Adapteca. es.

Capítulo 147

ACTUACIONES DEL TCAE ANTE CONTAMINACIÓN ACÚSTICA EN EL HOSPITAL

MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ

CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ

LAURA SUÁREZ TALAVAN

GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ

1 Introducción

El medio ambiente puede ser causante de alteraciones en tu salud. El ruido en tu vida puede ser causante de deterioro en tu organismo.

2 Objetivos

El mayor objetivo a tener en cuenta es reducir al mínimo el estrés de trabajadores y sobre todo pacientes ya que entorpece la recuperación de estos.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos de enfermería en desarrollo.es y Pubmed.

4 Resultados

Guardar el orden en los cambios de turno, no hablar en voz alta en los pasillos, sustituir carros de alimentación y lencería por otros menos ruidosos si fuera necesario, no permitir volúmenes muy altos en las habitaciones, que tengan tv preparada para conectar auriculares inalámbricos, poner burletes en puertas, usar señal luminosa como aviso de la llegada de ambulancias o instalar un sonómetro en las plantas, son medidas en las que se obtendría un buen resultado para disminuir la contaminación acústica.

5 Discusión-Conclusión

Con una buena organización de trabajo entre todos los equipos se puede disminuir muchísimo la contaminación acústica en los hospitales y así tener una mejor salud tanto social como ambiental.

6 Bibliografía

- enfermeríaendesarrollo.es
- estudioselmundo.es

Capítulo 148

SÍNDROME DE BOURNOUT , FACTORES DESENCADENANTES.

LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ

MARIA DE LA CUESTA TUÑÓN

1 Introducción

Definimos El Síndrome de Bournout como una respuesta al stress laboral (estado de agotamiento físico, mental y emocional) que se genera en los profesionales que tienen como objetivo ayudar a otros.

Se caracteriza por un proceso paulatino, por el cual las personas con el paso del tiempo pierden interés en las tareas que diariamente han llevado a cabo.

2 Objetivos

Tenemos como objetivo, conocer en profundidad cuales son los factores desencadenantes del Síndrome de Bournout, también conocido como " Síndrome del trabajador quemado", para conseguir la prevención de dicho Síndrome, reducir el estrés laboral ,ofrecer al trabajador herramientas para mejorar ese sentimiento de agotamiento mental y así intentar mejorar la salud del trabajador y con ello obtener una mayor satisfacción laboral y con ello personal.

3 Metodología

Se han utilizado para la búsqueda y recopilación de información herramientas como:

- Revisión Bibliográfica Literaria.
- Revistas Científicas.
- Mediante Buscador de Google.

4 Resultados

En base a estudios realizados, encontramos una serie de factores desencadenantes del Síndrome de Bournout, de los cuales podemos clasificar 10 variantes, desarrollados a continuación:

- 1-Falta de concentración.
- 2-Exceso de trabajo.
- 3-Conflictos de roles.
- 4-Falta de información.
- 5-Favoritismos.
- 6-Relaciones tóxicas.
- 7-Impedimentos por parte de superiores.
- 8-Falta de participación en decisiones.
- 9-Imposibilidad de ascenso o progreso.
- 10-Conflictos entre compañeros.

El trabajador que pueda sufrir alguna de estas causas o todas, claramente con el paso de los meses o años (no hay un tiempo estimado) acabara padeciendo estrés físico, mental y agotamiento, el cual desencadenara en el mencionado Síndrome.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Bournout o Síndrome del Trabajador quemado, podría tener menor índice de estrés con una mejor atención al usuario y mejorar el funcionamiento y conseguir una mayor satisfacción laboral, si los profesionales que trabajan en el ámbito de salud fuesen informados y prevenidos para así evitar llegar a padecer dicho Síndrome.

6 Bibliografía

- Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina N° 153_Enero 2006.
- Revista de Enfermedades del Trabajo.
- Síndrome de Bournout en Enfermedades de Atención Primaria.
- Buscador de Google.

Capítulo 149

REEDUCACIÓN Y CUIDADOS DEL SUELO PÉLVICO TRAS EL PARTO

SUSANA DIAZ BRANDY

SONIA MORILLO GONZÁLEZ

MÓNICA CANTELI RIVERA

NOELIA CUESTA MARIA

CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El suelo pélvico ó periné, es la estructura que envuelve la pelvis en su zona inferior; lo componen fascias, ligamentos y músculos antigravitarios.

Su función principal es retener las visceras que se encuentran en el abdomen y los órganos pélvicos (utero, uretra, vagina, vejiga y recto) en una correcta posición para un funcionamiento óptimo de estos. Tiene a su vez, una importante participación en los mecanismos de los esfínteres uretral y anal y durante la gestación alberga al feto.

Anatómicamente esta estructura, se asemeja a un "puente colgante", abarca desde el pubis al coxis y de isquión a isquión. Lo configuran ligamentos de sostén, que gracias a la tensión que ejercen, mantienen esta estructura firme.

Cuando el suelo pélvico se debilita las estructuras que sostiene descienden, por tanto, su función se ve alterada, es aquí cuando hacemos hincapié en lo lesivo

que es el parto para el suelo pélvico, debido a que esta musculatura siempre sufre algún tipo de traumatismo tras el parto, siendo los partos vaginales uno de los principales factores de debilitamiento del suelo pélvico; ya sea por que el bebé al salir distienda las fascias y los músculos, por tener que hacer uso de instrumental como ventosas o fórceps, por ser preciso practicar una episiotomía o por que se han producido desgarros.

Por tanto, las alteraciones que pueden sufrir las mujeres tras el parto son de diversa tipología: muscular, articular, anorrectales, urinoginecológicas o de la fascia.

2 Objetivos

- Enumerar los signos a valorar tras el postparto por parte de los profesionales de la salud.
- Comparar las mujeres que realizan fortalecimiento del suelo pélvico con las que no lo hacen.
- Enumerar los ejercicios existentes para prevenir la debilitación del suelo pélvico.
- Describir las pautas a seguir para la higiene del suelo pélvico según la fase del postparto.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda en fuentes bibliográficas de referencia de artículos, libros y revistas que cumplieran una serie de criterios: que el texto estuviera completo de forma gratuita que mencionen la importancia de asesorar y dar a conocer de manera temprana ejercicios y cuidados básicos para fortalecer el core y el suelo pélvico, excluyendo aquellos artículos sin validez científica, que fuesen de pago o que no figuren a texto completo, que careciesen de autor, sin título o textos en los cuales los ejercicios plasmados no ejercían una buena praxis.

Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, Pubmed, Nursing Consult y Cuiden. Además de recurrir a documentación escrita (libros) para el entendimiento de nuestro estudio.

Hemos utilizado a su vez, DECS (Descriptores de Ciencias de la Salud) en los que hemos utilizado palabras clave, como: Prevención, Secuelas, Ejercicios, Lesiones.

4 Resultados

Orientar a la mujer, en el postparto para que sepa observar si presenta ciertos signos que indicarían que se encuentra debilitado su suelo pélvico, acudiendo por tanto a un fisioterapeuta ó especialista.

Los signos a valorar serían:

- Si presenta incontinencia por leve que esta sea.
- Si no siente contracción cuando realizas ejercicios de suelo pélvico.
- Si nota descenso de los órganos genitales ó prolapso
- Si la zona genital presenta dolor al realizar una actividad deportiva u otro tipo de actividad.
- Presentan disfunciones sexuales: Anorgasmia ó sufrir relaciones dolorosas entre otras alteraciones.

Las mujeres que tras el parto realizan ejercicios para el cuidado y fortalecimiento del suelo pélvico, músculo transverso y core, tienen mejor y mayor prontitud en la recuperación de las funciones y posibles alteraciones post-parto, que las mujeres que no realizan ó desconocen estos cuidados. Por tanto, estas secuelas, pueden evitarse o mejorarse notablemente con cuidados específicos y ejercicios de prevención; siendo los más efectivos los ejercicios para fortalecer el Core: ejercicios de kegel, pilates para suelo pélvico e hipopresivos.

Los ejercicios de Kegel, consisten en activar la musculatura del suelo pélvico, como siuviésemos la intención de retener la micción. Lo idóneo, sería aplicar estos ejercicios cuando realicemos un esfuerzo, por ejemplo, cuando levantemos un peso, deberíamos cerrar nuestro suelo pélvico.

El Pilates para suelo pélvico es una actividad muy recomendable debido a que refuerza y fortalece la musculatura pélvica y lumbar, obteniendo fortalecimiento del suelo pélvico y mejoras posturales. Cabe destacar la importancia de esta disciplina, pues con el pilates integramos el trabajo del Core que esta formado por el diafragma, transverso abdominal y la musculatura del suelo pélvico.

Esta faja abdominal es la encargada de mantener las visceras bien posicionadas en su lugar, respirar adecuadamente , adquirir una correcta postura y estabilizar el tronco. Por todo ello, es una actividad muy aconsejable, pues un core que no realiza su función de manera correcta, provocará diversas alteraciones que con gran probabilidad desencadenaran en una patología.

La gimnasia abdominal hipopresiva, sirve para que el tono de la musculatura del

abdomen y del suelo pélvico mejore y propiciar la buena posición de las vísceras cuando han descendido.

Todo entrenamiento de activación de los músculos del core y por ende del suelo pélvico se debe realizar prestando especial atención a la respiración. Hay que conseguir contraer la musculatura sin alterar la respiración.

Por otro lado debemos realizar estos ejercicios diferenciando dos fases. Postparto inmediato y Postparto tardío.

Postparto inmediato:

En las horas y días posteriores al parto, existe edema, inflamación, estreñimiento y ligado a esto "miedo" a defecar y posible incontinencia. Por tanto las pautas a seguir serán: No cargar pesos, ni realizar esfuerzos y evitar la bipedestación prolongada. Se realizarán ejercicios hipopresivos o de respiración abdominal.

Postparto tardío:

Pasadas las primeras seis semanas, tras el parto, se aconseja realizar una valoración del estado del suelo pélvico, valorando las lesiones o posibles lesiones que el parto ocasionó. Dicha valoración será realizada por un fisioterapeuta, que tras estudiar cada caso pautará de manera personalizada unos ejercicios para fortalecer la zona afectada. Siendo estos respiraciones diafragmáticas, contracción del transverso y suelo pélvico, ejercicios de tonificación abdominal y ejercicios de movilización lumbopélvica, estos últimos serán realizados para una mayor efectividad con una pelota o fitball.

5 Discusión-Conclusión

Con el objetivo de reducir las secuelas que puedan darse tras el parto, es de vital importancia, asesorar y dar a conocer de manera temprana, los ejercicios y los cuidados básicos a realizar para fortalecer y activar la faja abdominal ó core, los músculos transversos y el suelo pélvico.

La importancia que tiene establecer en torno al suelo pélvico, ejercicios y pautas para una óptima prevención, mejora y pronta recuperación, para que estos resulte efectivo, se llevará a cabo una prevención de las complicaciones que suelen darse, tales como:

- Descenso de órganos pélvicos o prolapsos.

- Incontinencia tanto fecal como urinaria y urgencia uriniaria, ya que es el suelo pélvico quien tiene la función de control de estos esfínteres.
- Estreñimiento terminal y Flatulencias.
- Disfunciones sexuales, tales como anorgasmia, dispareunia ó contagia y vaginismo, entre otras.

A su vez, destacar la importancia de asesorar y educar a las futuras mamás durante el embarazo, pues una vez pasado el parto, tienden a tener la creencia que estos síntomas remitirán con el tiempo, derivando por tanto en la disfunción del suelo pélvico.

Por ello, es fundamental aconsejar a la parturientas acudir a un especialista, véase matrona y/o ginecólogo, para que valore el estado en el cual se encuentra, debido a que esta musculatura siempre sufre algún tipo de traumatismo durante la fase expulsiva del parto. Una segunda valoración muy importante será la del fisioterapeuta especializado en suelo pélvico, que determinará, cuando y como comenzar con los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico.

6 Bibliografía

- Carneiro, E.F., Araujo, N.D.S., Beuttenmüll, L., Vieira, P.C.; Cader, S.A., Rett, M.,...& Dantas, E.H.M. (2010). Las características anatomofuncionales del suelo pélvico y la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a ejercicios personales. *Actas Urológicas Españolas* 34 (9), 788–793.
- Latarjet M., Ruiz Liard A.. *Anatomía Humana*, Editorial Médica Panamericana, (1993).
- Rouviere H. *Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional*, Masson, (2005).
- Ragué J.M. Trastornos del suelo pélvico. *Cir Esp.* 2005; 77 (5): 254-7.
- Thibodeau G., Patton K. *Anatomía y fisiología*. Harcourt. 4a edición. 2007.
- García del Salto L, De Miguel Criado J, Aguilera del Hoyo, LF et al. MRI Imaging-based Assesment of the Female Pelvic Floor. *Radiographics*, 2014; 34:1417-1439.

Capítulo 150

BENEFICIOS DEL CUIDADO DEL CUIDADOR.

REBECA LONGARELA FERNÁNDEZ

ALICIA GUERRERO GONZALEZ

MAIRA MORILLO GONZALEZ

NOELIA MORILLO GONZÁLEZ

ARANZAZU APARICIO GARCIA

1 Introducción

El cuidador, una palabra que en la actualidad se emplea en muchos domicilios dado a la escasez de economía en muchos hogares familiares, existen muchas definiciones de esta palabra y muchos autores aun empleando diferentes formas de definirla, llegan al mismo punto de vista. El cuidador es una persona que habitualmente se encargan de ayudar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria a personas (mayores, enfermas o discapacitadas) que no pueden desempeñar estas funciones por sí mismas.

Generalmente este cuidador es un familiar cercano y mujer. Se encarga no solo de AVD si no en muchas ocasiones de intentar mejorar la calidad de vida de esa persona. El cuidador principal tiene un papel fundamental en el familiar.

Dependiendo del tipo de cuidador y su vínculo familiar puede ser:

- Cónyuge: El problema principal de esta persona es que va a encontrarse aislado, soledad, el cuidado es 24 horas interrumidamente, sin descanso, por lo que limita realizar su vida, solo vive la de su compañero. También le supone ver la posible degeneración de su cónyuge e inclusive su muerte. La primera causa en la escala de estrés y depresión es la muerte del Cónyuge (la escala Thomas Holmes y Richard Rahe.1976).

- Hija: La edad podría estar comprendida 40-50 años casada y posiblemente con hijos. Muchas de estas trabajan fuera del domicilio familiar, no tienen ni formación sobre cuidados sanitarios. Se culpan generalmente de no saber conocer estos cuidados y no poder realizar todo el cuidado de su familiar necesita. En este caso también hay una estadística que nos demuestra que esta persona acaba sin trabajo y sin remuneración pues el cuidado es incompatible con la labor del cuidado. (Crespo, 2007).

A este tipo de cuidador se le denomina cuidador informal (OMS) que se puede definir como una persona sin casi conocimientos sanitarios, sin preparación ni experiencia, es un cuidador circunstancial. (Moreno,2005).

El cuidador debe evitar su claudicación en el cuidado de su familiar, debe de ser escuchado pedir apoyo a sanitarios, debe de reconocerse también la labor que está ejerciendo dejando atrás su vida para velar por la de su familiar. Ya en 1936 Hans Selye utilizo el denominado Stress como estímulos negativos para la vida diaria con lo cual denomino Síndrome General de Adaptación. El cual se divide en 3 etapas diferentes, Alarma, Adaptación y agotamiento. La última etapa ya entra el cuadro de ansiedad pues la persona esta con desesperanza lo da todo por perdido. Algunos de los síntomas de ansiedad pueden ser hipertensión, insomnio, fatiga, dolores etc.

El cuidador puede detectar precozmente este estrés depresión y evitar caer en este fondo sin salida.

Los síntomas que puede encontrar pre-etapa a el estrés pueden ser: ira, temor, taquicardia, perdida del cuidado de aspecto, social, abandono del trabajo. Para no llegar a esta etapa es muy importante pedir ayuda a cuidador formal o Sanitarios.

2 Objetivos

- Analizar la calidad de vida del cuidador.
- Describir conocimientos del cuidador informal ante el cuidado familiar.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, la cual nos llevó a bases de datos en las que aparecían textos que valoraban el beneficio de formación cuidador informal Conocimiento de síntomas de estrés y depresión. Las bases de datos consultadas han sido Medline, Scielo y Cochrane Library.

Las palabras utilizadas en DECS fueron “Cuidador” “Familiar” “Actividades vida diaria”. Las palabras utilizadas en MESH fueron “depresión”, “carer”. Se seleccionaron artículos que correspondían a la última década, incluyendo sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas. Normas de aceptar textos:

- Textos que aparezcan palabras como: cuidador principal, actividades vida diaria, enfermedad
- Sin discriminar idioma.
- Artículos aparezca el 100% todo el documento.
- Bases de datos.
- Revistas, libros.

Criterios de Exclusión:

- Artículos sin autor.
- Artículos sin título.
- Textos sin validez científica.

Se realiza una búsqueda bibliográfica desde 1 de junio de 2019 a 1 de agosto de 2019 Se realiza la búsqueda en todas las bases de datos utilizando las combinaciones posibles de todas las palabras expuestas anteriormente. Las mismas combinaciones se repiten en cada una de las bases de datos. Se obtienen un total de 33.400 artículos y, utilizando como filtro de últimos 10 años, dan un total de 12000 artículos. 8550 artículos fueron excluidos, bien porque estaban duplicados o por falta de adecuación al tema de estudio. Los 3450 artículos restantes son sometidos a un segundo nivel de filtrado a través de lectura crítica revisando el texto completo para confirmar relevancia. Esto condujo a la exclusión adicional de 2554 artículos. En total quedan 896 artículos. En la última búsqueda mediante las palabras que más artículos relevantes salieron y se añade un estudio longitudinal, quedando 15 artículos que consideramos aptos para nuestra revisión bibliográfica.

4 Resultados

- Crespo (2007), indica la sobrecarga familiar de una mujer, hija, cónyuge, y el beneficio de coordinación con profesionales sanitarios que apoyen a estos cuidadores familiares.
- Heierle (2004) nos ha ayudado a conocer y comprender mejor la naturaleza del proceso de intercambio de ayuda familiar en el seno de la diada cuidadora principal-cuidadora secundaria de personas mayores con deficiencias cognitivas irreversibles que viven en sus domicilios.
- Pinto (2005), nos explica como el papel del personal sanitario es fundamental para detectar a un cuidador hábil que sea capaz de llevar a cabo un cuidado de un familiar tanto si padece enfermedad como si no, para ello se le dan las herramientas adecuadas para prevenir precozmente un síntoma de estrés o ansiedad.
- Según Sánchez (2002) el cuidar es un arte una ciencia pues no todas las personas están capacitadas para desempeñar este tipo de trabajo.
- Moreno (2005), cuenta como el cuidar en domicilio no puede ser difícil y da pautas para evitar estrés, claudicación familiar.

5 Discusión-Conclusión

El cuidador es la figura referente ante ese familiar que no puede realizar por si mismo las AVD, es el que suple esas funciones que el no puede realizar, es un bastón familiar muy fuerte. Pero este cuidador puede entrar en depresión, estrés y todos los signos y síntomas descritos anteriormente, por lo que es muy importante el estado de alerta tanto de el cuidador como de los servicios sanitarios para detectar precozmente y evitar la claudicación.

Debería ser indispensable en cuidadores informales talleres, información para el tipo de cuidado que su familiar necesita, dependiendo de las funciones a suplir.

También el cuidador debería tener algún tipo de relevo, escapada pues las 24 horas cuidando le esta evitando vivir su vida, su ocio, sus relaciones familiares (marido, hijos) su trabajo.

Los profesionales sanitarios posen varias escalas para detectar este tipo de estrés en cuidador como por ej. La más conocida es la escala de Zarit (García Calvente M,2004).

Es muy importante destacar que para realizar un cuidado a un familiar hay que cuidar al cuidador.

6 Bibliografía

- Crespo, M. y López, J. (2007). El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar". Madrid: IMSERSO.
- Shi,J.H.&Eberhart,N.K.(2010).Journal of Social and Clinical Psychology, 29,243-253
- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:83-92.
- Heierle Cristina. Cuidando entre cuidadores; Intercambio de apoyo en la familia. Granada: Fundación Index. Col. Cuadernos Index. 2004.
- López J, Crespo M. Intervenciones con cuidadores de familiares mayores dependientes: una revisión. Psicothema 2007; 19(1):72-80.
- Pinto N, Barrera, L, Sánchez B. Re-flexiones sobre el cuidador a partir del programa "cuidando a los cuidadores". Revista Aquichan. 2005;5 (1): 128-37.
- Sánchez B. Habilidad de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. El arte y la ciencia del cuidado. Bogotá: Unibiblos; 2002.
- Moreno ME et al. Cómo cuidar un enfermo en casa. Bogotá: El Manual Moderno; 2005.
- Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev Esp Salud Publica. 2009; 83 (3): 393-405.
- García Calvente M, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004; 18 Suppl 2:83-92.

Capítulo 151

BURN OUT, EL SÍNDROME DE LOS TCAES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS.

JÉSICA MARA LÓPEZ POLA

TANIA ANTUÑA ALVAREZ

ARÁNZAZU RODRÍGUEZ POLA

ROCIO LÓPEZ VIEJO

JULIA MARÍA MARTÍNEZ ALONSO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define el síndrome de Burn Out como "un síndrome conceptualizado como resultado de un estrés laboral crónico que no ha sido satisfactoriamente manejado".

Este fue incluido en Junio de 2018 en la nueva Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-11), que entrará en vigor en Enero de 2022.

Esta nueva clasificación implica una mayor visibilidad a un síndrome que afecta, principalmente, a profesiones cuidadoras, y permite que los diagnósticos e investigaciones vayan ligados a las condiciones de trabajo, considerándose un riesgo laboral, y permitiendo trabajar en relación a la promoción de la salud.

El síndrome de burn out o de quemado está asociado a tres tipos de consecuencias que sufre quien lo padece:

- Cansancio emocional.
- Despersonalización.
- Falta de realización personal.

Aunque son muchas las profesiones que pueden llegar a padecerlo, una de las más destacables, por sus especiales características, es la de Técnico Auxiliar de Enfermería, dentro de los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Los objetivos de esta revisión bibliográfica, y de las entrevistas realizadas son los siguientes:

- Comprobar si las características propias del trabajo de TCAE, hacen este candidato al padecimiento del síndrome de quemado.
- Revisar cuáles son los principales problemas que pueden hacer caer al profesional en este síndrome.
- Reconocer la sintomatología de la enfermedad en el personal.
- Aportar soluciones que puedan paliar, o al menos minimizar el riesgo de sufrir el síndrome.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo, se ha realizado una revisión de bibliografía y del contenido web existente, de donde se ha tomado información que resulta relevante.

Además de esto; se han realizado dos entrevistas personales, la primera de ellas a una trabajadora (TCAE) del Hospital Universitario Central de Asturias, y la segunda a una Psicóloga clínica trabajadora por cuenta propia.

4 Resultados

Una vez realizada la revisión bibliográfica, y analizados los datos obtenidos en las entrevistas realizadas, se da respuesta a los objetivos anteriormente mencionados, con los siguientes resultados.

El trabajo de los profesionales de enfermería es considerado de alto riesgo para el padecimiento de patologías como el estrés y la depresión, debido a la enorme carga emocional que conlleva el trato directo con el paciente, y el convivir, diariamente, con la enfermedad y la muerte como algo cotidiano.

La implicación emocional y el exceso de personalización en cada caso, conlleva la aparición de un sufrimiento por las situaciones ajenas que se van sintiendo como propias poco a poco.

También la carga excesiva de trabajo y la, no siempre buena, organización y gestión del mismo, funcionan como estresores y pueden llevar a las patologías anteriormente mencionadas

En las labores diarias del TCAE encontramos distintos factores que afectan para convertir a estos profesionales en diana de síndrome, problemas a los que se enfrenta en su día a día, que van haciendo mella en su salud mental, como pueden ser:

- Enfrentarse a las críticas o faltas de respeto de los pacientes, sus familiares u otros profesionales sanitarios.
- Convivir diariamente con la enfermedad, el sufrimiento y la muerte de personal a las que ha tratado directamente.
- Personalizar las historias de algún paciente con el que se llega a establecer algún tipo de vínculo emocional.
- No disponer del tiempo suficiente y considerar que el trabajo realizado está mal hecho por la escasez de personal o mala gestión del mismo.
- No disfrutar de una estabilidad en el trabajo, debido a los numerosos contratos cortos y los ceses y altas en escasos periodos de tiempo.
- Enfrentarse constantemente a puestos de trabajo desconocidos y para los cuales no se ha sido formado, sin posibilidad de un acompañamiento o un tiempo de aprendizaje previo.
- No contar con una cartelera o planilla de trabajo suficiente como para poder realizar una conciliación de la vida familiar o privada adecuada, además de ver como se cambian turnos y se suspenden descansos.
- Falta de un establecimiento claro de funciones.
- Falta de recursos materiales y uso de procedimientos obsoletos.

Todos estos factores, y muchos más de naturaleza más individualizada, que se hacen imposibles de recoger, son los que pueden llegar a provocar los síntomas característicos del síndrome de quemado en el trabajo.

Anteriormente hablábamos de tres afectaciones distintas:

- Cansancio emocional. Sentir que ya no se puede más y que se han agotado los recursos emocionales propios.
- Despersonalización. Se deshumaniza a los pacientes, y deja de importar los sentimientos e incluso el padecimiento y sufrimiento de los demás. Se llega a ver a las personal como meros útiles de trabajo.
- Falta de realización personal. Sentir que no se es válido para las labores ejecutadas, tendencia a evaluarse negativamente.

Esto se puede traducir en una fatiga continua o agotamiento cotidiano, problemas en la regulación del sueño, por exceso o defecto, y del apetito, dolores de cabeza y musculares, palpitaciones, mareos, sensación de náuseas, y otros síntomas físicos.

Pero también afecta a nivel psicológico y emocional produciéndose periodos de extrema tristeza, cambios de humor, irritabilidad, desmotivación, dejar de lado actividades con las que anteriormente se disfrutaba, sentimientos de culpabilidad y preocupación, etc.

Pero, ¿qué se puede hacer para paliar o, al menos, minimizar el riesgo de sufrir estos síntomas?.

La intervención para ello debería darse en tres ámbitos complementarios, el personal, el social y el laboral.

En el plano personal, los profesionales afectados, pueden beneficiarse de las distintas técnicas de relajación y la práctica de ejercicio físico, además de técnicas de reestructuración cognitiva (evaluar las situaciones estresantes y reconducirlas) y autoregulación (gestión eficaz del tiempo y las tareas), entrenamiento en habilidades sociales y autoanálisis.

A nivel social, se ha demostrado la eficacia para la mejora de los grupos de apoyo, que propician el sentimiento de aceptación y valoración por el resto de compañeros.

Y por último, en ámbito laboral, medidas como, el establecimiento de objetivos claros, la posibilidad de poder participar en las decisiones tomadas, potenciar la autonomía combinada con el trabajo en equipo, ofrecer formación continuada y flexibilidad horaria, mejorar la comunicación entre las distintas categorías y mandos y promocionar la igualdad de oportunidades, propicia una mejora en la percepción de la calidad del trabajo que previene del síntoma de burn out.

5 Discusión-Conclusión

Anteriormente veíamos la definición del síndrome de burn out o quemado, y las razones por las cuáles, este puede ser sufrido por los profesionales sanitarios, y más concretamente por los TCAEs.

Podemos decir, a la vista de los resultados obtenidos, que esta profesión es una de las que más sufren el síndrome de burn out, que va afectando al personal hospitalario (del que tratamos en este caso) con el paso de los años.

En ocasiones nos encontramos profesionales que parece que han olvidado su vocación y se han endurecido, e incluso deshumanizado, con el paso del tiempo. E incluso otros profesionales que, aun conservando su parte emocional, no se implican en sus labores como lo hacían, por miedo a que esta implicación pueda causarles daño.

Ante esto, y en los macrocentros hospitalarios, parece que poco se hace, no se pone soluciones a los posibles problemas , y la precariedad laboral, propia de la profesión, con sus contratos de eventualidad y los cambios en la turnicidad y en los destinos, va afectando cada vez más a la población sanitaria.

Se podría decir entonces, que se hace necesaria una formación para la prevención de los problemas que esto pueda acarrear, ya que, son precisamente, los trabajadores sanitarios, unos de los que más bajas psicológicas y por depresión sufren.

No estaría de más, entonces, incluir como una formación continuada, la que tenga como objetivo la prevención del burn out, además de procurar, en la manera de lo posible, continuar mejorando las condiciones de trabajo del personal en los hospitales.

Mientras tanto, cada uno a nivel individual, deberemos ir intentando minimizar esos problemas con los que nos encontramos en la cotidianeidad de nuestro trabajo, y aportando a nuestros compañeros, aquello que nos sea posible para que tanto ellos como nosotros podamos seguir realizando nuestra labor de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

- <http://www.humanizandoloscuidadosintensivos.com>.

- <http://www.itep.es>.
- <http://www.scielo.isciii.es> <http://dialnet.unirioja.es>.
- <http://www.enfermeria21.com>.
- <http://www.nereinvestigacion.es>.
- <http://repositorio.unican.es>.

Capítulo 152

ENFERMEDADES MENTALES

ILIUSKA SUTIL REDONDO

FRANCISCO JAVIER POSADA REY

SARA MENENDEZ PÉREZ

MARÍA JOSÉ PÉREZ MÁRQUEZ

LAURA CABREJAS LOPEZ

1 Introducción

Las enfermedades o trastornos mentales son afecciones que impactan el pensamiento, sentimientos, estado de ánimo y comportamiento. Pueden ser ocasionales o duraderas (crónicas). Pueden afectar su capacidad a relacionarse con los demás y funcionar cada día. Son ejemplos de enfermedad mental la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación y los comportamientos adictivos.

2 Objetivos

El objetivo principal del área de salud mental es promover la creación de una estructura que permita y facilite el desarrollo de las líneas de investigación ya existentes, su integración funcional transversal en lo que concierne a metodologías, intereses, factibilidad y aplicabilidad, y el desarrollo de nuevas líneas de investigación que puedan permitir incrementar la masa crítica de investigadores en el área.

3 Metodología

Basada en la evidencia científica enfermería, en la búsqueda de bases más importantes, así como en la revisión de libros, artículos especializados y material formativo.

4 Resultados

Se han conseguido muchos avances en el tratamiento de las enfermedades mentales. Como resultado, hoy en día es posible tratar muchos trastornos psiquiátricos casi con tanto éxito como el alcanzado en el tratamiento de los trastornos físicos. Los métodos de tratamiento de las enfermedades psiquiátricas se clasifican en :

- Tratamientos somaticos que incluyen fármacos, terapia electroconvulsiva y otros tratamientos que estimulan el cerebro.
- Los tratamientos psicoterapeuticos incluyen la psicoterapia(individual, grupal, o familiar y conyugal), tecnicas de terapia conductual(como son las técnicas de relajación o la terapia de exposición), y la hipnoterapia.

En el caso de los principales trastornos de la salud mental, la mayoría reñida estudios sugieren que un enfoque terapéutico que contemple la utilización conjunta de fármacos y psicoterapia resultará más eficaz que cualquiera de los métodos de tratamiento empleados por separado. Los psiquiatras no son los únicos profesionales capacitados para tratar la enfermedad mental. Otros profesionales son los psicólogos clínicos, el personal de enfermería especializado y los trabajadores sociales. Sin embargo, los psiquiatras son los únicos autorizados para la prescripción de fármacos.

5 Discusión-Conclusión

Para lograr la reintegración social de las personas con enfermedades mentales, sus familiares destacan la importancia de la terapia ocupacional, la formación, el trabajo y la reducción de la dependencia de la familia.

Los familiares dicen que necesitan una mejor asistencia y más ayudas en todos los principales gastos que tienen que afrontar las personas con enfermedades mentales y sus familiares. Se considera más adecuado que tengan una red de recursos a su disposición antes que una prestación económica fija y también prefieren que

puedan conseguir un puesto según su formación previa que no uno que cobra sus necesidades económicas.

Las opiniones de los familiares coinciden con las opiniones de la sociedad, destacando la petición de mayores ayudas y asistencias y de una mejor integración social.

6 Bibliografía

- <https://www.msdmannals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental>.
- <https://consaludmental.org>.
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness>.
- <https://medlineplus.gov>>spanish.

Capítulo 153

LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LA SOLEDAD EN LOS ANCIANOS

SONIA PACHON MOYANO

ANA MARIA PACHON MOYANO

VANESSA GARCIA SUAREZ

JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso gradual de cambios físicos, morfológicos y psicológicos que llevan a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales y también a aumentar el riesgo a las enfermedades y finalmente a la muerte. Después de toda una vida en compañía de seres queridos (marido, hijos, nietos...) por circunstancias de la vida se ven solos hay que empezar a adaptarse a la nueva situación.

2 Objetivos

Intentar llegar en las mejores condiciones, tanto físicas como mentales, a la edad adulta para llevar una vida lo más independiente posible.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica en la pagina MedlinePlus, articulos en la biblioteca Scielo y Google académico.

4 Resultados

Siempre trataremos de fomentar y estimular a las personas para que salgan y se relacionen. Ayudarlas y asesorarlas sobre las distintas posibilidades a la hora de realizar actividades lúdicas y laborales. Animar a que participen en grupos y asociaciones culturales para potenciar esas relaciones sociales y el contacto con los demás, siempre respetando sus ideas.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día la esperanza de vida es mayor. La sociedad ofrece una amplia gama de actividades lúdicas para que las personas mayores disfruten, se relacionen e interactúen con personas de su misma edad, y no pasen tantas horas en soledad.

6 Bibliografía

- <https://www.webconsultas.com>.
- <http://scielo.isciii.es>.

Capítulo 154

CUIDADOS AL PACIENTE CON QUEMADURAS SUPERFICIALES

SONIA PACHON MOYANO

ANA MARIA PACHON MOYANO

VANESSA GARCIA SUAREZ

JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN

1 Introducción

Las quemaduras son lesiones de la piel y o tejidos producidas por un traumatismo físico o químico. Hay diferentes grados y pueden producir desde una leve herida en la piel hasta la destrucción total de los tejidos.

2 Objetivos

- Prevenir infecciones y cicatrices.
- Intentar una buena cicatrización de las heridas y asegurar una atención adecuada.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliografica en la página MedlinePlus y Google academico.

4 Resultados

Hacer una primera valoración. Limpiar la quemadura con agua. Aplicar productos en crema y un vendaje de protección para que la piel no se infecte o pueda llegar a romperse. Cambiar el vendaje cada 48 horas.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante prestar atención durante las primeras 24 horas para evitar posibles infecciones.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov>.
- <http://carefirst.staywellsolutionsonline.com>.

Capítulo 155

LA ENFERMEDAD MANÍACO-DEPRESIVA: EL TRASTORNO BIPOLAR

SONIA MORILLO GONZÁLEZ

MÓNICA CANTELI RIVERA

NOELIA CUESTA MARIA

CRISTINA RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

SUSANA DIAZ BRANDY

1 Introducción

El trastorno bipolar es una enfermedad severa. También recibe el nombre de “enfermedad maníaco depresiva”. Los síntomas pueden causar cambios en el estado de ánimo y el comportamiento dando como resultado gran sufrimiento y dificultades en la vida. Pueden sentirse muy felices es lo que se conoce como manía, sin embargo pueden sentirse tristes, deprimidos y a eso lo llamamos depresión. Las causas no están claras, pueden ser genéticas o poseer una estructura anómala de las funciones del cerebro.

Si no se trata puede dañar las relaciones personales, complicar el desarrollo de la vida, bajo rendimiento en el colegio e incluso el suicidio.

Existen diferentes tipos de trastorno bipolar:

- Trastorno bipolar I: la persona sufrió al menos un episodio maníaco que puede ser seguido de uno hipomaniaco o depresivo mayor. En algunos casos puede provocar una desconexión de la realidad (psicosis). Estos episodios pueden ser graves y peligrosos. Se caracteriza por fases maníacas intensas y por depresiones. En las fases maníacas pueden aparecer delirios y alucinaciones auditivas. Y en las fases depresivas: tristeza, apatía, lentitud de movimientos, ansiedad, insomnio y pérdida de apetito.
- Trastorno bipolar II: la persona sufrió al menos un episodio depresivo mayor, y como mínimo, un episodio hipomaniaco, pero nunca tuvo un episodio maníaco. Se caracteriza por depresiones intensas y fases de euforia moderadas denominadas hipomanía. Pueden aparecer síntomas psicóticos asociados a fases depresivas. Las personas pueden estar deprimidas más tiempo lo cual causa un deterioro importante.
- Trastorno ciclotímico: la persona ha sufrido al menos durante dos años muchos períodos con síntomas depresivos.
- Otros tipos: el trastorno bipolar y los trastornos relacionados con ciertos medicamentos o bebidas alcohólicas o debidos a una enfermedad (como la enfermedad de Cushing, la esclerosis múltiple o un accidente cerebrovascular).

La persona que sufre trastorno bipolar no suele darse cuenta de que está enferma, se siente mejor que nunca, no acepta el tratamiento y no entiende porque los demás tienen otra opinión sobre su conducta, lo que complica sus relaciones sociales y familiares.

2 Objetivos

- Conocer el tratamiento a utilizar para el trastorno bipolar.
- Saber cuáles son sus signos y síntomas.
- Conocer cuáles son los objetivos y cuidados de enfermería en pacientes con trastorno bipolar.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos utilizando DECS en las que

aparecieron textos completos sobre el trastorno bipolar. Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, DECS, Google Académico, Medline, Pubmed. Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: trastorno bipolar, manía, depresión.

Se han seleccionado artículos en los que se incluyen sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

El objetivo del tratamiento es conseguir que los episodios sean menos frecuentes e intensos, ayudando al buen desempeño funcional y evitando el suicidio. Aunque el trastorno bipolar no tiene cura, el tratamiento puede estabilizar el estado de ánimo y ayudar a controlar y manejar mejor los síntomas. El tratamiento se basa en tres pilares:

- Terapia farmacológica: se emplean fármacos estabilizadores del estado de ánimo: antipsicóticos y antidepresivos. Son imprescindibles para controlar la enfermedad.
- Terapia biológica: se utiliza terapia electroconvulsiva, lumínica, la estimulación del nervio vago, estimulación magnética transcraneal y estimulación cerebral profunda.
- Tratamiento psicoterapéutico: se usa terapia cognitivo conductual, psicoterapia interpersonal, psicoterapia psicoanalítica y psicodinámica, la psicoeducación y la intervención familiar.

El equipo de profesionales junto al enfermo y la familia desarrollan un plan de tratamiento, que se puede dividir en tres fases:

- Tratamiento de fase aguda: dirigido a resolver el episodio agudo de la enfermedad.
- Tratamiento de continuación: dirigido a consolidar los resultados del tratamiento de la fase aguda.
- Tratamiento de mantenimiento o preventivo: dirigido a prevenir futuros episodios o disminuir su frecuencia o intensidad.

La persona enferma pasara por episodios de manía y episodios de depresión, que no son como los que experimenta una persona normal. Los síntomas de la manía son:

- Habla y pensamientos acelerados.

- Aumento de energía.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Estado de ánimo alto y optimismo exagerado.
- Aumento de la actividad física y mental.
- Irritabilidad excesiva, comportamiento agresivo e impaciencia.
- Escasa sensatez.
- Comportamiento imprudente.
- Dificultades de concentración.

Los síntomas de la depresión incluyen:

- Pérdida de interés en las actividades habituales.
- Estado de ánimo irritable o triste durante un tiempo prolongado.
- Disminución de la energía o fatiga.
- Sentimientos de culpa.
- Dormir demasiado o incapacidad para dormir.
- Disminución del rendimiento escolar e incapacidad de concentrarse.
- Incapacidad de experimentar placer.
- Pérdida de apetito o comer en exceso.
- Ira, preocupación, ansiedad.
- Pensamientos de muerte o de suicidio.

Desde el punto de vista de la enfermería se establecen una serie de cuidados para personas con trastorno bipolar:

- Establecer comunicación y construir una relación de confianza.
- Disminuir la hiperactividad, la ansiedad y la agitación bien sea con medicamentos o disminuyendo los estímulos del medio ambiente.
- Proporcionar actividad física y un desahogo para aliviar la tensión y energía.
- Favorecer el descanso y el sueño.
- Proporcionar una dieta nutritiva.
- Proporcionar apoyo emocional.
- Escuchar a personas que puedan actuar como punto de referencia.
- Recomendarle no consumir tóxicos.

5 Discusión-Conclusión

El trastorno bipolar es una patología psiquiátrica por lo que es imprescindible que el personal de enfermería posea los conocimientos adecuados para llevar a cabo una correcta praxis.

Es fundamental que exista una relación entre enfermera-paciente e identificar las necesidades prioritarias para poder establecer un plan de cuidados favoreciendo el estado mental, físico y emocional.

A pesar de que es una enfermedad que no tiene cura se puede controlar con una medicación adecuada, consiguiendo que la persona pueda llevar una vida productiva, comportándose con normalidad y asistir a terapia. Pero por el contrario si los pacientes no se tratan sufren episodios de manía y depresión más graves y con mayor frecuencia.

Además utilizando terapias de conducta cognitiva, terapias psicológicas y de psicoeducación en pacientes y familiares junto con el tratamiento farmacológico disminuirá la hospitalización y consultas a urgencias.

6 Bibliografía

- Lorenzo Pontevedra MC. Tratamiento para el trastorno bipolar. Trastorno bipolar. 1ªed. Madrid: síntesis; 2015. p: 123-165
- Vieta E, Colom PF, Martínez-Aran A. Tratamiento. La Enfermedad de las emociones: el trastorno bipolar. Barcelona; Ars Médica; 2007. p: 75-96
- Crespo Blanco, JM. Trastorno bipolar. Medice 2003; 8: 5645-53
- Gómez Ayala, A.E. Enfermedad bipolar. Clínica y etiopatogenia. Offarm. 2008; 27: 68-77
- Papel de enfermería en el paciente con trastorno bipolar.
- Trastorno bipolar. Disponible en: <https://kidshealth.org>.
- Trastorno bipolar: síntomas, tipos, causas, tratamiento.
- Trastorno bipolar. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org>.
- Trastorno bipolar. Disponible en: <https://medlineplus.gov>.
- Cuidados de enfermería para los pacientes con trastorno bipolar.

Capítulo 156

RESIDUOS SANITARIOS: CLASIFICACIÓN Y GESTIÓN

MARTA PATALLO GARCIA

FÁTIMA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

YOLANDA PATALLO GARCIA

1 Introducción

Los residuos sanitarios son, cualquiera que sea su estado, los generados en centros sanitarios incluyendo envases y residuos de envases que los contengan o los hayan contenido.

Son también todo tipo de productos e instrumental y materias desechadas después de ser utilizadas en actividades con humanos, animales o laboratorios de investigación.

Según establece la Nota Técnica de Prevención 838, Gestión de Residuos Sanitarios, del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo los residuos sanitarios son aquellos que se generan en los considerados centros sanitarios.

Los residuos sanitarios poseen un alto riesgo biológico, por lo que es necesario una buena manipulación, clasificación, almacenamiento y una correcta destrucción para reducir o eliminar el peligro que supone tanto para las personas como para el medio ambiente.

Existen ciertos residuos que poseen características peligrosas o tóxicas para la salud y por lo tanto requieren una recogida, manipulación, almacenamiento y

transportes especiales con lo cual, deben de tratarse de una manera concreta para evitar generar riesgo tanto en las personas como en el medio ambiente.

Los residuos que requieren un tratamiento especial proceden de: hospitales, laboratorios de investigación, centros de atención primaria, centros de salud, centros y servicios veterinarios, laboratorios clínicos, farmacias, etc.

2 Objetivos

- Identificar la clasificación de los residuos sanitarios para llevar a cabo una buena gestión, almacenamiento y transporte de los mismos, así como prevenir la aparición de infecciones.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones en internet, en bases de datos utilizando DECS, en las que aparecían textos sobre los residuos sanitarios. Las bases de datos consultadas han sido: Scielo, DECS, Google Académico, Medline, Pubmed.

Las palabras seleccionadas en la base de datos DECS fueron: residuos sanitarios, residuos radiactivos, gestión de residuos, infecciones, prevención.

Se han seleccionado artículos en los que se incluyen sólo los párrafos disponibles a texto completo y en diferentes idiomas.

4 Resultados

Dependiendo del mayor o menor riesgo biológico que poseen los residuos sanitarios existe una clasificación, cada comunidad autónoma tiene sus propias particularidades.

Se clasifican en cuatro grupos:

- Grupo I: son residuos similares a los del tipo urbano.
- Grupo II: son residuos sanitarios no específicos.
- Grupo III: son residuos peligrosos por su riesgo biológico.
- Grupo IV: son residuos tipificados en normativas específicas.

Residuos del grupo I: pertenecen a este grupo residuos sólidos que no contienen riesgo biológico originado en laboratorios, centros de investigación e instituciones relacionadas con la sanidad.

Son por ejemplo:

- Materiales de desecho de oficina, papel, cartón, envases de plástico, etc.
- Restos de basura orgánica e inorgánica.
- Maquinaria y equipamiento médico desechado, mobiliario, camas, colchones, etc.
- Residuos higiénico sanitarios no infecciosos.
- Restos de podas de jardinería, hojas, etc.

Se recogen en bolsas negras o grises, están homologadas y con un volumen determinado.

Se depositan en contenedores con sistema de cierre, homologados y remolcables.

Residuos del grupo II: pertenecen residuos sólidos generados dentro de la actividad sanitaria y que a su vez no poseen riesgo biológico por contaminación infecciosa.

Se encuentran:

- Lencería de cama, toallas y ropa de pacientes sin enfermedades infecciosas.
- Material de curas: apósitos, gasas, vendas, etc.
- Envases para recoger muestras en pacientes que no poseen infección.
- Residuos sanitarios procedentes de equipos de perfusión, diálisis, sondas y catéteres.
- Bolsas de diuresis, bolsas de estomas, etc.

Se recogen en bolsas homologadas verdes o marrones.

Se depositan en contenedores homologados, cerrados y remolcables.

Residuos del grupo III: son residuos peligrosos que deben tratarse adecuadamente debido a su alto riesgo biológico.

Se encuentran:

- Restos de órganos, tejidos y pruebas inmunológicas de pacientes con infecciones producidas con microorganismos patógenos.
- Los originados de muestras y cultivos microbiológicos.
- Material y producto utilizado en quirófano, hemodiálisis y zonas de partos.

- Restos de sangre.
- Vacunas.
- Material e instrumental desechable cortante o punzante.

Se recogen de este modo:

- No traumáticos: en contenedores rígidos, impermeables, opacos homologados o en bolsas homologadas de color.
- Traumáticos: en contenedores rígidos, impermeables, no perforables, de color amarillo y de un solo uso.

Residuos del grupo IV: están sujetos a una buena gestión de residuos especiales porque son peligrosos para la salud de las personas y para el medio ambiente.

Se encuentran:

- Residuos citoestáticos.
- Residuos radiactivos.
- Medicamentos caducados.
- Restos humanos (abortos, órganos, fallecimiento).

Se recogen:

- Residuos citoestáticos en contenedores de polietileno, poliestireno, etc de un solo uso de cierre hermético.
- Residuos radiactivos: en contenedores suministrados por una empresa.
- Medicamentos caducados: envases termoplástico.
- Residuos humanos en contenedores de un sólo uso.

5 Discusión-Conclusión

Los residuos que se generan en la actividad sanitaria constituyen una importante fuente de riesgo para la salud del personal sanitario y de los pacientes.

Por lo tanto, el personal sanitario debe de conocer los diferentes tipos de residuos para llevar a cabo un buen almacenamiento, gestión y traslado evitando así que se produzcan contaminaciones e infecciones en los centros sanitarios.

Una manipulación inadecuada puede producir enfermedades en las personas que lo manipulan y riesgos en el medio ambiente.

6 Bibliografía

- Gestal Otero, J.J. (2003) Residuos Sanitarios y Prevención de Riesgos Laborales.
- Bautista, C. (1998) Residuos. Guía Técnico Jurídica. Mundi Prensa.
- Arcos P., González R. Gestión de Residuos Hospitalarios: El modelo del Principado de Asturias. Todo Hospital 1994; 108: 29-36.
- Guía para la gestión de Residuos Sanitarios del Principado de Asturias.
- Manual básico de gestión de residuos sanitarios del SESPA.
- Residuos sanitarios. Disponible en: www.aec.es.
- Residuos sanitarios: clasificación y gestión. Disponible en: www.phsserkonten.com.

Capítulo 157

LA EVOLUCIÓN EN LOS CUIDADOS Y TRATAMIENTOS DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL

FÁTIMA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

MARTA PATALLO GARCIA

YOLANDA PATALLO GARCIA

1 Introducción

Según la OMS la Salud Mental es entendida como “ Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades , puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Las enfermedades mentales (EM) han venido marcadas a través de la historia por la ignorancia y el miedo siendo habitual que esas personas fueran objeto de abandono, exclusión social o persecución (Foncault,1997).

En la actualidad la discriminación y el estigma asociados a la salud mental siguen presentes. La relación que se establece entre Enfermedad Mental y conductas agresivas y el suicidio sigue siendo un obstáculo para afrontar ese problema de gran magnitud en la Salud Pública.

A día de hoy según estudios recientes en la población general, 1 de 4 personas experimenta un trastorno mental común y entre el 0.5 y el 1 % un trastorno mental grave.

La base para la educación sanitaria en los trastornos de salud mental se fundamenta en 4 pilares:

- La información sobre el tratamiento.
- La resolución de dudas.
- La detección de posibles efectos secundarios.
- El refuerzo de los logros.

Algunos profesionales en este campo opinan que “El profesional enfermero es el elemento más cercano al paciente y su familia”. Eso ha llevado que se haya producido un cambio de filosofía en el concepto de ingresos ,en las unidades de Salud Mental, en las terapias y tratamientos destinados a mejorar la percepción sobre la enfermedad con iniciativas y actividades innovadoras.

2 Objetivos

- Describir la situación actual de las enfermedades mentales, como afectan a la población y la evolución que se ha producido durante los últimos años.
- Enumerar los diferentes avances en cuanto a cuidados por parte del personal sanitario , en cuanto a terapias o la creación de nuevos dispositivos.

3 Metodología

Realizamos una búsqueda bibliográfica sobre publicaciones de artículos publicados en revistas indexadas en diferentes bases de datos. Las bases de datos consultadas han sido: Medline, Scielo, Pubmed, Google Académico, Decs. Las palabras clave seleccionadas para la búsqueda de la información fueron: Salud Mental, Trastornos mentales, terapia.

4 Resultados

En la actualidad, la atención a pacientes de Salud Mental ha pasado de ser manicomial y psiquiátrica a ambulatoria principalmente , y en ella convive la terapia farmacológica y la psicoterapia individual, familiar, grupal e institucional. El papel de los cuidadores ha pasado a lo largo de la historia de ser vigilantes a profesionales de todo tipo que desempeñan una labor cualificada en equipo y comparten la finalidad y objetivos de los cuidados.

Las funciones que desempeñan todos los profesionales en Salud Mental en los cuidados y atención de los pacientes psiquiátricos se pueden concretar en el aspecto somático, atendiendo a todas las necesidades fisiológicas y las necesidades de tratamientos farmacológicos o físicos. En el aspecto psíquico o personal, atendiendo a otros aspectos de su situación psicopatológica fomentando y colaborando en psicoterapias indicadas y en el aspecto social redirigiendo y modificando sus relaciones personales, familiares y laborales, necesarias para reinsertar o reintegrar un paciente a una vida adaptada al medio social.

A lo largo de los años los tratamientos para pacientes de Salud Mental han pasado de ser únicamente farmacológicos o de ingreso psiquiátrico a la creación de dispositivos de rehabilitación en todas las comunidades autónomas donde todos los profesionales desde psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería... desempeñan una labor de ayuda a la reinserción así como a garantizar la continuidad de los cuidados del paciente y que, a su vez, dichos dispositivos logren la mayor integración funcional dentro del esquema del Programa de Rehabilitación del Servicio de Salud Mental.

Se requiere por ello que los profesionales implicados en la atención del paciente conformen un equipo de profesionales que trabajen de manera coordinada y con el objetivo común del tratamiento del paciente.

La existencia del servicio de salud mental como unidad básica de tratamiento y la creación a su alrededor de una red de dispositivos de rehabilitación hace que convivan dos sistemas que deben actuar de manera conjunta eficiente (Tomamos de ejemplo el manual de procedimiento de enfermería de Salud Mental en la Comunidad de Madrid).

Descripción de Dispositivos:

- Centros de Rehabilitación Psicosocial (P.R.P.S).
- Centro de Rehabilitación Laboral (C.R.L).
- Centro de día de Soporte Social (C.D.S.S) b) Dispositivos residenciales.
- Miniresidencia (M.R).
- Unidad Hospitalaria de Tratamiento y Rehabilitación (U.H.T.R).
- Unidad de Cuidados Prolongados Psiquiátricos.
- Pisos Protegidos/Supervisados.
- Pensiones Concertadas.
- Albergues.

El nuevo Plan de Salud Mental 2018-2020 pretende proporcionar a través de la formación una atención de calidad a personas con problemas mentales y poner acento en los profesionales y equipos de trabajo como elemento esencial de la organización para avanzar hacia el objetivo de proporcionar la mejor atención posible.

5 Discusión-Conclusión

La organización Mundial de la Salud (OMS) incide en que la atención de los problemas de Salud Mental debe ser un objetivo prioritario en las políticas sanitarias a nivel mundial.

Si bien ha habido una gran evolución en cuanto a los cuidados en pacientes con algún tipo de enfermedad mental, tanto a nivel profesional como en cuanto a la creación de dispositivos y nuevos enfoques a la hora de trabajar con este tipo de pacientes intentando “normalizar” y reintegrarlos en la sociedad, aún siguen existiendo deficiencias y falta de una política efectiva de promoción de la Salud Mental y de prevención de los trastornos mentales.

En 2030, según la OMS, los problemas de Salud Mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo.

6 Bibliografía

- Manual de procedimientos de enfermería de Salud Mental- Madrid.
- “Los espacios pedagógicos del cuidado “Vol II
- XXVI Congreso Nacional de enfermería de Salud Mental.
- Fundamentos para Psiquiatría para Tcae. Disponible en: [https:// revistamedica.com](https://revistamedica.com).
- Reportaje en dicen “Diario Independiente de Contenido enfermero”.
- “La enfermedad de Salud Mental y la integración del paciente en la sociedad”.
- “La enfermedad de Salud Mental” .Entrevista a Patricia Lana ELola, enfermera de Salud Mental. Disponible en: www.enfermeria21.com.
- “Salud Mental: prevención y cuidados enfermeros”.
- “Rediseñando los cuidados de enfermería”.
- Plan estratégico de Salud Mental de la comunidad de Madrid 2018-2020.
- Consejo general de la Psicología de España. ”Analizando Beneficios de la Integración a Atención Primaria y la Salud Mental”.

- Salud Mental España.
- Estudio "Salud Mental e Inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma".
- <https://consaludmental.org>.

Capítulo 158

RELACIÓN PROFESIONAL DEL TCAE ANTE TRASTORNO ALIMENTARIO Y ALCOHOLISMO

BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ

VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ

JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ

BIBIANA FERNANDEZ BARRERO

1 Introducción

Una gran variedad de costumbres sociales llevan a un mal uso de ellas, ocasionando intoxicaciones que pueden ser intermitentes o crónicas. Algunas de ellas pueden afectar a todas las clases sociales y terminan siendo un grave problema de salud pública.

Numerosos estudios nos demuestran que las personas con problemas de alcoholismo, desarrollan una serie de trastornos, que afectan en mayor o menos grado a su propia convivencia consigo mismo y con respecto al resto de la sociedad, siendo los primeros los que afectan a su estado interno los más reseñables, como estrés, ansiedad, trastorno de la conducta, agresividad, bipolarismo, y trastornos alimentarios que desembocan en bulimia o anorexia.

En estos últimos se va hacer mayor hincapié, ya que existe una gran relación entre el alcoholismo y los trastornos de la conducta respecto a la alimentación. Por

ejemplo, los estudios publicados demuestran una altísima prevalencia de problemas de abuso de alcohol y drogas en pacientes bulímicas nerviosas, comparando con muchas mujeres de la población general.

En cambio esta relación con la anorexia nerviosa, es menos clara y la cifra menor.

La incidencia de la relación de este trastorno es mayor en mujeres que hombres, esto lleva en numerosas ocasiones al ingreso en unidad psiquiátrica hospitalaria, donde un equipo interdisciplinar de médicos psiquiatras, enfermeras, TCAES, con un objetivo común tratan al paciente.

2 Objetivos

- Recuperar la vida social y familiar.
- Recuperar la autoestima.
- Desterrar esa sensibilidad al fracaso.
- Recuperar la salud y el equilibrio alimentario.
- Volver a realizar las actividades básicas de la vida diaria de una manera autónoma.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se ha realizado la búsqueda en MEDES, SCIELO, WIKIPEDIA y GOOGLE, recogiendo la información lo más actualizada posible para el estudio de la temática propuesta.

4 Resultados

La figura del auxiliar de enfermería es clave en el proceso del buen desarrollo del equipo interdisciplinar en una unidad de psiquiatría. Actual de intermediario entre el médico y el enfermo y es el que está más cerca de este. Por lo tanto es un observador diario en el proceso de mejoría del enfermo hacia una incorporación a la vida normal, realizando entre otras, las siguientes funciones:

- Ayuda al aseo e higiene diario.
- Ayuda a la estimulación en casos de apatía.
- Ayuda en la educación e ingesta de los alimentos adecuados y en su adecuada proporción.

- Vigilar el cumplimiento de las medidas terapéuticas.
- Controlar su sueño.
- Orientación psicológica.

5 Discusión-Conclusión

Las personas con trastornos alimentarios presentan comorbilidad psiquiátrica y psicosocial afectando a todos los ámbitos de su vida.

Existe porcentaje elevado de personas en tratamiento por trastornos ansioso-depresivos asociados, habiendo también una gran tasa de personas con depresión. Por otra parte, existe una elevada prevalencia de antecedentes familiares por alcoholismo (73,3 %) , por lo que se deduce que estos pacientes son especialmente vulnerables al desarrollo del alcoholismo a lo largo de su vida.

El trastorno alimentario aparece previo a la dependencia alcohólica en un 86,6 % de pacientes mayoritariamente en la adolescencia.

Se llega a la conclusión que gran número de pacientes que tienen problemas de conducta alimentaria acaban desarrollando alcoholismo, por lo que es importante la precocidad del diagnóstico en el trastorno alimentario, para disminuir el riesgo de padecer la posterior dependencia con el alcohol, siendo esto un beneficio tanto para el paciente, como en cuanto a la disminución de costes socio-sanitarios.

6 Bibliografía

- Sinha R, O Malley SS. Alcohol and eating disorders: Implications for alcohol treatment and health services research. *Alcohol Clin Exp Res* 2000; 24 (8): 1312-1319.
- Mitchell J, Pyle R, Specker S, Hanson K. Eating disorders and chemical dependency. In: Yager J, Gwirtsman H, Edelstein C, editors. *Special problems in managing eating disorders*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1992.p.1-14.
- Genis-Mendoza AD, Tovilla-Zarate CA y Nicolini H. "Avances en genómica de los trastornos de conducta alimentaria".2013.*Rev. Colomb. Psiquiatr* Vol 42. Issue 4. Pp: 350-355.
- Beresford TP & Hall RC. "Food and drug abuse: The contrasts and comparisons of eating disorders and alcoholism". *Psychiatr Med* 1989.7 (3): 37-46.
- Franko DL; Dorer DJ; Keel PK; Jackson S; Manzo MP & Herzog DB. 2005.How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *Int J Eat Disord*

38:3, pp: 200-207.

Capítulo 159

COMO REALIZA TCAE LAS MOVILIZACIONES A UN PACIENTE HOSPITALIZADO POR UNA ACV (ICTUS).

MARÍA JOSÉ PAJARES CANTELI

1 Introducción

Los datos según el Instituto Nacional de Estadística , en España en el año 2012 la mortalidad por ICTUS es la tercera causa en hombres después de la enfermedad coronaria y el cáncer, y la primera en mujeres.

El ictus o también llamado ACV, es una enfermedad cerebrovascular que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. Se produce cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro rompe o se tapona con un coágulo y no llega el Oxígeno, flujo de sangre o glucosa al cerebro.

Los factores de riesgo de la enfermedad son : hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, diabetes, consumo de tabaco y alcohol, obesidad, dislipidemias, ataques isquémicos transitorios, vida sedentaria y la edad.

Los accidentes cerebrales agudos pueden ser de dos tipos: Isquémicos, conocidos como infarto cerebral como son los trombos y las embolias; y hemorrágicos .

El ictus se presenta con hemiplejía, desorientación, ataxia, alteraciones de la función cerebral superior. Según en la zona donde se localiza la lesión las consecuen-

cias variarán pues cada hemisferio tiene sus funciones; el izquierdo es el responsable de las funciones de la mitad derecha del cuerpo como es el movimiento y sensibilidad de pierna, brazo y hemitronco derecho y del lenguaje; mientras que el derecho es el responsable de las funciones de la mitad izquierda del cuerpo como es el movimiento y sensibilidad de la pierna, brazo y hemitronco izquierdo. Esto quiere decir que si se produce una isquemia en el lado izquierdo la consecuencia será una hemiplejía derecha , y al contrario si la isquemia es en el lado derecho la consecuencia será una hemiplejía izquierda.

2 Objetivos

- Fomentar en el paciente su participación activa para alcanzar la máxima autonomía posible.
- Comprender por el paciente y su familia la importancia que tiene realizar cambios posturales, para evitar complicaciones de la piel y respiratorios.
- Conseguir que el paciente alcance el máximo grado posible de independencia.

3 Metodología

La búsqueda se realiza en artículos sobre el modelo asistencial en ACV, en guías de práctica clínica, protocolo movilizaciones de pacientes en la unidad Ictus HUCA, base de datos Hospital Monte Naranco.

4 Resultados

En los cuidados de enfermería tienen que tener en cuenta que el paciente que ha sufrido un ictus le queden secuelas que deriven en una incapacidad severa de carácter físico o psíquico, por lo que TCAE tiene que tener en cuenta todas las medidas de tipo rehabilitador, como las posturales y movilizaciones.

Para ello procederá de la siguiente manera:

- TCAE colocará la mesilla en el lado de la hemiplejía del paciente, así el paciente cada vez que necesite algo tendrá que girarse hacia el lado hemipléjico. se trata de estimular el reflejo tónico cervical.
- Las medidas posturales se deben aplicar a todos los pacientes que tengan una ACV aunque su grado de afectación sea leve y siempre deberán participar en ellas.

Es muy importante que el TCAE encargado del manejo del paciente sea consciente de la correcta alineación corporal en las diferentes posiciones, pues así podrá prevenir complicaciones ya sean cutáneas, musculo esqueléticas, vasculares o respiratorias. Con los diferentes cambios posturales que realiza el TCAE al paciente le favorecerá la neuroplasticidad.

Cuando el TCAE realice los cambios posturales tendrá en cuenta:

- No hacer daño al paciente.
- Dejar colaborar al paciente si su estado lo permite.
- No moverá todo el cuerpo a la vez.
- El TCAE realizará los cambios cada 2-3 horas.
- El TCAE tendrá cuidado en no traccionar el hombro afectado del paciente durante los cambios , efectuará el agarre desde la escápula.
- El TCAE no colocará objeto en la mano parética del paciente porque puede producir retracciones en la musculatura flexora de los dedos y la muñeca que impedirán la apertura de la mano. Colocará una toalla enrollada de manera que se favorezcan la flexión dorsal de la muñeca y la extensión de los dedos.

Las correctas posiciones y transferencias que el TCAE debe realizar al paciente que ha sufrido una ACV (ictus) serán las siguientes:

DECÚBITO SUPINO

- Cabeza: ligera flexión del raquis cervical superior.
- Tronco: evitar la flexión de la columna dorsal, que dificultaría el enderezamiento en el momento de poder poner vertical al paciente.
- MS afectado. Almohada bajo la escápula y codo en extensión y supinación, con flexión dorsal de la muñeca y extensión de los dedos. Lo mejor es colocar dos almohadas en aspa, de modo que la de arriba coincida con el miembro superior afectado.
- MI afectado. Almohada bajo el glúteo y el muslo. Los miembros inferiores deben estar extendidos. No deben colocarse almohadas bajo las rodillas ni ningún apoyo en la planta del pie salvo indicación del fisioterapeuta. Hay que evitar que el peso de las sábanas caiga sobre el pie.

DECÚBITO LATERAL SOBRE EL LADO AFECTADO

- Cabeza: con almohada y ligera flexión cervical superior.
- Tronco: con almohada en la zona dorsal y ligera rotación hacia atrás.
- MS: hombro desplazado adelante, antebrazo en supinación y muñeca en dorsiflexión pasiva.
- MI: extensión de la cadera y la rodilla.

DECÚBITO LATERAL SOBRE EL LADO NO AFECTADO

- Cabeza: con almohada y ligera flexión cervical superior.
- Tronco: ligeramente girado hacia delante.
- MS afectado: con almohada y flexión del hombro con abducción de la escápula.
- MI afectado: adelantado y sobre una almohada, con ligera flexión de la cadera y la rodilla.

SEDESTACIÓN

Espalda recta, pies separados y con apoyo plantar completo, las rodillas más bajas que las caderas y los brazos apoyados en una mesa o en un soporte delante de la silla.

TRANSFERENCIAS

- Paso de decúbito supino a decúbito lateral. Es cruzará la pierna supralateral sobre la de apoyo y girar el tronco desde la pelvis y la cintura escapular sin tirar del brazo.
- Paso de decúbito lateral a supino. Extender las piernas y dirigir el volteo desde la pelvis a la cintura escapular.
- Paso de decúbito supino a sedestación en la cama y viceversa. Se realiza desde el lado afectado, adelantando las piernas de modo que cuelguen en el borde lateral de la cama, rotando el tronco e incorporando al paciente acompañando el movimiento de manera que con un brazo se le rodean la cabeza y el tronco y con el otro se dirige el peso hacia la pelvis situando la mano en la hemipelvis superior. Para hacer lo contrario, el TCAE con su brazo detrás de la cabeza del paciente iniciará la rotación del tronco hacia el lado no afectado. Siempre que el paciente pueda levantar las piernas le invitará a que lo haga el TCAE le ayudará desde las rodillas.
- Paso de sedestación en la cama a lasilla y viceversa. El TCAE colocará la silla del lado no afectado.; TCAE se colocará delante del paciente y pasando sus brazos por debajo de las axilas de este, le ayudará a inclinar el tronco. El TCAE colocará su rodillas delante de la rodilla del lado afectado del paciente para evitar que ésta se flexione, esto lo realizará en la transferencia de sedestación a bipedestación, el TCAE indicará al paciente que vaya girando sobre la pierna menos afectada hacia la silla hasta que note el contacto en la parte posterior de las piernas y que entonces se siente flexionando las rodillas y las caderas. Para pasar de la silla a la cama el lado no afectado quedará junto a la cama y se repiten las mismas maniobras.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes hospitalizados por causa de un ictus prolongan su estancia debido a que no pueden valerse por si mismos y los familiares no se encuentran capacitados para prestarles los cuidados necesarios. El paciente deberá ser el máximo implicado en su cuidado postural y tratamiento.

El TCAE realizará las transferencias como las movilizaciones del paciente con la mayor suavidad, evitando movimientos bruscos, que puedan llevar a la aparición de complicaciones (aumento de la espasticidad, dolor en hombro, muñeca...). El primer paso para recuperar el movimiento es recuperar la postura, por lo que es importantísimo realizar los cambios posturales correctamente.

6 Bibliografía

- Guía de Práctica Clínica de Ictus. Barcelona.2005.
- Agencia de Evaluación de Tecnología e investigación Médicas de Cataluña. 2004.
- Cuidados posturales y transferencias en el paciente con ictus .
- Base de datos Hospital Monte Naranco.
- Protocolo HUCA.

Capítulo 160

ASESORAMIENTO DEL TCAE ANTE EL MAL USO CONTINUADO DE TAMPONES Y COMPRESAS

CARLOTA BAUTISTA MARTÍNEZ

MARIA LUISA LÓPEZ GONZÁLEZ

GRACIELA GAYOL FERNÁNDEZ

LAURA SUÁREZ TALAVAN

1 Introducción

El uso continuado de tampones y compresas durante toda la vida fértil de la mujer no solo es perjudicial para ésta (roces, heridas, infecciones, síndrome del shock tóxico...) sino también para el medio ambiente ya que se generan toneladas de residuos plásticos muy dañinos.

2 Objetivos

- Evaluar los daños en la salud de la mujer por el uso de tampones y compresas.
- Conocer el impacto medioambiental de dicha práctica.
- Buscar alternativas ecológicas y sin riesgos para la salud.
- Colaborar y participar en la educación de la población desde la atención primaria, asesorar a las mujeres para un buen uso de los productos citados e informar de las alternativas existentes en el mercado.

3 Metodología

Se han realizado dos revisiones bibliográficas, una para cuantificar los daños que causan estos productos a sus usuarias y sus alternativas saludables, y otra para contabilizar el impacto en el medio ambiente.

4 Resultados

-Se conoce según el resultado sobre salud íntima de los españoles que el 37,5 por ciento de las adolescentes ha tenido algún tipo de alergia por el consumo de estos productos debido a sus componentes. También consta en el estudio que un 57 por ciento de las jóvenes confirma que ha sufrido consecuencias negativas en su cuerpo, mientras que el 65 por ciento afirma haber tenido molestias con resultado de heridas o roces.

-Se ha calculado que una chica de 14 años que use compresas durante toda su vida generará 310.800 kilos de residuos.

El Instituto Real de Tecnología de Estocolmo realizó una comparación del impacto ambiental de los tampones y compresas teniendo en cuenta todo su ciclo de vida, tomando en consideración que el principal impacto viene dado en su fabricación con el procesamiento de las materias primas, aunque los desechos producidos también son significativos y preocupantes.

5 Discusión-Conclusión

Una buena alternativa al uso abusivo de tampones y compresas con compuestos plásticos es la copa menstrual, en sus ventajas atajamos tanto los problemas de salud como el daño al medio ambiente:

- Es ecológica
- Es económica al ser reutilizable
- Es saludable al no tener compuestos tóxicos
- Nos ayuda a conocer nuestra cantidad y ritmo de menstruar.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en colaboración con otros profesionales tanto de atención Primaria como de los servicios de Ginecología y Obstetricia en hospitales, tiene la obligación de proporcionar información a las mujeres que así lo precisen, se debe de orientar y aconsejar un uso responsable y

adecuado de los tampones y las compresas así como dar a conocer los diferentes dispositivos higiénicos para la menstruación.

6 Bibliografía

- Correofarmaceutico.com.
- Mejorconsalud.com.

Capítulo 161

RELACIÓN DEL TABAQUISMO CON LA REDUCCIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR

JESSICA LÓPEZ CERNUDA

1 Introducción

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada principalmente por la nicotina. Se considera una enfermedad adictiva, crónica y recurrente. El tabaquismo es la principal causa de mortalidad prematura y evitable, en los países desarrollados.

El consumo de tabaco se asocia a más de 25 enfermedades, la mayor parte de patología tumoral (90%), procesos clasificados como bronquitis crónica, enfisema o EPOC (75%) y síndromes coronarios agudos (25%).

El alquitrán y las nitrosaminas presentes en el tabaco son las sustancias responsables de que la patología tumoral aparezca con mayor frecuencia entre los fumadores. Estas sustancias alteran los genes celulares bien inhibiendo a los genes supresores tumorales o bien acelerando la división celular atípica.

La espirometría es una prueba sencilla que permite cuantificar la obstrucción de aire en el pulmón y es altamente efectiva para el diagnóstico del (EPOC) en sus fases iniciales, cuando a menudo no da síntomas.

2 Objetivos

Evaluar la función respiratoria en relación con el consumo de tabaco.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda online en diferentes bibliotecas médicas tales como cochrane o scielo de diversos estudios para evaluar la función pulmonar mediante de espirometrías en 500 personas, las cuales estaban divididas en grupos con similares características sociodemográficas, pero con diferentes niveles de exposición al hábito de fumar.

4 Resultados

Todos los indicadores espirométricos fueron más bajos en los fumadores en comparación con los no fumadores. Las diferencias persistieron después de controlar por sexo, estado nutricional, estrato socioeconómico, nivel educativo y sobrepeso abdominal. Se confirmó que a mayor consumo de tabaco, mayor es la disfunción pulmonar.

5 Discusión-Conclusión

La realización de una espiromería puede detectar una alteración de la función pulmonar de forma temprana, lo cual permite identificar a las personas en alto riesgo de tener enfermedad pulmonar a fin de emprender con ellas programas oportunos de prevención.

6 Bibliografía

- www.bibliotecamedica.plisweb.com.
- www.cochranelibrary.com.
- www.ncbi.nlm.nih.gov.
- www.infosalus.com.
- www.fundaciondelcorazon.com.

Capítulo 162

EL TCAE ANTE EL REFLUJO VESICOURETRAL

PAULO JOSE VALDES VAZQUEZ

1 Introducción

El reflujo vesicouretral se define como un paso retrógrado no fisiológico de la orina desde la vejiga al uréter. Suele estar producido por una alteración en la unión vesico-uretral.

2 Objetivos

- Minimizar el miedo y la ansiedad en los pacientes por esta situación.
- Conocer las técnicas necesarias para su diagnóstico.
- Promover la educación sanitaria.

3 Metodología

Se efectuó una revisión bibliográfica en varios motores de búsqueda en internet. Se buscó palabras claves: reflujo vesicouretral, dilataciones del tracto urinario, diagnóstico y tratamiento R.V.U.

Encontré diferentes protocolos y técnicas de actuación del TCAE que se pueden utilizar para el diagnóstico del R.U.V.

4 Resultados

El R.U.V produce un aumento del riesgo de padecer infecciones de orina de forma repetitiva.

La dilatación se produce en los grados más altos de la R.U.V. Pueden producir cicatrices renales, pérdida de la función renal, llegando a una insuficiencia renal crónica y por ello una necesidad de diálisis y trasplante renal.

5 Discusión-Conclusión

La finalidad de este trabajo es dar a conocer a esta enfermedad y como nuestro trabajo es fundamental para que los pacientes se sientan protegidos, cuidados y no se sientan solos ante su enfermedad. La palabra empatizar debe estar presente en nuestra labor asistencial.

6 Bibliografía

- Ceriani Cernadas J M Cateterismo uretral. 1ª edición. Buenos Aires. Editorial médica Panamericana, 2005.
- Protocolo de las dilataciones del tracto urinario. Hospital Donostia (Servicio vasco de salud)

Capítulo 163

CUIDADOS DEL TÉCNICO DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN EL CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS UNA CESÁREA

ÁUREA GARCÍA MÉNDEZ

1 Introducción

En los últimos años, el número de cesáreas realizadas es elevado. La cesárea puede ser programa o urgente, dependiendo del motivo por el que se trate. Teniendo esto en cuenta, muchos son los recién nacidos que no realizan el piel con piel tras el nacimiento. Podríamos decir que este es su hábitat natural las primeras horas de vida y en las intervenciones quirúrgicas son separados inmediatamente de sus madres. El recién nacido es valorado por pediatría en un primer instante, trasladando posteriormente al recién nacido con la familia, perdiendo el los beneficios del contacto piel con piel con su madre.

Tras varios estudios, se ha comprobado que la transición de la vida exterior del recién nacido se verá favorecida por ese contacto. Sus funciones vitales, temperatura, respiración, ritmo cardíaco, etc, se regularán óptimamente. Además de verse favorecida la instauración de la lactancia materna, la cual tiene múltiples beneficios para la edad adulta.

2 Objetivos

- Determinar las medidas para facilitar el contacto piel con piel, tras la cesárea para beneficiar a madre y recién nacido.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo, se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre el contacto piel con piel publicados en las revistas indexadas en las bases de datos de Cochrane, Medline y Embase, además de consultar el comité de lactancia materna.

Para ello se han utilizado las palabras claves cómo: piel con piel, cesárea, quirófano, lactancia.

4 Resultados

Para equiparar en la medida de lo posible, el final de un parto vaginal a una cesárea programada o de urgencia, siempre que el estado de salud de la madre y del recién nacido lo permita, una vez producida la transición a la vida extrauterina, el recién nacido será valorado por pediatría y si este lo considera oportuno tras un test de apgar igual a 8 o más, será colocado sobre el pecho materno.

En la mesa de quirófano, será colocado a través del arco de separación y cubierto con paños calientes, ya que la temperatura de quirófano suele ser inferior al resto de los habitáculos de un hospital.

Una vez finalizada la intervención, la madre y el recién nacido serán trasladados a la unidad de reanimación, donde tendrá la posibilidad de continuar el contacto piel con piel. Además en esta unidad podrán estar ambos, acompañados por el padre del recién nacido si así lo desea la madre, en un espacio donde se preserve su intimidad.

El personal responsable asumirá la vigilancia de madre e hijo. Pasadas unas horas pasarán a la habitación del hospital correspondiente para continuar con los cuidados correspondientes.

5 Discusión-Conclusión

El contacto piel con piel tras la cesárea empieza a instalarse en nuestro sistema de salud.

Su puesta en marcha requiere la coordinación de varios servicios hospitalarios (paritorios, quirófano, reanimación) y la formación, implicación y voluntad del personal responsable cómo son anestesistas, pediatras, ginecólogos, matronas, enfermeras, auxiliares de enfermería.

Se debe facilitar el piel con piel en las cesáreas donde sea posible realizarlo, ya que los beneficios de este son múltiples tanto en el futuro próximo y en la edad adulta del recién nacido.

6 Bibliografía

- Hospital Universitario Marques de Valdecilla. Servicio de Obstetricia y Pediatría. Protocolo de contacto piel con piel en el área de partos. Santander: Centro de Publicaciones Servicio Cántabro de Salud; 2010.
- Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Contacto piel-a-piel temprano para las madres y sus recién nacidos sanos. En: La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; 4. Oxford: Update Software. Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (acceso: 21/01/ 2012).
- Rodríguez Román R. Contacto piel con piel madre/ hijo con acompañamiento en cesáreas programadas: su efecto en la lactancia materna exclusiva. Reduca (Enfermería, Fisioterapia, y Podología). Serie Matronas. 3 (3):234-256, 2011.

Capítulo 164

SINTOMAS DE SOSPECHA DE PADECIMIENTO DE ANOREXIA NERVIOSA

ESTHER RODRÍGUEZ CASTELLANOS

1 Introducción

Los trastornos de la alimentación constituyen actualmente un foco de gran interés por la problemática que actualmente presenta un gran sector de la población, sobre todo, mujeres adolescentes que se han desarrollado en una cultura occidental.

La anorexia nerviosa es un tipo de trastorno de la alimentación, que se caracteriza por el bajo peso corporal. Es una enfermedad que mayoritariamente se encuentra en mujeres jóvenes. El signo principal que le caracteriza es el miedo a ganar peso, teniendo una distorsión de la imagen corporal, por lo que realizan conductas para ello cómo excesivo ejercicio físico y una escasa alimentación.

2 Objetivos

- Describir los diferentes síntomas que presenta la anorexia nerviosa.
- Distinguir los signos que nos puedan ayudar al reconocimiento de la anorexia nerviosa.

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

En la anorexia nerviosa se pueden encontrar las siguientes alteraciones:

Síntomas cognitivos:

- Pensamientos irracionales con relación a la comida, peso y figura, así como un excesivo interés en su peso y figura, no aceptándose como son.
- Evaluación errónea de las dimensiones de su cuerpo (conceptos de delgado o grueso).
- No valoración de la gravedad de su estado siendo mas difícil su recuperación.

Síntomas conductuales:

- Consumen dietas hipocalóricas sin grasa ni hidratos de carbono.
- Presentan irritabilidad, hiperactividad y aislamiento social.

Síntomas psicopatológicos:

- Padecen síntomas depresivos, ansiedad, rasgos obsesivos, alteración del sueño, dificultad de concentración.

Síntomas físicos:

- Índice corporal menor de 17.5, detención del crecimiento, amenorrea, aparición de vello(lanugo), piel seca, uñas y cabellos frágiles, hipotensión, bradicardia, hipotermia.

Algunos signos que nos pueden ayudar a sospechar que se ha iniciado la enfermedad, serían:

- Disminución de la ingesta, teniendo en cuenta el consumo de calorías, eliminando grasa e hidratos de carbono de su dieta, reduciendo así las proteínas.
- Cuando tiene comida delante, come muy lentamente, valiéndose cualquier excusa para levantarse y dejarlo, apartando meticulosamente los trocitos de grasa,

juguetea con la comida del plato.

- Comienza a hacer mucho ejercicio físico.
- Dice no tener nunca hambre. Siente gran satisfacción de soportar la sensación de hambre.
- Imagen distorsionada de su cuerpo, visualmente creen tener un IMC elevado, aunque esto no es así. Tienen una preocupación excesiva por verse delgado.
- Negación de la enfermedad.
- Tendencia al aislamiento. Cambios de humor frecuentes. Tiende a estar triste, deprimido. Puede tener insomnio.
- Se visten con ropas anchas para evitar que se les vea el cuerpo. Pueden llevar varias prendas superpuestas.
- Desarrollan gran actividad física e intelectual. Por lo general son alumnos brillantes, estudiosos y abnegados. Deportistas hiperactivos pero solitarios. A la larga la debilidad física y los trastornos psicológicos acompañantes hacen llevar al fracaso en los estudios.
- Amenorrea secundaria.
- Cambios en el cuerpo que plasman diferentes síntomas: síntomas digestivos como dolor abdominal, estreñimiento, signos de desnutrición como piel seca y amarillenta indicadora de anemia. Acaba afectando a todos los órganos, corazón, riñones, sistema inmunitario, hormonas...
- Cambios cognitivos en los que suelen tener pensamientos extremistas. Alteraciones de la autoimagen.
- Cambios comportamentales. Restricciones alimentarias, vómitos, síntomas obsesivo-compulsivos, perfeccionamiento académico.
- Disminución del interés sexual.

5 Discusión-Conclusión

Se debe estar alerta para objetivar las alteraciones físicas y psíquicas características del adelgazamiento excesivo para poder evitarlo en la medida de lo posible. Como conclusión podemos plasmar que la enfermedad de la anorexia nerviosa, suele llevar varios meses de evolución ya que cuando ya es perceptible por familiares, la enfermedad suele estar avanzada, dada la capacidad de esconder en la medida de lo posible su preocupación excesiva por el peso.

Hoy en día, los medios de comunicación afectan de una manera considerable a la existencia de este tipo de patología, ya que existe ese ideal de belleza que se quiere conseguir. Las redes sociales muestran chicas y chicos jóvenes, con una

fisiología aparentemente bonita, que visten con ropa de moda en ese momento, influyendo a los más jóvenes queriendo conseguir ese estereotipo idealizado que transmiten los medios.

6 Bibliografía

- Caballo V. E .Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos Veintiuno de España editores, Madrid 1996.
- Toro, J. E. El cuerpo como Delito: Anorexia, Bulimia, cultura y sociedad. Ariel. Barcelona 1996.
- Chinchilla Moreno A, (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. Barcelona. Masson.

Capítulo 165

EL TRASTORNO ALIMENTARIO DE LA BULIMIA NERVIOSA

ROBERTO BAILÓN GONZÁLEZ

1 Introducción

La bulimia nerviosa, comúnmente denominada bulimia, es un trastorno alimentario (TCA) y psicológico en el cual una persona ingiere una gran cantidad de comida, comúnmente denominados “atracones”, haciéndolo de una manera excesiva, irregular y repetida, en un periodo muy corto de tiempo. Durante ese momento de un apetito totalmente desordenado, el individuo sufre la sensación de la pérdida de control y ese estado le produce un trastorno que le incapacita en el acto de parar de comer, para seguidamente sentirse culpable y expulsarlo con un procedimiento muy poco saludable, como es el vómito autoinducido o con el uso frecuente de laxantes, diuréticos o purgantes, para así tratar de compensar el exceso de la ingesta.

El concepto conocido como patología alimentaria, se hizo más preciso a partir del desarrollo natural del estudio de estas patologías, debido a la evolución de la ciencia. Con el paso de los años, diversos especialistas alimentarios hicieron una lectura moderna de esas alteraciones y buscaron la conexión existente entre la forma que tenían de relacionarse con el cuerpo, con los alimentos que consumían, los componentes psíquicos y los efectos que producía el entorno en el individuo. Uno de esos especialistas en hacer una lectura moderna de los trastornos alimentarios fue Papalia, que calificó en el año 2005 los trastornos de alimentación como “el comer en exceso y la falta extrema de alimentos”. Estos son estereotipos sociales más habituales en una sociedad industrializada, donde el alimento existe en abundancia y lo atractivo se equipara a la imagen de la delgadez.

Halgin un año antes, en el año 2004, definió en su tesis que el significado psicológico de la comida se extiende más allá de sus poderes nutritivos y los calificó como trastornos caracterizados por conflictos sobre la comida, la alimentación, el ejercicio y la imagen corporal.

Los datos históricos más antiguos que se conocen sobre los trastornos alimentarios se encuentran en la religión, allí los religiosos mostraban su gran devoción por medio de la drástica restricción de algunos alimentos, práctica que era conocida como "la santa anorexia". Santa Catalina de Siena fue uno de esos modelos, murió con sólo 25 kilos de peso tras varios años de ayuno. En el libro *Patologías alimentarias en el siglo XXI*, la ensayista y escritora Flavia Tomaello manifestó que la bulimia surgió en la época románica a través de las grandes fiestas, en las que se practicaba la ingesta compulsiva de alimentos en jornadas diarias, fiestas donde era casi un requisito indispensable el producir voluntariamente el vómito para poder continuar con esos banquetes maratonianos. Claudia Octavia, la primera mujer que tuvo Nerón, falleció a causa de una enfermedad que se asemeja a la anorexia. Ese hecho fue descrito por Galeno como la "la kinos orexia" o "el hambre canina", generada a partir de un estado de ánimo anormal.

La segunda mitad del siglo XX, los estudios comenzaron a centrarse en la distorsión de la imagen corporal, en la fobia del paciente al subir de peso y en la reticencia al desarrollo sexual. En el año 1968 se lograron identificar aspectos comunes en los pacientes como son la distorsión de la imagen del cuerpo, disfuncionalidades en la autoestima y la incapacidad de interpretar o reconocer las necesidades corporales del organismo. Ese mismo año las enfermedades del tipo trastorno alimentario, fueron incluidas en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM).

El término "trastornos alimentarios" hace referencia a una de las variedades de los distintos tipos de trastornos alimentarios que existen. La anorexia, la bulimia, la ortorexia, la vigorexia y el comer compulsivo, todas ellas tienen una característica en común, el comportamiento anormal e insano de alimentarse. Los trastornos alimentarios son manifestaciones extremas, trastornos de tipo emocional que se manifiestan visiblemente en personas con preocupaciones obsesivas por la figura corporal.

2 Objetivos

- Definir el concepto de trastorno alimentario de la Bulimia y sus tipos.

- Determinar y evaluar las características generales de la bulimia y sus causas.
- Describir los síntomas físicos y psicológicos que conlleva padecer la bulimia.
- Detallar el tratamiento y los pasos a seguir tras el ingreso hospitalario.
- Especificar cuales son las medidas relacionadas con la prevención del trastorno alimentario de la Bulimia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática en las bases de datos científicas de PubMed, MedlinePlus, Shcielo, usando como descriptores en la búsqueda las palabras claves: Bulimia, trastorno, familia, terapia, sociedad, prevención, y de la misma manera se han revisado distintas páginas web que están relacionadas con la el tema de la Bulimia y de los trastornos alimentarios.

Por otro lado se ha hecho una recopilación de la bibliografía de diferentes libros de texto enfocados en el estudio, la prevención y en la búsqueda de la resolución a los problemas de salud alimentarios producidos por la bulimia o por otras enfermedades relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria.

4 Resultados

Bulimia, significa “hambre de buey”. Este trastorno suele producirse con mucha más asiduidad en las mujeres, y dentro de este grupo según los datos estadísticos. La edad de aparición de la bulimia suele estar entre el final de la adolescencia y el comienzo de la edad adulta, la gran mayoría de los pacientes tiene menos de 22 años cuando empiezan a sufrir los primeros síntomas de la enfermedad. La presión psíquica y familiar, los factores biológicos y sociales o el deseo de adaptarse al ideal de belleza socialmente aceptado por los cánones del sistema, hacen que todo ello unido a la corta experiencia y a la poca madurez de la mayoría de los afectados por este trastorno neurótico, sean consideradas como las posibles causas o circunstancias de que surja la enfermedad a una edad tan temprana. los afectados por bulimia mantienen un rango normal de peso, a diferencia de las anoréxicas, las bulímicas no tienen una figura demacrada que las traicione, aunque muestran síntomas de malnutrición. Esta enfermedad tiene alrededor de unos 15 episodios de atracones compulsivos y de vómitos semanales y generalmente tienen los bulímicos tienen un peso aparentemente normal, lo que dificulta en mucho la detección de la enfermedad. En un solo atracón pueden los bulímicos pueden consumir entre 10.000 y 40.000 calorías.

Los trastornos de la conducta alimentaria, están englobados en el marco de las psicopatologías alimentarias y tienen la calificación de enfermedades crónicas y progresivas, ya que actúan directamente factores psicológicos, sociales y emocionales, entre los que destaca una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal del individuo. Los pacientes bulímicos, no tienen sólo una conducta desordenada en el aspecto alimentario, sino que además, patologías como la ansiedad, la depresión, la baja autoestima y los trastornos emocionales, son síntomas que acompañan a los efectos secundarios de la enfermedad. El miedo al aumento de peso en los pacientes afectados por este trastorno, es su mayor obsesión. El estado mental y el estado físico de un ser humano depende en gran medida de los hábitos alimenticios que haya adquirido a lo largo de toda su vida, y especialmente, cuando nuestro organismo por alguna enfermedad que haya adquirido requiere de unos cuidados especiales.

TIPOS DE BULIMIA

Se pueden distinguir dos tipos principales de bulimia:

- La bulimia purgativa o purgante. Este tipo de bulimia se caracteriza por estar acompañada de una fase de purgación con la utilización de diuréticos y laxantes. El objetivo de estos pacientes es eliminar cuanto antes la mayor proporción posible de alimentos ingeridos, la ansiedad que les produce pensar que van a engordar les genera la necesidad de tener que expulsar el alimento. La bulimia purgativa o purgante es la más habitual de todos los tipos, está vinculada con un espacio corto de tiempo con una excesiva eliminación de los alimentos consumidos. Este acto generalmente el individuo lo realiza de manera privada, y se genera por impulsos forzados.
- La bulimia no purgativa. En este tipo de bulimia, el método usado para la pérdida de peso no es el vómito, ni los laxantes, se desarrolla con la realización de ejercicio físico intenso, así como recurrir a ayunos y dietas estrictas en las que la persona puede experimentar un hambre voraz que es incapaz de controlar. Los problemas vinculados con este tipo de bulimia son principalmente los cortes del proceso de digestión, la deshidratación, y exceso de uso de los músculos de tipo cardiovascular. Este tipo de bulimia es la menos común, se produce aproximadamente entre 8% de los casos de bulimia.

FASES DEL TRASTORNO BULÍMICO:

- Fase de control de la alimentación:

El individuo hace una planificación de su alimentación, haciéndola cada vez más restrictiva y obsesiva, con el único objetivo de perder peso. De esa manera, in-

tenta controlar su alimentación y su dieta de manera obsesiva, en un estado constante de vigilancia y preocupación.

- Fase de pérdida del control o atracón:

Lo que destaca por encima de todo en la bulimia nerviosa, es la pérdida del control de la situación en el individuo, lo cual consigue que la persona sea tan vulnerable ante su propia reacción de comer, que se salte cualquier tipo de restricción alimentaria, como respuesta a situaciones de estrés emocional, que genera la falta de control.

- Fase de purga:

En esta fase, el sentimiento de culpabilidad total invade la mente y la perspectiva del paciente, quien profundamente arrepentido de la ingesta descontrolada, busca los recursos para poder conseguirlo, intentando evitar de manera obsesiva el no ganar peso.

CAUSAS DE LA BULIMIA

Dependiendo del individuo y del tipo de trastorno alimentario que padece, la bulimia nerviosa puede presentarse por una sola causa o puede aparecer por un cúmulo de causas. Los orígenes de estas causas pueden ser sociales, psicológicos o biológicos.

Causas Sociales:

- La necesidad de pertenencia a un grupo y no sentirse aislado socialmente.
- La necesidad de sentirse querido y admirado en el entorno social que los rodea.
- Los conceptos y los estereotipos sociales y culturales en torno a la perfección de la delgadez de los cuerpos, los roles y los modelos a seguir socialmente a través de la publicidad en los medios de comunicación, genera una distorsión en sus conceptos alimentarios.

Causas Psicológicas:

- La depresión, la angustia. Esta enfermedad afecta mayoritariamente en la etapa de la adolescencia, que es donde se produce la mayor sensación de angustia ante la sociedad.
- Una baja autoestima, lo que puede conllevar a una preocupación excesiva por el aspecto físico.
- Tener una imagen corporal distorsionada, basada en los actuales patrones de belleza de la moda, el cine etc.. Considerados por la sociedad como los ideales.
- Los problemas de afección o comprensión dentro del núcleo familiar.
- La percepción distorsionada y negativa de la propia imagen, puede derivar en una falta en el equilibrio emocional del individuo.

Causas Biológicas:

- Desórdenes hormonales, sobre todo en la etapa de la adolescencia.
- Si existen antecedentes familiares aumenta el riesgo de padecer la bulimia. Estudios realizados en gemelos separados al nacer y adoptados por diferentes familias, proporcionan claras evidencias de que los trastornos alimentarios pueden ser hereditarios, debidos a una causa genética.
- Las alteraciones tanto de serotonina, como de los sistemas neuroquímicos o perinatales, incrementan el riesgo.
- La existencia de un bajo gasto de energía genético, podría conllevar que el paciente posea un mayor peso corporal a pesar de una ingesta de alimentos considerada normal.
- Personas obesas o con sobrepeso que ante la necesidad de bajar de peso, hacen dietas insanas y rigurosas.

SÍNTOMAS DE LA BULIMIA:

Algunos de los síntomas más frecuentes son:

- Trastorno de la imagen corporal.
- Preocupación continuada por la comida.
- Distensión abdominal con presencia de estreñimiento, por usar de laxantes.
- Caries y pérdida del esmalte dental, debido al vómito.
- Ronquera y mucha dificultad para tragar.
- Inflamación de las glándulas salivares.
- Grandes fluctuaciones de peso.
- La deficiencia de potasio les trastorna el ritmo cardiaco.
- Alteraciones en los niveles de vitaminas o de electrolitos.
- Cicatrices en las manos, por poner los dedos en la garganta al vomitar.
- Cambios hormonales y metabólicos.
- Trastornos continuados en la personalidad.
- Depresión y ansiedad.
- Restricción en la ingesta de líquidos.
- Efectos secundarios en el tracto gastrointestinal.
- Adicciones derivadas del nerviosismo como el fumar o el mascar chicle en exceso.
- Elevado riesgo de suicidio, en los casos muy graves en el trastorno alimentario.

Los médicos habitualmente diagnostican la existencia de bulimia nerviosa en una persona, cuando transcurren más de tres meses repitiéndose con asiduidad este tipo de síntomas.

TRATAMIENTOS:

- La combinación de fármacos antidepresivos con una Psicoterapia. cognitivo-conductual. Los inhibidores de la serotonina son muy eficaces para poder reducir la frecuencia de los episodios bulímicos.

- El ingreso hospitalario para el tratamiento de los pacientes bulímicos es el método que mejores resultados ofrece, aunque en determinadas circunstancias no está indicado, por ejemplo:

Si la gravedad del trastorno hace que su tratamiento resulte insuficiente para un ingreso.

Dependencia grave a medicamentos, alcohol y/o drogas.

Dificultad extrema para abortar el círculo vicioso entre los vómitos y los episodios bulímicos.

Fracaso repetido en el tratamiento del ingreso ambulatorio.

PAUTAS A SEGUIR TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO:

- En primer lugar hay que conseguir retener los alimentos del paciente, el objetivo es evitar el vómito.

- Normalizar el funcionamiento del metabolismo del paciente bulímico.

- Educación alimentaria diaria, para mantener una dieta equilibrada.

- Fomento constante de los buenos hábitos alimenticios.

- Trabajo en equipo orientado a la rehabilitación física y psíquica.

- Realización de una terapia psicológica para estructurar las ideas distorsionadas del paciente.

- Corrección de la percepción errónea del propio cuerpo de la persona bulímica.

- Colaboración e implicación de la familia en toda la duración del ingreso.

Se estima que la curación del trastorno alimentario de la bulimia se logra más o menos en el 40 por ciento de los casos, aunque también hay que decir que es una enfermedad intermitente, lo que tiende a volverse crónica. La mortalidad de esta cruel y grave enfermedad excede incluso a la de la anorexia, debido a las complicaciones tan graves para el organismo generadas por el exceso de vómitos y el uso de laxantes.

PREVENCIÓN DE LA BULIMIA:

- La prevención debe tener un planteamiento de trabajo multidisciplinar.

- Fomentar los buenos hábitos alimentarios desde la infancia.

- Conocer y saber valorar las cualidades de uno mismo.

- Impedir el aislamiento social del individuo.

- Evitar una excesiva protección de los padres sobre los hijos.

- facilitar la autonomía en la etapa de la adolescencia.
- La enseñanza educativa en las escuelas es un pilar en la educación de los . . niños sobre los buenos hábitos alimentarios y nutricionales.
- El desarrollo de la autoestima, el fomento de las habilidades sociales y la práctica activa de las habilidades comunicativas.
- Control periódico por parte del equipo de salud de la química sanguínea del paciente, vigilando en todo momento el potasio.

Las pautas que deben seguir los familiares del paciente son:

- Tener claro que la mejor manera de ayudar a una persona bulímica, es tomar conciencia de que padece un trastorno de la conducta alimentaria.
- Evitar los comentarios críticos en relación al peso, la alimentación, etc.
- Ser capaz de comprender que la bulimia es un grave trastorno de la salud.
- No tener controlado al enfermo y no agobiarlo al hablándole únicamente del problema que padece.
- Fomentar la capacidad en la percepción, tanto del apoyo como de la comprensión.
- Anular los chantajes emocionales como fórmulas de solución al problema. Estas fórmulas sirven de muy poco y además, suelen empeorar la situación.

5 Discusión-Conclusión

La bulimia nerviosa es un trastorno alimentario, pero su verdadera raíz radica en una enfermedad psicológica. En el interior del abismo que representa la bulimia para los pacientes que la sufren, existen muchos factores de presión externa en la sociedad. El mundo de la publicidad y sus medidas perfectas, basadas en la delgadez extrema como sinónimo de belleza. Los cánones sociales, que están distorsionados de la realidad e implantados por el sistema consumista y publicitario, promueven unas demandas sociales en las que todos debemos lucir delgados y que a mayor delgadez mayor será nuestra belleza, por lo que una persona con sobrepeso, indirectamente ya no es aceptada como alguien denominado normal para el ideal de la sociedad y la belleza. Todos estos aspectos en combinación con una baja autoestima, la juventud o la inestabilidad emocional pueden generar trastornos de bulimia en un individuo.

La enfermedad es una circunstancia que nace como consecuencia del trastorno, el cual puede amenazar de alguna manera la dignidad y la vulnerabilidad de la persona. La atención sanitaria que se presta en los trastornos alimentarios ha de ser por encima de todo una atención humanizada. Hacer humano los cuidados

sanitarios, significa hacerlos cercanos, modélicos y respetuosos con la dignidad de la condición humana.

6 Bibliografía

- Jáuregui-Lobera I, Nutrición hospitalaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de nutrición parenteral y enteral, 2014; 29 (3): 500-507.
- Schmidt, U.; Treasure, J.: “Aprender a comer”. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Martínez Roca, Barcelona, 1996.
- Guía de prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y el Sobrepeso. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 2008.
- Chandler, E.: “La distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios: enigma clínico y desafío terapéutico”. Actualización en Nutrición (Revista de la Sociedad Argentina de Nutrición), vol. 7, 2006.
- Asociación contra la Anorexia y la Bulimia. Disponible en internet en la pagina: <http://www.acab.org/es>.
- <http://scielo.isciii.es>.
- <https://www.onmeda.es/enfermedades/bulimia.html>.
- http://www.centroab.com.ar/articulos/libro_anorexia-nerviosa.pdf.
- <https://sid.usal.es/buscador.aspx?q=bulimia>.
- <http://motor-busqueda-libros.com/anorexia-y-bulimia-pdf-dl139872> ACAB. (2005).

Capítulo 166

LOS CUIDADOS DEL TCAE EN LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO

BEATRIZ DÍAZ ALONSO

1 Introducción

La OMS define a la depresión como: “ Un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.”

Esta enfermedad es, junto con la demencia, la enfermedad mental más frecuente en los ancianos, ya que los problemas de salud mental adquieren una importancia especial durante el envejecimiento. La dificultad en el diagnóstico y la no detección agravan el problema.

Por lo tanto, la depresión es un problema médico que afecta a la vida diaria y el funcionamiento normal. No es una parte usual del envejecimiento, ni una señal de debilidad ni un defecto de carácter. Muchas personas mayores que tienen depresión necesitan tratamiento para sentirse mejor.

Tipos:

- Depresión grave o mayor: síntomas graves que interfieren con la capacidad de trabajar, dormir, concentrarse, comer y disfrutar de la vida. Algunas personas pueden tener un solo episodio en la vida, pero es más común tener varios episodios.
- Trastorno depresivo persistente (distimia): síntomas de depresión no tan fuertes como los de la depresión grave, pero que duran mucho tiempo (por lo menos dos años).

- Depresión menor: síntomas de depresión que no son tan fuertes como los de la depresión grave o del trastorno depresivo persistente y que no duran mucho tiempo.

Signos y síntomas:

- Pérdida de interés en actividades que antes le gustaban y pérdida de la ilusión.
- Sentimiento de estar insatisfecho/a con la vida que se tiene.
- Pérdida de energía.
- Preocupación sobre problemas de salud.
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones; se siente inseguro, se infravalora y se hace reproches.
- Cambios en el patrón de alimentación.
- Alteraciones en el sueño y en los períodos de descanso; aparece el insomnio, siendo muy característico el despertar temprano.

Etiopatogenia:

- Pérdida de la salud como consecuencia de la edad. En muchas ocasiones esta pérdida de salud condiciona un deterioro funcional con tendencia a la dependencia física y pérdida de autonomía.
- Presencia de enfermedades crónicas.
- Pérdidas de familiares, amigos y seres queridos, en ocasiones acompañadas de reacciones de duelo patológicas.
- Disminución de la capacidad económica.
- Pérdida de roles en el seno de la familia con la salida de los hijos y un papel menor del abuelo dentro de la misma.
- Cambios en la llegada de la jubilación, que condiciona un cambio brusco en la actividad y en las relaciones sociales.
- Factores biológicos (cambios hormonales, en la estructura cerebral,...).
- Factores somáticos (accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, el infarto de miocardio,...)).

Es importante resaltar, que la depresión es el principal factor de riesgo para la conducta e ideas suicidas en edades avanzadas.

Factores de riesgo de suicidio en personas mayores:

- Edad avanzada, sexo masculino.
- Aislamiento social.
- Duelo.
- Historia de intentos.
- Evidencia de planificación.

- Enfermedad o discapacidad crónica y dolorosa.
- Uso de drogas y alcohol.
- Trastornos del sueño.

Señalar también, que los ancianos reconocen peor los síntomas depresivos, ya que tienen mayor tendencia a atribuirlos al propio envejecimiento o a enfermedades somáticas.

2 Objetivos

El Técnico Auxiliar de Enfermería es el profesional sanitario que más tiempo pasa en contacto con estos pacientes, cuidando y atendiendo todas sus necesidades básicas tanto a nivel físico, psíquico y social, por lo que se deberán establecer unas técnicas de cuidados básicos para la prevención y atención socio-sanitaria destinadas a estos pacientes que darán respuesta de una forma global a sus necesidades.

- Dotar al personal sanitario de conocimientos y habilidades para la actuación.
- Consensuar una propuesta de criterios profesionales y recomendaciones que faciliten el diagnóstico y tratamiento del anciano con depresión.
- Formación adecuada del personal para garantizar la calidad asistencial.
- Mejorar la calidad de cuidados a los pacientes ancianos con depresión.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como PubMed, Medline, Cuiden y Google Academy introduciendo las palabras clave: Edad Avanzada, Necesidades, Depresión, Cuidados, Atención.

También se han consultado guías clínicas de cuidados relacionados con el tema.

4 Resultados

Los datos que baraja la OMS, en torno a la salud mental del colectivo geriátrico, indican que el 25% de ellos presenta algún tipo de trastorno psiquiátrico; entre tales trastornos destaca la depresión como el más frecuente hasta los 75 años.

Sin embargo, la prevalencia de la depresión en este colectivo varía enormemente dependiendo de las circunstancias en que los ancianos se encuentren:

- 10% de los ancianos que viven en la comunidad.
- 15-35% de los que viven en residencias.
- 10-20% de los ancianos hospitalizados.
- 40% de los ancianos que tienen un trastorno somático y reciben tratamiento.
- 50% de los ancianos hospitalizados en centros psiquiátricos.

Se calcula que hasta un 30% de los mayores de 65 años padece alguna de las diversas formas de depresión. Esta aseveración tiene sin embargo muchas matizaciones, todas ellas tomadas con precaución derivada de los problemas metodológicos de los estudios.

Se sabe que la depresión severa o depresión mayor es menos frecuente en el anciano que en el adulto joven. Afectaría al 1-2% de los mayores de 65 años y supondría un cuarto de todas las depresiones mayores. Existen argumentos por parte de algunos autores en contra de la anterior afirmación, dando una posible explicación a esta diferencia en un menor diagnóstico de la depresión del mayor. Esto se debería a varios factores como la presencia de deterioro cognitivo o una expresión de los síntomas de forma diferente en el anciano, con una menor expresión de tristeza y más presencia de síntomas somáticos o corporales. Esto supondría que los estrictos listados de criterios con los que se hacen los diagnósticos estén poco adaptados a la forma de la depresión en el anciano.

En cambio la frecuencia es muy alta si se estudian depresiones menores y presencia de síntomas o estados depresivos que no cumplen suficientemente criterios para considerarlos depresión. La presencia de estas depresiones menores o depresiones subclínicas se calcula en un 15%-20% de las personas mayores.

Estas cifras que hemos dado son válidas para ancianos que viven en la comunidad. Si se analiza la frecuencia del trastorno depresivo en ancianos hospitalizados o institucionalizados en residencias, los porcentajes son aún mayores. Se calcula que la presencia de depresión mayor en ancianos hospitalizados con enfermedad aguda llega al 10%. En estos mismos los trastornos depresivos menores alcanzarían el 30%. En residencias los porcentajes se disparan hasta 15% y 30-35% respectivamente.

La presencia de este trastorno pasa factura en el adulto mayor no sólo como fuente de sufrimiento individual afectando a su calidad de vida. Se sabe que la

depresión complica la evolución de las enfermedades médicas del anciano; interfiere en la rehabilitación de enfermedades incapacitantes como el ictus; induce un mayor riesgo de suicidio y se traduce en una mayor mortalidad por cualquier causa en quien lo padece. El ingreso en una residencia de ancianos determina frecuentemente la aparición de una depresión.

Esta mayor mortalidad se ha atribuido a varios factores:

- Menor soporte social del anciano deprimido.
- Peor estado nutricional por pérdida del apetito.
- Posibles efectos de la depresión sobre el sistema inmunitario.
- Pérdida de motivación para el autocuidado.

Entre los hombres se observa una asociación entre la depresión y la falta de allegados con quien contar o conversar, la pérdida del cónyuge, las dificultades visuales y la incontinencia. Respecto de las mujeres, esta enfermedad se asoció con las condiciones de vida; por ejemplo, se observó una relación entre la depresión, la hospitalización, la pérdida de un hijo, la escasez de visitas y la soledad, desean ver con frecuencia a la familia.

5 Discusión-Conclusión

Es importante prevenir e identificar de manera precoz los síntomas de la depresión, ya que cobran una gran importancia en la sociedad actual, así como conocer el adecuado tratamiento y disponer de los conocimientos y técnicas adecuadas para mejorar el estilo de vida en las personas mayores reduciendo sus riesgos.

El incremento de la población mayor de 65 años, de la esperanza de vida, el mejoramiento de las condiciones sanitarias y de la tecnología asistencial se constituyen en factores contribuyentes a una demanda mayor de servicios sociales, asistenciales y recreacionales. Pero, a la vez, ha originado que este grupo poblacional sea afectado por una serie de condicionantes del sistema en donde la privación o limitación de oportunidades de mantener una vida digna con calidad, lo confronte con preocupaciones económicas, sociales, de subsistencia, de abandono familiar y de diferentes formas de agresión, que conllevan a sentimientos de desesperanza, de abandono, de hostilidad, tristeza y depresión. Esto origina a su vez, cambios comportamentales y disfuncionales en estos individuos.

Por tanto, las intervenciones o actuaciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería irán encaminadas a:

- Ayudar al anciano a desarrollar un concepto positivo de sí mismo.
- Asegurar que las necesidades básicas elementales como son: nutrición, sueño, ejercicios y hábito intestinal estén cubiertas.
- Ofrecer esperanza.
- Conversar con el adulto mayor deprimido y convencerlo a través de la palabra de que el futuro siempre puede ser mejor.
- Fortalecer la capacidad individual para manejar sus problemas emocionales, así como la comunicación y socialización.
- Eliminar o minimizar la limitación impuesta por el problema de salud que tiene.
- Procurar que el anciano realice su autocuidado, estimularlo al manejo de sus finanzas y en general que dirija su vida.
- Ayudarlo a aceptar su enfermedad así como la muerte de familiares y amigos.
- Protegerlo de tentativas de suicidio y otros riesgos como son vigilar ventanas y retirar objetos punzantes.

Con todo lo expuesto anteriormente, se llega a la conclusión de que el tratamiento para la depresión en nuestros mayores (y en general) debería ser integral e individualizado en función de los hallazgos clínicos y de otros factores, como el historial de salud, la disponibilidad de los tratamientos, la preferencia de los pacientes y el apoyo familiar e institucional que posea.

6 Bibliografía

- www.aludae.com
- www.nimh.nih.gov.
- www.academia.cat.
- www.elsevier.es.
- www.intramed.net.
- www.medlineplus.gov.
- www.revistamedica.com.
- <https://w3.ual.es>.
- <https://www2.uned.es>.

Capítulo 167

REVISIÓN SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LO QUE VA DE AÑO

SAMANTA QUIROGA SALGADO

1 Introducción

La violencia de género es un problema social nacional e internacional importante. Supone una alta tasa de muertes en nuestra sociedad y un adecuado análisis es fundamental para conocer en qué punto nos encontramos, la eficacia de las medidas empleadas y que objetivos se deben perseguir para los próximos tiempos.

2 Objetivos

- Informar y concienciar al mundo entero de gran problema existente en nuestra sociedad. De que hoy en día existen muchos métodos de - Hacer ver que el problema es real y existente y que a día de hoy está catalogado como el tercer problema mundial más grave.
- Demostrar a las mujeres que realmente sufren de este maltrato, que no dejen que el problema vaya más allá, que le pongan fin a la situación, antes de que sea demasiado tarde. Que no están solas.

3 Metodología

Se ha recabado información en la base de datos, en noticias, en publicaciones del país. Hemos indagado en la cronología de víctimas mortales de violencia de género de 2019. Por medio de artículos del País, también datos y estadísticas Epdata.

4 Bibliografía

- <http://www.rtve.es>.
- <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>.
- <https://elpais.com>
- <https://www.epdata.es/>.
- <https://www.europapress.es>.
- <https://www.abc.es/sociedad/violencia-de-genero/>.
- <https://www.lasexta.com/>.
- <https://www.abc.es>.
- <http://www.psicoterapeutas.com>.
- <http://www.fundacionmujeres.es>.
- https://es.wikipedia.org/wiki/Violencia_de_g%C3%A9nero.

Capítulo 168

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION: ANOREXIA Y BULIMIA

MARIA REMEDIOS CARVAJAL GOMEZ

MARIA ANGELES ALVAREZ FARPON

1 Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son trastornos multidimensionales generados por un conjunto de factores fisiológicos, emocionales, familiares y socioculturales. Pueden llegar a cronificarse y presentar de forma recurrente múltiples recaídas. El grupo de mayor riesgo son las adolescentes y mujeres jóvenes. Sin embargo, en los últimos años está aumentando el número de casos de TCA en varones.

Se trata de una situación muy compleja que se caracteriza por una alteración o distorsión de la autoimagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de su propia imagen.

Podemos clasificar algunos de los factores que pueden causar trastornos alimentarios:

- Factores biológicos: Algunos estudios indican que niveles anormales de determinados componentes químicos en el cerebro (neurotransmisores) predisponen

a algunas personas a tener pensamientos y comportamientos obsesivos y compulsivos, lo que las hace más vulnerables a sufrir un TCA.

- Factores psicológicos: Las personas con trastornos alimentarios tienden a tener expectativas no realistas de ellos mismos y de las demás personas. A pesar de ser exitosos se sienten incapaces, ineptos, defectuosos, etc.
- Factores familiares: Personas con familias sobreprotectoras o disfuncionales inflexibles e ineficaces para resolver problemas tienden a desarrollar estos trastornos.
- Factores sociales: Los medios de comunicación tienden a asociar lo bueno con la belleza física y lo malo con las imperfecciones.

Para la prevención y el tratamiento de los TCA, es necesaria la participación de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud: médicos, psicólogos, enfermeros y auxiliares de enfermería, nutricionistas y trabajadores sociales. Para ello es importante dotarlos de conocimientos y herramientas que ayuden en la detección precoz y el tratamiento de estos trastornos.

Más concretamente, el técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debe estar entrenado en el uso de instrumentos de cribado sencillos y de fácil interpretación que apoyen o descarten el diagnóstico, agilizando la derivación al dispositivo asistencial correspondiente.

2 Objetivos

Los objetivos en el presente trabajo son los siguientes:

- Identificar y describir los trastornos de la conducta alimentaria con más incidencia en la población.
- Enumerar las posibles intervenciones en el tratamiento realizadas por un auxiliar de enfermería con los pacientes que padecen un TCA.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos publicados en revistas indexadas en las bases de datos Pubmed, Scielo y Lilacs. Se escogieron artículos publicados en inglés y en español desde el 2010 hasta ahora.

Las palabras clave utilizadas son: bulimia, anorexia, cuidados.

4 Resultados

Los trastornos alimentarios más comunes son:

ANOREXIA NERVIOSA

La anorexia nerviosa se trata de una enfermedad que distorsiona la propia imagen corporal, la cual conduce a un trastorno de la alimentación. Se caracteriza por una pérdida elevada de peso debido al seguimiento de un modo obsesivo de dietas extremadamente restrictivas y al empleo de conductas purgativas, como provocar el vómito o hacer ejercicio físico en exceso. Por tanto, la respuesta de una persona que sufre anorexia nerviosa frente a sus conflictos psíquicos, es el rechazo a ciertos alimentos y limitar la ingesta.

Podemos diferenciar dos tipos:

- Anorexia nerviosa restrictiva: El paciente apenas come y en muchos casos realiza ejercicio en exceso. se explica por el seguimiento de una dieta, el ayuno y/o el ejercicio físico excesivo, sin acontecer atracones o purgas.
- Anorexia nerviosa purgativa: El paciente usa métodos purgativos como vómitos, laxantes o diuréticos después de haber ingerido pequeñas cantidades de comida.

Algunas de las características psicológicas y sociales que presentan estos pacientes son miedo intenso a comer en presencia de otros, dietas hipocalóricas o gran preocupación por el alimento.

El paciente considera tener mayor peso del que en realidad posee, o aprecia algunas partes de su cuerpo excesivas, lo que le lleva a desear adelgazar, y a presentar conductas destinadas a conseguir dicho objetivo.

Para determinar la gravedad, se emplea el IMC en los adultos y el percentil del IMC en niños y adolescentes. De este modo, la anorexia nerviosa viene catalogada como leve cuando el paciente tiene un IMC de 17 kg/m², moderado si es de 16-16,99 y grave en caso de IMC de 15-15.

BULIMIA NERVIOSA

La bulimia es un trastorno caracterizado por el descontrol alimentario. Se caracteriza por la combinación de atracones seguidos de comportamientos compensatorios para evitar el consiguiente aumento de peso. Cuando hablamos de atracón, suele consistir en la ingesta, en un breve periodo de tiempo, de una cantidad de alimentos claramente superior al que una persona sería capaz de ingerir en el mismo espacio temporal, acompañado de la pérdida de control para detener la ingesta o controlar la cantidad o el tipo de alimentos consumidos. Por

el contrario, los comportamientos compensatorios corresponden a la práctica del vómito, o al uso de laxantes, diuréticos u otros fármacos, incluso ayunar posteriormente o practicar ejercicio físico de forma excesiva.

Los factores principales que van a mantener este problema son la ansiedad, la falta de autoestima y la alteración de la imagen corporal.

Algunas de las consecuencias derivadas de las conductas bulímicas son:

- Amenorrea
- Malformaciones en los dedos
- Problemas dentales y maxilofaciales, debido a los constantes atracones,
- Perforación esofágica

Las funciones del tcae ante un trastorno de conducta alimentaria son:

Ante la sospecha de un TCA, se elaborará la historia clínica completa del paciente, además de una exploración física. El principal obstáculo para el diagnóstico de estos trastornos recae en la mentira y ocultación de síntomas. Es por ello que se debe crear una atmósfera de confianza, asegurándole la confidencialidad de toda la información que proporcione al personal sanitario. Las personas con anorexia o con bulimia suelen recibir el mismo tipo de tratamiento y formar parte de los mismos grupos de tratamiento. Esto se debe a que, en muchos casos, los pacientes padecen de ambas enfermedades de manera simultánea.

Las principales funciones de un auxiliar de enfermera que trabaja en el área de TCA son:

- Evaluación semanal de ingesta de líquidos y sólidos.
- Evaluación del patrón de sueño y de ejercicio, además del consumo de sustancias que puedan ser perjudiciales para su salud (laxantes diuréticos o productos de herbolario).
- Controles de peso, de constantes vitales, electrocardiogramas y analíticas.
- Preparar y administrar la medicación.
- Atender y prestar apoyo en posibles urgencias físicas, como hipoglucemias, crisis comiciales, etc.
- Atender y prestar apoyo en posibles urgencias psiquiátricas, como crisis de ansiedad, brotes psicóticos, etc.

Se considera clave en la actuación del auxiliar de enfermería las siguientes acciones:

- Reforzar las conductas positivas.
- Manifestar empatía y confianza en todo momento.

- Expresar firmeza sin criticar ni menospreciar.
- Integrar a la familia en la actuación diaria, de modo que participen activamente en el proceso y la recuperación del paciente.
- Animar al paciente a que se relacione.

Además de lo anteriormente descrito, debe mostrar actitudes que favorezcan la evolución del paciente:

- No realizar comentarios relacionados con la alimentación.
- Aumentar su confianza en los profesionales y su sentimiento de autocontrol.
- Mantener una conducta disciplinada frente a determinadas conductas que pueda presentar el individuo, como comportamientos o actitudes manipuladoras.
- Confrontar al paciente cada vez que muestre algún tipo de comportamiento que se pueda considerar negativo.
- Hacerle entender la necesidad de su supervisión constante y que el programa terapéutico se debe cumplir correctamente.

Por último, para evaluar la evolución de los pacientes con TCA, el auxiliar de enfermería debe de colaborar en la medición de los cambios que se producen, en los síntomas que presentan y en su estado físico llevando a cabo una serie de registros semanales:

- Registro de evolución del IMC (índice de masa corporal) durante todo el tratamiento.
- Registro semanal de síntomas, salud física, mental y los aspectos que puedan influir en la enfermedad.
- Registro de atracones/purgas.

La disminución de los síntomas suele ir acompañada de una evolución favorable y una recuperación progresiva de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La intervención multidisciplinar en los TCA es de gran importancia. Además, el papel del TCAE en este campo es fundamental en la prevención, detección y sobre todo, en el tratamiento y supervisión del paciente.

Es de gran importancia ampliar los conocimientos de la enfermería respecto a este tipo de trastornos, garantizando una adecuada intervención y aumentando la probabilidad de una evolución favorable.

El tratamiento con pacientes con TCA requiere el empleo habilidades psicoso-

ciales. Desde el rol de auxiliar de enfermería se debe potenciar estas habilidades, que están dentro de las competencias de la profesión.

Por último, la educación y promoción de la salud debe centrarse en promocionar hábitos de vida saludables, habilidades de gestión emocional y fortalecimiento de su autoestima.

6 Bibliografía

- Wikipedia, enciclopedia libre. Trastornos de la conducta Alimentaria. Anorexia. Bulimia.
- Página Web: <https://diarioenfermero.es>.
- Rol de enfermería en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla. Universidad de Cantabria. 2007.
- Libro: Salud, Alimentación y Sexualidad en el Ciclo Vital. CAPÍTULO 8. Concordancia entre la percepción de los padres sobre la conducta anoréxica y sintomatología referida en adolescentes con anorexia nerviosa. María Isabel Laporta Herrero y María Pilar Delgado Miguel.

Capítulo 169

LA LUDOPATÍA EN LA ADOLESCENCIA COMO GENERADORA DE UN NUEVO FENÓMENO SOCIAL

NOELIA NÚÑEZ RIAL

CRISTINA RAMOS DOS SANTOS

SONIA ÁLVAREZ GRANDA

VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA

1 Introducción

Es necesario reconocer la adicción al juego con apuestas como una patología muy extendida en nuestro país. Hasta hace no demasiado tiempo, el perfil de una persona ludópata podía ser perfectamente definido y casi encasillado en unas determinadas actitudes o costumbres con las que se podía diagnosticar este tipo de adicción. Con la aparición de las nuevas tecnologías se abren nuevos horizontes en el mundo del juego. Son muchas las aplicaciones destinadas al mundo de las apuestas, especialmente desarrolladas para captar nuestra atención.

Es evidente que uno de los sectores más adaptados y con mayor destreza en el uso y manejo de las nuevas tecnologías son los jóvenes adolescentes. El fácil acceso a este tipo de aplicaciones las convierte en un agente potencialmente peligroso para iniciarse en el peligroso mundo del juego. Entendamos la adolescencia como

esa etapa de gran impacto en el desarrollo de la persona, donde se desarrollan comportamientos diferentes a los de la infancia.

Algunos de estos comportamientos son considerados de riesgo cuando son proclives, pero no determinantes, a generar algún tipo de peligro o perjuicio. Identificar cuanto antes los factores de riesgo es fundamental para establecer estrategias preventivas. Por este motivo, numerosos autores han estudiado las conductas de riesgo en la adolescencia, como el consumo de drogas(Kuntsche, et al., 2013) o los comportamientos violentos y antisociales (Bierman et al., 2013). Una de estas conductas, no tan estudiada, ha sido el juego con dinero.

En nuestro país la edad mínima permitida para desarrollar este tipo de actividades es de 18 años aunque las estadísticas desvelan otra realidad bien distinta, situando a un porcentaje cada vez más elevado de jóvenes menores de edad adictos a estas prácticas. Las últimas noticias sobre abundantes casos de familias totalmente arruinadas por la adicción al juego de sus hijos crea una nueva alarma social directamente relacionada con la ludopatía en adolescentes.

2 Objetivos

- Acercar y alertar a la sociedad de los riesgos de la adicción al juego con dinero en los jóvenes adolescentes.
- Abordar el problema con distintas perspectivas, ya sea desde el punto de vista de la prevención, educando al individuo para que no se inicie en estas prácticas, o desde el de la curación, empleando los medios adecuados para su rehabilitación.

3 Metodología

PREVENCIÓN

Dado que debemos tener en cuenta que, al igual que en otro tipo de adicciones, el factor psicológico juega un papel fundamental, la mejor medida es la prevención. Expertos abogan por estrategias basadas en diseñar un plan de educación en el juego controlado, asumiendo que, más tarde o más temprano, dada la facilidad de acceso a estas prácticas, casi todos los jóvenes adolescentes podrán tomar contacto con el juego(al igual que con el alcohol, el tabaco o cualquier tipo de drogas). Ante esta situación, afrontar la realidad y educar desde edades tempranas se presenta como el mejor método de contrarrestar las posibles consecuencias negativas.

Así mismo se requieren medidas por parte de la industria del juego para que asuma un código de conducta basado en las buenas prácticas desde el que se proteja a los menores e identifique a los jugadores problemáticos para tratarlos y derivarlos a los recursos asistenciales. Y, por supuesto, ser nosotros mismos un ejemplo para los más jóvenes en la conducta de juego.

TRATAMIENTO

Para combatir la ludopatía, los expertos abogan por el tratamiento personalizado, que se componga de la terapia en grupo para pacientes y para familiares, y la administración de fármacos. Jugadores anónimos es un tratamiento comúnmente utilizado para la ludopatía. Basado en el modelo eficiente y comprobado de Alcohólicos anónimos, utiliza un modelo en 12 pasos que hace hincapié en un enfoque de ayuda mutua.

También se ha comprobado que un enfoque con terapia cognitivo-conductual reduce los síntomas y las urgencias relacionadas con el juego. Este tipo de terapia se centra en la identificación de los procesos mentales relacionados con el juego, las distorsiones cognitivas y del ánimo que incrementan la vulnerabilidad al juego incontrolado. Además, esta terapia utiliza técnicas de adquisición de competencias orientadas a la prevención de recaídas, asertividad y rechazo del juego, resolución de problemas y refuerzo de las actividades e intereses incompatibles con el juego. Respecto a la administración de fármacos empleados en el tratamiento de cuadros depresivos o compulsivos, etc, no demuestra que influyan en la curación de la ludopatía.

Según los expertos, la voluntad del paciente en dejar esta adicción, que cada vez crece más entre los jóvenes, es el mejor medio para atajar este problema, por lo que el factor psicológico juega un papel fundamental en la ayuda de estos pacientes.

4 Resultados

En algunos países, se aprecia que el número de ludópatas adolescentes es el doble o el triple que los que existen entre los adultos. En España, los estudios existentes, revelan que el porcentaje de ludópatas adolescentes es claramente superior al de adultos. Dado que el fenómeno social de la ludopatía en adolescentes es un problema relativamente reciente no se pueden constatar datos de resultados concretos ni concluyentes salvo los extraídos en terapias conjuntas de tratamientos en ma-

teria de adicciones donde la ludopatía se suma al alcoholismo o la drogadicción y no se trata como única patología. El enfoque de dichas terapias se basa en la abstinencia total y, en estos casos, el abandono completo del juego correlaciona directamente con la mejoría clínica obtenida por los ludópatas en tratamiento (Echeburúa y Fernández-Montalvo).

5 Discusión-Conclusión

El refrán “es más fácil prevenir que curar”, en ludopatía adolescente es doblemente cierto. Para los expertos la solución a la ludopatía pasa por la prevención, que se hace necesaria desde todos los estamentos y niveles de responsabilidad.

Como principal medida de prevención se deben establecer pautas de “juego responsable” destinadas a adolescentes que no hayan entrado en contacto con el juego, a través de los programas de educación para la salud, en colegios, entornos familiares y medios de comunicación.

Como terapia, el juego controlado no es un objetivo válido para los ludópatas propiamente dichos, pero puede serlo para los jugadores problemáticos que no han llegado al nivel de la ludopatía y que, además, tienden a aceptarlo motivacionalmente con mayor facilidad que el objetivo de la abstinencia total.

Y, por último, exigir a la industria del juego y a los gobiernos encargados de regular el juego una política activa de juego responsable, encaminada a la prevención de la ludopatía y a la minimización del daño.

6 Bibliografía

- Juego responsable: ¿una alternativa para la prevención y el tratamiento de la ludopatía? (Enrique Echeburúa; Paz de Corral).
- <https://fundacionbelen.org>.
- Situación actual del juego con dinero en jóvenes y adolescentes (Izaskun Sarabia Gonzalvo, Ana Estévez Gutiérrez y David Herrero Fernández).
- Fundacion Recal .
- Foro sobre ludopatía.
- Jugadores anónimos.

Capítulo 170

CONSECUENCIAS DE LOS ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA

VERÓNICA GARCÍA DEL CAMPO

1 Introducción

La prevalencia del abuso sexual durante la infancia es demasiado elevada en todo el mundo. Los personales sanitarios deben conocer las consecuencias psiquiátricas que se derivan de dichos abusos, para poder llevara cabo la prevención y puesta en marcha de las estrategias terapéuticas adecuadas.

2 Objetivos

Describir los síntomas que más prevalecen en individuos que han sufrido abusos sexuales 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 abuso sexual en la infancia.

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

De los artículos encontrados sobre investigación sobre individuos que habían recibido abusos sexuales en la infancia, podemos ver que todos ellos manifestaron síntomas psiquiátricos de mayor o menor gravedad, especialmente cuánto más grave había sido el abuso.

El género que más había presentado prevalencia fueron las mujeres. De todos los casos estudiados normalmente todas las personas que fueron sometidas a abusos sexuales tienen ansiedad social, depresión así como estrés postraumático.

5 Discusión-Conclusión

Los diagnósticos psiquiátricos tras un abuso sexual pertenecen a las áreas afectivas y a la ansiedad. Todas las niñas/as víctimas de dichos abusos necesitan un gran apoyo psicológico.

Hay que ayudar y apoyar en la medida de lo posible a todas las personas que han sufrido abusos infantiles, ayudarlos a afrontar el día a día en las distintas etapas de su vida .

6 Bibliografía

- Abusos sexuales en la infancia: la lógica del olvido. J.J. Freyd. Ariel Ciencias Sociales.

Capítulo 171

DIABETES COMO PROBLEMA SOCIAL: CUIDADOS DEL PACIENTE DIABÉTICO

MONTSERRAT SUERO

1 Introducción

La enfermedad de la diabetes se convierte en problema social cuando en su aparición influyen determinados factores como son unos malos hábitos de vida, que son una mala alimentación, la falta de ejercicio y el sedentarismo. El médico realizará una serie de pruebas para confirmar su diagnóstico: prueba de glucosa sanguínea. Si además hay síntomas como sed excesiva, incremento en la frecuencia de orinar, pérdida de peso sin explicación, el diagnóstico puede ser positivo.

2 Objetivos

Hay dos tipos de diabetes:

- La diabetes tipo 1 no tiene cura. En su tratamiento se incluyen medicación, ejercicio y evitar el sedentarismo, tener una vida saludable y una buena alimentación.
- La diabetes tipo 2 notaremos una mejoría con cambios en el estilo de vida, como bajando de peso haciendo ejercicio y comiendo alimentos saludables. Algún caso de diabetes tipo 2 se puede mejorar con cirugía. Las personas con diagnóstico de diabetes deben recibir una educación adecuada para ayudar a manejar la enfermedad. Logar un mejor control del azúcar en la sangre, el colesterol y de presión arterial ayuda a reducir el riesgo de enfermedad renal, enfermedad ocular y enfermedad del sistema nervioso, ataque cardíaco y accidente cerebrovascular.

3 Metodología

Prevención y cuidados de enfermería:

- Para la diabetes tipo 1 no existe método de prevención.
- Pero para la diabetes tipo 2 la prevención está relacionada con el estilo de vida. Fomentar el equilibrio entre el buen consumo de alimentos , reduciendo el consumo de calorías tendiente a minimizar la producción hepática de glucosa.

Realizando ejercicio físico para controlar el peso corporal. El ejercicio constituye la piedra angular en el tratamiento del paciente diabético tipo 2, pues disminuye la resistencia a la insulina, el peso corporal, los perfiles lipídicos y otros factores de riesgo cardiovascular.

4 Resultados

Con ayuda de apoyo psicológico y mostrando una buena actitud por parte del paciente en cuanto a la prevención de la aparición de diabetes, la enfermedad mejora en la mayoría de los casos de diabetes tipo 2, ya que la diabetes tipo 1 es incurable.

5 Discusión-Conclusión

- Los cuidados de enfermería se llevarán a cabo con el fin de controlar la glucemia.
- Se vigilarán los niveles de colesterol, triglicéridos y peso corporal. Para todo ello, el paciente debe aprender el autotratamiento que necesita en su vida diaria.
- Una buena educación física y alimentaria ayudarán a los pacientes diagnosticados de diabetes.

6 Bibliografía

- Revista electrónica de portales médicos.

Capítulo 172

LA ENFERMEDAD DE PARKINSON.

SHEILA SUAREZ SANGUINO

CRISTINA VEGA GARCIA

CARMEN MARIA LOPEZ FERNANDEZ

MOUNA LHARTI LHARTI

FRANCISCA MARIA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la pérdida de las neuronas y esto produce movimientos lentos, temblores, rigidez y finalmente la pérdida del control muscular. Es una enfermedad crónica aunque no mortal, a medida que pasa el tiempo la enfermedad se hace más severa, mermando más facultades de la persona que la padece. Esta enfermedad es también conocida con el nombre del mal de Parkinson, parkinsonismo ideopático o parálisis agitante.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas lo más precoz posible, para detener el avance de la enfermedad.
- Establecer el tratamiento adecuado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se va a llevar a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se va a realizar 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

- Revistas digitales como: Scielo, cuidem, elserviver.
- Alonso Cánovas agonistas dopaminérgicos en la enfermedad de Parkinson, neurología 2011. Guía informativa de la enfermedad de Parkinson. Fisioterapia en el paciente parkinsoniano Madrid: editorial síntesis, 2009. Tratamiento integral de la persona afectada por la enfermedad de Parkinson. Barcelona 2000.

Capítulo 173

LA LISTERIOSIS EN EL EMBARAZO

TAMARA LÓPEZ HEVIA

JOANNA DEL CAMPO FERNÁNDEZ

REBECA LÓPEZ HEVIA

1 Introducción

La listeriosis es una enfermedad de transmisión alimentaria producida por la bacteria *Listeria monocytogenes*. La bacteria tiene una gran resistencia a bajas temperaturas, pudiendo encontrarla tanto en el agua, suelo, frutas, verduras y sistema digestivo de animales.

Aunque la vía de transmisión alimentaria es la más común, también puede transmitirse por contacto directo con animales infectados y de la madre al feto a través de la placenta o durante el parto.

Esta bacteria es una amenaza en los lugares de producción y procesamiento de alimentos. Puede establecerse en superficies que están en contacto con alimentos.

Los grupos de mayor riesgo de contraer la enfermedad son las personas mayores de 65 años, personas con el sistema inmunitario debilitado, mujeres embarazadas, fetos y recién nacidos.

Aunque la infección por listeria es muy rara, las mujeres embarazadas tienen una probabilidad 20 veces mayor de sufrir esta enfermedad que otros grupos.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas de la listeriosis.
- Determinar los riesgos que tiene la listeriosis para la embarazada y los daños que le puede causar al feto.
- Determinar el diagnóstico y el tratamiento a seguir.
- Determinar las medidas higiénicas y dietéticas que debe seguir la embarazada para reducir el riesgo de desarrollar la enfermedad.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en la base de datos Elsevier y en el buscador Google Académico junto con artículos y revistas publicadas en la web, empleando los siguientes descriptores: listeriosis, embarazo, transmisión alimentaria, alimentación, prevención.

4 Resultados

Aproximadamente, 1/3 de los casos de listeriosis ocurren en el embarazo. Los cambios hormonales durante el embarazo producen un efecto sobre el sistema inmunológico de la madre que la hacen más susceptible a la listeriosis. La enfermedad puede ser transmitida al feto a través de la placenta aunque la madre no presente signos de la enfermedad. Esta infección puede conducir a parto prematuro, aborto, parto de feto muerto, o niños a término con graves secuelas, sobre todo neurológicas, pudiendo provocar retraso mental.

La listeriosis puede presentarse en cualquier momento del embarazo pero suele ser más común en el tercer trimestre. Clínicamente, la infección suele pasar desapercibida, ya que sus síntomas son muy comunes a muchas enfermedades. Cursa con síntomas similares a los de una gripe, dolor de cabeza, dolor de estómago, dolores musculares, fiebre, escalofríos, náuseas y diarrea, y si afecta al sistema nervioso, convulsiones y pérdida de equilibrio. Estos síntomas pueden aparecer en unos días o varias semanas después de la ingesta de alimentos contaminados. Es recomendable que las embarazadas acudan al médico si presentan alguno de estos síntomas durante más de 24 horas y desconocen la causa. En el recién nacido, el síntoma más característico es la falta de apetito.

Si la infección afecta al feto, en un 50% de los casos acaba en muerte fetal. Si la infección ocurre durante el primer o segundo trimestre del embarazo (20% de los

casos), la enfermedad puede dar lugar a abortos sépticos y muerte del feto. Si se desarrolla durante el tercer trimestre (80% de los casos), puede causar corioamniotitis (infección de la placenta y del líquido amniótico) y parto prematuro que ocurre en 2/3 de los casos. En el tercer trimestre sólo 1/3 de las infecciones cursan sin síntomas.

El diagnóstico de la enfermedad solo puede confirmarse mediante cultivos de sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, o de la placenta.

En cuanto al tratamiento, se pueden administrar determinados antibióticos que pueden prevenir a menudo infección del feto o recién nacido. Los bebés con listeriosis pueden recibir los mismos antibióticos que el adulto, aunque con tratamiento puntual, algunas infecciones pueden producir serias complicaciones por lo que es importante la prevención. Ante una sospecha clínica, se debe iniciar un tratamiento precoz con ampicilina intravenosa en dosis de 1g/8h durante al menos 10 días y posteriormente por vía oral hasta completar 3 semanas de tratamiento y un aminoglucósido intravenoso en dosis de 3mg/kg en una sola inyección diaria durante 5 días para evitar la infección neonatal. La mortalidad fetal puede alcanzar el 40–50% si no se trata.

Las mujeres embarazadas pueden reducir los riesgos de desarrollar la listeriosis si siguen las siguientes medidas higiénicas y dietéticas:

- Debido a que la listeria puede crecer a las temperaturas de refrigeración (0 a 8°C) o más bajas, se aconseja utilizar lo antes posible todos los productos que estén precocinados o que vengan listos para comer. Observar con detenimiento todas las fechas de caducidad de dichos productos.
- Limpiar con frecuencia la nevera.
- Controlar la temperatura de la nevera asegurándose de que mantiene una temperatura de refrigeración de 5°C o menor.
- Lavarse las manos después de manipular cualquier tipo de alimento fresco. Lavar meticulosamente las tablas de cortar, la vajilla y los utensilios para preparar la comida y comer.
- Evitar manipular al mismo tiempo o juntar alimentos cocinados y crudos.
- Lavar muy bien frutas y verduras antes de consumirlas crudas.
- Cocinar muy bien todos los alimentos, y especialmente las carnes, mariscos y pescados; y evitar pescados y mariscos ahumados:
- Evitar los derivados cárnicos, tales como salchichas, patés, fiambres, embutidos, etc., salvo que estén recalentados. Se pueden comer patés y los productos de carne para untar enlatados o que han sido procesados para conservarse sin que

se deterioren.

- Recalentar muy bien todas las sobras de las comidas. El calor puede ayudar a matar cualquier bacteria que pudiese estar presente.
- No se recomienda comer quesos blandos, excepto que las etiquetas indiquen que estén pasteurizados. El proceso de pasteurización mata la bacteria y otra serie de organismos. Se puede comer sin riesgos quesos duros, quesos pasteurizados para untar, quesos cremosos, requesón y yogur.
- Evitar tomar leche no pasteurizada y comer alimentos o platos preparados con este tipo de leche. Asegurarse siempre de que están pasteurizados.
- La listeria se destruye a altas temperaturas por lo que hay que cocinar bien los alimentos susceptibles de contenerla.

5 Discusión-Conclusión

La listeriosis en el embarazo es una enfermedad que puede ser muy perjudicial para el bebé pero si la embarazada aplica unas medidas adecuadas respecto a la higiene y alimentación se reducirá el riesgo de desarrollarla.

Es importante que ante cualquier síntoma sospechoso se consulte al médico e iniciar un tratamiento precoz para reducir el riesgo de complicaciones.

Unas buenas prácticas industriales y el manejo apropiado de los alimentos en todas las fases de la cadena alimentaria, incluyendo la producción, procesamiento, almacenes, servicios de comida y ambientes de la casa, pueden reducir los riesgos.

6 Bibliografía

- Listeriosis en la gestación. Medidas de prevención y pronóstico del cuadro. José Iglesias Moya, Rosa María Morillas Salazar, Patricia Vico Arias.
También en la página web: <http://ciberindex.com/index.php/pd/article/view/e012/e012>.
- Listeriosis durante el embarazo: importancia del tratamiento precoz. D. Montañez, I. Camaño, O. Villar, A. García Burguillo, P. Vallejo.
También en la página web: <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-listeriosis-durante-el-embarazo-importancia-S0210573X09002366>.
- <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/embarazo/listeria-en-el-embarazo-sintomas-y-prevencion/>
- <https://www.elbebe.com/embarazo/listeriosis-embarazo>.

- <https://inatal.org/noticias/el-articulo-del-especialista/158-infecciones-que-es-la-listeriosis-y-como-prevenirla.html>.
- <https://www.bebesymas.com/nutricion-embarazo/listeriosis-embarazo-cuales-alimentos-peligrosos-como-prevenirla>.

Capítulo 174

LA RINITIS ALÉRGICA

REBECA LÓPEZ HEVIA

JOANNA DEL CAMPO FERNÁNDEZ

TAMARA LÓPEZ HEVIA

1 Introducción

La rinitis alérgica es la inflamación de la mucosa nasal, causada por la exposición a alérgenos. Cuando se tiene una alergia el cuerpo reacciona de forma exagerada a cosas que no causan problemas a la mayoría de las personas. Esta reacción hace que el sistema inmunitario libere sustancias químicas (histamina), causando los síntomas. La histamina defiende al organismo contra los alérgenos.

El riesgo de desarrollar rinitis alérgica es mayor si se tienen otras alergias o asma, tener dermatitis atópica, tener un familiar con alergias o asma y vivir o trabajar en entornos en los que haya exposición a alérgenos.

La rinitis alérgica es un motivo de consulta muy habitual calculándose que el 20% de la población padece algún tipo de alergia.

2 Objetivos

- Conocer qué tipos de rinitis alérgica hay.
- Determinar cuáles son los síntomas, las complicaciones que causa, cómo se diagnostica y su tratamiento.
- Determinar qué medidas se pueden aplicar para evitarla.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en la base de datos MedlinePlus y en el buscador Google Académico junto con artículos y revistas publicadas en la web, empleando los siguientes descriptores: rinitis alérgica, alérgeno, síntomas, prevención.

4 Resultados

Hay dos tipos de rinitis alérgica:

- Estacional: causada por una alergia al polen y/o esporas de moho en el aire. Se transporta por el aire y se inhala fácilmente. Los síntomas son estacionales y suelen ocurrir en la primavera, final del verano y en otoño.
- Perenne: causada por ácaros del polvo, pelo o caspa de mascotas, o moho. Los síntomas ocurren todo el año.

Los síntomas de la rinitis alérgica suelen ocurrir poco después de haberse expuesto al alérgeno y pueden ser:

- Picazón en la nariz, boca, ojos, garganta, piel o en cualquier área.
- Problemas con el olfato.
- Goteo nasal.
- Estornudos.
- Ojos llorosos.
- Nariz tapada.
- Tos.
- Oídos tapados.
- Dolor de garganta.
- Ojeras e hinchazón debajo de los ojos.
- Fatiga e irritabilidad.
- Dolor de cabeza.
- Presión en la nariz y las mejillas.
- Urticaria.

La rinitis alérgica puede causar complicaciones como disminución de la calidad de vida, sueño deficiente, empeoramiento del asma, sinusitis frecuentes e infecciones del oído.

Para realizar el diagnóstico el médico llevará a cabo un examen físico y hará preguntas acerca de los síntomas. Las pruebas para alergias pueden revelar qué sustancias son las que causan los síntomas. Estas pruebas son, la prueba cutánea, en la que se aplican sobre la piel pequeñas cantidades de alérgenos para averiguar cómo reacciona la piel a cada alérgeno y, la prueba de radioalergoabsorbencia (RAST) que identifica anticuerpos en la sangre que determinan los alérgenos causantes.

El mejor tratamiento contra la rinitis alérgica es evitar estar en contacto con los alérgenos que causan los síntomas, aunque no siempre se puede evitar. El médico puede recetar antihistamínicos, corticoesteroides nasales, cromolino sódico, descongestionantes, inhibidores de leucotrienos y vacunas antialérgicas o comprimidos sublinguales.

La rinitis alérgica no se puede prevenir, pero se pueden aplicar las siguientes medidas:

- Mantener las ventanas cerradas, sobre todo en temporada de polen.
- Controlar los filtros del aire.
- A la hora de limpiar, usar la aspiradora en lugar de barrer.
- Evitar objetos que puedan almacenar polvo como cortinas o alfombras, sobre todo en dormitorios.
- Evitar las salidas al campo y no pasar cerca de parques y zonas verdes.
- Evitar las horas del día donde las cantidades de polen son más altas, sobre todo por las mañanas.
- Lavarse las manos después de estar en contacto con animales.
- Usar ropa de cama y colchones a prueba de polvo y ácaros.
- Usar gafas al aire libre para proteger los ojos.
- Ducharse antes de acostarse para eliminar los alérgenos del pelo y la piel.
- Evitar tener mascotas.

5 Discusión-Conclusión

La rinitis alérgica no se puede curar y lo único que se puede hacer es aplicar medidas para reducir los riesgos. Mantenerse alejado de los alérgenos que causan los síntomas es lo más adecuado, aunque no siempre es posible evitarlos.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000813.htm>
- <https://es.familydoctor.org/condicion/rinitis-alergica/?adfree=true>.
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hay-fever/symptoms-causes/syc-20373039>.
- <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/alergias/rinitis.html>
- http://pacientes.seicap.es/es/rinitis-al%C3%A9rgica_23865.
- <https://www.webconsultas.com/rinitis/rinitis-2653>.

Capítulo 175

PROBLEMAS DEL SUEÑO: INSOMNIO

MARÍA JOSÉ GONZÁLEZ LERA

1 Introducción

El ciclo sueño-vigilia oscila aproximadamente 24 horas, pero existen otros procesos en el organismo como la temperatura corporal, la secreción hormonal, la excreción urinaria de potasio, la secreción gástrica y la secreción ácida renal que tienen una duración similar y están en algunos casos sincronizados con el sueño. Por tener una duración de 1 día aproximado les da el nombre de ciclos circadianos, en el caso de alterar el sueño puede tener repercusiones sobre ellos también. Dormir adecuadamente reduce las tasas de enfermedades crónico-degenerativas y lo contrario provoca trastornos y otras repercusiones para la salud.

2 Objetivos

Conocer las posibles causas que producen este tipo de trastorno así como el tratamiento a emplear para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen.

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 revisión bibliográfica en profundidad sobre las posibles causas, recomendaciones y tratamiento, en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En cuanto al tratamiento para tener una buena higiene del sueño se deben establecer una serie de pautas a seguir:

Se procurará tener un horario regular para ir a dormir y también un horario para despertarse. No se excederá la siesta de 45 minutos en sueño diurno, no se consumirá alcohol ni tabaco antes de acostarse.

Hay que evitar la cafeína, los alimentos pesados y picantes y no se realizará ejercicio por lo menos 6 horas antes de acostarse. Una vez vayamos a dormir se recomienda ropa cómoda, una temperatura adecuada en la habitación, eliminar ruidos ni luz molesta y se evitará utilizar aparatos digitales como el ordenador, tablets, móvil o televisión.

5 Discusión-Conclusión

Seguir en la medida de lo posible las pautas recomendadas por el médico en cuanto a la higiene del sueño aunque en ocasiones sea necesaria la toma de ciertos fármacos.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/los-10-mandamientos-de-la-higiene-del-sueno-para-adultos-por-la-world-sleep-society>

Capítulo 176

EL PACIENTE CON ANSIEDAD

MARTA GONZÁLEZ OCHOA

1 Introducción

La ansiedad es un estado normal de las personas y constituye una respuesta habitual a situaciones cotidianas de la vida, cuando está sobrepasa una intensidad intolerable, puede convertirse en un problema.

2 Objetivos

Establecer una serie de consejos para poder manejar la ansiedad, y que está evolucionación favorablemente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el paciente con ansiedad.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de guías de práctica clínica 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 consejos para poder manejar la ansiedad son:

- Decirle al paciente "Es importante que recuerde que no está ante un peligro fuerte, ni tan grave como pueda llegar a creer, no sucederá nada peor."
- No permitir que el pánico aumente con pensamientos atemorizadores. Interrumpir lo que está pensando y así el miedo comienza a desaparecer .
- Intentar calmarse .
- Practicar una respiración lenta y relajada.
- Decirle "Su familia y amigos juegan un papel muy importante en todo este proceso".

5 Discusión-Conclusión

Los problemas de ansiedad cursan con períodos de reducción y desaparición durante un intervalo de tiempo variable, al igual que ocurre con cualquier otra enfermedad crónica, con un tratamiento apropiado se puede convivir de forma adecuada, estableciéndose la normalidad en su vida.

6 Bibliografía

- <https://portal.guiasalud.es>.
- <https://www.elsevier.es>.
- <https://cuidateplus.marca.com>.

Capítulo 177

PUESTA Y RETIRADA DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL EN EL AMBITO SANITARIO.

SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

1 Introducción

Los equipos de protección personal, son las medidas diseñadas para evitar la propagación de determinados patógenos. El médico es quien ordena como parte del tratamiento las medidas de aislamiento a aquellos pacientes que así lo precisen. Los pacientes inmunodeprimidos también gozarán de aislamiento inverso.

Sirven para proteger y evitar la transmisión del agente infeccioso con patógenos epidemiológicamente importantes, tanto al personal sanitario, demás pacientes, visitantes y material de uso.

2 Objetivos

- Describir los pasos a seguir para la puesta y retirada de los equipos de protección personal.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos relacionados con las correctas medidas de colocación del equipo de aislamiento del personal sanitario. Se han consultado artículos científicos publicados en revistas del ámbito sanitario indexadas en bases de datos como Pubmed y Scielo.

4 Resultados

Con un cartel informativo o de precaución señalizaremos las habitaciones que lo precisen, se aislará de forma individualizada a los pacientes, y facilitaremos los equipos necesarios y su correcta puesta a los visitantes. A ser posible la habitación debe permanecer cerrada y el paciente debe permanecer dentro de ella.

- Cómo ponerse el equipo.

En aislamiento de contacto.

-Bata desechable: Se empezará a colocar desde delante, de forma que cubra todo el tronco, desde el cuello hasta las rodillas y los brazos hasta las muñecas. Se cruza por la espalda para cubrirla totalmente, atamos por detrás el cuello y por la cintura de forma que nada quede al descubierto.

-Guantes: Nos pondremos doble guante, uno por debajo de la bata, y llevaremos la goma de empuñadura de la bata a la mitad de la mano, para hacerle un pequeño orificio a la altura del pulgar por donde sacaremos dicho dedo con el guante puesto, de esta forma la manga no sube más allá; a continuación nos ponemos los segundos guantes cubriendo sobradamente toda la mano y la parte de la bata que hemos agujereado.

Cómo quitarse el equipo.

Es posible que las mangas y parte delantera de la bata esté contaminada, al igual que los guantes exteriores. Desataremos o romperemos los lazos de la cintura sin tocar la parte interior de la bata, con un leve tirón desde delante en la parte alta del pecho romperemos el lazo del cuello.

Volteamos la bata al revés, enrollándola. Al llegar a las muñecas arrastramos la bata con el guante exterior para depositarlo en el contenedor de la habitación. Inmediatamente después haremos la correcta higiene de manos.

En aislamiento aéreo:

En el caso de que existan dos pacientes con el mismo tipo de infección pueden ingresarse en la misma habitación, no se puede hacer esto, si uno de ellos tiene además otra infección distinta. En los casos en los que hay sospecha o confirmación de sarampión, varicela, tuberculosis pulmonar o laríngea, siempre debe utilizarse mascarilla.

Existen 2 tipos de mascarillas:

Las de alta seguridad, que deben utilizar el personal sanitario que atiende a estos pacientes.

Las normales de quirófanos (desechables), que deben utilizar los enfermos cuando necesitan desplazarse fuera de la habitación y para las visitas.

- Mascarilla: las desechables tienen doble cinta para atar por detrás y asegurarse de que queden bien sujetas. La parte delantera superior nos permite ajustar la mascarilla a la nariz para que no queden huecos abiertos. Las de alta seguridad tiene gomas que permiten un ajuste adecuado. Las mascarillas deben ponerse siempre antes de entrar en la habitación, y deben retirarse dentro de ella, justo antes de salir.

- Guantes: se pondrán antes de entrar en la habitación y se quitarán de forma inversa justo antes de salir.

Inmediatamente después haremos la correcta higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que casi en el 100% de los casos en los que se utiliza correctamente las medidas de aislamiento se evita su propagación y nos protegemos frente a los agentes infecciosos.

6 Bibliografía

- <https://www.saludcastillayleon.es/>
- <https://www.osakidetza.euskadi.eus/>

Capítulo 178

PROTOCOLO PARA TCAE ANTE PACIENTES AFECTADOS CON SENSIBILIDAD QUÍMICA MÚLTIPLE EN EL ÁMBITO SANITARIO.

ROCÍO ARAGON ÁLVAREZ

MIRIAM DÍAZ CASTRO

MARIA DE LOS ÁNGELES DIAZ MARTÍNEZ

LORENA PORTILLA GARCIA

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La sensibilidad química múltiple (SQM), es una enfermedad que desarrollan ciertas personas que presentan una intolerancia a las sustancias y ondas que están presentes en el medio ambiente que nos rodea y que para el resto de personas pasan inadvertidas. Los factores que desencadenan esta enfermedad son de lo más variado desde agentes ambientales como el humo, la exposición solar y a los altos niveles de contaminación, hidrocarburos, ambientadores, perfumes, detergentes , el humo del tabaco y las ondas emitidas por un microondas, teléfonos móviles, impresoras etc. hasta la tinta impresa en periódicos.

Los pacientes aquejados de esta enfermedad precisan de una serie de precauciones y cuidados para que no se produzcan episodios que puedan acarrear consecuencias graves para su salud ya que puede afectar tanto a órganos como a varios sistemas de su organismo y que como profesionales sanitarios debemos de conocer para una correcta atención sanitaria.

Según estudios realizados existe una predisposición genética para desencadenar diferentes intolerancias y tienen mayor predisposición a desarrollar enfermedades de carácter autoinmune, dentro de la sintomatología presentada existen varios grados desde el más leve hasta una patología discapacitante. Los síntomas son múltiples y variados dependiendo de la intolerancia desarrollada por cada paciente y van desde tos, cefaleas, boca seca hasta problemas respiratorios, mareos, vértigos etc.

2 Objetivos

- Exponer los protocolos existentes en Atención Primaria o en áreas hospitalaria para una atención integral.

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 crucial la adaptación tanto del medio como de los profesionales que van a prestar la atención al paciente, ya que es habitual que tanto como en Atención Primaria como en el área hospitalizada se encuentren sustancias como desinfectantes y neutralizantes de olores etc. por ello debemos adaptarnos ante estos pacientes.

I. Protocolo en el ámbito de atención primaria:

- *Los profesionales que van a asistir a este tipo de pacientes (Médicos,Tcaes ,etc...) deben evitar el uso de cosmética perfumada, sus uniformes deben haber sido lavados con detergentes sin fragancias y deben ser personas NO FUMADORAS.
- *Las citas deben concertarse a primera hora de la consulta, para reducir el tiempo de espera y reducir la exposición ambiental causada por el resto de usuarios. Podemos facilitar a estos pacientes que esperen en otro lugar y llegado el momento la TCAE irá a buscarlos para acompañarlos al lugar de consulta.
- *Evitar el uso de fotocopadoras, Impresoras y fax en presencia del paciente ya que las ondas y la tinta pueden provocar una reacción, de producirse retirar de manera inmediata y trasladar al paciente a un lugar con una ventilación adecuada.

II. Protocolo en el ámbito de hospitalización:

- *El equipo de enfermería supervisara y preparara la unidad de ingreso, el habitáculo debe estar limpio,sin humedad y sin usar productos desinfectantes ni con perfumes, para la limpieza de superficies se utilizara agua y bicarbonato ya que es un excelente neutralizador de aromas, sé limpiara también el sistema de ventilación. En cada turno habrá al menos 2 profesionales ,enfermera y Tcae ,que habran tomado las precauciones necesarias para la correcta atención de este tipo de pacientes.

- *Los profesionales asignados a ese paciente usaran material de protección y serán personas NO fumadores.

- *Se facilitara que la persona afectada por SQM utilice su propio equipamiento mientras dure su ingreso como por ejemplo su propia ropa de cama, ropa, jabones, mascarillas y tubos de oxígeno.

- *Se retiraran las toallas húmedas, los cubiertos NO pueden ser de plástico, en las dietas deben evitarse ingredientes como colorantes, edulcorantes y aromatizantes ya que en algunos pacientes suelen presentar intolerancias es ‘por ello que mientras no sean incompatibles con las pruebas o tratamientos que se realicen se debe facilitar que los pacientes puedan llevar su propia comida.

5 Discusión-Conclusión

Las personas afectadas por SQM, ven como su calidad de vida se ve claramente afectada negativamente, ya que llegan a tener que vivir casi en un permanente aislamiento para evitar someterse a una sobreexposición a sustancias para ellos nocivas y ese aislamiento les puede afectar a nivel psicológico a ser un condicionante en sus relaciones sociales.

Con estas pautas conseguiremos que las personas afectadas por SQM puedan ser atendidas en las mejores condiciones, con la confianza de sentirse comprendido y protegido mientras dure su ingreso o revisión, lo que pretendemos es dar un correcto cuidado a estas personas por parte de los profesionales que sean un nexo directo con el paciente y con estas pautas conseguiremos tener controlada la situación y evitar intolerancias.

6 Bibliografía

Se han realizado diferentes estudios bibliográficos en las siguientes direcciones:

- <https://www.sensibilidadquimicamultiple.org>
- <https://www.sfcsqm.com/sqm-qu-es>
- <https://www.sergas.es/>

Capítulo 179

TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ATENCION SOCIOSANITARIA A PERSONAS DEPENDIENTES

SUSANA CANTELI CORTE

1 Introducción

En nuestro país, la protección da las personas mayores tuvo un inicio de desarrollo normativo en la década de los setenta del siglo XX, mediante la creación del Servicio Social de Asistencia a Pensionistas, el fenómeno de la dependencia exigía el esfuerzo de todas las administraciones y del conjunto de la sociedad para obtener mantenimiento del principio de igualdad de trato a las personas dependientes. De ello la LEY DE DEPENDENCIA.

2 Objetivos

- Exponer las principales funciones de soporte que realiza el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) a personas dependientes

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 TCAE se encarga de la autonomía, dependencia, actividades básicas de la Vida Diaria, necesidades de apoyo para la autonomía personal, cuidados no profesionales, asistencia personal y cuidados profesionales colaborando con estos pacientes en todas las necesidades que cada caso necesite.

Actividades para la autonomía de la vida diaria. Con ayuda del TCAE:

- Comer.
- Bañarse.
- Vestirse.
- Arreglarse.
- Desplazarse.
- Hacer las compras, lavado de ropa, responsabilidad respecto a su medicación y el manejo de su economía

Hablar con los centros residenciales de mayores, con frecuencia nos referimos a residencias de válidos, residencias de asistidos y residencias mixtas. Desde un enfoque biopsicosocial de carácter personal y sanitario.

5 Discusión-Conclusión

Las personas mayores que se atienden en una Residencia con algún grado de dependencia, debe desarrollarse un plan de cuidados que corresponda a cada caso, pero sin interferir en su capacidad de decisión. Los TCAE debemos distinguir entre dependencia y falta de autonomía, esta diferencia es esencial en las intervenciones a desarrollar en los alojamientos.

6 Bibliografía

- Constitución Española de 1978.
- Encuesta Nacional de Salud 2014. Disponible en: <http://www.ine.es>.
- Envejecimiento activo: un marco político. Organización Mundial de la Salud. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol 2002;37(S2):66-72

- González De Durana, ASna y Moreno Fuentes, Francisco Javier. Colección de estudios. Serie dependencia, 12007 ISBN 978-84-8446-106-7

Capítulo 180

PACIENTES PSICOTICOS

ELENA LOPEZ BUJIDOS

VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA

1 Introducción

La palabra psicosis se ha utilizado en Psiquiatría con significados muy diferentes. En ocasiones ha servido para agrupar a todos aquellos pacientes que en algún momento de su enfermedad mental sufren una alteración grave en su conexión con la realidad.

Actualmente se utiliza el término psicótico a los síntomas, como delirios o alucinaciones.

Por delirio entendemos una alteración del contenido del pensamiento que supone la aparición de una idea falsa y vivida con total certeza subjetiva, que no se modifica con la argumentación lógica.

Las alucinaciones son alteraciones de la percepción; en ellas el paciente tiene una percepción en ausencia de estímulo externo que la produzca.

La duración de un episodio psicótico y el funcionamiento mental previo al episodio, más que la gravedad o intensidad de los síntomas, van a determinar en gran medida su comprensión y filiación diagnóstica pronóstica.

Una vez confirmada la presencia de estos síntomas conviene realizar una evaluación de sus posibles causas. El primer paso será comprobar el nivel de conciencia y la capacidad de atención y concentración.

2 Objetivos

- Determinar el tratamiento precoz de los síntomas psicóticos así como su manejo diagnóstico-terapéutico.

3 Metodología

Para poder llevar a cabo la realización de este trabajo, se hizo una búsqueda bibliográfica en varias páginas de internet, durante el mes de diciembre de 2019, mediante utilización de descriptores como "psicosis", "psicótico", "esquizofrenia", "delirio".

4 Bibliografía

- Introducción: <http://scielo.isciii.es/>
- Objetivos: <https://www.esquizofrenia24x7.com>

Capítulo 181

BRUXISMO DEL SUEÑO

BLANCA EMILIA DE LAS HERAS OCHOA

1 Introducción

El bruxismo del sueño es un trastorno del movimiento que consiste en apretar y rechinar los dientes, de manera involuntaria, durante el sueño.

Este último aspecto es un problema porque el paciente al no presentar síntomas, no es consciente de esta alteración hasta que acude al dentista.

2 Objetivos

- Conocer esta patología, sus síntomas, consecuencias y tratamiento.

3 Metodología

Está basada en la revisión sistemática de los diferentes aportaciones vinculadas con el bruxismo en la última década.

Se han priorizado las aportaciones provenientes de publicaciones especializadas (Scielo, Dialnet y PubMed). Para ello, se emplearon los siguientes descriptores: bruxismo, patologías del sueño, enfermedades estomatognáticas, oclusión dentaria, férulas, etc.)

4 Resultados

Los factores que influyen o pueden ser los desencadenantes del bruxismo del sueño son múltiples y varían de una persona a otra:

- El factor más importante es el nivel de estrés.
- La capacidad que tiene el individuo para relajarse.
- La postura.
- La alineación de los dientes, se incrementa cuando las piezas dentales están desalineadas.
- La dieta.
- Los hábitos del sueño.

Entre los síntomas del bruxismo del sueño destaca:

- La ansiedad.
- La depresión.
- El estrés.
- La inflamación de la mandíbula.
- El dolor de oído.
- La sensibilidad muscular.
- La sensibilidad en los dientes debido a bebidas o comidas frías, calientes, dulces.

Las consecuencias: se aprecian formas más severas de bruxismo se localizan en niños y en ancianos.

Los pacientes al ejercer presión sobre los tejidos, músculos y otras estructuras alrededor de la mandíbula suelen tener dolor de dientes, encías, cara y cabeza. Asimismo, puede presentar problemas de articulación temporomandibular (ATM).

De la misma forma, el rechinar de los dientes además de desgastar los dientes provoca ruidos que perturban el sueño de los compañeros.

El objetivo del tratamiento es reducir el dolor, prevenir el desgaste permanente de las piezas dentales y disminuir el chirrido de las piezas. Para ello, hay que incidir en las causas que lo producen combinando los siguientes consejos de cuidado personal:

- Reducir el estrés mediante relajación y modificación de comportamientos diurnos
- Realizar masajes y ejercicios de estiramiento de músculos y articulaciones de la cara para relajarlos
- Seguir unos hábitos saludables: dieta equilibrada, hidratación apropiada y descanso suficiente
- Utilizar protectores bucales, ortodoncias que alineen los dientes, etc.

5 Discusión-Conclusión

Conocer todo ello, nos permitirá mejorar la calidad de los cuidados dispensados a los pacientes y sus familiares. Para reducir las secuelas de esta alteración del sueño (dolor, desgaste de las piezas dentales, chirridos, etc.) es necesario continuar divulgando las recomendaciones expuestas en el apartado anterior, las cuales se pueden resumir en mantener unos hábitos saludables en el conjunto de la población.

Asimismo, es preciso continuar investigando estas enfermedades.

6 Bibliografía

- Cruz Fierro N, Vanegas Farfano M, González Maestre MT, Landero Hernández R. Síntomas de la ansiedad, el manejo inadecuado de las emociones negativas y su asociación con bruxismo autoinformado. *Ansiedad y estrés*. 2016. Vol.22, (2-3): 62-67.
- Loza Jarama DO, Maroto Hidalgo VN, Vázquez Armas GF, Andrade Galarza JV. Bruxismo un hábito recurrente en jóvenes con ansiedad. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*. 2018; Vol.2 (2): 236-258
- Varela Orduz J F, Marulanda Corredor RP. Ciencia y poder aéreo. Bruxismo una enfermedad de altura. 2018; Vol.13 (2): 18-27

Capítulo 182

LISTERIOSIS

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO

MARIA JESUS DIAZ SUAREZ

CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

1 Introducción

Es una infección que puede ocurrir cuando una persona ingiere alimentos que han sido contaminados con la bacteria llamada *Listeria monocytogenes* (L monocytogenes). Esta bacteria, se encuentra en animales salvajes y domésticos, al igual que en el agua o los suelos. Estas bacterias producen enfermedad en muchos animales y llevan a que se presente aborto espontáneo y partos de mortinatos en animales domésticos.

Las verduras, las carnes y otros alimentos pueden resultar infectados con la bacteria si entran en contacto con suelos o estiércol contaminado. La leche cruda o los productos hechos de ella pueden portar estas bacterias.

Las siguientes personas están en mayor riesgo:

- Adultos de más de 50 años.
- Adultos con un sistema inmunitario debilitado.
- Fetos en desarrollo.
- Recién nacidos.
- Mujeres embarazadas.

Las bacterias en la mayoría de los casos causan una enfermedad gastrointestinal. En algunos casos, se puede desarrollar una infección de la sangre (septicemia) o

una inflamación de las membranas que cubren el cerebro (meningitis). Los bebés y los niños a menudo tienen meningitis. La infección al comienzo del embarazo puede provocar un aborto espontáneo. Las bacterias pueden atravesar la placenta e infectar al feto. Las infecciones a finales del embarazo pueden conducir a parto de mortinato o a la muerte del bebé al cabo de unas pocas horas de nacido. Aproximadamente la mitad de los bebés infectados al momento del parto o cerca de este morirá.

En los adultos, la enfermedad puede tomar muchas formas, dependiendo de qué órgano o sistema de órganos esté infectado. Puede presentarse como:

- Infección del corazón (endocarditis).
- Infección del cerebro o del líquido cefalorraquídeo (meningitis).
- Infección pulmonar (neumonía).
- Infección de la sangre (septicemia).
- Infección gastrointestinal (gastroenteritis).

O puede presentarse en una forma más leve como:

- Abscesos.
- Conjuntivitis.
- Lesión cutánea.

2 Objetivos

- Establecer las medidas a adoptar para prevenir la listeriosis o infección por *Listeria*.

3 Metodología

El estudio está realizado en base a un estudio realizado en artículos encontrados en distintos buscadores como google y en distintas bases de datos como Pubmed o Scielo. Como datos de inclusión se utilizan textos completos avalados científicamente, en idioma español o inglés, realizados en los últimos 10 años. Como descriptores se utilizan las palabras claves: listeriosis, prevención, consecuencias y medidas a adoptar.

4 Bibliografía

- medlineplus.gov/spanish/ency/article/001350htm
- www.webconsultas.com/salud

Capítulo 183

LA DEPRESIÓN POSPARTO

VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA

ELENA LOPEZ BUJIDOS

1 Introducción

La depresión es una enfermedad clínica severa, en EEUU se estima que más de 19 millones de jóvenes y adultos la sufren. El termino depresión podría describirse como le hecho de sentirse triste, melancólica, infeliz, abatido o derrumbado. Es un trastorno del cerebro y puede comenzar a cualquier edad. La mayoría de la gente pasa por este estado alguna vez en su vida ya sea durante periodos cortos de tiempo o largos. Es un trastorno del estado anímico durante el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren durante el desarrollo de nuestra vida diaria mientras dure el proceso. Muchas mujeres se sienten deprimidas después de tener un bebe, si este estado persiste y además incluye los síntomas de una depresión mayor podríamos hablar de que sufren una depresión posparto.

2 Objetivos

- Exponer la fisiopatología de la depresión postparto.
- Abordar la importancia del adecuado conocimiento de la depresión postparto para evitar problemas perinatales.

3 Metodología

Se buscan en varios artículos y paginas de Internet durante el mes de diciembre de 2019 con el fin de obtener la información necesaria para realizar este contenido.

4 Resultados

La depresión posparto tiene varias causas, es una combinación de factores físicos y emocionales. Después de dar a luz los niveles de estrógeno y progesterona en las mujeres bajan muy rápido y esto produce alteraciones químicas que dan lugar a cambios en el estado de ánimo de la mujer. Añadido a estos procesos químicos esta la constante falta de sueño que es común al estar al cuidado de un bebe y puede generar agotamiento e incomodidad física.

Algunos de los síntomas para detectar esta afección podrían ser:

- Sensación constante de tristeza o desesperación.
- Malhumor.
- Problemas de concentración.
- Trastornos en la alimentación.
- Dolores fuertes y constantes de cabeza.
- Aislamiento social.
- Duda constante acerca de la capacidad de cuidar al bebe.
- Pensamientos auto lesivos o hacia el bebe.

La depresión posparto si no se trata puede llegar a durar meses y hasta convertirse en un trastorno depresivo crónico. Es muy importante si se aprecian estos síntomas acudir a un especialista que nos ayude a solucionar esta situación.

Una vez detectada la depresión posparto existen varias maneras de tratarla. Por un lado están las terapias en las que la madre se vera apoyada por una persona externa que comprenda su situación y la encamine hacia una mejora mediante terapias cognitivo-conductuales o terapias interpersonales. La madre deberá sentir siempre que esta acompañada en el proceso tanto por sus familiares y su entorno como por el profesional que la ayuda a gestionar sus emociones con el fin de mejorar su enfermedad. Por otra parte también se puede controlar la depresión mediante fármacos que actúen sobre las sustancias químicas del cerebro que influyen en el estado de animo. A pesar de que estos medicamentos son seguros para la madre no es recomendable abusar de ellos en un espacio prolongado de

tiempo, deberá consultar siempre con su medico acerca de las posibles interferencias tanto en su propia salud como en la de su bebe.

5 Discusión-Conclusión

Es de extrema importancia aclarar que sufrir este trastorno no evidencia debilidad o inutilidad para desempeñar su función como madre y debe entenderse que es una enfermedad como otra cualquiera. Se requiere comprensión y apoyo en todo momento durante el proceso.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>
- <https://medlineplus.gov/spanish/depression.html>
- <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/>

Capítulo 184

PROCEDIMIENTO FRENTE A ACCIDENTE BIOLÓGICO.

MARIA TERESA CARRIL BLANCO

MARIA MONICA GARCIA NICIEZA

ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ

MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS

LORENA MORA BUENO

1 Introducción

El riesgo de exposición a sangre y fluidos corporales humanos potencialmente contaminados sigue siendo el más frecuente de los riesgos laborales evitables y el accidente con objetos corto-punzantes es el tipo de exposición más frecuente.

Las actividades con mayor riesgo de accidente son la administración de medicación, la recogida de material usado, la manipulación de sangre, re-encapsular agujas, suturar y la recogida de residuos o de ropa sucia. Es importante adoptar medidas de prevención para intentar evitarlo, y al mismo tiempo, tener un procedimiento de actuación, conocido por todos ante un accidente con material cortante-punzante.

2 Objetivos

- Describir la forma de actuación ante la exposición a algún fluido potencialmente infeccioso por parte del personal sanitario y no sanitario.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se va a llevar a cabo una revisión bibliográfica de estudios científicos publicados en los últimos 15 años sobre riesgos biológicos, utilizando bases de datos informatizadas tales como PubMed y el buscador google académico.

Como palabras clave se van a utilizar: accidente biológico y fluido infeccioso.

4 Bibliografía

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 664/1997 de 12 de mayo sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.
- Real Decreto 773/1997 de 30 de mayo sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual.
- Orden ESS/1451//2013 de 29 de julio por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario.

Capítulo 185

EL SÍNDROME DE BURNOUT, EL RIESGO QUE CORREN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

SHEILA PRIETO LÓPEZ

YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN

RUT MORILLAS IGLESIAS

ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO

1 Introducción

El Síndrome de Burnout o popularmente conocido como Síndrome del quemado es un trastorno psicológico que afecta a los trabajadores cuya labor principal gira entorno al trato con personas, profesionales que están muy comprometidos con su trabajo, que empatizan, interiorizan la angustia de las personas con las que trata.

Es un tipo de estrés laboral de carácter crónico, cuyo resultado en la mayoría de los casos son trabajadores que acaban con un agotamiento físico, emocional o mental, que puede desembocar en profundas depresiones.

2 Objetivos

Determinar las causas por las que los profesionales sanitarios sufren el síndrome de Burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el Síndrome de Burnout.

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 sanitario es uno de los sectores profesionales que están en riesgo continuo. Son de los sectores más afectados por este síndrome por los siguientes motivos:

- La sobrecarga asistencial.
- Cambios de turno.
- Nocturnidad.
- Aunción de responsabilidades.

Otro factor de riesgo que también está relacionado es con el sexo y la edad. Tener más de 30 años o superar los 15 años de servicio aumenta el riesgo de tener el Síndrome de Burnout.

5 Discusión-Conclusión

Existe una relación muy estrecha entre estrés y Burnout. El estrés no es la única causa de este trastorno, pero a medida que se elevan los niveles de este, más fácil es adquirir este síndrome.

Situamos el burnout como una variante más amplia y más grave de estrés, el cual si no se trata correctamente y pronto, puede dar lugar a graves complicaciones.

Si un individuo es profesional de la salud, puede ser más propenso a experimentar Burnout, por lo que es necesario comprobar si presenta algún síntoma y comenzar a tomar medidas al respecto.

6 Bibliografía

- Bases de datos: <https://www.scielo.org/es/>.

- Páginas Web: <https://psicologiaymente.com/>.
- Revistas digitales: Revista de Universidad y Sociedad del Conocimiento.

Capítulo 186

DEMENCIA CON CUERPOS DE LEWY

RAFAEL SANCHEZ IBÁÑEZ

NATALIA GARCÍA CARBAJAL

ABILIO ALVAREZ GONZALEZ

NOELIA LOMBARDIA CARBAJAL

MÓNICA GONZÁLEZ BRAÑA

1 Introducción

La Demencia con Cuerpos de Lewy (DCL) es la acumulación de estructuras proteicas redondas y lisas, llamadas cuerpos de Lewy. Se observan en las neuronas del cerebro afectado (sustancia negra). Las descubrió el Dr. Frederick Heinrich Lewy en 1912. En 1995 investigadores en demencia acuerdan utilizar el termino “Demencia con Cuerpos de Lewy”.

La DCL es una enfermedad o síndrome degenerativo y progresivo del cerebro. Comparte síntomas con dos enfermedades comunes entre los ancianos: el Alzheimer y el Parkinson. A veces se superponen los síntomas con éstas. La demencia con cuerpos de Lewy, está hoy reconocida, aunque sus criterios clínicos y anatomopatológicos no han sido todavía suficientemente definidos. La diferenciación entre la Enfermedad del Alzheimer y Demencia de Cuerpos de Lewy basándose solamente en hallazgos clínicos puede ser difícil. La DCL siendo una enfermedad neurodegenerativa, su origen no está aclarado, su diagnóstico es descubierto post mortem al descubrir la presencia de los cuerpos de lewy en la sus-

tancia negra. para ello se utilizan técnicas inmuno-histo-químicas, la cual identifica una acumulación anormal de proteínas (alfa-sinucleína).

Los primeros síntomas de la DCL son:

- Similares a los del Alzheimer o demencia vascular de carácter mental.
- Síntomas neuromusculares de la enfermedad de Parkinson.
- Síntomas simultáneos de demencia y de parkinsonismo.
- Problemas leves de memoria a corto plazo (olvido de hechos muy recientes).
- Breves episodios de confusión sin causa aparente.
- Trastornos de conducta (desorientación con respecto a la hora o el sitio en el que se encuentra).
- Problema de habla para encontrar palabras o mantener una conversación.
- Dificultades de percepción espacial (no encontrar el camino correcto o no resolver ciertos rompecabezas).
- Problemas del pensamiento como la falta de atención, la inflexibilidad mental, la dificultad para llegar a decisiones, la pérdida del buen juicio y de la comprensión de las cosas.
- El paciente conversa normalmente un día y ser incapaz de hablar al día siguiente.
- Alucinaciones visuales vívidas y bien definidas.
- Las alteraciones motrices del parkinsonismo, con frecuencia parece que estos síntomas se inician espontáneamente (postura flexionada, la marcha arrastrando los pies, una reducción en el vaivén de los brazos, rigidez de las extremidades, propensión a caerse, bradicinesia y temblores).

El diagnóstico de certeza solo puede hacerse post- mortem, con la demostración de la presencia en la corteza frontal, parietal y temporal, y en la sustancia negra, de los cuerpos de Lewy, que designan a unas estructuras incluidas en las neuronas y que corresponden a degeneración de su citoplasma formadas por el acumulo anormal de proteínas, de forma fundamental, de alfa- sinucleína, la cual se identifica con certeza mediante técnicas inmunohistoquímicas.

2 Objetivos

- Revisar la información de la que se dispone en la actualidad sobre la demencia con cuerpos de Lewy, así como revisar las evidencias científicas de mayor impacto y la diferente evolución conceptual de dicha demencia.
- Afianzar los aspectos fundamentales en los que se basa el abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia con cuerpos de Lewy.

3 Metodología

Se recopila información científica sobre el tema de estudio a través de una revisión sistemática y bibliográfica existente, durante los meses de Febrero- Noviembre de 2019. Se han consultado Bases de Datos importantes en el campo de Ciencias de la Salud, tales como Scielo, Pubmed, Medline y hemos utilizado el buscador de palabras clave DECS (Descriptores de Ciencias de la Salud); utilizando las siguientes palabras: demencia, cuerpos, Lewy, deterioro cognoscitivo, tratamiento.

Se han utilizado textos completos, tanto en español como en inglés y hemos descartado artículos sin autor o sin título o artículos sin evidencia científica. También hemos consultado diversos estudios sobre planes de cuidados de enfermería en el paciente con demencia, técnicas o modos de vida para poder llevar mejor esta enfermedad y que así el paciente disfrute de una mejor calidad de vida.

4 Resultados

Cerca de 1/3 de los pacientes con Enfermedad del Alzheimer tienen cuerpos de Lewy tanto en la corteza como en la sustancia negra y esencialmente, todos los pacientes con Enfermedad de Parkinson tienen cuerpos de Lewy en la corteza. Es la tercera causa de demencia detrás de la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular, se considera una prevalencia de alrededor del 10 al 20% del total de casos de demencia. Se trata de una enfermedad neurodegenerativa, cuya etiología no está aclarada.

Los problemas del movimiento en fases avanzadas llegan al 70% de los pacientes con DCL. En un 30% de los enfermos, y sobre todo en los más ancianos, los síntomas del Parkinson ocurren al inicio, antes de los síntomas demenciales. Se utilizan diversas pruebas médicas, neurológicas y neuropsicológicas para detectar esta enfermedad.

Los pacientes que padecen la enfermedad con cuerpos de Lewy presentan 3 cambios significativos o características patológicas:

- La corteza cerebral (capa exterior del cerebro) se degenera o atrofia. Afecta al razonamiento y al pensamiento complejo, la comprensión, la personalidad, el movimiento, el habla y el lenguaje, los procesos sensoriales y la percepción visual del espacio.
- Degeneración en la corteza límbica, situada en el centro del cerebro, las emociones y la conducta. Mueren neuronas, especialmente en la sustancia negra del

tronco cerebral, una zona que también se degenera en la enfermedad de Parkinson.

- Sobre todo en el hipocampo, que es una zona del cerebro indispensable para fijar nuevos recuerdos. En el cerebro de los pacientes con DCL se observan unas lesiones denominadas Neuritas de Lewy, que afectan la función de las neuronas.

Los cuerpos de Lewy también suelen encontrarse en el cerebro de los pacientes con Alzheimer y el Parkinson, pero hay factores que individualizan la DCL:

- Los trastornos de la memoria y otros problemas cognitivos se presentan tanto en la DCL como en el Alzheimer. Sin embargo, estos trastornos fluctúan con frecuencia en la DCL.

- Los pacientes de DCL presentan un mayor grado de depresión que los enfermos de Alzheimer.

- Los pacientes de fases avanzadas en las enfermedades de Alzheimer y Parkinson que toman medicamentos para mejorar la motricidad y el temblor, también presentan alucinaciones. En la DCL, las alucinaciones se presentan en las fases iniciales, además de ser frecuentes, vívidas y detalladas.

- Los fármacos neurolépticos (a veces denominados psicotrópicos) que se administran para la demencia, inducen el parkinsonismo en algunos pacientes con DCL.

- La esperanza de vida es menor que en el Alzheimer.

- En la autopsia, el cerebro de los pacientes con DCL muestran placas seniles, que son propias de la enfermedad de Alzheimer. Sin embargo, el cerebro de los pacientes con DCL muestran menos deterioro que el de los pacientes de Alzheimer.

- En la DCL, los problemas del movimiento son espontáneos; los síntomas aparecen súbitamente.

- El temblor es menos pronunciado que en el Parkinson.

- Algunos enfermos de Parkinson presentan demencia en las fases avanzadas. Por lo general, la demencia es el síntoma inicial en la DCL.

- Los pacientes con Parkinson pierden el neurotransmisor denominado dopamina; los pacientes con Alzheimer pierden el neurotransmisor denominado acetilcolina. Los pacientes con DCL pierden ambos.

- En la DCL, tanto los síntomas semejantes al Alzheimer como los similares al Parkinson se presentan dentro de un lapso de un año.

Los pacientes con DCL tienen una esperanza de vida de 5 y 7 años desde el momento de la aparición. El avance de la enfermedad es implacable y conduce a la demencia grave y ala mortalidad. La muerte suele producirse por neumonía u otras enfermedades.

La DCL no muestra una sucesión de etapas, algunos pacientes muestran un curso muy rápido de la enfermedad. Provoca estados catatónicos, rigidez muscular, alucinaciones.

No existe una cura o un tratamiento específicos para detener el curso de la enfermedad. Se debe proceder con cautela en el tratamiento, ya que algunos fármacos pueden presentar reacciones adversas. Los inhibidores de la colinesterasa, como la tacrina, podrían servir como tratamiento alternativo y han mostrado eficacia contra las alucinaciones. Algunos fármacos antipsicóticos más recientes (seroquel, sertindola) podrían resultar seguros.

Los pacientes con DCL pueden permanecer en el hogar, con frecuentes reevaluaciones médicas y una adecuada vigilancia y supervisión. Los cuidadores deben estar bien atentos al paciente, por su tendencia a caerse o perder la conciencia.

5 Discusión-Conclusión

La Demencia con Cuerpos de Lewy es una enfermedad neurodegenerativa difícil de diagnosticar, ya que puede confundirse con el Alzheimer o el Parkinson. Es una enfermedad difícil de tratar, llegándose a confirmar la Demencia con Cuerpos de Lewy en la mayoría de los casos tras el fallecimiento del paciente.

La demencia impide que los pacientes aprendan nuevos hábitos que podrían ayudarles a superar los problemas motores. Es posible que en algunos días necesiten más ayuda que en otros, y que pueden sentirse más tranquilos si el cuidador les desvía la atención cuando presenten alucinaciones. Es importante que el personal sanitario informe bien a los familiares y cuidadores de los síntomas que pueden presentar los pacientes en caso de sospecha de esta demencia, con el fin de que acepten la enfermedad y aporten mayor cuidado a estos pacientes.

6 Bibliografía

- Brañas Baztan F, Serra Rexach JA..
Orientación y tratamiento del anciano con demencia..
Inf Ter Sist Nac Salud, 26 (2002), pp. 65-77.
- Alteracion de las funciones cognitivas: Diagnostico etiológico. Guia de la buena práctica clínica en Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Marketing and Communications; 2004. p. 37-6.

- McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al..
Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of Dementia with Lewy bodies (DCL): Report on the consortium on DCL international workshop..
Neurology, 47 (1996), pp. 1113-24.
- Demencia con cuerpos de Lewy: diagnostico y tratamiento. Neurol. 1998;27 Supl 1:63-7.

Capítulo 187

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARIA DE LA CUESTA TUÑON

LETICIA FERNANDEZ SANCHEZ

1 Introducción

Florence Nightingale se caracterizó por ser la impulsora del proceso del lavado de manos, años más tarde la OMS establece qué este proceso es una medida de carácter universal siendo una practica diaria.

Aún siendo imprescindible para desarrollar el trabajo en medios hospitalarios en algunos de estos centros no se lleva a cabo correctamente.

2 Objetivos

- Describir los procedimientos que deben seguirse y las herramientas necesarias para llevar a cabo la correcta higiene de manos (HM) en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se han consultado diversas publicaciones relacionadas con la higiene en revistas indexadas en bases de datos cómo Pubmed y Scielo.

Para ello se han utilizado cómo palabras clave :higiene, lavado de manos, infecciones hospitalarias.

4 Resultados

A continuación detallaremos las medidas llevadas a cabo para lograr la correcta higiene de manos, que consiste en una frotación enérgica y eficaz de las manos y antebrazos (en algunos casos) siendo previamente enjabonadas, para después aclarar con abundante agua y conseguir eliminar la suciedad y materia orgánica que en ellas se encuentra, evitando el contagio de microorganismos de persona a persona.

Existen varios tipos de higiene de manos:

- Lavado de rutina higiénico.
- Lavado especial.
- Lavado quirúrgico.

Los dos primeros lavados que citamos tienen cierta similitud con la diferencia del jabón que para ellos se emplea.

La técnica que se usa para ambos es la siguiente: Humedecer la manos con agua, aplicar el jabón (dependiendo del tipo de lavado) después se frotaran las manos comenzando primero palma con palma, los espacios interdigitales y acabando con las muñecas, durante aproximadamente 10 minutos. Por último aclarar con abundante agua y secar las manos con toallas de papel desechables.

El lavado quirúrgico se realiza de la siguiente forma: Mojar las manos con agua(para ello se debe usar un grifo de pedal o con sistema de codo) aplicar el jabón antiséptico, realizando un lavado de manos, antebrazos y uñas, posteriormente aclarar con agua. Repetir el mismo lavado pero ahora ampliar el lavado a manos y antebrazos volviendo a usar el agua para arrastrar el jabón de nuevo.

Para dar por finalizada la higiene deben secarse sin frotar con una toalla desde los dedos hasta los codos. El objetivo de los lavados citados anteriormente es conseguir eliminar la suciedad de las manos eliminando la flora que pueda encontrarse en ellas.

Aunque el lavado de manos es lo más importante a la hora de reducir el riesgo de contagios también deben tenerse en cuenta otras recomendaciones como mantener las uñas cortas, limpias y sin esmaltes.

No usar anillos, relojes u otros accesorios que puedan facilitar el contagio y evitar el uso de lociones en la piel.

5 Discusión-Conclusión

La higiene de manos debería llevarse a cabo exhaustivamente siendo de vital importancia tanto para no perjudicar a los pacientes ni a los sanitarios que estén en contacto con ellos.

6 Bibliografía

- Técnicas de enfermería.3 Ed.Editorial Inteamericana.
- Técnicas básicas de enfermería.Mc Graw Gill.
- Control de infecciones de enfermería.Ediciones Doyma.
- Protocolo de lavado de manos.
- Higiene de manos,protagonismo para el paciente.Enfermería clínica.
- Seguridad del paciente higiene de manos.Revista Conamed.

Capítulo 188

EL CUIDADOR DEL ENFERMO DE ALZHEIMER

DOLORES CHICO DE GUZMAN PEREZ

LUCIA RODRÍGUEZ CHICO DE GUZMÁN

1 Introducción

Llamamos cuidador del paciente con enfermedad de Alzheimer (EA) a la persona que asume la responsabilidad total en la atención y el apoyo diario a este tipo de pacientes. El cuidado de pacientes con EA es un proceso dinámico que requiere un progresivo incremento de atenciones y tareas por varios motivos; la larga duración de la enfermedad (en más del 70% se trata de un proceso superior a 6 años), la pérdida progresiva de capacidad física y cognitiva por parte del paciente y su creciente dependencia del entorno familiar. La tarea de cuidar conlleva a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar.

2 Objetivos

Identificar los recursos necesarios para paliar la sobrecarga a la que están sometidos los cuidadores.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico.

Se emplearon como descriptores: neurodegenerativas, cuidados, Alzheimer, EA. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre

4 Resultados

Poner a disposición del cuidador y familiares del paciente asesoramiento sobre grupos de apoyo y actividades en las que pueda participar, dedicando más tiempo a sí mismo, es una de las opciones para disminuir la sensación de carga del mismo. Proporcionar información sobre recursos socio-sanitarios a nivel público, así como servicios orientados al cuidador y al enfermo, como talleres de estimulación cognitiva, centros de día ayudará al cuidador a conocer más la enfermedad, ver casos similares, y a pasar tiempo con el paciente de forma diferente. El seguimiento del propio cuidador para su apoyo y adecuación de sus sentimientos es también muy importante para que sea óptima la calidad de cuidado del paciente.

Se constata que cuando el cuidador participa en grupos de apoyo o de acompañamiento, ayudan a romper el aislamiento, tomarse tiempo para el autocuidado, tanto físico como psicológico, contribuye a reducir la ansiedad y a tomar conciencia de la importancia de cuidar de sí mismo, y aumenta la calidad de la asistencia y cuidado del paciente percibida por los familiares.

5 Discusión-Conclusión

Los enfermos de Alzheimer, especialmente durante las primeras fases de desarrollo de la enfermedad, son cuidados en sus hogares por los familiares más próximos. Ser cuidador principal de un enfermo de Alzheimer genera situaciones que afectan a la calidad de vida del paciente y del cuidador. Las intervenciones más valoradas son las estrategias de educación sanitaria, que facilitan un mejor afrontamiento de la situación. Es necesario seguir investigando sobre aquellas medidas que favorecen la calidad de vida de los pacientes y los familiares y así, optimizar recursos.

6 Bibliografía

- Alberca, R. y López- Pousa. S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid (1.998)
- Álvarez, C. (2002) .Alzheimer, la enfermedad y su entorno.Ed- Madrid: Eneida.

- De Benito. F. Spobrecarga familiar en las enfermedades neurodegenerativas. Utopía (revista electrónica), Enero;13 (1) (2003). Base de datos Scielo.

Capítulo 189

ACTIVIDADES DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA MAYORES HOSPITALIZADOS

YOLANDA PUENTEDURA MARTÍN

RUT MORILLAS IGLESIAS

ARANZAZU FERNANDEZ SANTIAGO

SHEILA PRIETO LÓPEZ

1 Introducción

El envejecimiento es un proceso dinámico e inevitable, donde tienen lugar unos cambios físicos, psicológicos y sociales.

2 Objetivos

Conocer y analizar la importancia de la estimulación cognitiva en ancianos hospitalizados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre como estimular a los ancianos dependientes hospitalizados. Se han utilizado únicamente textos completos pos-

teriores el 2.005 cuyo idioma fuera el español. Se usaron bases de datos como Scielo y Pubmed.

4 Resultados

En el estudio cogido de una de las bases de datos anteriormente nombradas, en el que eran mayoritarias las mujeres estudiadas con una edad comprendida entre los 80-84 años, casi la mitad presentaba deterioro cognitivo y la otra mitad tenía independiente total o leve dependencia. Se realizaron actividades de orientación temporo-espacial y de personas, actividades pertenecientes al lenguaje.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: las actividades de repetición verbal fueron las que más sencilla les resultó con un acierto del 100%, en la orientación espacial es donde se encuentran más orientados, la mayoría reconocía el sitio donde se encontraban.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar actividades que ayuden a los adultos mayores a retrasar al máximo el deterioro cognitivo en el que también influyen factores sobre los que no podemos actuar como son el genotipo, los fármacos necesarios para sus diversas terapias... Entre estas actividades están: atención, percepción, memoria, velocidad de procesamiento, razonamiento.

6 Bibliografía

- Bases de datos: Scielo y Pubmed.
- Revista de salud y bienestar: webconsultas.
- Libro: Mcgraw Hill.
- Hospital Rey Juan Carlos.

Capítulo 190

LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

CARMEN CALDEVILLA

1 Introducción

Según la OMS la vejez es el período de la vida en el cual se ven deterioradas de forma fisiológica las funciones mentales y físicas, ya que de forma progresiva se produce una afectación evidente de las mismas en comparación con períodos previos al avance de la edad.

Hoy Europa es un continente donde la natalidad ha disminuido y la población anciana supera al número de nacimientos, obteniendo así una población general envejecida. En España ocurre lo mismo e incluso en muchas regiones se supera la media europea de población anciana.

En España se ha sobrepasado el umbral de los dos millones de mayores de 65 años que viven solos, de ellos 850.000 personas mayores de 80 años, estamos ante un factor que indudablemente favorece la depresión.

La soledad, muchas veces no es elegida y puede ser derivada de la viudedad, la ausencia de hijos o de la marginación social.

Hay muchas enfermedades asociadas a la vejez, pero quizás la que pasa más desapercibida es la depresión y por desgracia puede que sea la que más afecte en todos los ámbitos a la persona anciana.

2 Objetivos

- Describir los síntomas depresivos en el anciano y su relación con otros síntomas derivados de diferentes patologías.

- Conocer las causas de la depresión, si ésta surge como una dolencia aislada o es derivada de otras existentes.
- Analizar el entorno social del anciano depresivo: dónde vive, con quién vive y cuál es su nivel económico.

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 estudiar el tema desde varios puntos de vista:

- El problema clínico: relacionado con la salud de los ancianos, enfermedades más comunes, enfermedades concomitantes y deterioro cognitivo.
- El problema social: asociado al aislamiento social y soledad en el anciano. La soledad de los ancianos institucionalizados y en situación de abandono.

La depresión no sólo un sentimiento de tristeza o desgana, conlleva una gran problemática asociada a toda la esfera biopsicosocial del individuo. Es uno de los mayores problemas de salud y de mayor impacto en las personas mayores, además de afectar a sus familias.

Las personas con depresión en la vejez tienen mayor probabilidad de sufrir otras enfermedades y por tanto, se podrían convertir en pacientes polimedicados, los cuales habría que tener un mayor control a nivel sanitario de los mismos. Es un problema bidireccional.

Los problemas como el dolor llevan a la depresión y ésta, a su vez puede producir el empeoramiento de otras enfermedades como las cardiopatías, tan comunes en la vejez.

El deterioro cognitivo presente en gran parte de la población anciana es frecuente que se de conjuntamente en ancianos con depresión, y a su vez esta patología puede ser factor de riesgo para el deterioro cognitivo. Además, desde el punto de vista social la situación actual no ayuda al anciano.

Hay que tener en cuenta a los ancianos institucionalizados ya que tampoco se encuentran en unas situaciones idóneas por los siguientes factores:

- Sentimiento de abandono en la residencia.
 - Limitación del uso del dinero.
 - Sensación de desarraigo de su entorno habitual.
 - Adaptación a un reglamento que dan lugar a un sentimiento de minusvalía.
- Con lo visto, nos enfrentamos a un problema de primer orden que afecta y afectará a las generaciones venideras y que necesita del apoyo y de la colaboración de toda la sociedad.

5 Discusión-Conclusión

La principal conclusión que extraemos del trabajo es la necesidad de colaboración entre médicos de familia y/o de las instituciones que acogen al anciano.

Es necesario estimular a los ancianos deprimidos, pero no es suficiente con recomendar actividad o ejercicio, porque la depresión es una patología que puede presentar anhedonia rechazando realizar cambios en los hábitos de vida.

Es importante usar la farmacoterapia y la psicoterapia como tratamiento. Es relevante saber identificar y reformular los pensamientos negativos, estar alerta de posibles tendencias suicidas y evaluar el riesgo de manera profesional.

La sociedad cada vez más envejecida, debe involucrarse en proteger a sus ancianos y en volcarse en un estudio integral de sus patologías, ya que muchas veces la depresión aparece de forma silente y dificulta su identificación.

6 Bibliografía

- M.ABADES PORCEL, E.RAYÓN, VALPUESTA-GEROKOMOS 2012. "El envejecimiento en España ¿un reto o un problema social"
- J.GENÉ-BADÍA, M.RUÍZ-SANCHEZ, N.OBIOLS-MASÓ. Atención Primaria, 2016 Elsevier. Aislamiento social y soledad ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria.
- [HTTPS://WWW.GERIATRICARE.COM](https://www.geriatricare.com) Depresión y deterioro cognitivo en mayores.
- INTRAMED. "Depresión en el anciano".

Capítulo 191

FUNCIONES DE TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ALCOHOLISMO.

MARIA ANGELES ALVAREZ FARPON

MARIA REMEDIOS CARVAJAL GOMEZ

1 Introducción

El alcoholismo es un trastorno que se caracteriza por haber una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, de forma que aparece una dependencia de este. El enfermo alcohólico no tiene control sobre su consumo, que normalmente va en aumento a medida que se desarrolla tolerancia.

El abuso del alcohol lleva a un deterioro progresivo del organismo, produciéndose daños importantes sobre todo en el hígado. Algunos de los trastornos más frecuentes asociados al uso del alcohol en enfermos alcohólicos son:

- Intoxicación alcohólica aguda.
- Embriaguez patológica o intoxicación atípica.
- Intoxicación crónica. Síndrome de Impregnación Alcohólica Crónica.

Intoxicación alcohólica aguda: los pacientes presentan cambios de conducta, falta de coordinación e inestabilidad al caminar, alteraciones en la memoria, confusión y/o desorientación.

Intoxicación atípica: graves alteraciones conductuales como agitación, agresividad e ilusiones y alucinaciones.

Síndrome de abstinencia.: conjunto de síntomas que aparecen cuando se disminuye el consumo de alcohol de forma importante. Algunos de ellos:

- Aparece entre las 4-12 horas desde la última ingesta.
- Mayor intensidad a las 48 horas, para ir remitiendo progresivamente.
- Náuseas, vómitos, mareos y cefaleas.
- Ansiedad y sudoración.
- Insomnio e hiperactividad.

Delirium Tremens: evolución del síndrome de abstinencia hacia un cuadro de mayor gravedad, que es una patología grave de alta mortalidad y requiere un tratamiento urgente. Se diferencia del síndrome de abstinencia en lo siguiente:

- Aparece entre las 24-72 horas de la última ingesta.
- Disminución del nivel de conciencia y confusión.
- Hipertensión, sudoración y taquicardia.
- Alucinaciones, convulsiones y agitación.

Los efectos tóxicos del alcohol en el cerebro pueden provocar síntomas a menudo confundidos con la depresión, ansiedad o demencia. También puede llegar a agravar trastornos de personalidad previamente existentes, provocando aislamiento de la familia y amigos. En el estadio más crónico de la dependencia se observan numerosos cambios psicológicos, sobre todo de la conducta y del estado de ánimo que conducen progresivamente a la tolerancia y a la abstinencia.

2 Objetivos

Describir los cuidados más relevantes de enfermería que puede desempeñar el TCAE en el medio hospitalario.

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

Desde el punto de vista de la enfermería, debe considerarse al enfermo alcohólico como un paciente que necesita apoyo y ayuda desde distintos enfoques y desde diferentes ámbitos: sanitario, familiar, laboral...

El tratamiento para la cura del alcoholismo crónico conlleva una serie de fases:

- En el primer momento es la abstinencia (desintoxicación). Eliminar totalmente la ingesta de alcohol. Esta fase consta de pocos días, una semana aproximadamente. Conviene la hospitalización del paciente por los posibles problemas que puede dar el síndrome de abstinencia.
- Tratamiento de la apetencia alcohólica. El objetivo de esta fase es producir rechazo y repugnancia al alcohol por parte del enfermo alcohólico, en el caso de que tenga ganas de volver a beber.
- Cura de sostenimiento. Consiste en que el paciente permanezca abstemio. Se suele hacer con terapia que puede ser de varios tipos: Individual, o grupal con ex alcohólicos, como el grupo de Alcohólicos anónimos.
- Post cura de seguridad. Es el tratamiento de control para que el paciente siga abstemio, se trata de conseguir que tenga una abstinencia total y absoluta hacia el alcohol.

Las asociaciones de diversos grupos alcohólicos, como Alcohólicos Anónimos, tienen gran importancia porque refuerzan al alcohólico a no entrar en contacto de nuevo con el alcohol, y también son importantes porque ayudan a que no haya recaídas.

Actuación del TCAE durante el tratamiento con pacientes alcohólicos:

- Administración de sedantes en cantidad conveniente como para inspeccionar las manifestaciones. El tratamiento tiene que administrarse con precisión.
- Aplicación de medicación anticonvulsiva.
- Administración de antieméticos (fármacos para impedir y controlar las náuseas).
- Mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico con rehidratación por vía digestiva o parenteral cuando se necesite.
- Recuperación del nivel de nutrición conveniente: dieta normalizada con alto contenido de vitaminas.
- Adjudicación lo antes probable a un plan de rehabilitación alcohólica.

Cuidados generales en los cuadros agudos de intoxicación, abstinencia y delirium:

- Vigilar y mantener signos vitales para evitar depresión respiratoria, hi-

poglucemia o choque.

- Vigilar el peso diario, equilibrio nutricional e hidroelectrolítico.
- Disminuir estímulos ambientales.
- Hidratación, nutrición y aporte vitamínico-mineral.
- Uso de soluciones glucosadas para evitar complicaciones metabólicas.
- Aporte de vitaminas del grupo B como la Tiamina y aporte de oligoelementos (Mg, Zn...) si es necesario.
- Administración de medicación pautada: Sedantes y benzodiazepinas para la agitación. Diazepam para prevenir convulsiones.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, el tratamiento más efectivo contra el alcoholismo es la combinación de terapias farmacológicas y psicosociales, tanto en la fase inicial de desintoxicación, como en la deshabituación y rehabilitación a largo plazo.

El tratamiento del paciente alcohólico se debe de abordar desde diferentes ámbitos y siempre en un equipo multidisciplinar, en el que el TCAE presenta unas funciones claras de apoyo y supervisión en caso de cuadro agudo y desintoxicación.

Un conocimiento mejorado de las bases neurobiológicas y psicosociales del alcoholismo puede permitir una mejora de las terapias para que estas sean más efectivas a largo plazo y consigan el objetivo principal de mantener abstinencia al enfermo alcohólico.

6 Bibliografía

- Temario Auxiliar de Enfermería 2007. Tema 19: Atención del Auxiliar de enfermería al enfermo terminal. Apoyo al cuidador principal y familia. Cuidados post mortem. Atención a enfermos de toxicomanías: alcoholismo y drogodependencias. Atención al paciente de salud mental. Atención y cuidados del anciano.
- Artículo científico. Abordaje terapéutico de los alcoholismos. P A. Saiz Martínez, M P. González García-Portilla, J. Bobes García, 2000. Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Oviedo.
- Wikipedia, enciclopedia libre. Alcoholismo.
- Artículo científico. Rol de enfermería en relación al uso y abuso del alcohol en pacientes ingresados en una UHB. A propósito de un caso. AUTORES: SARA

RECIO HERNANDEZ, ELSA MARÍA ALVAREZ GALLAR, VÍCTOR ENRÍQUEZ
CALATRAVA, PATRICIA GONZALEZ ALEGRE, RUBÉN MERA PÉREZ, SARA
GARCÍA CÁNOVAS.

Capítulo 192

FUNCIONES DE TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA EN DROGODEPENDENCIA.

MARIA ANGELES ALVAREZ FARPON

MARIA REMEDIOS CARVAJAL GOMEZ

1 Introducción

La drogodependencia o toxicomanía es el consumo no terapéutico de sustancias que provocan una dependencia psicológica o física. Se trata de un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el uso repetido de la droga. El individuo que la consume siente un impulso incontrolable a seguir consumiéndola a pesar de su deterioro físico, psíquico y social.

Podemos clasificar las drogas en siete grupos en función de sus características farmacológicas:

- Opiáceos. Opio, morfina, heroína y derivados.
- Psico estimulantes. Cocaína y anfetaminas.
- Depresores del SNC (sistema nervioso central). Alcohol etílico, barbitúricos, benzodiazepinas.
- Cannabis. Hachís y marihuana.
- Alucinógenos. LSD, mezcalina, psilocibina.
- Solventes: éter, benceno, acetona, óxido nítrico.
- Psico estimulantes menores: nicotina, cafeína.

El proceso de dependencia comienza muchas veces por la simple curiosidad o por que se considera un juego. También por aburrimiento, desconocimiento, desmotivación o desinterés.

Tipos de dependencia:

- Psíquica. Necesidad reiterada de tomar una droga, con el fin de obtener una sensación placentera y satisfacción o para evitar un malestar.
- Física. El no consumo conlleva una serie de síntomas físicos denominados el síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia se define como las perturbaciones y reacciones físicas que aparecen cuando una persona que sufre adicción a una sustancia deja de consumirla.
- Social. Es la presión que el grupo ejerce sobre el individuo para que consuma drogas.

La intervención y tratamiento al enfermo de toxicomanías debe ser contemplada desde un punto de vista en conjunto, teniendo en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y sociales. El tratamiento es complejo y difícil, ya que el drogadicto no suele pedir auxilio y se necesita mucho apoyo. El tratamiento en pacientes drogodependientes consta de diversas fases:

- Motivación. Debemos probar la motivación que tiene el drogadicto para el abandono absoluto de las drogas, a partir del cual se plantea el tratamiento posterior. Sería un error comenzar un tratamiento si no hay motivación, además el paciente debe ir de forma voluntaria.
- Desintoxicación. es el inicio del tratamiento. Se interrumpe el consumo de drogas y se desintoxica al paciente. Es una fase breve de unos 8-10 días. En principio se debe hacer en régimen hospitalario, no es nada aconsejable hacerlo en forma ambulatoria, solo se hará cuando el paciente está muy motivado.
- Rehabilitación. Se prepara al drogadicto para su incorporación a la sociedad. Es una fase muy dura y prolongada en el tiempo que puede durar varios años. Es posible que surjan recaídas. Esta rehabilitación se realiza en todos los ámbitos, social, familiar y laboral.

2 Objetivos

Describir las actuaciones sanitarias, más concretamente aquellas desempeñadas por el TCAE, en los tratamientos de la drogodependencia y el protocolo de actuación ante una intoxicación aguda por drogas en los Centros de Atención a la Drogodependencia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en drogodependientes.

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

Funciones del TCAE en un centro de atención a la drogodependencia.

En los Centros de Ayuda a la Dependencia, el técnico en cuidados auxiliares de la enfermería desempeña y ayuda a desempeñar algunas labores. Algunas de sus funciones son:

- Obtención de muestras. Muestras de sangre y muestras de orina. El objetivo del control es comprobar si el paciente sigue el programa de tratamiento o, por el contrario, si ha vuelto a consumir.
- Control de las constantes vitales. Se miden parámetros como la tensión arterial (TA), el pulso y la temperatura de los pacientes como control básico. de la salud de los mismos, además de supervisar muchos de los efectos. También se controlan los medicamentos utilizados en el tratamiento.
- Administración de fármacos. El enfermero y el paciente cumplimentan una hoja especificando el tipo de medicamento, la dosis y el consentimiento a tomarla. El objetivo de este control comprobar que la dosis, la vía, el paciente y el fármaco son los correctos.

En cuanto a las funciones en la atención al paciente, el TCAE debe tener en cuenta las siguientes:

- Informar al paciente y familiares las características principales de la enfermedad, orientando de los riesgos que supone su hábito tóxico.
- Facilitar que el drogodependiente reconozca su enfermedad y proporcionar la atención necesaria en situaciones de urgencia derivadas del consumo.
- Motivar al paciente para que abandone la toxicomanía aconsejándole sobre los recursos disponibles y los posibles tratamientos, siempre seleccionando el más adecuado para su caso.

Protocolo de actuación en caso de intoxicación aguda.

De acuerdo con el documento del Centre Can Roselló, las etapas de la actuación ante una intoxicación aguda por drogas incluyen:

I. Comprobar si el paciente está consciente y si respira. Avisar al 112

- Si respira y está consciente, mantener al individuo caliente y permanecer a su lado hasta encontrar ayuda.
- Si respira y no está consciente, colocar a la persona en posición lateral de seguridad.
- Si no respira y está consciente, comenzar con la RCP.

II. En caso de necesitarlo, tratar al paciente si presenta alguno de los siguientes signos de shock: debilidad, labios y uñas azulados, piel fría, disminución de la lucidez mental.

III. Si el paciente sufre convulsiones, proteger la cabeza del paciente, aflojar su ropa, colocar a la persona de lado y permanecer con ella.

IV. Vigilar, constantemente si es posible, los signos vitales del paciente.

V. Tratar de averiguar qué sustancia que ingirió y cuándo.³

Cuidados por parte del TCAE en caso de un paciente que ingresa con síndrome de abstinencia a tener en cuenta junto con el resto de funciones:

- Ofrecer ayuda al paciente con síndrome de abstinencia y a sus familiares, así como no tener una conducta acusatoria por sus hábitos.
- Tener en cuenta la peligrosidad del cuadro y las profundas dolencias que sufre todo paciente con síntoma de abstinencia. Controlar con frecuencia las constantes vitales del paciente, informando rápidamente al facultativo de cualquier modificación imprevista.
- Intentar que el entorno del paciente permanezca tranquilo y seguro.
- Mantener la habitación iluminada las 24 horas del día, ya que la oscuridad puede empeorar el cuadro alucinatorio.
- De ser posible, estar acompañando al paciente o lograr que algún sujeto de la familia le realice acompañamiento.
- En caso necesario, inmovilizar a la persona en el momento que su inquietud no sea dominada con la medicación sedante.

5 Discusión-Conclusión

Los Centros de Atención a la Drogodependencia (CAD) desarrollan un papel fundamental en la rehabilitación de personas drogodependientes. El trabajo del profesional de enfermería es de gran importancia ya que, aparte ayudar en el tratamiento así como en su supervisión, participan en las labores de cuidado del

paciente. El objetivo de todo esto no es otro que el evitar las recaídas y el éxito de las terapias. Es importante concienciar e instruir a la población sobre cómo actuar ante casos de intoxicación aguda por drogas. Mediante este protocolo de intervención, se lograría disminuir la tasa de mortalidad asociada a ellos.

6 Bibliografía

- Libro: Salud, Alimentación y Sexualidad en el Ciclo Vital. CAPÍTULO 37. Examen detallado de los principales síndromes de abstinencia desde un enfoque enfermero. Ascensión Granados Navas, María Dolores Serrano Blanco, y Rubén Moya Granados.
- Wikipedia, enciclopedia libre. Drogodependencia. Síndrome de abstinencia.
- Temario Auxiliar de Enfermería 2007. Tema 19: Atención del Auxiliar de enfermería al enfermo terminal. Apoyo al cuidador principal y familia. Cuidados post mortem. Atención a enfermos de toxicomanías: alcoholismo y drogodependencias. Atención al paciente de salud mental. Atención y cuidados del anciano.
- Atención de enfermería en la drogodependencia. Universidad Pública de Navarra. Jon Argüelles Eransus.

Capítulo 193

PLAN DE CUIDADOS, EDUCACION SANITARIA Y AMBIENTAL EN PACIENTES CON ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

LAURA CANGA SERRANO

JULIA MÉNDEZ DEL VAL

VERONICA ALVAREZ PALICIO

PILAR LAYOSA GONZÁLEZ

SILVIA ARGUELLES CUETO

1 Introducción

El noventa por ciento de la población de nuestro planeta vive en áreas donde la contaminación del aire supera los límites establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se ha concluido su estrecha relación con el aumento y empeoramiento de los síntomas de enfermedades de tipo respiratorio como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y el asma.

La Sanidad Ambiental trata de mejorar la calidad de vida de las personas y su bienestar social a través del estudio, la evaluación, la corrección, el control y la prevención de los factores ambientales (físicos, químicos, biológicos, sociales

y psicosociales) que puedan estar incidiendo negativamente en la salud de las personas y en el de las generaciones futuras.

2 Objetivos

- Fomentar la concienciación en torno a la interacción entre el medio ambiente, la salud y promocionar la salud ambiental.
- Identificar los riesgos asociados a la contaminación del aire y conductas que pueden estar afectando o empeorando enfermedades de tipo respiratorio o incrementando su aparición y adoptar algunas medidas al respecto.
- Diseñar un plan de cuidados que resuelva las necesidades básicas del paciente sobre todo respiratorias y de actividad.

3 Metodología

Revisión de diferentes bases de datos y revistas científicas como Scielo, Medline Plus o Google académico así como diferentes webs sobre salud ambiental (www.ersnet.org), en las directrices de la calidad del aire de la OMS de 2005 y guías sobre cuidados a pacientes con enfermedades respiratorias de 2015.

4 Resultados

El impacto de la contaminación del aire sobre el sistema respiratorio es conocido desde la antigüedad pero ha ido en alarmante aumento en las últimas décadas. Remontándonos a la historia, cuando se produjo la industrialización se generó a su vez una creciente y acelerada urbanización asociada a la migración de la población del medio rural al urbano. Ésto provocó una transformación de la estructura territorial, social, económica y política pero también un incremento en la emisión de gases y sustancias contaminantes que degradan el medio ambiente y la salud humana.

Bien es cierto que actualmente en los países desarrollados la esperanza de vida ha aumentado, pero igualmente lo han hecho las enfermedades crónico-degenerativas y tan importante es mejorar las condiciones de vida y los servicios socio-sanitarios como también concienciarse de que el aire, el agua y los alimentos estén libres de contaminantes.

Podemos hablar de dos tipos de contaminación del aire: la interior y la exterior. La contaminación interior es la que se produce en ambientes interiores (viviendas, transporte, edificios públicos, oficinas) como el polvo, el moho, el polen, la derivada del uso de ambientadores, de los materiales usados en la construcción, del mobiliario, de los sistemas de climatización o de algunos productos de limpieza y de productos de combustión, destacando el humo ambiental del tabaco como el más frecuente.

Algunas medidas que podrían mejorar la calidad del aire interior sería el uso de materiales sostenibles, el control de la temperatura y humedad, mejorar la ventilación de edificios y viviendas, el uso de sistemas de filtrado y purificación del aire y de sistemas de calefacción no contaminantes entre muchas otras.

La contaminación exterior o atmosférica incluye una serie de gases y sustancias como el ozono troposférico, el dióxido de nitrógeno, la materia particulada, el monóxido de carbono, el dióxido sulfúrico y los compuestos orgánicos volátiles producidos en su mayoría por procesos industriales y los vehículos motorizados pero también por fuentes naturales como volcanes, tormentas de arena y esporas. Numerosos estudios han demostrado la relación que hay entre la contaminación del aire y los efectos nocivos que ésta tiene sobre nuestra salud, perjudicando notablemente a personas que ya padecen enfermedades pulmonares como la EPOC y el asma, siendo los ancianos y niños especialmente vulnerables.

El factor más relevante que desarrolla la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es el tabaquismo. El humo del tabaco destruye el tejido pulmonar (enfisema) y obstruye las vías aéreas con la inflamación y la flema (bronquitis crónica) dando lugar a la EPOC que produce tos y falta de aire. La mejor medida de prevención es el abandono del tabaco a través de programas específicos en los centros de atención primaria pero el tabaquismo pasivo es también un grave problema de salud que implica regular medidas de prevención y de control específicas. También evitar la exposición a polvo, productos químicos y estufas con chimeneas que requieran la quema de cualquier combustible fósil.

El asma es una enfermedad crónica de inflamación de las vías respiratorias que en las últimas décadas ha ido aumentando el número de casos, especialmente entre niños.

Como podemos ver dependiendo del volumen de contaminantes que haya en el aire y del tiempo que estemos expuestos pueden producir efectos nocivos en nuestro organismo como irritación en los ojos, las mucosas y los tejidos de las vías respiratorias superiores, reducir la capacidad pulmonar, dolores de cabeza y

pecho, dificultad al respirar (disnea), agravar enfermedades respiratorias como la EPOC y el asma, aumento en el uso de broncodilatadores, aumento del riesgo de muerte por neumopatías y cardiopatías y mayor vulnerabilidad a enfermedades como la neumonía y la bronquitis.

Las recomendaciones que podríamos llevar a cabo serían evitar realizar actividades al aire libre cuando se superen los límites establecidos por la OMS, las administraciones deberán informar de ello y establecer planes de mejora de la calidad del aire.

Además de esas recomendaciones, también se presentarían las siguientes:

- Minimizar la emisión de los gases contaminantes de tipo ambiental, doméstico y ocupacional e invertir en energías renovables.
- Fomentar la movilidad sostenible.
- Evitar fumar y el humo del tabaco.
- Sustituir el uso de estufas que quemen combustibles fósiles por aparatos de energía eficiente y sostenible.
- Reducir la actividad externa durante los días de calidad de aire perjudicial.
- Aumentar la educación y capacitación de profesionales de la salud en enfermedades respiratorias. En general, deberemos estar informados bien sea por prensa, televisión, radio o internet de los índices de calidad de aire.

Los cuidados y cambios de conducta deberán llevarse a cabo en función de cada caso particular y haciendo en todo momento partícipe al paciente y a su entorno familiar. Entre ellos, dejar de fumar, caminar diariamente mínimo media hora y si es posible dos veces al día, establecer una dieta equilibrada manteniendo el peso ideal donde abunden frutas y verduras, beber litro y medio de agua ya que ayuda a fluidificar las secreciones (evitar bebidas alcohólicas). Hacer fisioterapia respiratoria (ejercicios de limpieza bronquial, inspiración y espiración, respiración diafragmática, hinchado de globos). Tomar la medicación prescrita (inaladores/aerosoles, oxígeno) conociendo bien para qué sirven y cómo deben tomarse. Vacunarse contra la gripe todos los años y contra el neumococo cada cinco años.

5 Discusión-Conclusión

Llevar a cabo un programa de cuidados adecuado a cada paciente y proporcionar la información necesaria mediante la educación sanitaria evita conductas que empeoren o agudicen la patología y mejora la calidad de vida. Asimismo es importante derivar a los centros de atención primaria para que hagan un seguimiento

y evaluación del desarrollo del paciente.

La contaminación del aire implica un aumento de enfermedades respiratorias o empeoramiento de los síntomas de quienes ya las padecen. En nuestra mano está contribuir en la medida de lo posible a minimizar esos efectos cambiando algunas conductas y comportamientos que no sólo sean favorables para el medio biofísico en el que habitamos, sino también para nuestra salud.

6 Bibliografía

- Comité de Salud y Medio Ambiente Soc Europ Enfermedades Respiratorias. Ifaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. Ed. Elsevier España, 2007.
- Mish. A: Riesgos ambientales para la salud: una evaluación. Eudeme. Barcelona, 1994.
- Morales Asensio, J.M. El camino hacia la efectividad de los cuidados. 2004.
- Organización Mundial de la salud. Vidas sanas y productivas en armonía con la naturaleza. Ginebra, 1994.
- Sánchez Alhama, J. Ecología de la salud y calidad de vida. Ed. Comares. Granada, 1996.
- San Martín, H. Ecología humana y salud. Ed. Prensa Médica. Mexico, 1983.
- Turnock AC, Walters EH. Planes de acción para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Ed. Cochrane Plus. 2006.

Capítulo 194

ENFERMEDADES SOCIALES ,FUNCIÓN ASISTENCIAL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA CASOS CLÍNICOS

MARIA TERESA GARCIA GONZALEZ

ANGÉLICA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

NOELIA ÁLVAREZ BERNARDINO

ELISA NATIVIDAD GARCIA BLANCO

1 Introducción

En la sociedad actual y ya desde hace unas décadas mas menos en nuestro entorno se establecen un serie de enfermedades que se consideran sociales ,dichas enfermedades afectan por igual tanto en etapas de la vida tempranas adolescencia como en la etapa adulta ,normalmente estas enfermedades tienen un factor psicológico en varios aspectos normalmente derivados de patologías hereditarias ,así como derivadas de la sociedad en la que vivimos desde hace unos años ya que en décadas anteriores estas patologías eran menos numerosas ,o digamos no eran detectadas en su inicio , el técnico en cuidados auxiliares en enfermería (tcae) en estas enfermedades participa para su correcta evolución de dichas enfermedades con sus funciones principales de labor asistencial ,psicológica así como ayuda específica, en estas enfermedades sociales se puede encuadrar los

denominados trastornos alimentarios (anorexia ,bulimia ,vigorexia), síndrome de diógenes, etc ,el tcae es parte importante en la evolución y posible curación de dichas patologías tanto puede ser dentro de los hospitales públicos y privados como en centros específicos que tratan las enfermedades citadas ,en todos estos centros el tcae realiza sus funciones con los pacientes dentro de su ámbito y con la colaboración de el resto de personal sanitario existente en dichos centros ,en este capítulo me voy a enfocar especialmente en los casos de los trastornos de la alimentación así como otras patologías ,casos clínicos etc,se consideran estas enfermedades como enfermedades psiquiátricas provocadas por la obsesión y preocupación excesiva y desmedida por el peso corporal y aspecto físico y que producen en quienes las padecen graves problemas de salud que pueden llevar al paciente incluso a la muerte ,estas enfermedades tiene un factor importante en las redes sociales y la obsesión por el físico que establecen y no solo ocurre en la adolescencia sino también en la etapa adulta la mayoría de los pacientes son mujeres pero también estas patologías las padecen los hombre en menos medidas .Colodrón Gómez ,M.F,Olmedo Montes ,M,Barrio M.V.D, Roa Capilla,M.L(2002)Primera adaptación del CDI-S población española , todo tipo de trastorno obsesivo ,ansiedad ,trastorno alimentario,trastorno de la conducta etc se consideran trastornos salud mental ,atendidos tanto en centros sanitarios públicos ,privados como en centros específicos que tratan estas enfermedades y en los cuales el tcae realiza sus funciones.

2 Objetivos

Dar a conocer las funciones que realizan los tcae en este sector sanitario en los que los pacientes tienen unas patologías determinadas y de carácter mental.

3 Metodología

La metodología empleada para la realización de este capítulo es a través de búsquedas científicas, referencias APA, a través de de Google Académico y a través de libros de autoayuda, así como bases científicas Scopuss etc la forma de realizar este capítulo es a través de una narrativa social ,basándome en dichas búsquedas bibliográficas referidas anteriormente así como la opción de analizar ,justificar y determinar los argumentos que expreso en todo el capítulo referidos al tema indicado

4 Resultados

los resultados generados a través de la realización de este capítulo, establecen la realidad social en la que vivimos, la influencia que redes sociales, influencers etc tienen sobre la sociedad y los habitantes de todas las edades, hasta no hace mucho las enfermedades sociales del tipo anorexia, bulimia, adicciones como x ejemplo al móvil, eran enfermedades relacionadas con la adolescencia y la juventud pero actualmente dichas enfermedades sociales tienen repercusión en todos los ámbitos, en todas las edades y en todos los géneros ya que anteriormente en épocas anteriores la mayoría de pacientes que padecían estas enfermedades eran mujeres y actualmente esta casi igualado aunque sigue existiendo mas pacientes de sexo femenino, el tcae se encuentra con este tipo de pacientes en diferentes centros hospitalarios o centros específicos que tratan estas enfermedades, desde no hace mucho en dichos centros el tcae con este tipo de pacientes apenas tenía funciones y en la actualidad es una parte fundamental de la asistencia y curación de los pacientes ya que su función de ayuda, vigilancia y apoyo que genera al paciente hace que el paciente se sienta comprendido, ayudado y apoyado en la situación en la que se encuentra, ya que estas enfermedades tienen un derivado mental de la persona ya que, la función del tcae en estas enfermedades es específico dependiendo de la patología por ejemplo aquellos pacientes que padecen trastornos alimenticios anorexia bulimia, son pacientes que necesitan un control estricto y vigilancia prácticamente continua sobre todo horas comidas, acompañamiento al baño para que esas personas no puedan vomitar ni esconder la comida en ningún sitio para permanecer en su peso y seguir perdiéndolo, el apoyo del tcae también es en este caso apoyo psicológico ya que este tipo de pacientes suelen quejarse de no ser comprendidos, se usan una serie de técnicas para que la persona vaya recuperándose, ejemplo de ello es pesar a los pacientes de espaldas para que no conozcan su peso que les crea mucha ansiedad, otra de las enfermedades sociales que aunque en algunos casos tenga carácter discriminativo se puede definir la depresión como un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la tristeza, pérdida de interés, sentimiento de culpa etc

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones que se derivan de este capítulo es que estas enfermedades sociales están instauradas en la sociedad actual, son patologías muy frecuentes y no entiende de generaciones, suelen ser enfermedades no comprendidas por el resto de las personas que no las han sufrido, las personas que padecen depresión

puede ocurrir que no tengan un problema real lo que repercute que las personas cercanas no entiendan porque la persona afectada se encuentra en esa situación, los pacientes ingresados en unidad de psiquiatría en hospitales y centros específicos tienen que estar vigilados por posibles ideas de suicidio, en estas etapas de las personas que padecen esta enfermedad aparece y el papel del tcae en su curación y posterior acompañamiento, una de las labores más importantes del tcae en estos tipos de pacientes es lo que se denomina labores de custodia del paciente, en la cual el paciente está custodiado diariamente el tiempo establecido según la gravedad de la patología que el paciente presenta, las conclusiones más claras después del análisis de dichas enfermedades denominadas sociales a través de la búsqueda bibliográfica, revistas científicas, google académico etc son las siguientes :

- Son trastornos crónicos, patologías que se curan pero que el paciente puede volver a desarrollarla debido a que es un problema mental.
- Mercadotécnica digital, es decir la importancia de las redes sociales y demás medios para que las personas padezcan estas enfermedades ya que nos venden un prototipo de cuerpo ideal que hace que personas con una personalidad poco definida se vean influidos por este tema.
- Estas enfermedades sociales están patentes en nuestra vida diariamente.
- Las personas que las padecen suelen ser personas con una personalidad débil así como con poco carácter y personas que se infravaloran .

Estas enfermedades cada vez se hacen patentes cada vez más rápido es decir a edades tempranas, los trastornos de la alimentación, así como las depresiones . El tcae tiene unas funciones imprescindibles para la ayuda a la curación del paciente, analizar conducta de la persona darle apoyo moral e intentar que asuman su enfermedad y quieran curarse ya que en algunos casos algunos pacientes no reconocen que padecen esta enfermedad. Necesitan apoyo externo por parte de las personas que les rodean, que intenten entender su enfermedad. El tcae tiene que asumir también que el paciente es algo externo es trabajo no se puede involucrar personalmente porque probablemente se vería afectado..

6 Bibliografía

- Crispo, R., Figueroa, E., & Guelar, D. (1997). Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Gedisa
- Hernando, B. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. Inf Ter Sist Nac Salud, 24, 44-50.

- Baiges, M. O., Moreso, J. P., Vergara, N. M., de la Fuente García, M., Solé, A. R., & de Castellarnau, G. R. (2008, January). Prevalencia de anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. In *Anales de pediatría* (Vol. 68, No. 1, pp. 18-23). Elsevier Doyma.
- Thomas, Y., Ibáñez, É., Serrano, C., & Teherán, D. (2008). Manifestaciones dentales en pacientes con anorexia y bulimia tipo compulsivo purgativo. *Revista CES Odontología*, 21(2), 34-38.
- Dio Bleichmar, E. (1992). La depresión en la mujer. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 283-289.
- Pardo, G., Sandoval, A., & Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista colombiana de psicología*, (13), 17-32.
- Pérez Álvarez, M., & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3).
- Giner Bartolomé, C. (2016). Emociones y trastornos de la conducta alimentaria: Correlatos clínicos y abordajes terapéuticos basados en nuevas tecnologías.
- Boluda, R. M. Z., Cala, V. C., Ayala, E. S., Dalouh, R., & Jiménez, A. J. G. (2017). III Jornadas Internacionales de investigación en educación y salud: Experiencia de investigación con grupos vulnerables (Vol. 79). Universidad Almería.
- López, E. T., & Chicote, M. C. EL ROL DE LAS EMOCIONES EN LA ANOREXIA NERVIOSA.
- DELGADO, M. J. C., LÓPEZ, I. S., & MOLINA, Y. G. EL TCAE CUIDANDO LA DEPRESIÓN EN LA VEJEZ.
- Díez, P. B., del Amo Merino, P., Andrés, J. B., León, M. M. M., Burón, D. Q., & Santiago, F. R. INFLUENCIA DE LAS VARIABLES LABORALES EN LA PRESENCIA DE MORBILIDAD DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS.
- Villacrés, E. F., Andino, P. A., & Barreno, E. W. R. (2015). La influencia del celular y redes sociales en la vida actual. *Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales*, (27).
- Cruz, C., & Godofredo, L. (2017). Redes sociales y su influencia en el autoestima de adolescentes del nivel secundaria en la Institución Educativa Manuel Muñoz Najar, Arequipa-2016.
- Torres Mendoza, K. E. (2017). Insatisfacción de imagen corporal como factor de riesgo para padecer trastornos de conducta alimentaria en estudiantes de ciencias de la salud.
- Morandé, G. (2011). Conductas de Riesgo en Adolescentes, Trastornos por Hacer Dietas. Anorexias y Bulimias Nerviosas. *Psykhé*, 8(2).
- OTEROVILLÉN, A., & GONZÁLEZ, S. M. U. (2019). Regulación emocional por tcae. *Educación y salud en grupos vulnerables*, 89, 165.

Capítulo 195

CONTAMINACIÓN Y SALUD

LORENA PEREZ MENENDEZ

ELICE MARIA GARCIA PEINADOR

MARINA MENÉNDEZ SUÁREZ

LIDIA RODRIGUEZ CADENAS

PATRICIA MENÉNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

Según la OMS, la contaminación del aire representa un importante riesgo medioambiental para la salud. Mediante la disminución de los niveles de contaminación del aire los países pueden reducir la carga de morbilidad derivada de accidentes cerebrovasculares, cánceres de pulmón y neumopatías crónicas y agudas, entre ellas el asma. Cuánto más bajos sean los niveles de contaminación del aire mejor será la salud cardiovascular y respiratoria de la población, tanto a largo como a corto plazo.

Siempre ha existido un tipo de contaminación de origen natural provocado por fenómenos naturales, descomposición de materia orgánica, etc. pero es a partir del descubrimiento del fuego por el hombre cuando aparece la contaminación atmosférica en sentido estricto que cobra importancia sobre todo a partir de la revolución industrial. Los procesos en los que se utiliza la combustión son los que mayor contaminación producen. Los agentes contaminantes pueden clasificarse según su origen:

- Según su propia génesis: estos están presentes de manera natural en el aire, por ejemplo, el carbono presente en el aire que se transforma con la combustión en dióxido de carbono, gas con importantes efectos sobre la salud y el medio ambiente, así como en el calentamiento global.
- Antropogénicos: producidos por el hombre. Por ejemplo, la industria.

Así, los principales contaminantes atmosféricos son: el dióxido de azufre y partículas derivadas de la oxidación de combustibles fósiles son los principales agentes contaminantes dentro y fuera de España. Además otros contaminantes pueden ser el monóxido de carbono, el dióxido de nitrógeno y el ozono.

La acción del hombre en diferentes procesos y actividades como centrales térmicas, uso de calefacciones, tráfico, incineración de residuos, entre otros, provoca que se disparen las emisiones de estos contaminantes perjudiciales para la salud y con efectos nocivos sobre el ser humano. La industrialización y la globalización han aportado muchos beneficios y comodidades evidentes pero también riesgos.

Está demostrado q la contaminación atmosférica, el cambio climático, el aumento del agujero de capa de ozono, la contaminación de las aguas, la exposición al ruido excesivo, la exposición a agentes químicos y sustancias nocivas tienen un grave impacto en la salud provocando y aumentando el riesgo de padecer enfermedades.

2 Objetivos

- Analizar los efectos nocivos que tiene la contaminación sobre la salud, en concreto cómo afecta la contaminación ambiental a las personas con enfermedades respiratorias o susceptibles de padecerlas.

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. Esta búsqueda se ha centrado sobre todo en información relacionada con las enfermedades respiratorias a través de estudios realizados en España.

4 Resultados

La contaminación es un factor determinante en la salud, aunque afectan al organismo y la salud general de los seres vivos, vamos a centrar los resultados en las enfermedades respiratorias causadas por los agentes contaminantes. Las principales enfermedades respiratorias que afectan a la población y han aumentado o empeorado significativamente en los últimos años son el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

- El asma y EPOC son dos enfermedades del sistema respiratorio q tienen en común la obstrucción al flujo aéreo. Mientras que por definición en el asma esta obstrucción es total o parcialmente reversible no ocurre así con la EPOC donde la obstrucción es crónica y poco reversible al paso del flujo aéreo. Según un estudio realizado por La sociedad Española de Neumología y Cirugía torácica (SEPAR) en varios centros escolares de diferentes comunidades españolas los contaminantes del aire incrementan el riesgo de sufrir síntomas de asma y rinitis alérgicas en edad escolar.
- Además según estudios realizados el aumento de una exposición a partículas y gases contaminantes es perjudicial especialmente para las personas con asma. Exponerse a la contaminación en los días en los que los niveles de partículas en suspensión y ozono aumentan, realizar actividades en el exterior como correr en esos días puede aumentar la probabilidad de padecer una crisis asmática, además es perjudicial vivir en las proximidades de autopistas donde aumenta la contaminación.
- Es evidente que la contaminación afecta la salud no solamente en casos de personas con asma si no que el aumento de la contaminación está estrechamente relacionado con la pérdida de función respiratoria y aumento de la sintomatología en personas con EPOC. El aumento de la contaminación está estrechamente relacionado con la pérdida de función respiratoria y aumento de la sintomatología en personas que padecen la enfermedad. La exposición a corto y largo plazo a agentes contaminantes provoca una disminución de la función pulmonar.

Según algunas investigaciones la contaminación ambiental puede agravar la EPOC y llegar a ser otra causa del asma.

5 Discusión-Conclusión

Es evidente un aumento de la contaminación en nuestro planeta y su relación con algunas enfermedades, principalmente respiratorias como puede ser el asma o EPOC. Aunque hay otros factores que influyen en la aparición de estas enfermedades, es innegable que la contaminación es un factor de riesgo a tener en cuenta en el empeoramiento de la sintomatología e incluso puede ser un factor determinante en su aparición.

6 Bibliografía

- Google Académico.
- SciELO - Scientific Electronic Library Online
www.sciencedirect.com/science/article/.
- Servicio de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España. Revista de Patología. Respiratoria. uvadoc.uva.es universidad de Valladolid.
www.in-pacient.es.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 196

LAS ETAPAS DEL DUELO SEGÚN KÜBLER-ROSS

CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA

MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

El duelo, del latín *dolus* (dolor), es la repuesta emotiva ante la pérdida de una persona o cosa querida, nuestro cuerpo experimenta una serie de síntomas físicos y emotivos. Cada pérdida significativa, cada despegue de una posición, ser querido u objeto provoca una serie de sentimientos o reacciones, que nos hace pasar por un periodo que llamamos duelo.

El luto, del latín *lugere* (llorar), es el duelo por la muerte de un ser querido manifestado con comportamientos sociales, ritos religiosos y con signos visibles externos.

El concepto de duelo ha ido evolucionando con el paso de los años, psicológicamente la muerte representa un trauma, por lo que es una situación dolorosa. El duelo, según la RAE tiene diferentes significados: dolor, aflicción o sentimiento, lástima; demostraciones que se hacen para manifestar el sentimiento que se tiene por la muerte de una persona; reunión de parientes, invitados o amigos que asisten a la casa mortuoria, a la conducción del cadáver al cementerio o a los funerales. El duelo se podría definir como el estado de pensamiento, actividad y sentimiento que se produce ante la pérdida de una persona o cosa amada asociándose a síntomas físicos y emocionales.

Ha habido teorías sobre las etapas del proceso del duelo, siendo la Kübler-Ross quien establece que las personas que se encuentran próximas a la muerte (enfermos terminales) transitaban por cinco fases durante el duelo: negación, ira, pacto/negociación, depresión y aceptación. El tiempo de duración de cada etapa varía, en ocasiones se solapan unas fases con otras, por lo tanto, cada persona es única.

En el proceso del duelo se han establecido varias etapas, pero no existe un acuerdo entre los autores a la hora de determinar el número. Así nos encontramos con autores que afirman la existencia de dos etapas (Pollock), tres (Lindemann, Rando, Neimeyer), cuatro (Bowlby, Parkes), cinco (Kübler-Ross, Sanders) y hasta seis (Engel).

2 Objetivos

- Describir las cinco fases del duelo de Kübler-Ross.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre las etapas del duelo en diferentes fuentes como: Dialnet. En total se han encontrado siete documentos relacionados.

4 Resultados

Kübler-Ross nos describe cinco etapas por las que pasan la mayoría de los enfermos terminales (personas próximas a la muerte). No necesariamente tiene que pasarse por todas, ni en orden.

Las cinco etapas del duelo son:

- Negación y aislamiento: es la imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca una enfermedad, por lo que el diagnóstico recibido se atribuye a errores médicos o a algún tipo de equivocación.
- Ira-rebeldía: es una reacción emocional de rabia, envidia, resentimiento y hostilidad fruto de la pérdida de la salud y es dirigida a todo el entorno que se percibe sano o responsable de la enfermedad (personal sanitario, familiares, amigos, Dios). Aquí también se incluye la ira u hostilidad hacia sí mismo al culparse

de haberse provocado la enfermedad, por lo que puede incurrir en conductas autodestructivas.

-El pacto/negociación: es una manera de afrontar la culpa, intenta pactar una solución desesperada, abandona cualquier conducta autodestructiva y se compromete en la recuperación. Esta fase a veces pasa inadvertida, se alterna a veces con fases de depresión y rebeldía.

-Depresión: se rinde a la enfermedad, el paciente empieza a asumir de forma definitiva la realidad, provocando sentimientos de dolor, vacío, tristeza y desesperanza. En esta fase puede abandonar el tratamiento y dejar de ir a las citas médicas.

- Aceptación y paz: se produce la deatexis o separación gradual del paciente de su entorno, la muerte está acercándose, se reconoce la enfermedad. Esta fase se alcanza tras realizar un balance de la pérdida y dar nuevos significados a la situación que se vive.

5 Discusión-Conclusión

La muerte es parte de la vida, es algo que va a ocurrir, por lo que el duelo es un proceso natural por el que todas las personas pasan en cualquier momento. Cuando la persona que vive el duelo recorre una y otra vez las fases señaladas, progresivamente van perdiendo intensidad los sentimientos de miedo, dolor y cólera y va desarrollando una aceptación interna de la pérdida. La capacidad de recuperarse a sí mismo después de la muerte de un ser querido puede disminuir si las pérdidas se producen de manera demasiado rápida y repetida.

La duración del proceso del duelo suele ser entre uno o dos años, no existe un punto y final de duelo, pero podemos deducir que ha concluido cuando el dolor intenso es sustituido por el recuerdo afectuoso y tranquilo del pasado, cuando la tristeza se transforma en un recuerdo agradable.

6 Bibliografía

- Fundación Bioética. Curso de Cuidados Paliativos.

Disponible en: [https:// www.bioeticacs.org](https://www.bioeticacs.org)

- Rodríguez Castilla F, Castro Menéndez A. El Celador en Cuidados Paliativos, Formación Continuada Logoss , S.L 2018

Capítulo 197

EL ESTRÉS PROFESIONAL: EL BURNOUT

CONSUELO INMACULADA GARCÍA GARCÍA

MARIA DEL ROCIO IGLESIAS GARCIA

1 Introducción

El hombre moderno, hoy en día presenta una de las situaciones características que es el estrés. En los países desarrollados lo padecen más de la mitad de la población, por lo que nos encontramos ante la era del estrés. Pero ¿qué es el estrés? Es la respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga en el tiempo más allá de las propias fuerzas, es decir al borde del agotamiento, una tensión emocional y/o intelectual fuerte, sin tiempo para nada y con una acumulación de sobreesfuerzo constante.

El Burnout, también llamado síndrome de “quemado”, es un trastorno emocional provocado por el ámbito laboral, causado por el estrés que ocasiona graves problemas de salud tanto físicos como psicológicos. Es uno de los temas más investigados, ya que afectan a la actividad y rendimiento en el trabajo de cualquier profesional, y también en la vida personal.

La OMS reconoce el síndrome del trabajador quemado como enfermedad y lo reconoce a través del CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades). Este año 2019 ha sido reconocido como patología relacionada con el trabajo. El hospital es uno de los entornos laborales más estresantes y por lo tanto los profesionales de la salud son más susceptibles a presentar el Burnout, ya que el contacto continuo con personas genera tensión emocional crónica. El agotamiento emocional

es fruto de la sobrecarga emocional constante, la persona se implica en exceso haciendo que ésta se vea desbordada por los requerimientos que le imponen los demás. Al final la persona se siente vacía y le falta energía para afrontar un nuevo día.

2 Objetivos

Analizar los motivos más comunes que generan el síndrome de Burnout para intentar prevenir su aparición.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica de artículos científicos en diferentes bases de datos, tales como: Medline y Cochrane, además de consultar libros relacionados con el tema.

4 Resultados

Las principales causas que producen estrés en el ámbito hospitalario son las jornadas laborales largas, la sobrecarga de trabajo y el mal ambiente laboral: conflictos, acoso y miedo a perder el trabajo. También conlleva a este síndrome el perfeccionismo, la gran ambición, el fuerte sentido de la responsabilidad y el ansia de poder con todo el trabajo, el ver el sufrimiento de pacientes enfermos, así como la angustia de los familiares.

El estrés es algo que resulta imposible evitar, la acumulación del estrés provoca distintas reacciones en la persona, dependerá de la personalidad de la misma. Hay diversos signos y síntomas asociados al Estrés Profesional o al Burnout:

-Psicosomáticos: fatiga crónica, úlcera gástrica y alteraciones gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, colitis), alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas), pérdida de peso, taquicardia, palpitaciones, hipertensión, cefaleas, dermatitis y problemas de alergia, dolores musculares (espalda, cuello, hombros, es muy común las contracturas), desarreglos menstruales.

-Emocionales: irritabilidad, celos, críticas a los demás, incapacidad para concentrarse, falta de memoria, olvidos y desorganización, distanciamiento afectivo, baja autoestima, sentimientos de desilusión, depresión e ideas de suicidio, au-

to crítica y sentimientos de culpa y autosacrificio (trabajar más para ponerse al día).

-Conductuales: absentismo laboral (periodos de baja por enfermedad), aumento de conducta violenta (explosiones de ira, agresividad y respuesta desproporcionada a los estímulos externos), abandono personal, abuso de sustancias tales como: café, tabaco, alcohol, tranquilizantes y sedantes, pasividad ante las exigencias de los demás, caminatas sin rumbo, imposibilidad para relajarse.

-Defensivos: desplazamiento de los afectos, atención selectiva con los pacientes, ironía, esfuerzo por contener los sentimientos.

El Burnout va a repercutir también en la vida personal y sobre el rendimiento y la calidad del trabajo. La persona afectada por el estrés profesional es incapaz de desarrollar su rol familiar, modificará su personalidad en sentido negativo y modificará negativamente la comunicación a todos los niveles.

Respecto al trabajo, lo más evidente es la disminución del rendimiento, menor motivación, mayor frustración e insatisfacción, así como desilusión, y una actitud “pasota” y de no participación. La persona cae en una rutina, trata a los pacientes como objetos y los despersonaliza disminuyendo el apoyo emocional lo que le llevará a centrarse en sólo aspectos técnicos y al final lo que acarreará será una deshumanización del trabajo.

La prevención del síndrome de “quemado” es bastante importante y decisiva, se puede tratar con mayor facilidad en las fases iniciales que cuando ya está establecido en la persona. En nuestra profesión es inevitable el estrés, y esto es un riesgo psicosocial, lo importante es detectarlo y asumir nuestras limitaciones y pedir ayuda cuando nos sentimos desbordados.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral o Burnout afecta a la actividad y rendimiento en el trabajo. En el ámbito sanitario puede acarrear graves consecuencias, tanto a nivel personal como laboral, ya que se puede perder la esencia de la profesión, el cuidado integral, individual, humanizador y personalizado.

Las personas tenemos límites y debemos ser conscientes de ello, la perfección no existe. Por ello, cuando nos sentimos desbordados tanto físicamente como emocionalmente debemos pedir ayuda. Es fundamental el compañerismo y la solidaridad, así como los responsables de los equipos sanitarios de las instituciones

promover la prevención del Burnout entre el personal.

6 Bibliografía

- Fundación Bioética. Curso de Cuidados Paliativos.
Disponible en: [https:// www.bioeticacs.org](https://www.bioeticacs.org).

Capítulo 198

LA FIBROMIALGIA. LA ETERNA DESCONOCIDA.

ANDREA ISABEL LLERA PEÑA

MARY FLOR SOUSA FERNANDEZ

LUISA BEGOÑA GOMEZ VAZQUEZ

ANA ISABEL GARCIA LOPEZ

YOLANDA ORTEGA FERNANDEZ

1 Introducción

La fibromialgia es una enfermedad crónica considerada reumatológica, en la que el paciente tiene dolor e músculos, huesos, articulaciones y ligamentos, en un periodo prolongado en el tiempo y por todo el cuerpo. El dolor es similar al que se origina en las articulaciones.

Se trata de una enfermedad relativamente común, se calcula que la padece entre un 2% y un 6% de la población mundial total y es más usual que se dé en mujeres de entre 20 y 50 años. Existen dos tipos de fibromialgia, la que se padece como única alteración también llamada fibromialgia primaria, y la asociada a a otras enfermedades, conocida como fibromialgia concomitante.

Como hemos dicho anteriormente, el síntoma más frecuente es el dolor, que puede ser de leve a intenso y empeora por ejemplo con la actividad física, con los climas húmedos y fríos y con situaciones de estrés y/o ansiedad. Otros síntomas

pueden ser: fatiga, producida en parte por los problemas de sueño que ésta genera, problemas de memoria y concentración, hipotiroidismo, rigidez, dificultades cognitivas, depresión y/o ansiedad, hormigueo en pies y manos, espasmos musculares y otras enfermedades como por ejemplo la diabetes, entre muchos otros. El dolor en los tejidos afectados no va acompañado de inflamación de éstos, por lo que los pacientes no desarrollan ningún daño visible

Aún no se conoce la causa de ésta enfermedad, y en la mayoría de los casos suele ocurrir sin motivo aparente, aunque se cree que está relacionada con diferentes factores que actúan de forma conjunta. Entre éstos se incluyen:

- Genética. La enfermedad no se transmite directamente de padres a hijos, pero es real que la probabilidad de padecerla es mucho mas elevada si existen familiares directos que la padezcan.
- Otras enfermedades. La existencia de otras enfermedades podría ocasionar o empeorar la fibromialgia ya existente.
- Traumas físicos. Como por ejemplo puede ser un accidente o cualquier situación que le genere mucho estrés a la persona, podrían desencadenar en fibromialgia. Aunque realmente, éstos agentes se cree que no son los desencadenantes, si no que probablemente lo que suceda es que después de éstas situaciones lo que ocurra sea que se despierta la enfermedad en personas que hasta entonces la tenían oculta.

La hipótesis que más se baraja, es que ésta enfermedad está causada por un trastorno en la forma en que el cuerpo procesa el dolor, o lo que es lo mismo, se trata de un aumento en la sensibilidad a estímulos que en personas que no padezcan la enfermedad, no serían estímulos dolorosos. Se ha descubierto en pacientes ya diagnosticados, niveles muy elevados de la sustancia P (señal química nerviosa) y del factor de crecimiento nervioso en el líquido cefalorraquídeo. Además, los niveles de serotonina en el cerebro son bajos. Por lo que se ha llegado a la conclusión de que el Sistema Nervioso Central, es super sensible.

2 Objetivos

- Describir los criterios específicos para diagnosticar esta enfermedad.
- Analizar el tratamiento disponible.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo, se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática en diferentes bases de datos digitales relacionadas con Ciencias de la Salud, como son Medline Plus y Mayoclinic, haciendo uso de los descriptores '¿Qué es la fibromialgia?', síntomas de la fibromialgia, tratamiento de la fibromialgia, etc.

Para reducir los resultados de la búsqueda se filtraron los resultados que tuvieran más relación con las causas, síntomas y tratamiento de la enfermedad, haciendo uso únicamente de aquellas páginas que estuviesen en español, por lo que finalmente, se han seleccionado 17 documentos para estudiar en detalle de cara a la realización del libro electrónico.

4 Resultados

Es importante recalcar que a día de hoy, no existe cura para esta enfermedad, pero vamos a detallar cuáles son los posibles tratamientos para paliar sus efectos en la mayor medida de lo posible y así darle una mejor calidad de vida al paciente que la sufre.

También es importante decir que la fibromialgia es difícil de diagnosticar y suele ser necesario visitar a diferentes especialistas para llegar a un diagnóstico final, ya que aún no existe una prueba diagnóstica específica de la enfermedad.

Existen algunos criterios específicos para diagnosticar la enfermedad:

- Dolor musculoesquelético generalizado y continuo, en un periodo igual o superior a tres meses, y afectando al menos a tres de los cuatro cuadrantes corporales.
- Sensibilidad y dolor en los denominados 'puntos gatillo'. Estos puntos se localizan a nivel de la región occipital, cervical baja, región de los músculos trapecio y supraespinoso, segundo espacio intercostal, codo, glúteo, cadera y rodilla. A la hora del examen no es necesario encontrar puntos de sensibilidad para llegar a realizar el diagnóstico.

Estos criterios han sido útiles ya que han permitido definir mejor la fibromialgia, pero se están revisando actualmente, ya que además del dolor musculoesquelético crónico y generalizado, se deben valorar otros síntomas que se sufren con la enfermedad.

Para ser diagnosticado, el paciente debe haber sufrido al menos tres meses de dolor generalizado e ir acompañado de uno o más de éstos síntomas: problemas de sueño repetitivos, fatiga y/o problemas de memoria.

El tratamiento de esta enfermedad, se basa en una combinación de diferentes terapias, entre las que se pueden incluir:

- Fármacos. Existen medicamentos que ayudan a paliar los síntomas que la enfermedad provoca. Por ejemplo, analgésicos de venta libre y/o con preinscripción médica, y ciertos fármacos que están recetados y aprobados específicamente para tratar esta enfermedad. En algunos casos, es necesario también el uso de antidepresivos para paliar el dolor y los problemas de sueño.
- Cambios en el estilo de vida. Es fundamental tener una rutina en el sueño para mejorar su calidad, evitar la cafeína, realizar ejercicio regularmente y aprender a manejar el estrés, además de llevar una dieta saludable.
- Terapia conversacional. Puede ayudar a aprender estrategias para lidiar con el dolor, el estrés y/o los pensamientos negativos.
- Otras terapias complementarias. Como pueden ser por ejemplo los masajes terapéuticos, la realización de yoga o tai chi, quiropráctica y acupuntura, aunque no se ha demostrado científicamente cuáles son realmente efectivas.

Con el tratamiento, se busca aliviar tanto el dolor como el resto de síntomas que la enfermedad produce, con el fin de que el paciente tenga una mejor calidad de vida dentro de lo posible. En un primer momento, se puede tratar con fisioterapia, ejercicio y un programa de acondicionamiento, además del uso de métodos para aliviar el estrés, como por ejemplo técnicas de relajación. En caso de que éstos métodos no funcionasen o se quedasen escasos, el doctor podría recetar además un antidepresivo y/o relajante muscular, con el fin de mejorar la calidad del sueño y ayudar a tolerar el dolor.

Por otro lado, la terapia cognitiva conductual, es una parte fundamental en el tratamiento de la enfermedad, ya que en ella el paciente aprenderá cómo convivir con ella y a manejar los pensamientos negativos. Se aprenderá también a reconocer que situaciones o momentos empeoran los síntomas y a buscar actividades agradables. Por otro lado, es importante recordar que los grupos de apoyo pueden ser realmente muy útiles, pues es una enfermedad muy dura poco reconocida o comprendida entre la sociedad actual, por lo que compartir ideas, experiencias o vivencias entre los propios pacientes, puede ayudarles a sentirse comprendidos y arropados, algo que es fundamental para el estado de ánimo de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El principal problema reside en que la mayoría de sus síntomas son demasiado generales y comunes a muchas otras afecciones. Es vital que los profesionales realicen un diagnóstico diferencial, es decir, que realicen todas las pruebas necesarias y que en un primer lugar, se descarten otras enfermedades.

Los sanitarios deben acercar a la sociedad a una enfermedad que actualmente es bastante desconocida fuera del mundo sanitario. Pues aunque se escuche mucho hablar de ella, realmente no se suelen conocer sus síntomas, causas y/o tratamientos. Como hemos dicho anteriormente, es de vital importancia conocer tanto los síntomas como los signos que son frecuentes en esta enfermedad, con el fin de detectarla cuanto antes para poder tratarla lo más rápido en la medida de lo posible para poder ofrecerle una mejor calidad de vida al paciente.

Personalmente, considero que esto es vital, las personas que sufren alguno de éstos síntomas y crean que pueden estar sufriendola, es fundamental que visiten al médico cuanto antes con el fin de obtener un diagnóstico en firme y puedan tratarla cuanto antes para que esos pacientes tengan la mejor calidad posible.

6 Bibliografía

- ¿Que es la fibromialgia? <https://www.mayoclinic.org/>
- Síntomas de la fibromialgia. <https://www.mayoclinic.org/>
- Tratamiento de la fibromialgia. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/musculos-y-huesos/fibromialgia.html>

Capítulo 199

TCAE. SALUD AMBIENTAL, GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS .

LOURDES MARIVEL ROJAS GUERRA

MARTA ELENA PUENTE MUÑIZ

FELI PUENTE FERNÁNDEZ

1 Introducción

El manejo adecuado de los residuos sanitarios se basa en tres principios básicos: la reducción de los residuos innecesarios, la separación entre residuos ordinarios y peligrosos, y el tratamiento de los residuos con el fin de reducir los riesgos para los trabajadores sanitarios y la comunidad.

La Ley 22/2011, de 28 de julio, de residuos y suelos contaminados, define “residuo”, como cualquier sustancia u objeto que su poseedor deseche o tenga la intención o la obligación de desechar y “residuo peligroso” como aquel que posea alguna de las características de peligrosidad indicadas en su anexo III. Esta Ley indica que los residuos peligrosos han de separarse de los no peligrosos desde el momento de su producción. La determinación de los residuos que han de considerarse como peligrosos y no peligrosos, se hará de conformidad con la Lista Europea de Residuos (LER), que distingue a los peligrosos con un asterisco. En el marco de esta guía, por residuos sanitarios se entiende aquellos residuos generados en el desarrollo de las actividades sanitarias llevadas a cabo en centros

o servicios médicos, farmacéuticos, veterinarios o de investigación asociada (en adelante centros sanitarios), incluidos los envases y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido. Quedan por tanto incluidos en los mismos los generados en: hospitales, clínicas y sanatorios, centros de atención primaria, centros de planificación familiar, centros socio sanitarios y asistenciales, clínicas dentales, clínicas veterinarias, oficinas de farmacia que realicen formulación magistral o análisis clínicos, laboratorios de análisis clínicos, bancos de sangre y de material biológico, laboratorios de experimentación o investigación asociada, institutos anatómicos forenses, y cualquier otra actividad profesional o empresarial que tenga relación con la investigación, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la salud humana. Asimismo, quedan incluidos en este concepto los residuos asimilables a los anteriores, que se produzcan en el ejercicio de actividades profesionales y empresariales relacionadas con el cuidado y mejora de la estética.

2 Objetivos

- Preservar el medioambiente y reducir la contaminación que provocan los residuos.
- Minimizar en lo posible el uso de materias.
- Identificar y gestionar los puntos de producción de residuos. Éstos, tanto los considerados peligrosos como los no peligrosos.
- Corregir las causas del deterioro medioambiental generado por la acción humana, y que afecta negativamente a los individuos, produciendo enfermedades.
- Formar en materia de prevención de riesgos laborales, en particular sobre los riesgos de la manipulación manual de cargas, así como los riesgos derivados de la manipulación de residuos peligrosos. y no peligrosos.
- Reducir residuos.
- Reciclar residuos.
- Recuperar energía de los residuos.
- Enviar la cantidad mínima de residuos al vertedero.

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

Cualquier actuación del sistema sanitario destinada a proteger a la población del impacto del cambio climático tendrá que abarcar intervenciones de salud pública del sector formal de la salud, como actividades de lucha contra enfermedades y prestación de atención primaria de salud, y medidas para mejorar los determinantes ambientales y sociales de la salud.

Se calcula que de todos los residuos generados por las actividades de atención sanitaria, aproximadamente un 85% son desechos comunes, exentos de peligro. El 15% restante se considera material peligroso que puede ser infeccioso, tóxico o radiactivo. Según las estimaciones, se administran cada año en el mundo 16 000 millones de inyecciones, aunque no todas las agujas y jeringas son eliminadas correctamente después de su uso. En algunas circunstancias, los desechos sanitarios se incineran, lo que puede dar lugar a la emisión de dioxinas, furanos y otros contaminantes atmosféricos tóxicos.

Clasificación de residuos sanitarios. Los residuos generados en los centros sanitarios se clasifican de la siguiente forma:

- NO PELIGROSOS:

Grupo I: Residuos generales asimilables a domésticos.

Grupo II: Residuos sanitarios asimilables a domésticos.

- PELIGROSOS: Grupo III: Residuos peligrosos SANITARIOS

Grupo III A: Residuos Biológicos.

Grupo III B: Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos.

Grupo III C: Residuos Químicos.

Grupo IV: Residuos peligrosos NO SANITARIOS.

Quedan fuera del ámbito de aplicación de la mencionada Ley los residuos radiactivos, que pasan a formar el grupo V y que se encuentran regulados mediante normativa específica:

- RADIATIVOS: Grupo V: Residuos Radiactivos.

5 Discusión-Conclusión

Cómo dice un conocido refrán: “un grano no hace granero, pero ayuda al compañero”. Cada uno de nosotros podemos de forma particular disminuir de forma individual muchas de las causas de la contaminación ambiental, con un cambio de actitudes que pasan por hacer un uso responsable de los recursos naturales. No hacer consumos innecesarios de ningún tipo de energía aunque su economía te lo permita, es una forma de cuidar el medio ambiente.

En la manipulación de los residuos sanitarios se deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la protección tanto de los pacientes como de los trabajadores. Uno de los mayores riesgos en la manipulación de los residuos se produce en su carga y descarga, así como en su transporte por el personal encargado de esa labor.

La segregación de los residuos se realizará a partir de las definiciones establecidas en la clasificación de residuos. Es el punto de partida de todo el proceso. Es imprescindible la formación en la materia de todo el personal que esté vinculado al proceso de producción y/o gestión intracentro del residuo.

En cada área de trabajo se han de determinar los criterios de segregación dependiendo de su actividad. En el caso de los residuos del GRUPO IIIA (biológicos), los envases deben situarse en el campo de acción del trabajador que los maneje, para que puedan ser eliminados directamente por quien los ha utilizado, evitando intermediarios en el deshecho de los mismos.

En el caso del GRUPO IIIB (medicamentos citotóxicos y citostáticos), estos residuos no se han de acumular en las habitaciones de los enfermos ni en las zonas donde se realicen actividades directas con los enfermos. Los residuos se han de contenerizar lo antes posible para evitar accidentes inesperados o contaminación imperceptible a los ojos del manipulador.

Los envases se retirarán tan pronto se llenen, evitando su acumulación en las zonas de generación. tomarán, entre otras, las siguientes precauciones:

- No sacar las bolsas de su soporte antes de cerrarlas.
- No se harán trasvases de residuos entre envases.
- No comprimir las bolsas de residuos con el pie o con la mano.
- Los envases, especialmente las bolsas de plástico, no deben arrastrarse por el suelo, sino que el carro deberá ser acercado lo máximo posible hasta el lugar de recogida.

- Cuando sean envases perforables (bolsas de plástico), el personal que manipule los envases deberá cogerlos por arriba y mantenerlos suspendidos alejados del cuerpo, a fin de evitar accidentes causados por residuos punzantes o cortantes mal envasados.

El personal manipulador deberá usar guantes que impidan el contacto directo de la piel con los envases y que protejan de posibles accidentes traumáticos. Los residuos cortantes y/o punzantes se depositarán en envases rígidos, impermeables e impermeables, serán también de color AMARILLO, y la tapa estará dotada de un mecanismo adecuado de desactivación de los dispositivos dotados con elementos cortantes o punzantes insertados en forma de lanza o roscadas.

No tener elementos cortantes y punzantes, deben estar diseñados de tal manera que impidan la caída de las bolsas al suelo o sobre el trabajador, durante el transporte, siendo aconsejable no llenarlos en su totalidad. Los circuitos deben respetar las áreas de sucio y limpio establecidas en el Centro Sanitario. En el horario de recogida, que debe ser el de menor presencia de público en el circuito; los ascensores elegidos para la evacuación de residuos se dedicarán sólo a este fin. Una vez finalizado el transporte y antes de su uso por el personal, se limpiarán adecuadamente con jabón, agua y lejía diluida al 10%.

6 Bibliografía

- Diferentes páginas web <https://www.residuosprofesional.com>
- OMS portal.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias, Guía para la Gestión de Residuos Sanitarios.
- Gestión de residuos sanitarios en Castilla y León.

Capítulo 200

OBESIDAD EN ESPAÑA

YOLANDA GARCÍA DE ISLA

CRISTINA GUTIERREZ LARGO

NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE

TAMARA GARCÍA IGLESIAS

1 Introducción

La obesidad es el exceso de grasa en el cuerpo, presentándose cuando se ingieren más calorías de las que se queman. La constitución genética, el exceso de alimentos ricos en grasas y el sedentarismo son, entre otros, factores que pueden causarla.

Existen una serie de patologías que van asociadas con la obesidad, tales como la insuficiencia respiratoria, diabetes tipo II, enfermedades cardo-vasculares, hipertensión, dificultades en la movilidad, traumatismos, etc.

Nuestra dieta no es todo lo rica en nutrientes que debería ser, hoy en día, la alimentación está llena de productos procesados, aditivos, pesticidas, hormonas de crecimiento, lo cual afecta a todos nuestros sistemas considerablemente y tenemos muy poca conciencia medioambiental. También es influyente la tendencia a cocinar todo antes y comer más rápido, sin una buena masticación de los alimentos.

Suele iniciarse en la infancia y adolescencia y, actualmente, es un importante y creciente problema de salud pública en este sector.

España es el segundo país de Europa con más casos de personas obesas, causando unas 131000 muertes al año en nuestro país clasificada como la pandemia del siglo XXI.

2 Objetivos

- El principal objetivo es la reducción de las crecientes tasas de obesidad, tanto en la edad temprana, como en la adulta, con el consiguiente descenso de la mortalidad por dicha causa.
- Un segundo objetivo sería evitar que se llegase a una obesidad mórbida, además de conseguir una correcta higiene personal al tener dificultad en la movilidad o ausencia de ésta, evitando infecciones o aparición de úlceras.

3 Metodología

Se proyecta un programa de educación nutricional en los colegios en busca de una buena educación nutricional desde la infancia, pudiéndose preparar recetas divertidas, para que los niños coman más verduras y pescado, por ejemplo sin abusar de platos precocinados, azúcares y bebidas gaseosas.

Además se prevén charlas para realizar una masticación más pausada y con buena trituración de los alimentos (tomándolo como un juego desde edades tempranas), fomentando el deporte. Por último se hará educación sobre el buen aseo y secado entre los pliegues de grasa y zonas donde no se puede llegar, cambios posturales (en pacientes encamados) para evitar la aparición de escaras, rozaduras y su aplicabilidad al entorno familiar del niño.

4 Bibliografía

- <https://www.20 minutos.es>
- <https://medlineplus.gov/scholar.google.es>
- <https://m.infosalus.com>

Capítulo 201

CASO CLÍNICO: DOLOR ABDOMINAL

MÓNICA CORRALES PINTO

MONICA FERNANDEZ MARTÍN

SUSANA SAN JOSE GONZALEZ

BANESA MANSO SILVA

ALEJANDRA REBECA MENÉNDEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Paciente que acude a urgencias remitida por su médico de centro de salud, por presentar desde hace semanas dolor abdominal. Vive con su hijo, es persona dependiente para la actividades básicas de la vida diaria (PDABVD), utiliza bastón o silla de ruedas si va salir a la calle.

2 Objetivos

- Descartar patología tumoral abdominal, a propósito de un caso clínico.

3 Caso clínico

Paciente que acude a urgencias remitida por su médico de atención primaria (MAP) por presentar desde hace aproximadamente unos 15-20 días dolor abdominal izquierdo que se asocia a alteraciones de tipo intestinal (estreñimiento), última deposición hace 2 días de características normales, no fiebre, refiere tos con

expectoración blanquecina que en ocasiones le produce vomitar. Anorexia con disminución de ingesta.

Exploración física: consciente y orientado (C y O), buen nivel cognitivo, buen estado general (BEG), eupnéico, abdomen blando globuloso, depresible, con masa palpable en hipocondrio izquierdo (HCI) con dolor selectivo a ese nivel. No defensa ni irritación peritoneal. Antecedentes : Sin alergias conocidas. Pruebas complementarias : TAC Abdominal:Gran cantidad de divertículos en colón sigmoide y descendente distal donde se observa un segmento de aproximadamente 9 cm de longitud con marcado engrosamiento difuso de la pared y cambios inflamatorios locorregionales compatible con diverticulitis aguda. Estos hallazgos son compatibles con diverticulitis complicada, con perforación previa y absceso asociado. Se decide ingreso con tratamiento conservador y control de evolución, si mala evolución se optará por tratamiento quirúrgico.

4 Resultados

Tras las pruebas diagnósticas complementarias, se ingresa al paciente con el diagnóstico de diverticulitis complicada, con perforación y absceso. Se inicia tratamiento médico conservador con antibioticoterapia y control analítico, si no evoluciona bien será candidato a resección quirúrgica de colon afecto.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber visto el resultado de las pruebas realizadas, se procede a el ingreso en la planta de cirugía, para que sea controlado por el especialista y valore el tratamiento antibiótico o la Intervención quirúrgica . Es por ello que el manejo de este paciente debe ser llevado por profesionales sanitarios expertos ya que el paciente requiere un cuidado integral.

6 Bibliografía

<https://cuidateplus.marca.com> , <https://www.elsevier.es> ,
<https://www.intramed.net>

Capítulo 202

BENEFICIOS DEL EJERCICIO MENTAL Y FÍSICO EN PACIENTES.

NEREA PEÑA VALDIVIA

JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ

1 Introducción

El envejecimiento a lo largo de la vida de una persona empieza desde el nacimiento y finaliza con la muerte. Aceptarlo es muy complicado, es un hecho que sucederá cuando las personas lleguemos a una edad, incluso aun siendo un hecho natural. Las personas que no están acostumbradas a realizar ejercicio físico en su edad de adulto, notarán una mayor pérdida de motricidad y de fuerza muscular, deteriorándose progresivamente el músculo según van pasando los años, llegando a perder casi la mitad de la masa muscular cuando rondan los 80 años.

Se recomienda realizar actividad física para eludir la muerte prematura, a obesidad, enfermedades cerebro vasculares, la ansiedad, la depresión entre otras muchas.

También con el paso de los años la capacidad intelectual va empeorando, es a partir de los 30 cuando se comienza a notar el aceleramiento, se pierde capacidad para resolver problemas, disminuye la capacidad del lenguaje y la manifestación, conservando la imaginación y la capacidad de crear.

2 Objetivos

- Analizar el grado de envejecimiento y la calidad de vida en la población.

- Conocerlos beneficios de realizar actividad física y muy importante la mental,juegos de destreza visual,numéricos etc....

3 Metodología

Se recabo toda la información necesaria indagando, con el apoyo del explorador de Google Académico. Este trabajo se basa en comprobar la bibliográfica acerca de los beneficios del ejercicio físico, mental y fisioterapeuta; como este ejercicio ayuda a las personas a llegar vitales a la vejez.

4 Resultados

Después de recabar toda la información se ha observado que las personas de avanzada edad sufren perdidas de la masa muscular, disminución cognitiva para la ayuda de las actividades cotidianas en su día a día.

Para la valoración de la población senil, hay diferentes maneras de realizarse, llamados instrumentos de escrutinio.

Algunos de ellos son:

- El mini examen de Folstein: Es una prueba que dura unos 5/10 minutos, se utiliza para evaluar el estado mental de la persona.Se trata de 11 preguntas sobre memoria natural, cálculo, atención y orientación.
 - Mini Escala de Depresión Geriátrica:30 preguntas, ayudan a detectar posibles casos de depresión.
 - Escala de valoración física de Nagi: se evalúan nueve actividades físicas; se califica si la persona puede realizarla sin dificultad o si no es capaz de realizarla.
- Hay otras muchas escalas:La escala funcional de Lawton y Brady; La escala funcional de la Salud de Rosow; La escala de Indice de Katz.

La salud depende en gran parte de la cantidad de ejercicio físico que se realice, bien sea mental o físico y gracias a esto se consigue un buen estado de ánimo, mejora la autoestima, se tiene más autonomía y se evitan enfermedades depresivas.

También se ganaría disminuir los problemas cardiovasculares, hipertensión arterial, menos caídas y la aparición de enfermedades crónicas.Mejoraría la digestión, la regulación de la glucemia y se evitaría la existencia de la Diabetes Mellitus, y "ASÍ AUMENTARÍA EL ENTUSIASMO Y EL OPTIMISMO".

5 Discusión-Conclusión

La realidad es que envejecer, desde nuestra cualidad de ser humano, no se puede eludir, ya que poseemos un gran componente biológico. No deseamos ser los protagonistas en este proceso, sino meros espectadores.

SCHIRRMACHER,2014:86 dijo "que no evidencia tan solo un atropello estético y físico, sino una especie de contaminación, una enfermedad pestilente, cuyo contacto hay que rehuir de cualquier manera".

El estereotipo de anciano en ocasiones suele ser negativo, incluso para ellos mismos, ya que las propias definiciones de "viejo" ya lo son. Cada persona experimenta situaciones que le hacen ver que se hace mayor, comenzando a producirle sensaciones negativas, afectando a su comportamiento y llegando a encerrarse en sí mismo y a aislarse del mundo que le rodea.

6 Bibliografía

- Andrea,M.H,e iRENE,LM.(2007).Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del adulto mayor.
- Revista de Actualización Clínica Investiga,17,819.
- Wikipedia.
- Buscador Google Académico.

Capítulo 203

PACIENTE ANGUSTIADO CON IDEAS DE DESESPERANZA

ELENA LOPEZ BUJIDOS

VICTORIA GUTIÉRREZ MADERA

1 Introducción

Existen pacientes como los que presentan una patología psiquiátrica que requieren una atención y cuidados especiales. Conseguir un diagnóstico lo más preciso posible ayudará a conseguir los mejores resultados con la menor morbilidad posible.

2 Objetivos

Exponer el abordaje agudo de un paciente con patología psiquiátrica basado en un caso clínico real.

3 Caso clínico

Hombre de 58 años, que vive con su mujer e hijo. Tiene una hernia de hiato y colitis ulcerosa. Consume una botella de vino cada 24 horas aproximadamente. Niega otros hábitos tóxicos. Acude al servicio de urgencias ya que refiere que en relación con dificultades y dentro de su caracteriopatía, agudización de conductas impulsivas(ludopatía, consumo de alcohol). En las ultimas horas toma de varios comprimidos de alprazolam con ideas de desesperanza.

Al llegar al box de psiquiatría se le hacen preguntas para entender porque el paciente llega a esa situación de desesperanza. Se le pide al laboratorio sedimento de orina para la detección de consumo de alcohol y drogas.

Abordable, consciente, colaborador, correcta orientación. Animo depresivo, tranquilo. Anhedonia. Ideas de culpa. Rasgos caracterológicos en primer plano, tendencia al pensamiento rumiativo. No insomnio. Ideas de suicidio persistentes no estructuradas.

4 Resultados

Trastorno de la personalidad (patrón duradero de inestabilidad emocional y comportamiento poco salvable que causa problemas en la vida y en las relaciones).

5 Discusión-Conclusión

Ingreso en la Unidad de Psiquiatría para valoración y ajuste del tratamiento.

Durante su estancia, se ajusta el tratamiento psicofarmacológico con notable mejora del cuadro presentando estabilización del estado anímico. Tranquilo, afable, sueño y apetito conservador. No se evidencia sintomatología psicótica. No intencionalidad suicida.

6 Bibliografía

https://www.depresion.psicomag.com/angustia_y_depresion.php

Capítulo 204

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: CONTROL Y PREVENCIÓN

YOANA PARAPAR MURIAS

1 Introducción

El virus del papiloma humano es una de las enfermedades de transmisión sexual más común. Hay tipos que no son agresivos y desaparecen con facilidad y otros que no desaparecen dando lugar a la aparición de verrugas vaginales y en el peor de los casos cáncer de cérvix, boca, garganta y zona anogenital.

2 Objetivos

- Describir las medidas de prevención en el desarrollo de la enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el virus del papiloma humano.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en el instituto nacional del cáncer, American cancer society y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Cuiden, Dialnet, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

El uso del preservativos en las relaciones sexual es, es la principal medida de prevención, al disminuir la tasa de infección. Muchas comunidades autónomas incluyen la administración de la vacuna frente virus papiloma humano (VPH) a las niñas a los 10 años y para niños todavía sin financiación. La realización del papanicolaou en edades comprendidas entre los 21-65 años cada 3 años y el control de VPH cada 5 años, ayuda a detectar con antelación la aparición de células anormales, pudiendo así poder iniciar un tratamiento curativo o llegando a realizar otro tipo de pruebas más específicas como la colposcopia en la mujer o la penoscopia como método de cribado en el hombre.

5 Discusión-Conclusión

Los dos géneros tanto masculino como femenino deben realizarse controles periódicos para poder evitar este tipo de transmisión sexual, es muy importante el uso de preservativos en las relaciones ya que son un método de barrera ante este contagio y su propagación. En la actualidad el uso de vacunas en niños/as entre 9 y 14 años es una de las grandes iniciativas para hacer frente a este virus desde una edad ya temprana. Los controles en las consultas de ginecología nos ayudan a realizar un diagnóstico precoz.

El mayor objetivo es impedir la propagación de esta enfermedad que afecta tanto a hombres como a mujeres, por eso es importante transmitir a la población la importancia de utilizar los medios para prevenir el VPH.

6 Bibliografía

- American cancer society.
- Sociedad española de oncología.
- Elsevier.

Capítulo 205

AISLAMIENTO DE CONTACTO

MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS

LORENA MORA BUENO

MARIA TERESA CARRIL BLANCO

MARIA MONICA GARCIA NICIEZA

ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Aislamiento de contacto es la práctica más usada en el hospital para evitar la proliferación de microorganismos. Las precauciones de contacto son medidas para impedir la transmisión de microorganismos que se extienden mediante contacto previniendo la propagación de virus por el centro hospitalario.

El contacto puede ser de dos tipos:

- Contacto directo: Se establece contacto piel con piel y se transmite físicamente de una persona infectada a otra.
- Contacto indirecto: Es cuando se entra en contacto de un objeto contaminado del entorno del paciente infectado

2 Objetivos

- Describir las precauciones estándares y específicas del aislamiento de contacto.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el aislamiento de contacto.

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

Todas estas medidas ayudan a evitar que el personal como las visitas transmitan los microorganismos después de tocar al paciente. Se han diseñado con el fin de prevenir la proliferación de microorganismos entre el paciente, personal hospitalario, visitantes. Estas medidas no se pueden retirar hasta después de tomar al menos tres análisis seguidos con una semana de diferencia y que tengan resultados negativos.

Precauciones estándares: Son las medidas usadas para el cuidado de todos los pacientes ingresados independientemente sea su diagnóstico.

- Higiene de manos. Se debe realizar antes y después de utilizar guantes, antes y después de estar en contacto con el paciente. La higiene de manos rutinaria la realizaremos con solución alcohólicas o jabón neutro.
- Guantes. Deben usarse siempre y han de cambiarse entre procedimientos realizados con el mismo paciente si se ha estado en contacto con material que contiene alta concentración de microorganismos. Importante quitarse los guantes después de su uso, antes de tocar material o superficies no contaminadas y tener contacto con otro paciente. La higiene de manos se debe realizar inmediatamente después de quitarse los guantes.
- Mascarillas .Usar mascarilla para realizar punción lumbar.
- Bata. Deberemos de ponerla en procedimientos que originen salpicaduras de sangre, fluidos corporales, secreciones, excreciones o puedan manchar la ropa. La bata dentro de la habitación del paciente.

Pruebas específicas: Son una serie de medidas adicionales que se han de seguir, además de las precauciones estándares, para las enfermedades causadas por ciertos microorganismos.

- Habitación Individual: si es posible. Se podrá compartir habitación con otro paciente con la misma infección de microorganismo.
- Lavado de manos antes y después de estar en contacto con el paciente.
- Guantes.
- Bata: en pacientes con lesiones cutáneas extensas.
- Todas las personas que entren en contacto directo con el enfermo vestirán bata, mascarilla y guantes según el tipo de lesión.
- Vestirse antes de entrar en la habitación.
- Quitarse la ropa antes de salir de la habitación y echarlo en un contenedor preparado para ello.
- Toda la ropa del paciente deberá de meterse en bolsas aparte debidamente identificadas.
- El material que este en contacto con él, limpiar con solución alcohólica antes y después de su uso.

5 Discusión-Conclusión

El aislamiento es fundamental para evitar que los profesionales propaguen y transmitan los microorganismos. Las habitaciones en las que se encuentran los pacientes afectados deben estar claramente identificadas con signos que contengan instrucciones sobre el tipo de precauciones que deben adoptar al entrar en la habitación.

6 Bibliografía

- Medwave. Enfermería urg.com.
- Revista médica y de enfermería.
- Revisión bibliográfica de protocolos de aislamientos de la comunidad de Madrid y Castilla y León.

Capítulo 206

UNA ENFERMEDAD EXTENDIDA: LA OBESIDAD

SANDRA GONZALEZ ARIAS

1 Introducción

La obesidad podemos definirla como enfermedad crónica y compleja que se caracteriza por tener una acumulación excesiva de grasa en el organismo cuando tomamos más calorías que aquellas que gastamos, se puede decir que comemos más de lo que nuestro cuerpo necesita. Cada persona tiene una necesidad distinta y hay que saber diferenciar entre edad, estatura, sexo y sobre todo actividad. Las necesidades medias se establecen en 3200 calorías para en el caso de los hombres y en 2300 calorías para las mujeres.

La grasa de exceso se distribuye por nuestro organismo de forma diferente en hombres como en mujeres, ya que en el caso de los hombres se acumula en la parte central del cuerpo llamado patrón androide o de manzana y en el caso de las mujeres se llama patrón ginecoide o en pera que se caracteriza por la acumulación de grasa en la parte inferior del cuerpo. El exceso de grasa acumulado en el abdomen es un factor de riesgo de primera magnitud, sobre todo si se combina con factores como el tabaquismo, hipertensión o diabetes.

Los jóvenes con sobrepeso son más proclives a tener una imagen corporal negativa y baja autoestima lo que hace que se demoren socialmente ya que son frecuentes las burlas y el ridículo hacia ellos, son excluidos por el resto de compañeros, lo que a su vez les hará arroparse en la comida como alivio para superar esta dura etapa que atraviesan. En la adolescencia tener una delgadez excesiva

es sinónimo de éxito, felicidad, esto hace que las mujeres y cada vez más hombres emprendan un culto desbordado hacia el cuerpo y descuiden su cerebro y espíritu.

Las causas de la obesidad son diversas, además de una mala nutrición influyen la carencia de ejercicio físico ya que cada vez se tiende más a una vida sedentaria gracias a los medios de transporte modernos y a la vida urbana, factores genéticos y factores socioeconómicos ya que donde más predomina esta enfermedad es en los países desarrollados. Hay épocas de nuestra vida que coinciden con un aumento de peso si no se trata adecuadamente coincidiendo con cambios hormonales como es el caso de las mujeres durante de la menopausia o tras el parto. El estrés también influye de manera negativa ya que buscamos en la comida un escape a nuestros problemas cotidianos y una satisfacción que si no controlamos puede acabar provocando obesidad. La obesidad constituye un significativo factor de riesgo en enfermedades importantes como la diabetes tipo II, enfermedades cardiovasculares como el infarto o en ciertos cánceres como el de mama o colon. También son frecuentes los dolores de espalda, trastornos cutáneos, formación de edemas.

2 Objetivos

- Analizar y explicar la enfermedad de la obesidad con una alta incidencia en la población convirtiéndose en un problema social de salud.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha hecho una revisión sistemática de artículos, libros, a través de diversas bases de datos y buscadores como Dialmet y Medline Plus. Con los siguientes descriptores: obesidad, alimentación, dieta, sobrepeso, enfermedad

4 Resultados

Como resultado de esta revisión teórica e información obtenida observamos que la obesidad es una enfermedad grave que esta creciendo a pasos agigantados en nuestra sociedad año tras año. Solo tenemos un cuerpo y una vida, es nuestra responsabilidad, está en nuestra mano el cuidarnos. Es importante empezar a cuidarse modificando la conducta alimentaria ya siendo niños ya que estos

aprenden por imitación y los hábitos aprendidos durante la infancia son llevados a cabo en la edad adulta. Los niños obesos sufren muchos trastornos, en algunos casos, hasta bullying en el colegio.

Para evitar el aumento de peso no saludable y los problemas que esto conlleva podemos seguir un plan de alimentación saludable aumentando el consumo de fruta, verdura y legumbres haciendo tres comidas al día y suprimiendo los tentempiés. Evitar las grasas saturadas, reducir el consumo de dulces y alcohol. Para facilitar la correcta alimentación se puede elaborar un diario donde anotar la comida ingerida, que al cabo de un tiempo analizaremos. Identificar y evitar las situaciones que hacen que se coma más. Hacer ejercicio físico moderado. Tener constancia ya que esto aumenta los resultados a largo plazo. En algunos casos estas medidas no son suficientes por lo que puede darse la necesidad de someterse a tratamientos como el bypass gástrico o balón intragástrico que son tratamientos más invasivos que facilitan la pérdida de peso rápidamente, aunque si bien es verdad que recuperan algo de peso con el paso del tiempo por lo que es necesario seguir las recomendaciones de dieta y ejercicio que nos proporciona el especialista

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que llegamos tras este estudio, es que la obesidad es una enfermedad grave y no un problema meramente estético que lleva asociadas múltiples enfermedades y patologías. La obesidad es una enfermedad que la mayoría de las veces se observa que los que la padecen tienen una vida sedentaria y abusan en exceso de alimentos con un alto porcentaje calórico, es verdad que un consumo no exagerado de algunos alimentos no debería significar perjuicio para nuestra salud, aunque está claro que hacer una buena elección y decantarse por buenos alimentos es algo que se observa en la niñez en el núcleo de la familia. Esta educación no debe demorarse demasiado ya que los buenos hábitos y conductas se aprenden en la edad temprana y se repiten durante toda la vida en la edad adulta.

6 Bibliografía

- Paciente de centro de salud, área III del SESPA, por protección de datos no se ofrecen más referencias.

- <https://portal.hospitalclinic.org/enfermedades/obesidad/causas-y-factores-de-riesgo>
- <https://www.infosalus.com/>
- Revistas de nutrición y dietética.

Capítulo 207

IMPORTANCIA Y CÓMO PREVENIR LA OBESIDAD INFANTIL

JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ

NEREA PEÑA VALDIVIA

1 Introducción

La obesidad infantil es un problema del siglo XXI en la salud pública, se generaliza en todos los continentes pero se agrava en los medios rurales.

Los niños obesos de adultos tienen un alto porcentaje de seguir siéndolo. Se debería fomentar la prevención en edades infantiles.

En la infancia y en la adolescencia hay etapas con un gran riesgo de obesidad a causa de que se incrementa el tejido adiposo y cuyo dicho tejido tiene tres etapas:

- El primer periodo comienza a los 9 meses del nacimiento coincidiendo con el destete.

- Sobre los 6 años tiene lugar el "rebote adiposo".

- Última etapa se produce en la adolescencia.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) publica en el 2010 una guía llamada "Come sano y muévete" en la cual se promocionan los tipos de alimentos y bebidas recomendadas para los niños/as.

2 Objetivos

-Explicar la importancia que presenta la obesidad infantil en nuestro medio y cómo podemos abordarla.

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 obesidad infantil en los últimos años es un problema grave de la actual sociedad.

Ha sufrido un aumento muy peligroso causando muchos daños a la comunidad con consecuencias muy graves.

Es cierto que según estudios realizados en los últimos años se ha producido un estacionamiento en los porcentajes de niños obesos, pero no se consiguió disminuir los niveles, causando un gran problema con un importante impacto en la sociedad y produciendo una disminución del bienestar y la calidad de vida del menor.

Hay un estudio llamado "ALADINO" que obtuvo las conclusiones siguientes sobre la obesidad infantil actual:

- Es uno de los problemas mayores del siglo actual en la población infantil.
- Produce correlaciones con otras enfermedades, dada la prevalencia va en aumento y por ello hay que tomar medidas urgentes.

Según los datos de la OMS el sobrepeso en ambos sexos es similar. No sólo es un problema en la alimentación, también hay muchos factores que ayudan a su crecimiento como pueden ser: cambios en la sociedad, el gran desarrollo tecnológico en los últimos años (causando más sedentarismo) y no menos importante la disminución del nivel económico familiar, agravado en los últimos años con la crisis que tuvo lugar y tiene en España.

5 Discusión-Conclusión

Las recomendaciones para la alimentación y para el ejercicio físico se pueden resumir en dos pirámides: la nutricional y la de la actividad física.

Hay otra en la cual se recogen algunas recomendaciones a seguir en aspectos de ocio, ejercicio físico y sobre alimentación.

La mayor dificultad en el problema de la obesidad infantil es la concienciación de la sociedad y darles a entender, lo importante que es comenzar a prevenir desde el nacimiento.

Lo más importante es la educación nutricional e intentar promover el ejercicio físico, disminuyendo la vida sedentaria.

6 Bibliografía

- Guía "Come sano y muévete";OMS(2010).
- Definición y Clasificación de la obesidad.Revista Médica Clínica Condes,23(2),124-128.
- Revista de la Asociación Española de Pediatría.
- Buscador Google Académico.

Capítulo 208

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERIA EN LA GESTION DE RESIDUOS SANITARIOS

SONIA RON PEREZ

1 Introducción

Gestión de residuos: Todo proceso que engloba las actividades necesarias para hacerse cargo de un residuo. La gestión comienza con la recogida del residuo, el transporte hasta las instalaciones preparadas y su tratamiento intermedio o final.

2 Objetivos

Exponer los diferentes tipos de residuos y el manejo de los mismos en el entorno sanitario.

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

- Manual Básico de Gestión de Residuos Sanitarios del SESPA - Principado de Asturias-Marzo 2012.
- Guía para la gestión de residuos sanitarios Ed. Consejería De Sanidad del Principado de Asturias. AS-0000-2014.
- Gestión de Residuos Sanitarios - Unidad de Prevención de Riesgos Laborales Universidad de Zaragoza – Julio 2008.

Capítulo 209

SÍNDROME DE BURNOUT CARACTERÍSTICAS Y FORMA DE AFRONTARLO

JOSEFA REBON SARDINA

ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM

ALDENIRA PEREIRA SALES

1 Introducción

La OMS define la salud Estado completo de bienestar, físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Hoy en día el mundo laboral cada vez es más exigente y el trabajo un bien escaso; las cada vez más numerosas exigencias, falta de correlación entre las cualidades exigidas para su realización y las posibilidades de rendimiento del individuo, conforme a la organización establecida, ha dado lugar al aumento de los riesgos biopsicosociales relacionados con el trabajo, lo que hace necesario de los profesionales encargados de la prevención de riesgos laborales en las organizaciones lo analicen y tomen en consideración.

Salud y trabajo conceptos que están estrechamente relacionados. El síndrome de agotamiento profesional, cuyo término en inglés es burnout, (traducido al español significa: estar o sentirse quemado), fue definido por primera vez por el psicólogo clínico Herbert J. Freudenberger en 1974 como un conjunto de síntomas inespecíficos médico-biológicos y psicosociales, que se desarrollan en la actividad

laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía, refiriéndose a los profesionales de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas

2 Objetivos

- Identificar las causas de su aparición para evitar en la medida de lo posible su aparición, y las consecuencias que este provoca en el normal funcionamiento de las organizaciones.
- Describir las medidas para evitar la aparición del síndrome.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos sobre el Síndrome de Burnout en las bases de datos bibliográficas como Scielo y Pubmed, mediante palabras clave como Síndrome Burnout, desencadenantes y estrategias de enfrentamiento, y conciliación vida laboral y personal, se han revisado diversos artículos que tratan sobre el tema.

4 Resultados

Burnout es un desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios a personas (sanidad, enseñanza, administraciones públicas, servicios sociales etc) debido a unas condiciones de trabajo que exigen altas demandas sociales.

Ha sido Christina Maslach (1976) quién ha convertido al burnout en un verdadero producto de investigación. En los años setenta, la psicóloga social e investigadora de la Universidad de Palo Alto, centró su investigación en el estrés emocional que surge de la relación interpersonal con los clientes, en ciertas profesiones de ayuda. Trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías, enfermeros y definió el burnout como un estrés laboral crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su actividad laboral (Maslach y Jackson, 1981), autoras del instrumento más utilizado: el MBI, entienden que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. Por cada uno de estas dimensiones se entiende:

- Agotamiento o cansancio emocional (CE): hace referencia a la sensación de sobreesfuerzo físico y cansancio emocional consecuencia de las continuas in-

teracciones que el trabajador debe mantener con otras personas (clientes, compañeros...)

- Despersonalización (DP): supone la aparición de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios .
- Realización personal (RP): hace referencia a la disminución de la confianza, derivando en un bajo concepto de uno mismo y de las propias aptitudes.

Lo importante de esta definición radica, como indican Garcés et al [2001], en que el concepto y su estructura tridimensional derivan empíricamente de los estudios realizados por las autoras, confirmados por un amplio conjunto de trabajos posteriores. La vinculación del síndrome con el trabajo es patente desde sus comienzos, así Friedman [1995] lo define como un síndrome relacionado con el trabajo, que deriva de la percepción de una fuerte discrepancia entre el esfuerzo y la recompensa, y que es más frecuente en quienes trabajan cara a cara con clientes con problemas o necesidades personales. Aunque hay autores [Walker, 1986] que defienden la posibilidad de que se dé en cualquier tipo de trabajo, lo cierto es que la característica de alto nivel de contacto personal es esencial para que pueda hablarse de burnout, al menos en el sentido de un síndrome tridimensional

Los individuos más entusiastas acaban cansados y amargados tras múltiples desencantos, lo que las hace más vulnerables a este síndrome que los que son más cínicos o menos involucrados con su trabajo.

Los desencadenantes son entre otros:

- Sobrecarga de trabajo y/o trabajo poco estimulante
- Falta de participación en la toma de decisiones
- Escasez de medios en la realización de la tarea
- Falta de identificación con lo que se realiza
- Falta de refuerzo cuando el trabajo se desarrolla eficazmente, pero que si puede ocasionar castigo si se realiza mal
- Merma en las expectativas de que se puede hacer para que el trabajo sea tenido en consideración y valorado como se merece

El Burnout deriva de eventos estresantes de carácter laboral fundamentalmente, ya que la clave para su aparición son los condicionantes del trabajo.

Estas estrategias serán tanto a nivel organizacional estableciendo los correspondientes ajustes y a nivel individual, desarrollando una labor educativa a fin de modificar o adquirir actitudes y habilidades que nos van a permitir una mejor gestión de nuestras emociones y respuesta ante las demandas de nuestros trabajos.

Debemos desarrollar las herramientas que nos ayuden a manejar mejor todos los condicionantes que provocan estas emociones, aunque la más efectiva de todas ellas siempre será la prevención. Debemos establecer procesos de intervención interdisciplinarios (médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y empresa) donde se sugieran ajustes organizacionales (estrategias organizacionales), el apoyo entre compañeros de trabajo (estrategias grupales) y el tratamiento individual (estrategias individuales) (Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, 2003).

Tratamiento Individual:

- Diferenciar claramente vida profesional y laboral.
- Trabajar el autocontrol.
- No implicarse emotivamente.
- Aprender a decir No.
- Organización del tiempo.
- Visita al profesional ante los primeros síntomas.

Tratamiento organizacional:

- Flexibilidad y variedad en el trabajo.
- Formar equipos que participen en los procesos de organización.
- Refuerzos sociales.
- Delimitación clara de las tareas encomendadas.

5 Discusión-Conclusión

Comprobar que existen diversas estrategias para prevenir y/o reducir el síndrome de Burnout, y que mediante estas podemos aliviar el problema lo que nos llevará a un menor absentismo laboral, con los consiguientes costes tanto económicos como sociales que ello nos ocasiona y que mediante ellas podemos conseguir una mayor implicación del trabajador con la organización donde desarrolla su labor y obtener un mejor rendimiento.

6 Bibliografía

- Google académico, dialnet, y consulta de revistas y artículos científicos relacionados con la materia.

Capítulo 210

SINTOMAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

VERONICA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es uno de los grandes retos de investigación en el S.XXI, a los que se enfrenta la comunidad médica y científica.

2 Objetivos

Conocer estos síntomas ayudará al TCAE en su desarrollo profesional y personal.

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 síntomas de demencia abarcan dificultad con muchas áreas de la función mental, entre ellas:

- El comportamiento emocional o la personalidad.
- El lenguaje.
- La memoria.
- La percepción.
- El pensamiento y el juicio (habilidades cognitivas).
- La demencia aparece primero generalmente como olvido.

El deterioro cognitivo leve (DCL) es la fase entre el olvido normal debido al envejecimiento y el desarrollo del mal de Alzheimer. Las personas con deterioro cognitivo leve tienen ligeros problemas con el pensamiento y la memoria que no interfieren con las actividades cotidianas y, con frecuencia, son conscientes del olvido. No todas las personas con deterioro cognitivo leve progresan a mal de Alzheimer.

Los síntomas del deterioro cognitivo leve abarcan:

- Dificultad para realizar más de una tarea a la vez.
- Dificultad para resolver problemas.
- Olvidar hechos o conversaciones recientes.
- Tardar más tiempo para llevar a cabo actividades más difíciles.

Los síntomas tempranos del mal de Alzheimer pueden abarcar:

- Dificultad para realizar tareas que exigen pensar un poco, pero que solían ser fáciles, tales como llevar el saldo de la chequera, participar en juegos (como bridge) y aprender nueva información o rutinas.
- Perderse en rutas familiares.
- Problemas del lenguaje, como tener dificultad para encontrar el nombre de objetos familiares.
- Perder interés en cosas que previamente disfrutaba, estado anímico indiferente.
- Extraviar artículos.
- Cambios de personalidad y pérdida de habilidades sociales.

A medida que el mal de Alzheimer empeora, los síntomas son más obvios e interfieren con la capacidad para cuidar de sí mismo. Los síntomas pueden abarcar:

- Cambio en los patrones de sueño, despertarse con frecuencia por la noche.
- Tener delirios, depresión, agitación.
- Dificultad para realizar tareas básicas, como preparar las comidas, escoger la ropa apropiada o conducir.
- Dificultad para leer o escribir.
- Olvidar detalles acerca de hechos cotidianos.
- Olvidar hechos de la historia de su propia vida, perder la noción de quién es.

- Alucinaciones, discusiones, comportamiento violento y dar golpes.
- Deficiente capacidad de discernimiento y pérdida de la capacidad para reconocer el peligro.
- Uso de palabras erróneas, no pronunciar las palabras correctamente, hablar con frases confusas.
- Retraerse del contacto social.

Las personas con mal de Alzheimer avanzado ya no pueden:

- Entender el lenguaje.
- Reconocer a los miembros de la familia.
- Llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria, como comer, vestirse y bañarse.

Otros síntomas que pueden presentarse con el mal de Alzheimer:

- Incontinencia.
- Problemas para deglutir.
- Síntomas neurológicos.

La enfermedad de Alzheimer afecta a la memoria en sus diferentes tipos. Estos son los deterioros sufridos:

- Pérdida de memoria a corto plazo: incapacidad para retener nueva información.
- Pérdida de memoria a largo plazo: incapacidad para recordar información personal como el cumpleaños o la profesión.
- Alteración en la capacidad de razonamiento.
- Afasia: pérdida de vocabulario o incompreensión ante palabras comunes.
- Apraxia: descontrol sobre los propios músculos, por ejemplo, incapacidad para abotonarse una camisa.
- Pérdida de capacidad espacial: desorientación, incluso en lugares conocidos.
- Cambios de carácter: irritabilidad, confusión, apatía, decaimiento, falta de iniciativa y espontaneidad.

5 Discusión-Conclusión

El alzheimer es una enfermedad multifactorial que afecta al individuo de manera global. Es fundamental el conocimiento de las peculiaridades del alzheimer para realizar el mejor manejo de este tipo de pacientes.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/alzheimersdisease.html>
- <http://www.ingesa.mscbs.gob.es/>
- <https://www.mayoclinic.org/>
- <https://knowalzheimer.com/>
- <http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>

Capítulo 211

CAUSAS DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

VERONICA PÉREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia degenerativa marcada por un deterioro progresivo e irreversible de las funciones cognitivas, que interfiere de forma definitiva con el funcionamiento del enfermo en la vida cotidiana.

2 Objetivos

Conocer las posibles causas de su aparición, o aquellos factores que pudieran influir en ello.

3 Metodología

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

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 difícil determinar quién va a desarrollar la enfermedad de Alzheimer, puesto que se trata de una alteración compleja, de causa desconocida, en la que, al parecer, intervienen múltiples factores. He aquí algunos de los elementos que pueden aumentar las probabilidades de padecer esta patología.

- Edad: suele afectar a los mayores de 60-65 años, pero también se han dado casos entre menores de 40. La edad media de diagnóstico se sitúa en los 80, puesto que se considera que el mal de Alzheimer es una enfermedad favorecida por la edad.
- Sexo: las mujeres lo padecen con más frecuencia, probablemente, porque viven más tiempo.
- Razas: afecta por igual a todas las razas.
- Herencia familiar: la enfermedad de Alzheimer familiar, una variante de la patología que se transmite genéticamente, supone el 1 por ciento de todos los casos. No obstante, se estima que un 40 por ciento de los pacientes con EA presentan antecedentes familiares.
- Factor genético: varias mutaciones en el gen de la proteína precursora de amiloide (APP), o en el de las presenilinas 1 y 2. También podría asociarse con mutaciones en el gen de la apolipoproteína E (apoe). Esta proteína está implicada en el transporte y eliminación del colesterol. Estas investigaciones, la nicastrina activaría la producción del amiloide beta.
- Factores medioambientales : El tabaco se ha mostrado como un claro factor de riesgo de la patología, al igual que las dietas grasas. Por otra parte, pertenecer a una familia numerosa también parece influir en el riesgo de Alzheimer.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la detección precoz de la aparición de esta enfermedad por parte de los profesionales para ayudar en la medida de lo posible a los familiares y al paciente, ya que es una enfermedad de aparición lenta y que progresa paulatinamente. Aún no existe tratamiento eficaz para curar la enfermedad, por lo que se debe investigar para tener más conocimientos acerca de la etiología de la enfermedad.

6 Bibliografía

-<http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf>

- <https://www.svneurologia.org>
- <https://scielo.conicyt.cl/>
- https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_alzheimer_2_edicion.pdf

Capítulo 212

EL EJERCICIO FÍSICO COMO MEDICINA PARA LA SALUD

SUSANA FERNANDEZ TORRE

MARIA LUISA PERERA SIMÓN

NOELIA DÍAZ GERAS

BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

1 Introducción

La actividad física ha estado asociada a la salud de las personas desde la antigüedad. A lo largo de la historia la longevidad de ciertas poblaciones se fue relacionando con estilos de vida activos y una adecuada alimentación. Hoy en día el empeoramiento de los hábitos de vida, la evolución de los sistemas de transporte, la tecnología laboral, los nuevos modos de ocio, todo colabora para que veamos como válidos comportamientos claramente sedentarios y, por tanto, perjudiciales para la salud.

Uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la sanidad son el sedentarismo y las enfermedades asociadas al mismo (físicas, metabólicas, obesidad, etc.). Ocupan el cuarto factor de riesgo de mortalidad en todo el mundo y el responsable del 6% de defunciones convirtiéndolo en un problema de salud que ya ha puesto en alarma a las administraciones públicas.

Por eso es importante inculcar a la población el realizar de forma regular y sistemática una actividad física ya que ha demostrado ser una práctica muy beneficiosa en la prevención, desarrollo y rehabilitación de la salud, a la vez que ayuda al carácter, la disciplina y a la toma de decisiones en la vida cotidiana.

2 Objetivos

- Analizar beneficios que aporta la actividad física.
- Conocer distintos tipos de ejercicios físicos.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos científicos sobre el tema a tratar utilizando Google Académico, Dialnet, Medes como bases de datos.

Las palabras clave utilizadas son: ejercicio físico, beneficios, aeróbico, fuerza.

4 Resultados

El ejercicio físico, la salud y la calidad de vida están claramente interconectadas. Un estilo de vida activo permite beneficiarse a nivel físico, psicológico y social:

Beneficios de carácter fisiológico. La actividad física va a potenciar la salud física de las personas gracias fundamentalmente a la mejora de la condición física:

- A nivel cardiovascular: el ejercicio físico va a mejorar la circulación sanguínea, También va a contrarrestar enfermedades cardiocirculatorias como pueden ser: Arteriosclerosis, Hipertensión, Isquemias, Cardiopatías coronarias, etc.
- A nivel endocrino: el ejercicio físico mejora la regulación de este sistema gracias a la liberación y uso de determinadas hormonas, como es el caso de la Insulina. Por otro lado, gracias a la práctica de actividad física podemos contrarrestar enfermedades como la diabetes y la obesidad.
- A nivel de aparato locomotor: la actividad física actúa sobre los huesos, músculos y articulaciones, mejorando la densidad ósea e incrementando la elasticidad muscular, la resistencia de los tendones y la movilidad articular. Además, el ejercicio físico va a contrarrestar el problema del sedentarismo y las atrofiaciones musculares que éste acarrea, así como la osteoporosis, las lumbalgias, osteoartritis, etc.

Beneficios de carácter psicológico. En la actualidad existen multitud de personas con trastornos psicológicos (el 25% de la población sufre algún tipo de depresión,

ansiedad, fobias o cualquier otro trastorno emocional). La mayoría de estas alteraciones psíquicas están íntimamente ligadas al estilo de vida actual (el estrés, el querer tener un cuerpo ideal, etc.) por eso la práctica de ejercicio físico ayuda a :

- Favorecer la capacidad de recuperación del organismo, disminuyendo la fatiga física y mental.
- La relajación muscular que induce a relajación mental.
- Rebajar la tensión y el estrés.
- La canalización de la agresividad, ira, angustia....
- Mejorar el equilibrio personal, reforzando la autoestima y la estabilidad emocional.
- Mejorar la autoimagen.
- Reducir el nivel de depresión.
- Aumentar el estado de alerta.
- Disminuir el número de accidentes laborales.
- Incrementar el bienestar general.

Beneficios de carácter social. El ejercicio físico es un excelente medio de comunicación, interacción e integración personal y social, transmite y potencia valores como la cooperación, el respeto, la superación y además, ofrece una ocupación activa del tiempo libre. En general, la actividad física mejora las relaciones interpersonales contribuyendo a la integración de los sujetos en su comunidad y sociedad.

A grandes rasgos existen dos tipos de ejercicio:

- Resistencia cardiovascular (dinámicos): aquellos que se producen cuando hacemos ejercicios sin resistencia y de alta repetición, es el típico de correr, nadar, hacer ciclismo. Potencia inicialmente la resistencia cardiorespiratoria, y posteriormente aumenta la capacidad anaeróbica.
- Fuerza y resistencia muscular (estáticos): aquellos en que se realizan contracciones de músculos concretos con poco o nulo acortamiento muscular y contra resistencia. Por ejemplo, el levantamiento de pesas. Durante su ejecución se produce un aumento transitorio de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca.

Hay otros dos tipos de ejercicios que son importantes incorporar a la práctica habitual y que combinan ejercicios de los dos tipos anteriores:

- Ejercicios de flexibilidad: yoga, gimnasia, artes marciales...
- Ejercicios de coordinación: promueven el desarrollo físico y psíquico, evitan caídas y accidentes y retrasan el deterioro funcional en la edad adulta.

Coordinación ojo-mano: tenis, baloncesto.

Coordinación ojo pie: fútbol.

Equilibrio corporal: yoga, barra equilibrio...

Ritmo: seguir ritmo de música.

Percepción cuerpo en el espacio y coordinación espacial: aprender pasos de baile (aerobic, zumba).

Por último, existen ejercicios terapéuticos destinados a restaurar la función normal de una parte del organismo que ha sido afectada por una enfermedad o lesión.

5 Discusión-Conclusión

La actividad física y el deporte son muy beneficiosos para nuestro organismo, favorece la salud y la calidad de vida. Uno de los objetivos de cualquier plan y política que pretenda mejorar la salud de la población, ha de ser fomentar el ejercicio e incrementar la actividad física para reducir el sedentarismo. Medicina barata y al alcance de todos, que ayuda a sanar nuestro cuerpo y nuestra mente. “ La Actividad Física ayuda a añadir años a la vida y vida a los años ”.

El profesional de la salud debe concienciar a la población de la importancia de realizar algún tipo de actividad y fomentar e implantar políticas sanitarias donde la medicina tradicional se complementa con el ejercicio físico como método preventivo y curativo de la salud.

6 Bibliografía

- <https://www.mscbs.gob.es/>
- <http://www.coventry.ac.uk>
- <https://www.revespcardiol.org>
- <https://www.efdeportes.com/>
- <https://www.who.int/>
- <https://www.astursalud.es/>
- <https://www.institutotomaspascualsanz.com/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/benefitsofexercise.html>.
- <https://www.webconsultas.com/>
- <https://www.muyinteresante.es/>

Capítulo 213

CUIDADOS DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIAR ENFERMERIA EN PACIENTES CON ALZHEIMER

PATRICIA SANCHEZ LOZANO

ESMERALDA MEANA PIÑERA

NATALIA NORIEGA LOREDO

YOLANDA RODRÍGUEZ NAVA

1 Introducción

El primer informe que se recoge de la enfermedad del Alzheimer data del año 1906 por el doctor ALOIS ALZHEIMER, ya que dicho informe no se le prestó la suficiente atención durante 50 años por que se le consideraba una enfermedad rara. La cual afectaba a mayores con demencia presenil y se consideraba parte del envejecimiento puesto que era normal que el cerebro se atrofiara a esas edades avanzadas. No obstante se hacen autopsias a varios ancianos seniles y se observa que el cerebro se había encogido y tenía hendiduras más profundas que un cerebro joven.

A finales de los años 60 se realiza otro estudio en el cual se descubre que los cerebros seniles con tintes químicos, se observan placas amiloides y proteínas tau en las personas fallecidas con demencia senil a la cual se le comenzó a llamar la enfermedad de alzhéimer.

Nada mas que se detectan los síntomas hay que comenzar con la terapia farmacológica así como la no farmacológica, lo cual se encarga de hacer que la enfermedad vaya más despacio en el tiempo.

En el año 2002 un equipo de investigación de UCLA descubre que se puede detectar la enfermedad en pacientes vivos pues hasta entonces solo se detectaba después de haber fallecido.

2 Objetivos

Exponer los principales cuidados que un TCAE debe de realizar sobre una persona con demencia tipo alzheimer.

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 enfermedad del alzheimer no tiene cura pero si tratamiento farmacológico para que se vaya manifestando más lentamente. Es cierto que hay pacientes que no solo necesitan el tratamiento farmacológico sino que también necesitan tratamientos no farmacológicos que son también importantes para lograr que:

- No desconecte con su entorno
- Sentirse útil y eficaz
- Ralentizar el deterioro
- Impulsar la autonomía
- Incitar a la creatividad y la memoria

Estas participaciones incluyen:

- Soporte psicoterapéutico para entender la enfermedad y no dejarse.
- Cuidar la depresión y ansiedad derivada del diagnostico y de la propia enfermedad

- Estimulación cognitiva
- Actividades físicas y artísticas
- Psicomotricidad
- Logopeda etc.....

La sensación que produce ese diagnóstico es luchar y no esperar pensando “solo me queda esperar mi final”. El objetivo se resume en vivir y aceptar la enfermedad y luchar para que avance lo más despacio posible con la ayuda tanto del paciente ,la familia y el equipo multidisciplinar que lleve el caso.

El Alzheimer se divide en 3 fases por lo cual el técnico en cuidados de enfermería en cada fase de la enfermedad va asociando unos cuidados para el paciente .

Fase 1 o Preliminar.

Se estima la duración entre 1 y 3 años en esta fase el técnico en cuidados auxiliar enfermería su actuación es más de supervisión ya que es cuando se empieza a tener fallos de memoria, cambios de comportamiento, desorientación, agresividad y disminución de la concentración. En esta fase el paciente todavía puede realizar las actividades de la vida diaria el solo pero con una constante supervisión para evitar que tenga problemas.

Fase 2 o moderada.

Esta fase se estima que la duración es de 3 años en esta fase el técnico en cuidados auxiliar enfermería y a su actuación es mas de estar con el paciente ya empieza a tener problemas para realizar las actividades de la vida diaria asi a como a no reconocer a las personas de su entorno y su entorno puede llegar a tener algo de agresividad y se vuelve más dependiente del técnico en cuidados de enfermería o del cuidador y comienza con actos repetitivos incluso rayando la obsesión ,camina sin sentido de un lado a otro ,ordenando todo ,pierde su mirada ,llegan a no poder hacer las cosas más simples.

1. En el aseo e higiene personal ya el técnico en cuidados auxiliar enfermería no solo lo supervisara sino que lo ayudara sino también que se lo realizara tanto en la ducha, secar su cuerpo como el afeitado se intentara que lo realice el paciente pero con ayuda para evitar que se le olvide realizarlo más rápido.
2. En el vestido en esta fase ya se le ayuda a vestir cuidando que siga con su estilo y no quitándole su imagen y autoestima. Tenemos que intentar que sigan vistiendo ellos solos porque es la manera de que sigan manteniendo su libertad y autoestima. El técnico en cuidados auxiliar enfermería le facilitara la ropa y le

ayudara pero es muy importante que se vaya vistiendo poco a poco solo. Hay varios puntos que tenemos que tener presentes en la ropa de estos de pacientes para que sea más fácil para ellos:

- Corchetes en la parte delantera del sujetador.
- Ropa cómoda, cremalleras visibles y de fácil manejo.
- Ropa en el armario de la estación en la cual estamos.
- Ropa fácil de llevar, abrochar y desabrochar
- Calzado cómodo y fácil de poner y quitar.
- En la alimentación el técnico de cuidados de enfermería supervisara su comida en el comedor teniendo en cuenta unos aspectos.

Fase 3 o severa

Esta fase afecta por completo al paciente y tiene total dependencia sobre el técnico en cuidados auxiliar enfermería o el cuidador ya que no se vale por sí mismo, ya que tiene total dependencia física total en la cual también a perdido el habla no reconoce ni su propio rostro, tiene incontinencia y una alimentación asistida. Cuando el paciente está en esta fase si el paciente estuviera encamado se le aplicaría el protocolo de paciente encamado se le realizaría aseo en cama y tendríamos que hacerle cambios posturales cada dos horas su alimentación se la daría el técnico en cuidados auxiliar enfermería con mucho cuidado para evitar que se atraganté.

Seguir investigando esta enfermedad de alzheimer para que estos pacientes puedan tener una mejor calidad de vida, ya sea con tratamientos farmacológicos como con tratamientos terapéuticos para ayudar a que la enfermedad vaya lo más lenta posible y así estos pacientes no pierdan su realizar. hay muchas personas investigando esta enfermedad y cada pequeño logro es un triunfo tanto para los pacientes como para las familias y los profesionales que cuidan de ellos.

5 Discusión-Conclusión

El alzheimer es una enfermedad que va deteriorando al paciente y agotando a las personas que los cuidan ya que es difícil para el familiar ver como su ser querido se queda en su cuerpo y su mente se va vaciando hasta el punto de recordar a nada ni a nadie.

6 Bibliografía

- www.estimulacioncognitiva.com
- www.orionformacion.com
- www.krowalzheimer.com
- www.logos.net

Capítulo 214

EL ANCIANO. CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DEL AUXILIAR DE ENFERMERIA

MARTA RICO GARCIA

ASTRID RUIZ SUÁREZ

PALOMA LÓPEZ PRENDES

VANESA FERNANDEZ SOL

1 Introducción

El envejecimiento es un fenómeno natural dentro del ciclo vital; un proceso dinámico que se inicia en el momento del nacimiento. A lo largo de los años, la esperanza de vida ha ido aumentando (82 años en la mujer y 75 en el hombre). Esto determina el gran crecimiento de la población anciana respecto del total.

La adquisición de conocimientos acerca de los ancianos y su atención adecuada e integral sólo puede lograrse mediante el esfuerzo de un equipo multidisciplinar, compuesto por profesionales entre los que se encuentra el TCAE.

2 Objetivos

Explicar y exponer los cuidados principales a realizar sobre el paciente anciano por parte del auxiliar de enfermería.

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 actividades que el auxiliar de enfermería desarrolla en esta especialidad (geriatria) están adaptadas a las necesidades y a la atención que precisan estos pacientes por sus peculiaridades.

Además, aplicándose el PAE (Proceso de Atención de Enfermería), y según el modelo de Virginia Henderson (define el enfoque de la práctica de la enfermería y busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría) se establecerán los cuidados a aplicar.

Existen actividades o procedimientos generales orientados al mantenimiento del nivel de salud y a la prevención de enfermedades, complicaciones y otros trastornos, tales como:

- Procedimientos de higiene: la higiene es una necesidad básica del ser humano y un método esencial para prevenir problemas cutáneos, infecciones y malestar, al mismo tiempo que ofrece una sensación de bienestar. Por tanto, el TCAE debe asegurar que el anciano tenga una higiene adecuada, y en caso de que no pueda hacerlo por sí mismo, tendrá que brindarle su ayuda.

Se le hará higiene de la piel, de la zona perineal y genital, de la boca, de las prótesis dentales, de los ojos, de los oídos, del pelo y de los pies. Además es necesaria la higiene de la cama, ya que, en ocasiones, los ancianos tienen que permanecer encamados durante periodos prolongados.

- Procedimientos de movilización y cambios posturales: Principalmente van dirigidos para evitar la aparición de la úlceras por presión.

Procedimientos de nutrición y alimentración: Administrando las comidas y atendiendo a las dificultades de la deglución ya sea por pérdida de piezas dentales o por algún tipo de disfagia. En ocasiones, la alimentación se hará a través de una

SNG (Sonda Nasogástrica), mediante jeringa o bomba de infusión, y en otras se utilizará la alimentación parenteral.

Procedimientos en la eliminación: Es muy importante el registro y control de las deposiciones, y poner atención en si el paciente padece estreñimiento o fecalomas, diarrea, y en administrar enemas y recoger muestra de heces en caso necesario. En cuanto a la eliminación de la orina, el TCAE participará en los cuidados y la reeducación del paciente incontinente, colocación de cuña o acompañamiento al inodoro.

Procedimientos en la oxigenación y en la circulación: El TCAE participará en procedimientos de toma de constantes vitales y su registro correspondiente, de educación en la respiración, administración de oxigenoterapia...

Procedimientos respecto al descanso y al sueño: El TCAE observará las horas de sueño u otros periodos de descanso.

Procedimientos para evitar el dolor: El TCAE colaborará en la disminución de la ansiedad del paciente ante el dolor, utilizando la escucha, la observación, la distracción... y ayudará a la administración de analgésicos orales en caso de persistencia del dolor.

Procedimientos para regular la temperatura: El TCAE recogerá y anotará dicha constante vital, realizará las actividades físicas necesarias para controlar la temperatura (desabrigar, abrigar, poner compresas frías, etc)

Procedimientos respecto a la actividad: El TCAE prestará la ayuda necesaria para satisfacer esta necesidad, escuchando al anciano sobre sus preferencias de ocupación del tiempo libre y facilitando su realización y, en ocasiones, acompañándolo. Además participará en otros procedimientos específicos, como en el control, la reposición, la limpieza y la desinfección del material y en la realización de pruebas diagnósticas y tratamientos. También colaborará en la administración de fármacos, así como en la observación de efectos secundarios, la recogida de muestras, el manejo de audífonos, los cuidados del post mortem y las medidas de promoción de la salud y la educación secundaria.

Lo que se pretende con todos estos procedimientos es conseguir la mejor calidad de vida posible en la última fase de la vida del ser humano. Para conseguir esto, es muy importante cumplir todos y cada uno de los procedimientos antes nombrados.

Es necesario realizar los cuidados al anciano, comenzando por la necesidad de comunicación y relación con la persona mayor y/o con la familia, de manera que la obtención de los datos necesarios para ejercer el cuidado se realice en las condiciones óptimas.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento supone un aumento de la prevalencia de las enfermedades crónicas, un incremento de la incidencia de la invalidez y un aumento de la demanda de servicios sanitarios, especialmente de atención social y rehabilitación. Todo esto lleva a la necesidad urgente de planificar una serie de medidas que supongan atención y asistencia para el anciano, así como la necesidad de implantar programas de salud para este sector de población, que va aumentando progresivamente.

Los principales recursos son:

Equipos de atención primaria domiciliaria y de asistencia geriátrica domiciliaria (para atención de pacientes en sus propios domicilios)

- Hospital de día
- Unidad geriátrica de ingreso
- Unidades de media estancia
- Unidades de larga estancia
- Residencias para ancianos
- Hogares protegidos
- Centros de día
- Asociaciones y clubes de ancianos

Además, hay otros recursos, como servicio de ayuda a domicilio, tele asistencia, acogimiento familiar, etc. Esto permite la permanencia de los ancianos en su domicilio.

6 Bibliografía

- <https://www.lifeder.com/necesidades-virginia-henderson/>
- Libro de técnicas básicas de enfermería de McGraw-Hill Companies. ISBN: 978-84-481-6712-7
- https://www.auladae.com/pdf/cursos/capitulo/edad_avanzada.pdf
- <https://www.divulgaciondinamica.es/blog/procesos-del-envejecimiento/>

- <https://www.escuelacienciassalud.com/auxiliar-de-enfermeria/>

Capítulo 215

TUBERCULOSIS

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

MONTSERRAT VIGUERA SOLIS

PABLO SANCHEZ GARCIA

JULIA SANCHEZ REQUEJO

1 Introducción

En Asturias se ha estudiado en el periodo de 2007 a 2017 los casos de tuberculosis (TB) y se han registrado 2.111 casos de TB en Asturias, 18 casos por 100.000 habitantes. Durante estos once años se ha producido una disminución promedio anual en la tasa de incidencia de la TB en nuestra región del 6,7%. La mayoría de los casos han sido casos nuevos de TB, tasa de incidencia de 17 nuevos casos de TB por 100.000 habitantes.

2 Objetivos

- Definir qué es la tuberculosis.
- Saber cómo prevenirla e identificarla.

3 Metodología

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

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 una infección bacteriana contagiosa que compromete los pulmones y que se puede propagarse a otros órganos. Es causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Se puede adquirir por la inhalación de gotitas de agua provenientes de la tos o el estornudo de una persona infectada.

Cómo se puede prevenir:

- La vacunación tiene gran importancia para prevenir las formas progresivas y graves de la enfermedad, principalmente la meningitis tuberculosa y la tuberculosis miliar.
- Frecuente lavado de manos con agua y jabón.
- Cubrir la boca y la nariz con un pañuelo desechable o papel higiénico al toser o estornudar.

Los síntomas dependen del área del cuerpo donde se estén multiplicando las bacterias de la tuberculosis. Pueden ser:

- Tos intensa que dura 3 semanas o más.
- Dolor en el pecho.
- Tos con sangre o esputo.
- Debilidad o fatiga.
- Pérdida de peso.
- Falta de apetito.
- Escalofríos.
- Fiebre.
- Sudores nocturnos.

5 Discusión-Conclusión

La importancia de saber qué es la enfermedad, tener instrumentos para evitar el contagio y saber cómo se manifiesta en el cuerpo es fundamental para que la prevalencia de la enfermedad vaya disminuyendo en nuestra sociedad.

6 Bibliografía

- <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/11-anos-de-tuberculosis-en-asturias-2007-2017>
- <https://medlineplus.gov/>

Capítulo 216

TIPOS DE VIOLENCIA EJERCIDOS CONTRA LA MUJER

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El elevado número de mujeres atendidas en urgencias víctimas del maltrato, nos hace plantearnos la necesidad de reconocer que tipo de agresión, coacción o violencia sufre la mujer. El conocimiento público de estas formas de violencia es primordial para que exista una conciencia social del problema. Son producto de una discriminación que la mujer sufre por condición de género: agresiones físicas, minusvaloración, violaciones, asesinatos...una lacra que puede manifestarse de diferentes formas. Normalmente, fruto de una cultura machista, de ahí la importancia de la educación y la visibilidad del asunto a tratar.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes tipos de violencia ejercidos sobre la mujer para facilitar su detección y poder erradicarlos.

3 Metodología

Análisis sistemático y bibliográfico de artículos académicos sobre violencia de género, así como revista de psicología, definiciones de la OMS, estudios de la ONU, protocolos de actuación sanitaria contra la Violencia de Género.

Palabras clave: Violencia, mujer, discriminación, muerte, agresión, daños.

4 Resultados

La violencia contra la mujer no se trata, solamente, de un acto de agresión física, también puede ser verbal. Es un acto sexista que atenta contra su integridad física, emocional y dignidad como persona. Cualquier tipo de maltrato es malo y consecuencia de una sociedad pendiente de mejorar, incluso en su forma discriminatoria de legislar.

Los diferentes tipos de violencia más habituales serían:

- La violencia laboral: es muy común, en numerosos países, la dificultad que experimentan las mujeres para acceder a un puesto de responsabilidad o los obstáculos que encuentran para mantener cierta estabilidad laboral. Aún hoy en día, las estadísticas hablan de una brecha salarial con respecto a los hombres, así como despidos por causa de embarazos.
- La violencia económica: una forma de coartar la libertad e independencia de la mujer es restringir o dificultar el acceso a recursos económicos y/o patrimoniales. Esto supone una limitación y sometimiento de la mujer que imposibilita su autonomía.
- La violencia institucional: Es la ejercida por las instituciones negando la posibilidad de tomar parte en la vida política, pública o el ejercicio de sus derechos fundamentales.
- La violencia psicológica: este tipo de violencia suele efectuarse de forma soterrada, normalmente en el ámbito familiar o de pareja. Son situaciones que sin la necesidad de llegar a la agresión física, nos denigra y humilla como personas. En muchas ocasiones, a través del acoso, control o prohibiciones. Los daños psicológicos, son tal vez, los más difíciles de reparar minando la autoestima y el desarrollo personal. Suele ser la antesala de otro tipo de maltrato como el físico y la agresión sexual.
- La violencia física: afecta a la integridad física produciendo daños que pueden ir desde el hematoma, empujones, lesiones graves hasta el asesinato. Este tipo de violencia es la más reconocida por tratarse de una clase de agresión directa. En

múltiples ocasiones las consecuencias son muy graves produciendo una incapacitación o la muerte de la víctima.

- La violencia sexual: se produce cuando una persona es forzada a mantener relaciones sexuales a través de la coacción o la intimidación. No es necesario que haya una relación completa para que se dé este tipo de violencia. Los tocamientos, acoso sexual, prostitución forzada, inducción al aborto o embarazo indeseado, también atentan contra la libertad sexual de la mujer. A menudo, sucede dentro del ámbito familiar, de pareja o laboral.
- La violencia vicaria: es la que utiliza las amenazas o agresiones a los hijos para hacer daño al progenitor. Por tanto, es una tipo de violencia que afecta a los más desprotegidos y que deja graves secuelas físicas y psicológicas tanto en los niños como en la parte progenitora objeto del maltrato. Los menores sufren de forma indirecta al presenciar los actos de violencia o de forma directa al padecer la agresión.
- La violencia simbólica o mediática: mediante estereotipos, valores, mensajes, símbolos que se transmiten o reproducen en la sociedad dando normalidad a situaciones de sometimiento, discriminación y desigualdad de la mujer.

5 Discusión-Conclusión

La violencia contra la mujer es un acto que presenta ciertas dificultades para ser identificada ya que a veces cursa de forma silente en el ámbito privado. Pero, también, convive entre nosotros dándole normalidad a unos comportamientos estereotipados y socialmente admitidos. Este tipo de estereotipos culturales predisponen al personal sanitario a la hora de identificar tanto a la víctima como al maltratador. El derribo de ciertos mitos como: que consideren que la mujer maltratada debe corresponder a una clase social o cultural más desfavorecida, víctimas de personas con adicciones, o que no denuncian porque están conformes con la situación, nos ayudará a conocer este tipo de situaciones para poder actuar según el protocolo.

6 Bibliografía

- Tipos de violencia contra las mujeres. Violencia de género. Ayuda en Acción.
- Violencia contra las mujeres. Instituto de la Mujer.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de Género.2012.
- Protocolo para mejorar la atención sanitaria de las mujeres que sufren violencia de género. Atursalud.es.

- Violencia contra la mujer- Psicoterapeutas.com.
- OMS- Violencia contra la mujer World Health Organization.

Capítulo 217

RIESGOS DEL TRABAJO A TURNOS Y NOCTURNIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

YOLANDA LOPEZ RODRIGUEZ

JUAN CARLOS TOLIVIA FERNANDEZ

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

1 Introducción

El trabajo a turnos es: “toda forma de organización del trabajo en equipo, según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o de semanas”; según el artículo 36 del RD Legislativo 1/1995, del 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la ley del estatuto de los trabajadores.

Se considera trabajo nocturno al efectuado entre las diez de la noche y las seis de la mañana.

En aquellos trabajos cuya actividad debe mantenerse de forma continua es muy habitual la organización del trabajo a turnos y nocturno. Esto ocurre en el ámbito sanitario donde los servicios han de estar cubiertos las veinticuatro horas para atender a los pacientes.

Estamos acostumbrados a trabajar durante el día y descansar durante la noche, por lo que nuestra salud sufre una serie de consecuencias fruto de la alteración del ritmo biológico (ritmos circadianos).

Los turnos pueden ser fijos o rotativos, dependiendo de si el trabajador realiza siempre el mismo turno o si cambia cada cierto tiempo.

2 Objetivos

- Conocer qué tipo de alteraciones provocan los trabajos a turnos y nocturnos en la salud del personal sanitario.
- Describir todas las medidas de prevención que aminoren los daños que esto produce en nuestra salud física, mental y vida social.

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 trabajos a turnos que más afectan negativamente a nuestra salud son los rotativos y principalmente, el turno de noche.

Este tipo de trabajadores ven alterado su ciclo sueño-vigilia teniendo que soportar un esfuerzo añadido para efectuar una actividad, ya que se les exige la misma productividad. Además, no sólo afecta a su ámbito laboral, ya que su vida social y personal debe adaptarse a estos horarios.

Por tanto, el trabajo a turnos y nocturno repercute:

- En la salud del personal a nivel de alteraciones del sueño, horario de comidas provocando problemas gastrointestinales, trastornos nerviosos, mayor posibilidad de sufrir accidentes, fatiga física y mental y enfermedades cardíacas, entre otras.

-En la vida familiar y social: dificultad para compartir el tiempo por la incompatibilidad de horarios y el cansancio.

-En la vida laboral: dado que durante la noche hay una menor actividad del organismo, se pueden producir más errores, falta de concentración, fatiga, sueño, mayor número de accidentes y absentismo laboral.

Debido a la imposibilidad de eliminar turnos de trabajo y nocturnidad en el ámbito sanitario, las medidas de prevención irían destinadas a minimizar los daños en la salud. Se intentaría conseguir una organización y adaptación del trabajo que se ajustase a los ritmos biológicos y a las condiciones individuales del personal sanitario (edad, cargas familiares, embarazos). Algunas medidas serían las siguientes:

-Participación de los trabajadores en la elección del turno adaptándose a sus necesidades.

-Turnos que se ajusten a los ciclos sueño-vigilia y horarios de comida. Se aconseja cambiar de turno entre las 6- 7 horas, las 14-15 y las 22-23 horas.

-Los turnos nocturnos deberán ser más cortos que el resto.

-Los ciclos de turnos también serán más cortos, cambiando cada 2-3 días (se considera el idóneo para no alterar el ciclo circadiano), mejor realizar turnos que comiencen por el turno de noche, tarde y mañana.

-Tras el turno nocturno se descansarán dos días consecutivos (derecho al descanso).

-Reducción de jornada laboral, ya que se necesita más periodo de descanso.

-Organizar el trabajo durante el día para que sean realizados los de menor carga durante la noche (sobre todo entre las 3-6 de la mañana).

-Proporcionar un lugar adecuado para efectuar una comida caliente y equilibrada, así como pausas de 45 minutos para realizarla.

-Informar del calendario de turnos con anticipación para adaptar nuestras obligaciones personales.

-Aumentar el periodo de vacaciones y los días de libre disposición.

-Formar al personal de turnos con respecto a los riesgos que entraña este tipo de turnos.

-Poner edad límite para turnos nocturnos (voluntario a partir de los 40 años de edad).

-Acudir a los reconocimientos médicos recomendados.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajos a turnos y nocturnos producen alteraciones en nuestros biorritmos que se traducen en trastornos de la salud. Según estudios recientes, la desincronización interna que produce en el organismo afecta de forma generalizada produciendo:

- Mayor número de accidentes laborales y fuera del lugar de trabajo.
- Posible relación entre aumento de riesgo de sufrir tumores o cáncer.
- Aumento de peso y del colesterol.
- Fatiga, estrés y ansiedad.
- Mayor riesgo de padecer hipertensión y diabetes.
- Alteraciones gastrointestinales tales como úlceras y náuseas.
- Problemas cardiovasculares: hipertensión arterial, infartos.

Es evidente que este tipo de trabajo afecta a todos los ámbitos de la vida del trabajador generando una merma en la calidad y esperanza de vida. La participación del personal sanitario es primordial, a través del comité de seguridad y salud o de las personas delegadas de Prevención de Riesgos Laborales, para fijar medidas que minimicen estos efectos. Esto redundará en la salud del trabajador, reducción de costes sanitarios y en una mejor atención al paciente.

6 Bibliografía

- Guía Básica de Riesgos Laborales específicos en el Sector Sanitario.
- Los riesgos especiales y el trabajo nocturno, diversas implicaciones. <https://prevencionar.com>
- El trabajo a turnos y el nocturno/ Ista.
- Prevención de riesgos laborales-Trabajar de noche: <https://www.quironprevencion.com>.

Capítulo 218

LA TURNICIDAD Y SUS PATOLOGÍAS

SORAYA GUTIÉRREZ SAN MIGUEL

SARA MATÉ SAN MIGUEL

ANDREA ALVAREZ BAYÓN

ANDREA PIQUERO FERNANDEZ

1 Introducción

En el transcurso de nuestra vida dormimos alrededor de unos 25 años. El cuerpo está diseñado para dormir durante el periodo nocturno por lo que trabajar a turnos puede alterar nuestras horas de sueño afectando a la salud y lo que conlleva problemas físicos y psicológicos.

2 Objetivos

- Identificar las manifestaciones más frecuentes que pueden ocasionar la turnicidad en la salud.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el trabajo a turnos. 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 trabajo a turnos puede:

- Provocar alteraciones del sueño ya que la variedad en el horario (mañanas, tardes y noches) afecta a nuestros ritmos circadianos.
- Manifestaciones cardiocirculatorias como pueden ser tensión arterial alta, arritmias...
- Digestivas (alteraciones en las horas de las comidas, estreñimiento, gastritis y flatulencias...
- Trastornos psiquiátricos y psicológicos provocando ansiedad, depresión, fatiga, insomnio, teniendo mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres.
- Trastornos ginecológicos y reproductivos (en algunos casos puede provocar abortos espontáneos, partos prematuros y bajo peso del bebé).
- También llegan a crear trastornos en la vida familiar y social.

5 Discusión-Conclusión

Para reducir la repercusión del trabajo a turnos hay que:

- Intentar unos hábitos saludables con dieta equilibrada (evitar bebidas excitantes, comidas con alto contenido calórico, comidas rápidas,...)
- Ejercicio físico sin ser de manera excesiva.
- Realizar las horas de sueño recomendables.
- Evitar ambientes tóxicos (tabaco, alcohol, sustancias toxicológicas,...).

Teniendo en cuenta todas estas recomendaciones conseguiremos un estilo de vida saludable y con ello mejoraremos nuestra calidad de vida.

6 Bibliografía

- <https://prevencionar.com/>
- <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3899>
- <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35582584/rst03104.pdf>
- [responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DQUALITY_OF_SLEEP_AND_HEALTH_PER_R-R-R-.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/35582584/rst03104.pdf?responsecontentdisposition=inline%3B%20filename%3DQUALITY_OF_SLEEP_AND_HEALTH_PER_R-R-R-.pdf)

Capítulo 219

LA ADHERENCIA TERAPEUTICA: RECOMENDACIONES PARA SU MEJORA Y EL PAPEL DEL TCAE EN LA ADMINISTRACION DELEGADA DE MEDICACION.

MARGARITA HEVIA MOSQUERA

SUSANA GUTIERREZ MARTINEZ

AURORA FERNÁNDEZ LLERA

1 Introducción

Según la OMS la adherencia terapéutica es "el grado en el que la conducta de un paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas por el profesional sanitario". La adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas por el equipo multidisciplinar y expresa una colaboración activa con los profesionales sanitarios en la toma de decisiones que afectan a su propia salud, desde un punto de vista de la prevención y de las actuaciones para su recuperación y curación .

2 Objetivos

- Analizar la situación en España en cuánto al consumo de fármacos por parte de los pacientes.
- Determinar el papel del TCAE respecto a la administración de medicación delegada por enfermería en pacientes hospitalizados .

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de artículos publicados en revistas indexadas en bases de datos como Google académico, Scielo y libros del ámbito sanitario.

Palabras clave: adherencia terapéutica, tratamiento, paciente, prospecto.

4 Resultados

Según artículos consultados, prácticamente el 50 % de los pacientes crónicos en España de los pacientes crónicos en España no cumple correctamente el tratamiento prescrito, ya sea farmacológico o un cambio en el estilo de vida. La toma de medicamentos se hará sólo cuando sea necesario, siempre bajo prescripción médica y respetando la dosis, la duración del tratamiento y cómo han de tomarse. Se recomienda leer siempre los prospectos antes de empezar a usar cualquier medicación por primera vez, ayuda a conocer mejor el producto, nos indica del tipo de medicamento y para qué se utiliza, las advertencias y precauciones, la forma de administración, los posibles efectos adversos, la conservación del mismo y el contenido del envase. Si se notase algún efecto adverso debe consultarse inmediatamente con el profesional sanitario, al igual que si se olvidase de alguna toma o estuviese tomando otros medicamentos o productos naturales, infusiones y plantas, dado que pueden interaccionar entre sí. Nunca debe dejarse de tomar una medicación por cuenta propia, algunos medicamentos, aunque los menos crean adicción, siempre se consultará al médico, de lo contrario esta decisión hará que la enfermedad empeore. De igual modo tampoco han de tomarse en cuenta las recomendaciones de amigos o familiares, aunque se tengan síntomas similares, no necesariamente necesitará el mismo tratamiento, cada persona es diferente y puede reaccionar de distinta forma a los mismos.

En pacientes hospitalizados, enfermería es la encargada de administrar la medicación, pero en ocasiones delega en el TCAE cuando se trata de administrar med-

icaciones por vía rectal, tópica, oral y respiratoria. El TCAE debe observar ciertas normas como la comprobación del fármaco exacto, dosis exacta, hora exacta, vía de administración exacta y paciente exacto. Siguiendo el procedimiento, el TCAE identificará al paciente explicándole lo que se va a hacer, se pondrá los guantes, colocará al mismo en la posición adecuada en función de que el medicamento sea administrado por vía rectal, oral, tópica o respiratoria; si se administrara por vía oral se deberá comprobar que lo ha ingerido. Se observarán las reacciones del paciente después de la administración y se anotará en el registro de medicación, la hora, nombre del fármaco, vía, dosis y si se produjese algún error deberá comunicarse inmediatamente. La finalidad es la óptima administración del tratamiento farmacológico.

5 Discusión-Conclusión

Hay que lograr que entre el equipo multidisciplinar y el paciente exista una comunicación fluida y eficaz y una buena comprensión que les permita colaborar estrechamente para llevar a cabo el adecuado cumplimiento de la prescripción médica, lo que se traduce en saber qué hacer, cómo hacer y cuándo hacer. El incumplimiento del régimen terapéutico tiene importantes consecuencias clínicas y económicas derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en pacientes que lo incumplen. En definitiva, seguir un plan de tratamiento implica el éxito del mismo.

6 Bibliografía

- Martín Alfonso, L., Revista cubana de Salud Pública 2004.
- Valladares, A., Lizánb, L., Sacristán, J.A., Aten Primaria 2009.

Capítulo 220

ANOREXIA NERVIOSA ¿EPIDEMIA DEL SIGLO XXI?

TAMARA GARCÍA IGLESIAS

NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE

CRISTINA GUTIERREZ LARGO

YOLANDA GARCÍA DE ISLA

1 Introducción

Empezaremos definiendo anorexia en términos generales, siendo esta la falta anormal de ganas de comer. En cuanto a la nerviosa nos referimos a ella como un trastorno alimenticio que se caracteriza por un rechazo a comer para no engordar. Es tal la obsesión que las personas al estar tan extremadamente delgadas por llevar una dieta escasa en nutrientes ponen en riesgo su salud.

La edad de inicio se sitúa en torno a los 12 años siendo entre los 14 y 18 la población más afectada. Aunque en un 95% de los casos la anorexia afecta a mujeres jóvenes, en los últimos años se ha producido un aumento en hombres, mujeres adultas y niños. Según la profesora Isabel Polanco la anorexia nerviosa es una de las epidemias silenciosas del siglo XXI.

2 Objetivos

- Enumerar los factores desencadenantes de la anorexia nerviosa.
- Analizar la sintomatología de esta enfermedad.

3 Metodología

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

Cómo factores desencadenantes tenemos:

- Familiares: Personas con trastornos mentales que convivan con la persona, esto suele pasar en la juventud ya que se es más susceptible a imitar patrones de comportamiento. También una fuerte presión hacia el perfeccionismo contribuye a su aparición.
- Culturales: Hoy en día, tanto los medios de comunicación como las redes sociales nos muestran personas excesivamente delgadas haciendo ver a niñas y jóvenes (especialmente) que es el tipo de mujer que la sociedad admite.
- Individuales: Se puede heredar, llegando a desarrollar la enfermedad e incluso tener un cuadro clínico como una depresión puede llevarnos a padecerla.

En cuanto a los síntomas tenemos entre otros:

- Cefalea (dolores de cabeza).
- Caquexia (delgadez extrema).
- Bradicardia (caída de la frecuencia cardíaca).
- Hipotensión (tensión baja).
- Piel seca.
- Sensación de cansancio.
- Pérdidas de cabello.
- Amenorrea (desaparición de la menstruación).

Todo ello puede llevar a la muerte como desenlace final.

5 Discusión-Conclusión

Una buena y completa dieta es fundamental para que nuestro organismo reciba todos los componentes necesarios. Desde pequeños se nos deben educar con buenos hábitos a través de juegos, cuentos e imágenes. La televisión, la prensa escrita y las redes sociales deberían ser los que prohibiesen imágenes o dietas que

atenten contra la vulnerabilidad de niños y adolescentes, sector más propenso a desarrollar la anorexia. Se debe de realizar un seguimiento coordinado entre profesionales de la salud, familia e individuos afectados, realizar una correcta educación alimentaria y nutricional desde la infancia, conseguir un diagnóstico precoz de la enfermedad, eso dará más margen a la hora de conseguir resultados favorables y una buena educación a nivel social.

6 Bibliografía

- <https://www.abc.es>.
- <https://m.youtube.com>.
- <https://psicologiaymente.com>.
- <https://home-fitness.es>.
- <https://cuidateplus.marca.com>.

Capítulo 221

EL SINDROME DEL CUIDADOR QUEMADO

NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS

ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

NATALIA CUERVO CUERVO

SORAYA MORENO CORREA

FATIMA GAYOL

1 Introducción

En el último siglo hemos sido testigos del aumento en la esperanza de vida de la población, esto conlleva un aumento de las personas mayores que tienen una mayor probabilidad de desarrollar discapacidades con necesidad de cuidados. Estos cuidados pueden ser dados por personal sanitario o como es más común de la propia familia. Dentro de la familia suelen ser hijos, cónyuges y hermanos. Mayormente es mujer.

El cuidado de estas personas dependientes produce un desgaste físico y psíquico en el cuidador, en el caso de la familia este desgaste es más evidente debido a que se convive con el paciente y a la falta de estrategias para afrontarlo. Cuando se llegan a estados muy altos de este desgaste y son continuados a lo largo del tiempo, puede generar el conocido como síndrome del cuidador quemado.

La primera vez que se acuña este término lo pronuncia Herbert J. Freudenberger, psicólogo estadounidense, en 1974 describiendo cómo tras un año un grupo de voluntarios de una clínica desarrollaban una aptitud despectiva hacia los enfermos. Christina Maslach, psicóloga estadounidense, en 1977 dio a conocer este término citándolo como un desgaste emocional y físico que sufre el cuidador de una persona dependiente.

2 Objetivos

- Definir la escala para medir la sobrecarga del cuidador, los factores y síntomas que pueden darse en el cuidador.
- Describir las medidas a adoptar ante la sobrecarga del cuidador.

3 Metodología

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

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 utilizado las palabras claves: cuidador quemado, síndrome del cuidador y burnout.

4 Resultados

- Escala de carga del cuidador de Zarit.
Consta de 22 preguntas que se miden en una escala del 0 al 4, siendo 0 nunca, 1 rara vez, 2 alguna vez, 3 bastantes veces y 4 casi siempre. Siendo sobrecarga si es mayor de 46, sobrecarga leve hasta 56 y sobrecarga intensa más de 56.

Los factores que pueden darse en los cuidadores son dos:

- Todos aquellos derivados del paciente.
- Percepción del cuidador.

Los síntomas que puede presentar el cuidador pueden ir desde el cansancio, pérdida de la autoestima, irritabilidad, tristeza, descuido de sus necesidades, estrés,

depresión, insomnio, cambio en el apetito y en el peso, mayor tendencia a tener accidentes, problemas de memoria, abuso del consumo de alcohol, tabaco, estupefaciente etc... entre otros.

Para poder prevenir el síndrome del cuidador quemado deberemos de adoptar y seguir una serie de pautas:

- Aprender a pedir y aceptar ayuda de familia, amigos e incluso grupos de apoyo.
- Atender el propio estado físico cuidando su alimentación y realizando ejercicio físico regularmente.
- Guardar algunas horas al día para dedicártelas. Puedes realizar algún hobby, dedicarlo al deporte o a relaciones personales, etc
- Aprende a decir no.
- Incita al enfermo a realizar pequeñas tareas que harán que este se sienta a la vez más útil y mejoren su autonomía a la vez que aliviarán alguna carga o trabajo del cuidador.
- Acepta la realidad del enfermo y se realista ante su enfermedad.
- Solicita información y formación sobre las necesidades del enfermo.

5 Discusión-Conclusión

Los síntomas descritos pueden hacer llegar al cuidador a generar una violencia enfocada hacia el enfermo que cuidan. Tenemos que aprender a conocerlos, para así poder tratarlos. El sector de cuidadores de personas mayores discapacitadas es muy vulnerable. Por lo que el equipo médico encargado de la persona enferma debería de prestar atención también a los síntomas que pueda presentar el cuidador para poder ayudarle en la medida de lo posible.

6 Bibliografía

- <http://hdl.handle.net/10495/7232> Zambrano Cruz, R., & Ceballos Cardona, P. (2007). Síndrome de carga del cuidador. Revista Colombiana de Psiquiatría, 36(1), 26-39.
- Rev Cubana Enfermer 2001;17(2):107-11. SÍNDROME DEL "CUIDADOR" EN UNA POBLACIÓN ATENDIDA POR EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE ATENCIÓN GERIÁTRICA. Lic. Leydis Lara Pérez, 1 Dra. Madalys Díaz Díaz, 2 Lic. Elisa Herrera Cabrera 3 y Dr. Pablo Silveira Hernández
- <https://cuidadores.unir.net/informacion/cuidador/cuida-tu-mente/123-el-sindrome-del-cuidador-sintomas-psicologicos> Marta Ardizzone. El síndrome del

cuidador quemado: síntomas psicológicos

- <https://knowalzheimer.com/cuidadores/sindrome-del-cuidador-quemado/>Síndrome del cuidador quemado,
- <https://www.cuidum.com/blog/el-sindrome-del-cuidador-quemado/>El síndrome del cuidador quemado una realidad invisible
- <https://www.fundacioncaser.org>
- <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/noticias/causas-sintomas-y-estrategias-de-afrontamiento-del-sindrome-del-cuidador-quemado>Causas, síntomas y estrategias de afrontamiento del síndrome del cuidador quemado. 9 de marzo de 2016. Por Danny Echerri Garcés.
- Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20:649-655.

Capítulo 222

RELACIÓN DE AYUDA DEL PERSONAL TÉCNICO AUXILIAR DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA CON LOS PACIENTES

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

RAQUEL CAMPORRO LLANA

1 Introducción

Para ofrecer una relación de ayuda eficaz a los pacientes, es necesario tener en cuenta unos factores que determinarán un efecto positivo en su pronta recuperación.

A) **EMPATÍA:** También llamada inteligencia interpersonal, supone ponerse en el lugar de la otra persona, interiorizando su situación, y transmitirle que se le comprende.

B) **ESCUCHA ACTIVA:** Consiste en una comunicación bilateral, recogiendo y respondiendo los mensajes que el otro nos transmite, atendiendo a la comunicación verbal y no verbal y utilizando el feedback. Formas de realizar escucha activa:

- Parafrasear: repetir las principales palabras de l@s pacientes.
- Resumir: agrupar, sintetizar y ordenar la información.
- Mostrar interés.
- Reflejar: indagar sobre los sentimientos del paciente que estamos escuchando.
- Clarificar: precisando lo que se dijo. Ayuda a ver otros puntos de vista.

Características de la escucha activa: Eliminar las posibles distracciones mientras nos comunicamos; hacer sentir cómodos a los pacientes; demostrar atención mediante gestos, como asentir con la cabeza; utilizar volumen y tono adecuados; no interrumpir ni juzgar; establecer contacto visual...

C) ASERTIVIDAD: Habilidad personal que permite expresar opiniones, sentimientos y pensamientos, en el debido momento, sin desconsiderar los derechos de los demás. Se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas: la pasividad y la agresividad. La asertividad es un factor decisivo en la conservación y aumento de nuestra autoestima.

TÉCNICAS ASERTIVAS:

- Técnica del aplazamiento asertivo: Aplazar la respuesta con la que intenta desafiar hasta el momento en que se sienta tranquilo para responder correctamente.
- Técnica de la ironía asertiva: Responder positivamente a una crítica hostil.
- Técnica de ignorar: la razón por la que el/la paciente parece estar enfadado y aplazar la discusión hasta que se halla calmado.
- Técnica de la claudicación simulada: Aparentar ceder terreno sin hacerlo realmente.
- Técnica de la pregunta asertiva: Incitar a la crítica para obtener información.
- Técnica de acuerdo asertivo: Responde a la crítica admitiendo que ha cometido un error.
- Técnica para procesar el cambio: Desplazar el foco de discusión, dejando a parte el tema de la misma.
- Técnica de quebrantamiento del proceso: Responder a la crítica con una sola palabra(sí, no, quizá,...)
- Técnica del disco roto: Repetir su punto de vista con tranquilidad.

2 Objetivos

Identificar las diferentes técnicas de comunicación entre el técnico de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) y el paciente.

3 Metodología

Se utilizaron buscadores de ciencias de la salud como: PubMed español, Scielo. Criterios de inclusión: Temática sobre comunicación, actitudes de los TCAES, estilos de comportamiento; texto completo y gratuito en español. Criterios de

exclusión: Textos en idiomas extranjeros. Palabras clave: TCAE, empatía, ayuda, pacientes. Se ordenaron según relevancia y fueron analizados.

4 Resultados

OBJETIVOS DE UNA BUENA COMUNICACIÓN:

- Conseguir una comunicación eficaz y de confianza.
- Ofrecer una atención personalizada y de calidad.
- Alentar a los pacientes a expresar sus sentimientos y emitir mensajes.

TÉCNICAS DE RESPUESTA DEL TCAE

- Información: Se debe tener en cuenta la información que está a nuestro alcance para ofrecérsela al paciente y la que no.
Validación: Debemos saber interpretar lo que los pacientes nos transmiten a través del lenguaje no verbal a cerca de sus necesidades.
- Paráfrasis: Resumimos el mensaje del paciente repitiéndolo.
- Uso de preguntas abiertas: Dan pie a que los pacientes se expresen más libremente.
- Uso del silencio: Vale para mostrar interés, debe ser natural y nos ayuda a conocer más a los pacientes a través del lenguaje no verbal

FASES DE LA RELACIÓN DE AYUDA

- Encuentro personal: Acoger a los pacientes de manera apropiada tanto en el ámbito físico (características del hospital, aspecto del personal...) como en el psicológico (disponibilidad, empatía del TCAE...).
- Exponer e identificar el problema: Para ello los TCAES deben ofrecer empatía, escucha activa, respeto...para ayudar al paciente a expresar su problema e involucrarlo en su recuperación.
- Confrontación y reestructuración del problema: Debemos enseñar a los pacientes a tener una visión del problema con soluciones, aceptando los que no las tienen.
- Plan de acción: Se decide el diagnóstico y objetivos.
- Fin de la relación ó separación: Cuando los pacientes son dados de alta.
- Evaluación: Estudiar si se lograron los objetivos marcados.

RELACIÓN DE LOS TCAES CON LOS PACIENTES

Dentro de las actividades que debe desempeñar el/la TCAE, además de las de carácter técnico, están las de proporcionar bienestar psicológico a los pacientes. Existen diversos tipos de relación:

- Consumista: Se le ofrece a los pacientes distintas alternativas y ellos escogen.
- Sistémico: Los TCAE se esfuerzan por conocer datos acerca de la forma de vida de los pacientes, creencias, familia...y desempeñar su trabajo de acuerdo a estos conocimientos.
- Relación centrada en el paciente: Se realiza un diálogo en el que las dos partes expresan sus opiniones de igual modo, llegando de esta manera a acuerdos en la forma de actuar.
- Paternalista: Los TCAE toman decisiones de forma autoritaria.

5 Discusión-Conclusión

Una relación positiva entre TCAE y paciente influye en una pronta recuperación, ya que se encuentran más motivados para cumplir las prescripciones médicas y tratamientos. Se genera en ellos una satisfacción con el sistema de salud y afrontarán mejor su enfermedad.

Por ello es muy importante que los TCAE se muestren accesibles, atentos, respetuosos y amables, ya que son de los profesionales que más tiempo pasan con el/la paciente y más cercanía tienen con ellos ayudándoles en el aseo, comidas, entre otras funciones.

6 Bibliografía

www.isipedia.com. <https://issu.com>. www.aecs.es. www.adams.es.
 Lair Rivero. La comunicación eficaz. 2ª Ed. Urano.
 Ubaldo Cuesta. Comunicación y salud: Un enfoque multidisciplinar.
 Ed. Fragua.2019

Capítulo 223

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES EN ENFERMERÍA EN ALZHEIMER

MARIA JOSE ROKALY VILLAR SANCHEZ

1 Introducción

La demencia es la pérdida de habilidades intelectuales lo suficientemente severa para afectar al desempeño de funciones sociales y llevar a cabo actividades de la vida diaria .Ahí la ayuda que aporta el TCAE .

2 Objetivos

Explicar las principales funciones del TCAE para los pacientes con enfermedad de Alzheimer.

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 habitación del paciente ha de ser cómoda, se debe controlar la temperatura, la ventilación el ruido y los olores de la habitación para controlar un entorno mas confortable

Los objetivos a conseguir serán:

- Correcta higiene.
- Cuidados de la piel.
- Higiene oral.
- Cuidado del cabello.
- Cuidado de pies y manos.
- Cuidados de oídos y ojos.

El estado de salud de toda persona dependiente ,en gran medida , del aporte de cada uno de los nutrientes que el organismo necesita para construir y reparar los tejidos y regular los procesos metabólicos, de ello depende la labor del TCAE en estos pacientes dependientes.

5 Discusión-Conclusión

La alteración de la deglución o disfagia es una de las incapacidades que más incapacita al paciente. Por otro lado el deterioro cognitivo . La mal nutrición favorece el empeoramiento de la patología .Es fundamental que los pacientes con esta enfermedad se les adapte la alimentación individualmente.

6 Bibliografía

- Google Académico.
- Libros y apuntes propios.

Capítulo 224

LOS SISTEMAS DE SALUD

SILVIA MEANA GOMEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS

1 Introducción

La salud social es la habilidad para la adaptación y la auto gestión ante los cambios y desafíos del entorno, así como la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias con otras personas. La OMS identifica varios determinantes sociales de la salud, uno de ellos son los sistemas de salud.

2 Objetivos

- Analizar en qué consiste un sistema de salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud

necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero. El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena disposición de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas. Algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos. Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos.

6 Bibliografía

- WHO.INT [Internet]. Observatory; c20013 [cited 2019 Dic 27]. Available from: <https://www.who.int/whr/2003/chapter7/es/>
- WHO.INT [Internet]. Observatory; c 2005 Nov 9 [cited 2019 Dic 27]. Available from: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>

Capítulo 225

TENDENCIAS ACTUALES DE LA LEGISLACIÓN EN SALUD MENTAL

MÓNICA MARTÍN DÍAZ

ROSA MARIA VAZQUEZ GARCIA

M^a ANGELES MARTINEZ BESTEIRO

LAURA MUÑIZ MONTEIRO

CRISBEL GALLARDO PEREZ

1 Introducción

Cuerpo legal que tiene objetivo proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los ciudadanos, proporcionando los mecanismos para asegurar el adecuado cuidado, tratamiento, y protección de los derechos de las personas con trastornos mentales así como la promoción de la salud mental de la población.

Principios Básicos de la Ley de Salud Mental desarrollados por la OMS / OPS en 1996, a la hora de diseñar legislación en salud mental:

- Promoción de salud mental y prevención de trastornos mentales.
- Acceso a servicios básicos de salud mental.
- Evaluación de la SM de acuerdo a los principios aceptados internacionalmente.
- Brindar servicios de SM lo menos restrictivo posible.
- Autodeterminación.
- Derecho de ser asistido en el ejercicio de su autodeterminación.

- Disponibilidad de procedimientos de revisión y/o apelación.
- Periódico mecanismo de revisión automática.
- Decisores calificados.
- Respeto las reglas de la ley.

Es interesante conocer que cerca del 75% de los países del mundo tiene algún tipo de legislación en salud mental, y de ellos sola la mitad (51%), tienen leyes actualizadas después de 1990 y cerca de la 6ª parte (15%) tienen legislación de antes de la década de los 60' (OMS, 2001 a). Por lo tanto, una buena parte se encuentra desactualizada y en otros casos no se cumple con la promoción de los derechos de las personas con trastornos mentales. La existencia de una legislación en salud mental, no representa necesariamente la garantía y protección de los derechos de los enfermos mentales, de hecho en algunos países, especialmente donde la legislación existe pero no ha sido actualizada por muchos años, con frecuencia existen violaciones que afectan a estas personas.

La legislación en salud mental debe ser vista como un proceso continuo y no como un evento aislado, que se desarrolla en el tiempo. Esto significa que necesariamente la legislación es revisada y enmendada a la luz de los conocimientos y avances en los servicios, tratamientos y rehabilitación de los trastornos mentales y de la mejoría de la entrega y desarrollo de este tipo de servicio especializado. Esto puede contribuir a hacer más accesibles los servicios de salud mental, de aceptable y adecuada calidad, brindando a personas con trastornos mentales mejores oportunidades a ejercer su derecho a recibir adecuados tratamientos, incluyéndolas por ejemplo, en una declaración de responsabilidad por:

- Desarrollar y mantener servicios basados en la comunidad.
- Integrar los servicios de salud mental en la atención primaria de salud.
- Integrar los servicios de salud mental con otros servicios sociales.
- Brindar servicios a personas incapaces de tomar decisiones debido a su enfermedad mental.
- Establecer de requisitos mínimos de contenido, alcance y naturaleza de los Servicios.
- Asegurar de la coordinación de varios tipos de servicios.
- Desarrollo del personal y Standard de recursos humanos.
- Asegurar la protección de los derechos individuales y promover actividades de defensa entre los usuarios de salud mental.

2 Objetivos

El objetivo principal del siguiente trabajo es realizar una revisión sobre las recomendaciones actuales y realizar una comparativa entre la literatura contrastada y con evidencia científica disponible.

El objetivo secundario de este trabajo es consultar las últimas actualizaciones y renovar conocimientos sobre el tema con el fin de asesorar bien a las familias que se vean en esta situación y a los profesionales a cargo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de bibliografía actual sobre el tema en Google Scholar y Scopus.

Se han buscado artículos recientes, con 5 años de antigüedad como máximo excepto literatura considerada como clásica en el tema que se trata. Los artículos anteriores a 2014 se han actualizado periódicamente desde su publicación y siguen siendo representativos.

Criterios de inclusión/ exclusión:

- Antigüedad o actualizados.
- Idioma, castellano o traducción.
- Publicado en base de datos científica.

4 Resultados

Secreto profesional y práctica en salud mental.

Los conflictos en torno a la confidencialidad se hacen más patentes en el campo de la práctica en salud mental por los siguientes motivos:

- Se maneja información sensible, datos acerca de la intimidad del sujeto y/o relaciones familiares.
- La etiqueta psiquiátrica resulta estigmatizante desde el punto de vista social y personal, más si cabe en el caso de niños y adolescentes. Hay que ser especialmente cuidadosos para, sin faltar al rigor profesional, ofrecer la información mínima necesaria para el beneficio de nuestro paciente.
- Para los profesionales de salud mental quebrantar la confidencialidad supone arriesgarse a perder la relación terapéutica y la continuidad del tratamiento.

Tratamiento de menores.

Las intervenciones terapéuticas con los menores tienen un marco legal diferenciado que se estableció en la Ley del Menor de 1996. El menor está en una situación de incapacidad temporal que requiere que las decisiones respecto a él sean tomadas por aquellos que ejercen la patria potestad. Ahora bien, la reciente irrupción en la discusión de la doctrina jurídica de la teoría del menor maduro, hace que sea necesario valorar la competencia para la toma de decisiones en edades superiores a los 14 años.

Algunos aspectos a tener en cuenta en el trabajo con menores son:

- Los menores a menudo no realizan una demanda directa; son traídos. Esto hace que uno de los aspectos que haya que trabajar desde el principio sea el de la voluntariedad.
- En este marco el conflicto puede surgir porque el menor solicite que no sean comunicados determinadas informaciones a sus tutores/padres o porque éstos pretendan un acceso a los contenidos de las sesiones.
- Otra posibilidad es que la terapia evidencie el riesgo o la sospecha de abusos del menor.

Propuestas:

- Centrar al menor y a sus tutores en el marco legal en que se desarrolla la relación clínica.
- Es importante pactar desde el primer momento con el menor y con sus padres los niveles de comunicación que van a presidir el tratamiento, los aspectos que se van a compartir y la existencia, en su caso, de ámbitos confidenciales no compartidos y las posibles excepciones a esta confidencialidad. El menor debe saber que no puede utilizar la terapia para evitar consecuencias de sus conductas.
- Evitar la proliferación de informes escritos y su difusión.

Información al paciente y a terceros

El tipo de información sujeta al secreto profesional se refiere tanto a la aportada por el paciente y la familia, como a la valoración del profesional y al propio hecho de que el paciente esté en tratamiento, o ingresado. También incluye a la información suministrada por terceros sobre el paciente o sobre ellos mismos y para la que demanden discreción.

-Información al paciente: Dado que nuestros pacientes son menores, siempre se informa a la familia o responsables legales. Es necesario contar con el menor, sobre todo en el caso de los menores «competentes». Por tanto el menor y su familia tienen derecho a ser informados sobre su situación, posible diagnóstico,

tratamientos aplicables y todos aquellos aspectos que tengan que ver con la práctica clínica.

-Información a terceros: La información a terceros que no sea la familia o responsables legales del menor ha de contar con el permiso de estos últimos. En el caso de los profesionales relacionados con el caso, como profesores o profesionales de Servicios Sociales, aunque también están sujetos al secreto profesional, es necesario recordar el principio de la información mínima y suficiente.

-Emisión de informes: Si el informe es para el colegio o los Servicios Sociales, o por procesos judiciales, es conveniente dar la información necesaria y pertinente, evitando datos personales y familiares.

La relación con el ámbito judicial: peritajes y testimonios

Lo prioritario en este ámbito es la colaboración con la judicatura. El juez es quién finalmente decide en situaciones que implican a un menor, a un presunto incapaz o a un imputado. Estas situaciones suelen ser las más conflictivas en relación con el secreto profesional.

Una cuestión importante es la referente a nuestra obligación de declaración y denuncia de delitos conocidos en el ejercicio de la profesión y que podrían perjudicar tanto al propio profesional como a otros.

La protección del menor ante sospecha de malos tratos o abusos es prioritaria. (Declaración de

Madrid (1986) y Declaración de Hawai (1997)).

Solicitud de informes por parte de los jueces, e incluso de toda la historia clínica. El profesional está obligado a la entrega de informe o historia completa ante esta demanda aunque está en su derecho de pedir aclaración de los motivos de la petición.

Solicitud de que el profesional actúe como perito o como testigo en procedimientos judiciales.

Aspectos éticos y legales de la historia clínica

La historia clínica es un documento esencial en la relación profesional-paciente. La elabora el profesional, con información aportada por el menor y su familia, y con las inferencias, juicio clínico y notas del propio profesional. El acceso a la HC está regulado en la ley 41/2002.

Propiedad de la historia clínica.

- El profesional tiene el derecho moral.
- La institución o empresa tiene el derecho económico.
- El paciente tiene la propiedad material.

En relación a la propiedad material, en la consulta privada, el paciente-cliente paga por el acto médico, y por tanto la historia es de su propiedad, y ha de recibirla del médico cuando la pida o cuando finalice su relación.

Si el profesional trabaja por cuenta ajena (público o privado) la cuestión es más confusa porque si bien la propiedad es del centro o empresa, también lo es del paciente que paga de forma directa o indirecta por ese servicio.

Acceso a/ Uso de la historia clínica.

La Ley General de Sanidad aclara que el acceso está restringido al paciente, en nuestro caso a los tutores legales, y a los profesionales directamente implicados en el tratamiento, con los límites éticos y legales pertinentes. Según el código deontológico, la historia clínica se redacta para facilitar la asistencia, y cualquier otro uso debe de contar con la autorización del profesional y de los tutores legales del paciente.

- Ante solicitud de historia por parte del paciente o su familia, se le entregará un extracto sin anotaciones subjetivas del profesional.
- Si la solicitud parte de otro profesional sanitario, se le entregará la historia completa, ya que también está sometido al secreto profesional
- Cuando un juez solicita la HC, hay que entregarla en su totalidad.

Los datos que se usen para investigación precisan del consentimiento informado del paciente o su familia, y el visto bueno de la Comisión de Bioética del área de salud u hospital que corresponda.

Consentimiento informado para realizar intervenciones

Se trata de obtener la conformidad del paciente o de los tutores, en nuestro caso al ser un menor de edad, para aplicar un tratamiento médico o quirúrgico con finalidad curativa.

La aplicación de una intervención sanitaria sin un consentimiento informado previo puede significar de por sí un acto de «mala praxis médica», e incluso, dejando a un lado aspectos

éticos, podemos estar incurriendo en responsabilidad criminal por un delito de coacciones (art.

172 del Código Penal). La indicación adecuada no exime de responsabilidad.

La Ley General de Sanidad del 25 Abril de 1986 aclara los aspectos del consentimiento informado:

-Es preciso el previo consentimiento escrito para realizar cualquier tipo de intervención médica que implique un daño para el paciente. Si no entraña riesgo, no se precisa.

-Se contemplan tres situaciones de excepción donde, a pesar de que haya un riesgo implícito en la intervención, se puede actuar sin el consentimiento del paciente: a) Si la no intervención supone un riesgo para la salud pública. En este caso prevalece el bien de la comunidad. b) Cuando el paciente no está en condiciones de consentir: se debe obtener consentimiento informado de familiares o tutor legal. En nuestro caso ésta es la norma. c) Situaciones de urgencia

En el caso de las determinaciones analíticas de VIH, Hepatitis C, alcohol y drogas de abuso se debe de contar con el consentimiento del paciente o su familia:

En el consentimiento informado se debe de especificar la información completa, verbal y escrita de manera comprensible para sus receptores. El consentimiento debe referirse siempre al acto o intervención médica concreta, no son válidos los consentimientos donde se haga referencia a intervenciones en términos genéricos e indeterminados.

Hospitalización

La hospitalización es un recurso terapéutico mediante el que se decide el ingreso de una persona en una institución para aplicarle un tratamiento indicado y que no puede ser aplicado de forma ambulatoria. Los internamientos psiquiátricos están regulados por el artículo 763 de la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil.

En el caso de ingreso a un menor, aunque los padres o tutores legales estén de acuerdo, la firma de consentimiento de éstos no es suficiente, es necesaria la autorización judicial. Por tanto en los ingresos para pacientes menores de edad siempre es necesario pedir autorización judicial, bien sea previa o en el plazo de las primeras 24 horas. El juez puede decidir sobre conceder o no la autorización, con un plazo máximo de 72 horas, pero en cualquier caso autoriza, no ordena, y el criterio médico es el que prevalece. El psiquiatra puede proceder al alta sin previa autorización del juez, aunque debe informarle.

Este artículo regula específicamente que «El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor».

Otro caso diferente es el de orden judicial de ingreso en el que el criterio que

prevalece es el judicial. Normalmente existe condena previa y el ingreso se realiza para estudio o tratamiento.

El juez puede ordenar también, en virtud de la Ley de responsabilidad penal del menor, el tratamiento de un menor en otros dispositivos terapéuticos.

5 Discusión-Conclusión

La ética conlleva un ejercicio profesional, una calidad en la atención, que ha de tomar en cuenta una particularidad de relevancia: el objeto de los cuidados en un ser humano, único y unificado, inscrito en un marco comunitario y familiar. Su desarrollo exige aceptar la opinión del otro y situarse adecuadamente ante un malestar y enfermedad que implica consecuencias e interacciones en la totalidad somática y psíquica del individuo y en su entorno familiar y social.

Principales aspectos éticos:

- El profesional de enfermería ha de aprender a anteponer el bienestar físico, mental y social del niño a cualquier otra consideración, debiendo ser sensible a los principios éticos y legales de su ejercicio profesional.
- Como enfermero clínico ha de saber cuidar la relación con el niño y su medio familiar, así como la asistencia integrada y completa del paciente.
- Ha de mantener una actitud crítica para valorar la eficacia y el coste de los procedimientos que utiliza, y demostrar interés por el autoaprendizaje y perfeccionamiento profesional continuado.
- Como científico aprenderá a tomar decisiones en base a criterios objetivos y de validez demostrada (Enfermería Basada en la Evidencia).
- Como componente de un equipo asistencial se ejercitará en mostrar una actitud de colaboración con los demás profesionales de la salud.

Principales problemas éticos:

- Marginalización económica y social.
- La estigmatización.
- La ausencia de protección legal contra el trato incorrecto y abusivo que estos reciben.

Los derechos humanos deberían jugar un papel más protagonista en el diseño, la evaluación y la provisión de los servicios de salud mental. No es posible eliminar el estigma sin cambiar la forma en la que se prestan algunos servicios.

Algunas acciones que pueden ser útiles para mejorar los derechos humanos son:

- Aumentar la sensibilización sobre la existencia de instrumentos y normas para la protección de los derechos humanos.
- Utilizar mecanismos que sirvan para monitorizar la protección de derechos.
- Sensibilizar y formar a todas las partes implicadas en la importancia de la protección de derechos para eliminar el estigma y promover la recuperación.

6 Bibliografía

- http://www.psiquiatria.com/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/la-etica-en-lasdecisiones-enfermeras-en-los-cuidados-de-salud-mental/
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202007000200002&script=sci_art-text
- <http://www.1decada4.es/profsalud/eticaddhh/>
- http://www.revistahospitalarias.org/info_2005/03_182_03.htm
- <http://departamentos.uca.es/C112/grado/fichasenfer/infancia-adolescencia>
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202007000200002&script=sci_art-text

Capítulo 226

EL TCAE COMO POSIBLE VÍCTIMA DEL BURNOUT

ASTRID RUIZ SUÁREZ

PALOMA LÓPEZ PRENDES

VANESA FERNANDEZ SOL

MARTA RICO GARCIA

1 Introducción

El burnout o “síndrome de estar quemado” es considerado una enfermedad en la actualidad. Su alcance es cada vez mayor entre la población activa. Una de las personas pioneras en describir su sintomatología fue el psicólogo Herbert Freudenberger, que mientras desarrollaba su actividad como asistente sanitario en una clínica para toxicómanos, advirtió después de un tiempo, una pérdida de dinamismo, motivación y eficacia en sus compañeros voluntarios y en el mismo.

El cansancio que experimenta la persona que padece Síndrome de Burnout (SB) es físico, mental, emocional y con el tiempo llega a perjudicar el ámbito personal, causando un estado de inestabilidad psicológica. El SB es una situación de evolución progresiva, se considera el estadio avanzado del estrés laboral, fruto del estrés profesional crónico. Afecta principalmente a organizaciones de servicios donde el contacto con personas vulnerables es prolongado, el clima laboral complejo y existen situaciones estresantes, como es el caso del sector sanitario, que requiere además de vocación, dedicación e implicación laboral.

2 Objetivos

- Describir los factores que influyen en el desarrollo del burnout.
- Enumerar las distintas fases o etapas que atraviesan las personas con síndrome de burnout.
- Identificar los síntomas más característicos de la enfermedad.

3 Metodología

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

Se ha realizado una revisión bibliográfica de guías, artículos y publicaciones relacionadas con el tema en distintas bases de datos como: Scielo, PubMed, Dialnet.

Los descriptores que se han utilizado son: sanidad, burnout, ambiente laboral, estrés laboral, síndrome del quemado.

4 Resultados

Factores desencadenantes del SB:

Es un síndrome multicausal, suma de varios factores además del estrés. Algunos de ellos son los siguientes:

- Profesionales: sueldos bajos, carga laboral excesiva, deshumanización en el ambiente de trabajo, largas jornadas de trabajo, estructura organizacional.
- Ambientales: condiciones higiénicas deficitarias, ruido excesivo, falta de espacio o luminosidad entre otros.
- Personales: perfeccionismo extremo, baja tolerancia al fracaso, niveles excesivos de autoexigencia (variables relacionadas con la personalidad y las expectativas creadas por el trabajador). Se incluyen también en este apartado las estrategias de afrontamiento frente a situaciones causales o no del SB.
- Sociales: destaca la necesidad de adquirir reputación, la presencia de estresores extralaborales y ausencia de apoyo social (principalmente familia y amigos).

Fases del SB:

- Fase de entusiasmo: el trabajador muestra una perspectiva positiva sobre la labor que va a realizar, con aspiraciones poco realistas. Se muestra enérgico y su implicación es excesiva, al igual que la carga de trabajo voluntaria que decide

desempeñar. La falta de culminación de las expectativas iniciales provoca decepción y da paso a la siguiente etapa.

- Fase de estancamiento: el trabajador advierte una descompensación en la relación esfuerzo/recompensa, además de dificultad para lograr sus objetivos, como resultado aparece el estrés.
- Fase de frustración: se caracteriza por la irascibilidad del trabajador consecuencia de la frustración, desánimo o decepción. Afloran los trastornos conductuales, fisiológicos y emocionales.
- Fase de apatía: etapa central del burnout. Se produce una suspensión del desarrollo de las actividades debida a la indiferencia y apatía por parte del trabajador.
- Fase de alejamiento o estancamiento: el colapso cognitivo y emocional provoca la frustración permanente del trabajador. El abatimiento emocional, la despersonalización y los sentimientos de vacío son habituales en esta etapa, con graves efectos sobre la salud.

Sintomatología:

Pueden cambiar en función de las particularidades del trabajo, la situación personal o la persona, pero generalmente una de las señales iniciales es la falta de motivación y el agotamiento crónico.

- Manifestaciones psicósomáticas: dolor de cabeza, molestias musculares, problemas digestivos, vulnerabilidad a enfermedades, fatiga crónica, insomnio, etc. Son molestias que afectan de manera negativa al bienestar.
- Manifestaciones conductuales: negatividad, síntomas depresivos y/o ansiosos, evasión en la interacción social, absentismo laboral, etc. (Están relacionados con los cambios de la percepción, el ánimo, el pensamiento y la conducta).
- Manifestaciones emocionales: sentimiento de soledad y vacío, fracaso, frustración, desmotivación, que causan falta de energía y bajo rendimiento, relacionados con las emociones.

5 Discusión-Conclusión

El sector sanitario es uno de los colectivos más aquejados por el burnout en España, un síndrome que no solo afecta a la salud del trabajador a distintos niveles, sino que también repercute en la calidad asistencial. El auxiliar de enfermería puede ser víctima del burnout, ya que es uno de los profesionales sanitarios que está expuesto a una elevada carga física pero sobre todo psicológica. El trabajo a turnos, la alta demanda de pacientes, la convivencia con la muerte y el sufrimiento, sumados a otros factores como circunstancias estresantes y cargas elevadas

de trabajo, pueden culminar en síndrome de burnout.

Las medidas de prevención son la manera más efectiva de reducir la incidencia de SB en los profesionales sanitarios (TCAE). Lo ideal es que el nivel inicial de prevención provenga de la organización, abordando el entorno laboral, y que en el segundo nivel se localice a los trabajadores estresados para minimizar el motivo causante.

6 Bibliografía

- https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152015000100014 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112224>
<https://depositodeguias.wordpress.com/>

Capítulo 227

LOS CUIDADOS INVISIBLES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BELEN GASCÓN PÉREZ

SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO

1 Introducción

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza trabajos que si bien no quedan registrados, son de una importancia capital para el cuidado y atención óptima a la calidad de vida del paciente, no se miden ni aparecen escritos en ningún documento y principalmente tienen que ver con la dimensión humana y relacional. Son los cuidados invisibles, aquellos que buscan el bienestar, el confort, el autocuidado y la mayor independencia del paciente.

Según la teoría de las necesidades humanas Abraham Maslow plantea que el ser humano está constituido y compuesto por un cuerpo físico, un cuerpo sociológico y un cuerpo espiritual y que cualquier repercusión o problema que ocurre en alguno de estos cuerpos repercute automáticamente sobre el resto de los cuerpos de la estructura. Maslow formula en su teoría una jerarquía de necesidades humanas y defiende que conforme se satisfacen las necesidades más básicas (parte inferior de la pirámide), los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados (parte superior de la pirámide).

Siguiendo el orden jerárquico de la pirámide tenemos las siguientes necesidades humanas fundamentales:

- Necesidades fisiológicas o biológicas fundamentales.
- Necesidad de actividad, reposo y sueño.
- Necesidad de eliminación por: piel, urinaria y digestiva.
- Homeotermia.
- Oxigenación.
- Nutrientes, agua y equilibrio hidroelectrolítico.
- Seguridad física.
- Necesidades sexuales.
- Necesidades psicológicas.
- Comunicación.
- Conocimiento.
- Pertenencia.
- Afecto.
- Seguridad psíquica.
- Necesidades sociales.
- Trabajo.
- Vivienda.
- Educación.
- Vestuario.
- Recreación.
- Necesidades Espirituales.

Es por esto que durante el proceso de atención sanitaria es necesario atender a todos los ámbitos, progresando desde los más básicos hasta la ayuda para lograr la autorrealización y maduración personal. Los cuidados de calidad implican un cuidado más humano, que además de estar centrado en el cuidado integral del paciente incluyen también a su entorno familiar. Este aspecto es especialmente relevante ante los nuevos requerimientos de los cuidados que irán orientados hacia un alto porcentaje de población envejecida que requieren una mayor atención individual y centrada en el confort psicosocial.

Definiciones

- Autocuidado: conjunto de tareas que lleva un paciente para el manejo de su propia salud.
- Fomento del autocuidado: enseñanza al paciente, por parte de los profesionales sanitarios, para la promoción de la salud, el manejo de la enfermedad o el desarrollo de hábitos saludables por el propio paciente.

- Empatía: sentimiento que nace de la interacción de dos personas la cual permite a una comprender los sentimientos de la otra y llegar a ponerse en su situación.
- Ética: conjunto de principios o normas que constituyen nuestra moral. La moral es el conjunto de principios, criterio, normas y valores que dirigen nuestro comportamiento.
- Intimidad: preservación del paciente y sus actos del resto de seres humanos.
- Dignidad: reconocimiento de la persona de ser merecedora de respeto. La dignidad refuerza la personalidad, fomenta la sensación de plenitud y satisfacción.
- Escucha activa: comunicar de manera asertiva y empática y por encima de todo clara y sencilla para que la persona pueda comprender el mensaje.
- Confort: sensación de comodidad del paciente.
- La relación del cuidado: proporcionar cuidados invisibles de enfermería promoviendo que la persona se empodere de su proceso de enfermedad para alcanzar el bienestar.

2 Objetivos

- Conocer los cuidados invisibles desde la perspectiva del técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Entender que los cuidados invisibles son cuidados humanizados y dan profesionalidad.
- Razonar como los cuidados invisibles son cuidados de calidad y la importancia que tienen en la evolución clínica del paciente.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica en internet a través de las siguientes bases de datos: Cuidatge, Scielo, Pubmed y Cuiden plus, y en páginas web con el motor de búsqueda Google académico, utilizando las siguientes palabras clave: pirámide de Maslow, cuidados invisibles, cuidado humanizado, atención integral.

4 Resultados

Los cuidados que el TCAE realiza para atender muchas de las demandas de confort del paciente son invisibles, es decir no van a ser registrados a pesar de requerir un alto nivel de competencia y conocimiento profesional para su desarrollo y de tener mucho valor e importancia para la persona que ha sido la bene-

ficiaria. Dirigirse al paciente con amabilidad, con una sonrisa y por su nombre, ofrecer disponibilidad, informarle con respeto, procurar su confort, respetar siempre su intimidad y privacidad, conversar con el y darle apoyo emocional, practicar la escucha activa, respetar sus creencias y actuar con empatía y calidez humana, mostrar comprensión, sensibilidad y paciencia, en definitiva estamos hablando de cuidados con un trato humanizado que va más allá del buen trato, es cuidar al paciente desde la dimensión biopsicosocial, es cubrir la necesidad que tiene el paciente de ser cuidado.

El cuidado humanizado significa una atención integral teniendo muy en cuenta la parte humana del paciente, su aplicación engrandece nuestra profesión a la vez que marca la diferencia de profesionalidad que implica brindar cuidados de bienestar en todos los casos personalizando los cuidados. Los pacientes sí visibilizan estos cuidados invisibles, y cada día los ponen más en valor llegando a establecer diferencias entre aquellos profesionales que los ponen en práctica y los que no.

La aplicación de estos cuidados de calidad ayuda en la evolución clínica del paciente porque le proporcionan autonomía, le ayudan en el conocimiento de su enfermedad y en sus autocuidados. Hacen más confortable su estancia cuando al paciente hospitalizado, pues al empatizar con el se le está dando buen trato, amabilidad o el tipo de apoyo que necesita, se le proporciona seguridad y confort, y se mantiene contacto táctil y escucha activa. Potenciar la escucha activa es fundamental en la percepción, por parte del paciente, de la calidad del cuidado al permitirle ser el protagonista de su propia salud y potenciar su máxima participación en el proceso consiguiéndose, una buena relación de confianza, dándose al paciente toda la libertad para poder expresarse. Con ello se logra que manifieste sus desequilibrios, aprenda a manejar su enfermedad y a pedir ayuda, aclaraciones y consejo con libertad, favoreciendo así los autocuidados.

5 Discusión-Conclusión

Se consideran cuidados invisibles los que se centran en las siguientes dimensiones: fomento del autocuidado, relación confianza/seguridad, apoyo emocional, tacto, escucha activa, confort, ética respeto, intimidad, privacidad y dignidad. Se mantienen invisibles porque en algunas ocasiones somos los profesionales los que contribuimos a que así sea, bien por desconocimiento de la importancia de los mismos o bien por conveniencia. Aunque no siempre es así, para darles visibilidad la técnico en cuidados auxiliares de enfermería Beatriz Iglesias, del Hospital Álvaro Cunqueiro de Galicia, ha ideado un método para registrarlos.

En definitiva, son esos cuidados que no se ven pero que se echan de menos cuando faltan: una sonrisa, tener una conversación amable, coger la mano, colocar la postura, acercar una manta, dar una infusión... procurar el mayor bienestar posible.

Este es el testimonio de Cristina Rivas, Paciente de Cardiología del Hospital do Meixoeiro, tras pasar tres semanas ingresada: “Quiero hablaros de esas personas que desarrollan su profesión en el ámbito sanitario. Médicos, enfermeras, auxiliares, dejan de ser simples salarios de la plantilla de un organismo público. Empatizan con los pacientes, y en un momento dado, no sé cómo, ni cuándo, pero sí el porqué, tú empatizas con ellos. Y dejan de ser figuras anónimas para pasar a ser un pedacito importante de tu corazón.” “Quienes regalan sonrisas y esperanza cuando todo se derrumba a tu alrededor, merecen el más profundo respeto, y un premio a su labor, aún tratándose del objeto que les da de comer cada día. El cariño que ponen en el sencillo gesto de entregarte tus medicinas, o en darte los buenos días a una hora en la que tú sólo quieres seguir durmiendo. Cuando dedican todo el cuidado en cambiarte una vía, mientras tú pones cara de estar pasando la peor de las torturas... El médico que te abraza cuando te da el alta, y que realmente está feliz por haberte ayudado... Ese tipo de gestos que aparentemente no son nada, lo son todo.”

6 Bibliografía

- <https://www.farodevigo.es/gran-vigo/2016/06/15/estudio-constata-relieve-cuidados-invisibles/1480436.html>
- <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30499/TFG-H1243.pdf;sequence=1>
- <http://www.index-f.com/memoria/11/11200.php>
- <https://www.cuidando.es/una-etica-visible-para-unos-cuidados-invisibles-24h24p/>
- <https://www.itep.es/blog/auxiliar-enfermeria-2/auxiliar-de-enfermeria-cuidados-invisibles.htm>
- http://www.aecs.es/2_1_7.pdf
- https://es.wikipedia.org/wiki/Pir%C3%A1mide_de_Maslow
- S Balzano- Cuadernos de antropología social, 2012 - redalyc.org
- Bonill de las Nieves, Candela. ¿Cuidados invisibles o profesionales invisibles? Arch Memoria [en línea]. 2014; (11 fasc. 2). Disponible en <http://www.index-f.com/>
- <https://www.cuidandote.net/2015/03/tres-semanas-ingresada/#more-5763>
- <https://www.cuidandote.net/2016/05/registro-cuidados-invisibles/>

V https://www.lavozdeg Galicia.es/noticia/vigo/2016/06/15/auxiliares-soporte-empatico-paciente-ingresado-propone/0003_201606V15C12991.htm

Capítulo 228

ENFERMEDAD DEL ALZHEIMER

NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN

JULIA SANCHEZ REQUEJO

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

PABLO SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

En este trabajo vamos hablar de la realidad de nuestro país del alzheimer. Una enfermedad neurodegenerativa que se da en nuestros ancianos aunque en algunos casos puede darse en personas de media edad . Es un trastorno grave producido por la perdidas de neuronas cerebrales. se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. En este tipo de enfermedad a día de hoy es inexistente la cura y la enfermedad progresa en todos los pacientes.

2 Objetivos

- Conocer un poco mas la enfermedad del alzheimer así como aportar información sobre esta enfermedad, también ofrecer nuestra ayuda y nuestro apoyo a toda la gente que sufre esta enfermedad y también a todos sus familiares y personas que viven con ella en un día a día.
- Ayudar a las familias a detectar esta enfermedad y a saber que tipos de alzheimer podemos llegar a tener y en que niveles nos encontramos.
- Aportar información sobre la rutina de ejercicios y la realización de una actividad física terapéutica.

- Aportar información sobre el tipo de tratamiento a seguir en el alzheimer.

3 Metodología

Para la realización del capítulo se llevó a cabo una revisión bibliográfica de distintos artículos relacionados con el alzheimer y poder llegar a unos resultados y conclusiones

4 Resultados

Respecto a esta enfermedad existe una enorme e intensa investigación y en los últimos años se han hecho unos enormes avances.

- Hipótesis colinérgica: es la mas antigua y en la que se basan la mayoría de los tratamientos. Se sugiere que la enfermedad del alzheimer se debe a la reducción en la síntesis del neurotransmisor acetilcolina.
- Factores genéticos: se dice que la enfermedad aparece por la mutación en los cromosomas 14, 19 y 21. en estos casos existen habitualmente unos antecedentes familiares que padecieron la enfermedad del alzheimer. Existen dos tipos de enfermedades de alzheimer.
- Trastornos metabólicos: un numero de investigaciones ha relacionado esta enfermedad con desordenes metabólicos, particularmente relacionados con la hiperglicemia y la resistencia a la insulina.

Enfermedad de alzheimer

La enfermedad del alzheimer , también conocida como el mal del alzheimer o una demencia senil de tipo alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa, que se manifiesta como un deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza por la perdida típica y progresiva de la memoria y otras capacidades mentales, a medida que las neuronas mueren y diferentes zonas del cerebro se atrofian. Esta enfermedad suele tener una duración larga de 10 años después de su diagnostico, aunque como en todas las enfermedades esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad. Esta enfermedad hasta la fecha de hoy carece de cura.

Los sintomas de esta enfermedad fueron identificados por Emil Kraepelin, mientras que la neuropatología caracteristica fue observada por Alois Alzheimer en 1906. el descubrimiento fue obre de ambos psiquiatras que trabajaban en el mismo

laboratorio. Se considera la primera causa de la demencia en los ancianos. Afecta por igual tanto a hombres como a mujeres. La mayoría se refieren a personas con edades mas avanzadas, pero se han descrito algunos casos de esta enfermedad en pacientes jóvenes de hasta 40 años.

Etapas del alzheimer. La duración de esta enfermedad es muy variable entre 10 y 12 años. Se describen 3 fases para el alzheimer

- Estadio I o ligero: donde se pueden apreciar pequeños cambios en el anciano. Esta fase puede llegar a durar hasta 3 años. En esta fase el anciano empieza a sentir una pequeña desorientación no habitual en el, empieza a olvidar sus citas, nombres de personas, tiene algún que otro problema a la hora de seguir una conversación. En cuanto a su comportamiento el anciano empieza a tener cambios de humor, se enfada el mismo cuando se da cuenta que pierde el control de la vida que le rodea.

En relación con el lenguaje tiene problemas para encontrar las palabras adecuadas, tiene cada vez frases mas cortas, mezcla las ideas. En cuanto a sus actividades cotidianas en esta fase el anciano es capaz de realizar sin problemas.

- Estadio II o moderado: donde el enfermo debe ser ya vigilado 24 horas al día, tienes que tenerle atención todo el rato. Esta etapa suele durar 3 años. En esta fase el anciano empieza a olvidar sucesos recientes , remota persistente aunque los situé mal en el tiempo. En cuanto a su comportamiento en esta fase ya notamos una agresividad, miedos, alucinaciones una demabulación continua. En relación con el lenguaje: no sabe acabar las frases tiene un vocabulario empobrecido repite un montón de veces las mismas frases. Tiene perdidas de equilibrio, caídas espontaneas y necesita ayuda para deambular por los sitios. En cuanto a su actividad cotidiana en esta etapa esta muy confundido ya no sabe vestirse solo, se pierde en los trayectos habituales que hacia todos los días...

- Estadio III o severo: la muerte sobreviene generalmente debido a una enfermedad asociada como (cáncer, accidente cardíaco, vascular cerebral), una complicación o como consecuencia de que el enfermo permanece ya en un estado de estar encamado todo el día. En esta fase pueden aparecer temblores y crisis epilépticas. En esta fase final de la enfermedad del alzheimer el paciente no es capaz de reconocer a su familia. En cuanto al comportamiento en esta fase tiene un humor imprevisible, llora, grita, se agita sin saber como ni por que. A la hora de hablar balbucea, repite palabras sin sentido, no es capaz de comprender lo que se le esta diciendo en ese momento. No es capaz de controlar sus gestos, no sabe levantarse ni andar solo, le cuesta tragar, no controla sus esfinteres. En cuanto

su actividad cotidiana desaparece totalmente todo lo que era capaz de hacer y queda encamado.

En esta enfermedad tenemos que tener en cuenta muchas cosas como:

–La velocidad de progresión así como sus síntomas dependen de cada enfermo. No se manifiestan de la misma manera ni al mismo tiempo en todos los enfermos puede variar según las circunstancias de cada uno.

–Algunos presentan modificaciones importantes del comportamiento, otros mantienen un largo tiempo una vida afectiva y social.

–En conjunto la gravedad de la enfermedad es progresiva, pero pueden existir periodos de los cuales el estado del enfermo permanece estacionario durante varios meses, incluso varios años.

Diagnóstico

Para diagnosticar a un paciente con la enfermedad del alzheimer tenemos que tener en cuenta:

- Historia clínica completa. Información general sobre la salud general de la persona, los problemas médicos anteriores y cualquier dificultad que la persona tuviera.
- Pruebas diagnosticas: Analíticas de sangre , de orina pruebas que ayudan a encontrar otro tipos de enfermedades posibles que causen estos síntomas
- Examen neuro-psicológico: para medir la memoria, la capacidad de resolver problemas, la atención, la capacidad de controlar el lenguaje. Dichos exámenes se realizan con la ayuda de test que ya están echos.
- Exámenes del cerebro con escaner: para permitir al medico mirar fotografías del estado del cerebro.

Tratamiento

Aunque a día de hoy todavía no conocemos una cura definitiva para esta enfermedad tenemos al alcance otros métodos y conocimientos que nos permite proporcionar un tratamiento mas eficaz.

Algunos medicamentos que están destinados para la cura de esta enfermedad que pueden ayudarnos a ralentizar temporalmente el avance de los síntomas y a mantenernos con una mejora de calidad de vida para estas personas.

Tratamiento farmacológico. Algunos de estos medicamentos son:

- Donepezil: este medicamento esta aprobado para todas las fases de la enfermedad del alzheimer.

- Galantamine: este esta dirigido a las fases leve o moderada únicamente.
- Memantina: este tipo de medicamento destinado para moderado a grave
- Rivastigmina: este medicamento esta dirigido a todas las fases de la enfermedad
- Donepezil y memantina: este tipo de medicamento solo para la fase de moderado a grave. La memantina actúa regulando la actividad en el cerebro relacionado con el aprendizaje.

Estos son los fármacos indicados en las primeras etapas de la enfermedad. Hacen que se mejore las fases iniciales retrasando el deterioro de la memoria.

Tratamiento no farmacológico

Estas terapias son terapias que se llevan acabo con los pacientes directamente, están basadas en modelos psicológicos con el objetivo no de curar sino de rehabilitar las funciones alteradas en la enfermedad, tratando de hacer mas pequeño el déficit y potenciar al máximo su autoestima y sus capacidades.

Manejo del paciente con enfermedad de alzheimer.

- Educación y ayuda practica a los familiares con pacientes con la enfermedad.
- Hacer y fomentar grupos de apoyo.
- Proveer el ambiente adecuado para el paciente.
- Presencia de una persona responsable que pueda tomar decisiones por el paciente y vele por sus necesidades y tratamiento.
- Seguridad para los enfermos, como protección de escalones , escaleras, muebles , utensilios cortantes, maquinas así como otros artefactos que puedan resultar peligrosos para estas personas.
- Proveer un lugar bien iluminado con temperatura adecuada.
- Comidas con horarios adecuados y regulados con un orden.
- Asegurarse de la higiene y limpieza personal-
- Ambiente tranquilo y tolerante-
- Evitar las frustraciones del enfermo ante las tareas habituales que ya le son difíciles de hacer.
- Utilizar utensilios de un fácil manejo-
- Utilizar cuadros, fotos muebles propios..
- Organizar una vida simple y rutinaria-
- Realizar actividades atractivas y sencillas-
- Dirigirse al enfermo con cariño y respeto-
- Cultivar una actitud flexible y tolerante-

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que saco después de hacer esta mini investigación sobre la enfermedad del alzheimer es que la demencia no es parte del envejecimiento de una persona normal. Esta enfermedad es progresiva y puede durar muchos años ya que es lenta. Hoy en día la cura para la enfermedad del alzheimer es nula, pero se sabe que día a día están investigando para poder llegar a una cura. mientras tanto lo que conocemos respecto a este tratamiento ayuda a mantener una mejor calidad de vida mientras dure.

La población a la que va dirigida esta enfermedad por lo habitual es a personas de avanzada edad a partir de los 65 años, aunque en algunos casos (no muchos) se puede dar en personas mas jóvenes. Esta enfermedad no solo afecta a la persona en concreto que sufre la enfermedad sino que afecta a toda la familia o a todas las personas que viven con esta persona. Todas las personas tienen que poner de su parte para estimular a la persona que padece el alzheimer. Cuando estamos con una persona que tiene esta enfermedad deberemos de tener paciencia, tenemos que tener tiempo para que esta persona procese toda la información que le estamos dando. También hablar a la persona clara y con tranquilidad, de manera que ellos se sientan que están bien. También deberemos entender que estas personas suelen tener muchos altibajos a lo largo del día.

Y lo mas importante es que ellos tengan una rutina con una planificación de terapia cuyo objetivo final siempre es el de favorecer la mejor calidad de vida para el paciente, que se mantengan activas durante el mayor tiempo posible. Por eso no menos importante los tratamientos farmacológicos que nos ayudaran a ralentizar la enfermedad y así con una combinación de ambos tratamientos hacer la vida del paciente lo mas fácil posible mientras dure la enfermedad.

6 Bibliografía

- <http://www.bvsspa.es/profesionales/revistas-y-libros>
- <https://www.ceafa.es/es/que-comunicamos/>
- <https://www.alz.org/>

Capítulo 229

ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL TCAE EN EL MALTRATO A PERSONAS MAYORES

JULIA MARIA MANSO MATA

MARÍA ELENA VEGA AGUADERO

NURIA GONZALEZ MARTINEZ

MARIA GARCÍA MARTINEZ

1 Introducción

El maltrato a personas mayores es un problema social con un factor de riesgo muy preocupante. Por ello, hay que tratarlo como un problema de Salud Pública. Las tasas de maltrato son altas en instituciones, tales como las residencias de ancianos, los centros de atención de larga duración y los hospitales (INPEA, 1997; INPEA, 2002). La literatura científica avala que, desde el momento en el que empieza el maltrato, es habitual que este pase a convertirse en un evento continuado, muy difícil de detectar y parar, siendo en ocasiones la única solución que el anciano lo denuncie. Sin embargo, este paso no suele darse por diversas circunstancias: miedo, falta de recursos o falta de oportunidad. La solución habitual suele pasar porque alguien del entorno cercano de la persona detecte las señales clásicas de abuso y dé la voz de alarma (Alonso y Papps, 2003).

Los abusos y el maltrato pueden provocar secuelas en la persona anciana, desde físicas hasta psicológicas, ambas de gran gravedad. A nivel emocional, las con-

secuencias también pueden ser devastadoras, llegando la persona a generar, en múltiples ocasiones, trastornos de desajuste emocional y ansioso-depresivos. En este sentido, cuando el maltrato es físico y se produce de forma reiterada en una zona del cuerpo, es habitual encontrarse con fracturas de huesos dada la debilidad de los mismos a edades avanzadas.

En relación a la figura del maltratador, los estudios indican que suelen ser personas de confianza del anciano, generalmente un cuidador, que tienen la confianza de la víctima: familiares, personal sanitario, auxiliares... (Adams, 2012; Galnares, 2015). Finalmente, otro aspecto a valorar es el nivel de gravedad de este tipo de violencia y abuso hacia los mayores, su gran frecuencia y su no inclusión en los Planes de Prevención a nivel estatal y autonómicos (Jiménez et al., 2010).

2 Objetivos

Por lo anteriormente mencionado, el objetivo principal de este trabajo es analizar qué señales son claves a la hora de detectar un abuso o maltrato tanto físico como psicológico-a una persona anciana. Por otro lado, describir el maltrato en sus diferentes formas, así como mecanismos de prevención, serán un objetivo secundario. La influencia de una adecuada formación en el contexto sanitario también se desgana en el texto expuesto.

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 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: anciano, maltrato, abuso, cuidados, prevención, intervención. A través de estos tópicos, se encontraron 38 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 12 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 26 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 8 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otros 4 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 14. A continuación, se muestra un diagrama de

flujo donde se muestra el procedimiento seguido en la inclusión y exclusión de los estudios.

4 Resultados

Se halla que algunos cuidadores mantienen actitudes y conductas negativas hacia las personas mayores, siendo estas víctimas de abuso en múltiples ocasiones. Si un anciano comienza a sufrir abusos suele ser habitual que, a lo largo del tiempo, el maltrato comience a hacerse más frecuente y más intenso. Los tipos de abuso más frecuentes a personas mayores son los que siguen (Galnares, 2015):

- Abuso físico: es el uso de la fuerza, por ejemplo: arañazo, quemaduras, golpes, alimentación a la fuerza...
- Abuso sexual: pueden ser insinuaciones, gestos... o contacto sexual de cualquier tipo, por ejemplo: tocamientos, realización de fotos no consentidas...
- Maltrato psicológico: usar los actos o las palabras para insultar, amenazar, ignorar a la persona, es decir, no hacerle caso.
- Abuso económico: cuando les estafan, es decir, les quitan el dinero, los bienes...
- Abandono: en este aspecto no proporcionan los objetos necesarios para la higiene personal, los alimentos e incluso les privan de la medicación.

Los signos de abuso en estas personas pueden ser difíciles de distinguir de otros problemas ya que, muchas veces, cuando el anciano desea verbalizar dichas situaciones, estas verbalizaciones se confunden con un deterioro cognitivo propio de la edad, confusiones asociadas a la vejez e incluso un principio de demencia. Así es que, tanto familiares como amigos -e incluso los profesionales de la salud- no se dan cuenta de que, en realidad, el anciano está sufriendo un maltrato físico y psíquico continuado. Por ello, ser conocedor de los signos de maltrato es fundamental. Estos son:

- Falta de higiene.
- Delgadez.
- Moratones.
- Marcas con diferentes formas.
- Arañazos.
- Fracturas.
- Ansiedad.
- Pérdidas de dinero u objetos.

Se halla que, otra característica muy significativa, es cuando la actitud de la persona que atiende al anciano empieza a cambiar hacia un trato humillante y

degradante, aunque de forma sutil en un inicio. Por ejemplo: si no deja al anciano hablar, no le deja expresarse, da explicaciones poco coherentes sobre las lesiones que puedan aparecer en el cuerpo de la persona mayor, si el anciano muestra signos de ansiedad, depresión etc., son indicativos de una situación anormal y se debe llevar a cabo una rápida valoración e intervención en caso de ser preciso. A nivel de detección precoz y prevención desde el ámbito sanitario, se encuentra que cuando un anciano entra en un hospital por cualquier problema de salud, y los profesionales sanitarios tienen algún indicio de que dicha persona puede estar siendo maltratada, inician un protocolo de preguntas abiertas acerca de temas variados con el objetivo final de confirmar si el anciano en cuestión está siendo maltratado.

Por otro lado, el primer sanitario que recibe al anciano es el TCAE. Este profesional será el que le identifica y le ayuda a acomodarse, le tranquiliza y le ayuda -si lo necesita- a desvestirse. Es en este momento cuando el TCAE puede llegar a apreciar marcas en el cuerpo del anciano como pueden ser arañazos, moratones, heridas... Este profesional también puede comenzar a verbalizar una serie de preguntas relacionadas con la vida diaria del paciente:

- Como se hizo las heridas.
- Quien le acompañó hasta el hospital.
- Si vive solo.
- Si tiene miedo de algo.

Tras recabar la información necesaria, el TCAE, de forma inmediata, pondrá esta a disposición del médico encargado en ese momento de dicho paciente de cara a poner en marcha los procesos oportunos que garanticen la seguridad del anciano.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día, en muchos ámbitos a las personas mayores se les considera como una “carga” para la sociedad, personas que “estorban” y a las que se les atribuye un mayor gasto público en las prestaciones sociales, sanitarias... Por ello, el maltrato a las personas mayores es un tema controvertido y polémico dada su difícil detección en muchas ocasiones, lo que conlleva asociado una mayor dificultad en su erradicación. En este sentido, un primer paso es disponer de los medios necesarios que nos permitan, de manera clara, detectar cuándo existe un maltrato para poder realizar una intervención temprana, mejorando la calidad de vida de estas personas. Por lo tanto, generar recursos con dicho objetivo es esencial, especialmente teniendo en cuenta que -gracias a los avances de la medicina- el grupo de

edad de personas ancianas aumenta cada vez más.

Por otro lado, también sería necesario que uno de los objetivos de la sanidad española sea, precisamente, detectar esta lacra en los medios hospitalarios y centros de salud. Para ello, los sanitarios deben recibir una formación específica y adecuada, trabajando en equipo para crear programas que puedan garantizar la prevención, detención e intervención en estos casos de maltrato. También una adecuada educación en las aulas y en la vida diaria, dirigida a los jóvenes y adultos de nuestra sociedad, será importante de cara a que estos aprendan a empatizar y sean conscientes del potencial sufrimiento de la población anciana. Sensibilizar a las personas en su conjunto ayudará a la búsqueda de soluciones y prevendrá casos de maltrato.

6 Bibliografía

- Adams, C. E. Y. (2012). Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: Realidad e invisibilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 84-90.
- Alonso, F., & del PAPPS, G. D. S. M. (2003). Malos tratos a los ancianos. Grupo de salud mental de PAPPS.
- Bover, A. B., Sancho, M. M., Magaña, S. M., & Aparicio, J. T. (2003). El maltrato a los ancianos en el domicilio. Situación actual y posibles estrategias de intervención. *Atención primaria*, 32(9), 541-551.
- Fernández-Alonso, M. C., & Herrero-Velázquez, S. (2006). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención primaria*, 37(1), 56-59.
- Galnares, T. A. (2015). El maltrato en la vejez. *Nuberos Científica*, 2(14).
- INPEA, O. M. D. L. S. (2002). Voces ausentes. Opiniones de personas mayores sobre abuso y maltrato al mayor. *Revista española de Geriatria y Gerontología*, 37(6), 319-331.
- Jiménez, J. C., Cordero, S. G., Sánchez, I. R., Castellón, D. S., Fragoso, O., & López, O. F. (2010). Consideraciones generales sobre la atención al anciano víctima de maltrato. *MediSur*, 8(4), 78-89.
- Montserrat, C., Muñoz, J., Postigo, P., Ayuso, M., Sierra, C., & Sayrol, T. (2007). Visión del maltrato al anciano desde atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 235-241.
- Red Internacional de prevención del abuso y maltrato en la vejez (INPEA). (1997). Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores.

- Romero, C. R., Vicioso, M. D. C. P., Mendoza, G. J., Curtó, M. D. P., Martínez, L. M., & Buitrago, F. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de sospecha de maltrato en población anciana. *Medicina clínica*, 125(2), 51-55.
- Rubio Acuña, M. (2012). Maltrato institucional a adultos mayores. *Gerokomos*, 23(4), 169-171.
- Rueda Estrada, J. D., Martín, M., & Javier, F. (2011). El maltrato a personas mayores: instrumentos para la detección del maltrato institucional.
- Torres Prados, M., & Estrella González, I. M. (2015). Sensibilización y detección del maltrato en el anciano: hacia una atención primaria adaptada a los mayores. *Gerokomos*, 26(3), 79-83.

Capítulo 230

ENFERMEDAD DE PARKINSON

NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN

JULIA SANCHEZ REQUEJO

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

PABLO SANCHEZ GARCIA

1 Introducción

En este artículo vamos a tratar de las enfermedades neurodegenerativas. Este término neurodegenerativo un amplio concepto de dolencias que afectan principalmente a las neuronas que tenemos los humanos en el cerebro. Las neuronas son los complementos básicos del sistema nervioso central, el cual se encuentra constituido por el encéfalo y la médula espinal. Las neuronas que tenemos en el cerebro no se pueden reproducir ni reemplazar por otras cuando estas sufren daños. Las neuronas son las encargadas de transmitir los mensajes entre sí, utilizando una señal eléctrica entre ellas. Estas señales llevan al cerebro la información del exterior del cuerpo, como las cosas que somos capaces de ver, escuchar u oler.

Las enfermedades neurodegenerativas son incurables y débiles lo que producen una degeneración progresiva y la muerte de las neuronas. Esto provoca problemas a la hora del movimiento y también a la hora del funcionamiento mental ya que empiezas a tener una demencia importante. Algunos ejemplos de estas enfermedades neurodegenerativas son la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad de Parkinson y la enfermedad de Huntington. En este artículo me voy a centrar en hablar y acercarnos un poco más a lo que es la enfermedad del Parkinson.

2 Objetivos

- Ofrecer información a todas aquellas personas interesadas en este tipo de enfermedades, promover y favorecer siempre la investigación sobre todos los aspectos de la enfermedad de Parkinson.
- Presentar una atención a las personas que tienen esta enfermedad y que se les pueda llegar a detectar a tiempo para a si no tener una muerte prematura.
- Mejorar la calidad de vida en los enfermos de Parkinson y en sus familiares. Es decir, saber que existen una clase de ejercicios y de medicamentos que ayudan a mejorar la enfermedad.

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

Enfermedad de Parkinson

Es una enfermedad neurodegenerativa que afecta en todo al sistema nervioso central en el área que está destinado a la coordinación de la actividad, el mantenimiento del tono muscular y los movimientos y posturas del cuerpo. Se caracteriza por la existencia de anormales rítmicos. Esta enfermedad fue descrita por primera vez en el año 1817 por un médico llamado James Parkinson.

Vamos a conocer un poco más la anatomía del cerebro para llegar a entender mejor su funcionamiento y sus partes.

Anatomía del cerebro

Algunas partes del cerebro que nos son interesantes para comprender un poco mas como afecta en la enfermedad del parkinson son:

- Amígdalas: esta está involucrada en muchas funciones cerebrales como son el aprendizaje las emociones y la memoria.
- Cerebelo: es el encargado de mandar sobre el movimiento.

- Lóbulo frontal: ayuda a controlar los movimientos musculares, el estado de ánimo.
- Hipocampo: formación de recuerdos a un largo plazo
- Lóbulo occipital: ayuda a procesar todo lo visual que recibimos.
- Lóbulo parietal: recibe información sobre el movimiento proveniente del resto del cuerpo.
- Lóbulo temporal: procesa audición memoria y funciones del lenguaje

Síntomas

Los signos y síntomas de esta enfermedad de Parkinson pueden ser diferentes para cada tipo de persona. Los primeros signos que nos podemos encontrar pueden ser leves y pasar bastante desapercibidos. A menudo los síntomas aparecen de un lado del cuerpo y con el tiempo empiezan empeorando ese lado del cuerpo y llegando a afectar a ambos lados del cuerpo. Los signos y síntomas de esta enfermedad de Parkinson pueden ser varios:

- Temblores: también denominado temblor “de contar monedas” por los movimientos de la mano. Suele afectar a las extremidades y no a la cabeza. Aumenta con la fatiga, el estrés, las emociones... Predomina en las extremidades superiores pudiendo afectar también a la mandíbula y a los pies, siendo de diferente intensidad. Generalmente los temblores suelen aparecer en la mano dominante.
- Rigidez muscular: puede afectar a toda la musculatura del cuerpo. Consiste en la realización del movimiento pasivo, tanto flexor como extensor de las extremidades. Al principio puede aparecer como dolor a nivel del cuello, espalda u hombros o incluso también calambres musculares debidos a la postura estática y flexionada de las articulaciones. Los músculos rígidos pueden ser muy dolorosos y limitar mucho la posibilidad de los movimientos.
- Bradicinesia: lentitud de los movimientos voluntarios y automáticos. Esto hace que las tareas simples sean difíciles de hacer y lleven mucho tiempo hacerlas.
- Inestabilidad postural: lo habitual de este síntoma es que aparezca en fases ya muy avanzadas, aunque a veces también suele aparecer en el inicio de la enfermedad. Existe una dificultad para mantener la postura erguida. La postura habitual que nuestro enfermo de Parkinson tiende a tener flexión del tronco, de la cabeza y de las cuatro extremidades. La marcha de nuestro enfermo también se altera produciendo unos pasos cortos y bloqueos que pueden dar lugar fácilmente a caídas.
- Alteración de la marcha: le cuesta comenzar a andar.
- Alteración del equilibrio: la mala estabilidad al estar parado hace que nuestro enfermo tenga un movimiento pendular. Existe también mucha dificultad para realizar los giros.

- Alteración en el habla: se puede hablar más suavemente, rápidamente, insultar o dudar antes de hablar.
- Alteración en la escritura: a un enfermo de Parkinson le puede resultar más difícil escribir

Evolución y pronóstico

La evolución de esta enfermedad es muy variable, generalmente suele tener un curso lento progresivo. La enfermedad no tratada es incapacitante y suele llevar una muerte prematura. La evolución rutinaria de estos enfermos se lleva a cabo mirando la escala de incapacidad funcional de Hoehn y Yahr. Estos crearon cinco niveles llamados “estadios” sobre la progresión de la enfermedad de Parkinson

Tratamiento farmacológico

Los medicamentos que existen en la actualidad alivian los síntomas de la enfermedad pero no son curativos ni evitan que la enfermedad siga con su progreso. La medicación que se tiene que tomar en esta enfermedad tiene que ir controlada por un neurólogo.

- L-dopa (Levodopa): el cerebro lo utiliza para producir dopamina, con ello se mejora la coordinación de movimientos.
- Agonistas dopaminérgicos : permite reducir los efectos secundarios, sin que se pierda su potencia o efectividad terapéutica
- Anticolinérgicos: efectivos fundamentalmente en el tratamiento del temblor y de la rigidez.
- Inhibidores de la MAO-B: retrasan el proceso de la muerte celular
- Inhibidores de la COMT: inhibe la ruta de degradación metabólica periférica de la levodopa.
- Otros.

Tratamiento quirúrgico

Se inicia en los años 50 y se abandono prácticamente con la introducción de la levodopa. El tratamiento quirúrgico esta indicado cuando los síntomas motores (temblor, discinesia, rigides...) no pueden ser mejorados suficientemente con el tratamiento farmacológico.

- Talamotomía: destrucción quirúrgica de las células de la parte del cerebro llamada tálamo. Es una lesión irreversible, en ocasiones, pueden tener efectos que alteren otras funciones como la capacidad de hablar o la de moverse.
- Palidotomía: Células específicas de la parte del cerebro globo pálido.
- Estimulación cerebral profunda: suprimir los trastornos del movimiento y los síntomas de la enfermedad de Parkinson.

- Implante de células: productoras de dopamina, factores de crecimiento neuronal.

Rehabilitación

La rehabilitación que se lleva a cabo en estas enfermedades son con terapias como logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, hidroterapia, masajes....que ayudan a tener una vida activa y mucho mejor.

5 Discusión-Conclusión

Una de las conclusiones que saco es que es una enfermedad más prevalente en hombres que en mujeres y que también esta enfermedad es más común en una edad avanzada pudiendo también en algún caso excepcional darse en una edad temprana. También que esta enfermedad puede durar bastantes años es una enfermedad lenta.

A día de hoy existen varios tratamientos para esta enfermedad ninguno es una cura fija pero hacen que se pueda llevar una mejor calidad de vida para el enfermo de parkinson así como para su familia y las personas que lo rodean. Es muy importante que esta enfermedad sea llevada por un neurólogo que lleve la enfermedad muy controlada en la que tendrán que tener una historia clínica del paciente, una exploración física y neurológica que en muchos casos se remitan pruebas de laboratorio, imagen escaner, todas las medidas que sean necesarias para establecer el diagnostico claro de la enfermedad de parkinson.

También es muy importante que el enfermo acuda a terapias ocupacionales, fisioterapia, logopedia... todas estas actividades para así fortalecerse y estimularse no dejándose decaer con la enfermedad. Aunque parezca mentira este tipo de actividades son muy importantes ya que muchas veces a nuestros enfermos de parkinson les va hacerse sentirse bien y sentir que pueden hacer las cosas, ya que con esta enfermedad muchas veces se encuentran bloqueados porque se sienten inútiles y que no sirven para hacer las tareas diarias que antes hacían solos sin la ayuda de otra persona. La evolución de la enfermedad es muy variable y tiene un curso generalmente lento con la apreciación de los estadios de hoehn y yahr podremos mas o menos saber como de avanzada esta la enfermedad. Tenemos que tener una mente positiva y pensar que tenemos nuevos tratamientos en camino que quizás ayuden a mejorar esta situación.

6 Bibliografía

- <https://www.cognifit.com/es/cerebro>
- <https://medlineplus.gov/spanish/parkinsonsdisease.html>
- <https://www.esparkinson.es/espacio-parkinson/conocer-la-enfermedad/>

Capítulo 231

LA ENFERMEDAD DE CROHN

CARLA LLAMAZARES CAMPILLO

ADRIANA CAMPILLO CASO

PATRICIA VEGA TORRES

1 Introducción

La enfermedad de crohn es una enfermedad crónica que puede afectar a diferentes partes del aparato digestivo y a otros órganos, tanto de niños como adultos y que produce afectación y síntomas muy variables, según la forma de enfermedad que se padezca.

La causa de la enfermedad es desconocida. Actualmente se sabe que se hereda la predisposición (por eso es más frecuente en unas familias que en otras) y sobre esas personas susceptibles, actúan desencadenantes, que pueden ser alimentos, infecciones u otros factores desconocidos. Una vez que la inflamación comienza, no se producen los mecanismos de control necesarios como ocurre en las personas sanas, por lo tanto persiste esta inflamación y como consecuencia se acaba dañando el intestino. Esta inflamación afecta a toda la pared del intestino. En muchos pacientes hay afectación de la parte final del intestino delgado (ileitis) y de una mayor o menor porción del intestino grueso (colitis). En algunos pacientes puede haber solo ileitis o colitis, y también puede afectarse menos frecuentemente otras partes del aparato digestivo.

La mayoría de los enfermos sufren empeoramiento de la enfermedad (brotes) alternando con periodos en los que están bien o con pocos síntomas. Menos de

un 20% de personas que padecen esta enfermedad, sufren un primer brote y luego están muchos años sin síntomas. En cada paciente varía mucho la enfermedad. Algunos pacientes sufren varios brotes al año y otros están continuamente con problemas y, en algunos casos, los brotes son muy espaciados.

En principio, los pacientes con esta enfermedad pueden tener hijos. Aunque es conveniente comentar cada caso con su médico, sobre todo si está tomando cierta medicación, tiene fistulas perianales o una colostomía o ileostomía. Hoy en día no es posible predecir si los hijos de pacientes con enfermedad de crohn podrían padecerla.

Uno de los mayores problemas derivados de la enfermedad y que es conveniente conocer es la desnutrición. Más de la mitad de los pacientes pierden peso o están claramente desnutridos. Deben prevenirse pidiendo ayuda a los médicos de la unidad de nutrición y la mayoría de los casos pueden evitarse haciendo una dieta variada y, a veces, añadiendo suplementos dietéticos. En casos extremos puede ser necesaria la nutrición artificial, que puede ser de dos tipos, enteral (a través de una sonda fina introducida en el estómago a través de la nariz) o parenteral (a través de una vena).

Existe riesgo de cáncer de intestino en ciertos pacientes con afectación en ampolla de colon o del intestino delgado y que llevan padeciendo muchos años la enfermedad. Los enfermos en algunas ocasiones también pueden desarrollar osteoporosis (disminución del calcio y la densidad de los huesos) y dar lugar a fracturas. Se puede diagnosticar realizando una prueba llamada densiometría. La enfermedad de crohn puede afectar también en porcentajes bastante bajos a: piel, ojos, articulaciones y, en casos muy raros, a otros órganos como los pulmones o el hígado.

2 Objetivos

Explicar la enfermedad de Crohn y consejos de vida y alimentación para paliar, en la manera de lo posible, la enfermedad.

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

Hábitos de vida a conocer para la mejora de pacientes con la enfermedad:

- Vida normal y activa.
- Evitar el consumo de tabaco.
- Consumir todo tipo de alimentos. Distinguiendo cada paciente cuales le pueden sentar mejor o peor, de cara a un brote.

Para su mejora, tomar la medicación recetada por su médico, que puede ser:

- Salozapirina y derivados.
- Antibióticos.
- Inmunosupresores.
- Derivados de la cortisona.
- Infliximab.
- Evitar el consumo de antiinflamatorios.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes con la enfermedad de crohn, siguiendo recomendaciones médicas y de vida y alimentación, pueden llevar una vida normal, exceptuando en periodos en los que se padezca un brote.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000249.htm>
- <https://www.mayoclinic.org/>

Capítulo 232

CAMILLAS Y CAMAS HOSPITALARIAS.

MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA

ANGELES PEREZ SANCHEZ

ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA

ANA MARÍA GRUESO CARRIO

1 Introducción

La institución sanitaria consta de dos tipos de camas: camillas y camas hospitalarias.

- Las camillas: están destinadas al transporte o exploración del paciente. Estas pueden ser de 3 tipos. Las podemos encontrar en Centros de Salud, hospitales, consultorios, ambulancias...
- Las camas hospitalarias: su utilidad es para el descanso del paciente durante su periodo de hospitalización. Existe una gran variedad de camas adaptadas a las diferentes patologías que padezcan los pacientes.

2 Objetivos

- Adquirir un buen mobiliario y accesorios para la mayor comodidad del paciente durante su periodo de hospitalización.
- Que el mobiliario sea de material adecuado e influya de forma positiva en la recuperación del paciente.

- Que el manejo del mobiliario tanto por el paciente como familiares y personal sanitario tenga facilidad y sea lo más ergonómico 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

Tipos de camillas

- Camilla rígida: consta de una estructura metálica con un tubo metálico hueco sobre el que se coloca un colchón de base rígida. Puede llevar ruedas o no para facilitar su desplazamiento y un sistema de frenado.
- Camilla articulada: posee una articulación a la altura de la cabeza, se puede elevar hasta el 90°. También puede llevar ruedas. Las de las ambulancias tienen un respaldo reclinable y la parte de las extremidades inferiores articulada y con correas.
- Camilla de tijera: conocida también como de espátula, de cuchara, de palas. Se utiliza para la movilización de pacientes con traumatismos hasta la camilla de transporte, minimizando los movimientos de columna y manteniendo alineado el eje longitudinal del cuerpo. La camilla de cuchara o tijera sólo se debe utilizar para movilizar al herido hasta su acomodación en la camilla de traslado. suelen ser de aluminio, aunque también las hay de plástico, permitiendo el radio-transporte, es decir, se puede someter al paciente a los rayos X, sin necesidad de moverlo de la camilla.
- Tablero espinal, dispositivo rígido que sirve para la movilización de pacientes accidentados, politraumatizados, o que se tenga la sospecha de una lesión en la columna vertebral. Por lo general, son de plástico aunque también podemos encontrar alguno de madera.

Tipos de camas hospitalarias

- Cama rígida: posee un somier rígido, sin articulaciones, puede ser móvil o inmóvil (frecuentes en el servicio de psiquiatría). Al no permitir la movilidad de la

cama por segmentos, tampoco permite colocar a los pacientes en determinadas posiciones como la de Fowler.

- Cama articulada: la más utilizada en los hospitales. El somier se divide en 2, 3 o 4 articulaciones móviles, encargados cada uno de diferentes zonas del cuerpo. Cada articulación permite dividir la cama en segmentos: la cama con 1 articulación tiene 2 segmentos. La cama con 2 articulaciones tiene 3 segmentos. La cama con 3 articulaciones tiene 4 segmentos. La articulación superior es para la cabeza y espalda, la central para la pelvis y la inferior para las extremidades inferiores. Los segmentos del somier se mueven mediante la utilización de una manivela situada en los pies o los laterales de la cama o mediante un sistema eléctrico en las camas. Este tipo de cama facilita la adaptación y autonomía del paciente y los cambios posturales.
- Cama ortopédica, traumatológica o de Judet: usada en pacientes con fracturas, luxaciones. Consta de un armazón metálico que se coloca en la cama con la finalidad de sujetar las poleas y la tracción denominado marco de Bolkan, con un estribo o triángulo de Balkan, que permite la incorporación o el cambio de postura del paciente.
- Cama electrocircular o de Stryker (Marco de Stryker o Foster): formada por dos armazones metálicos circulares, unidos entre sí por un plano rígido que gira sobre los anteriores. La cama puede adoptar cualquier posición: horizontal, vertical, inclinada en todos los ángulos y boca abajo, ya que permite giros de 180°. Posee un interruptor que permite un movimiento lento en sentido circular y que puede ser manejado por el propio paciente. Indicada para pacientes con lesiones o fracturas de columna vertebral, con lesiones medulares, politraumatizados y grandes quemados.
- Cama libro: variante de la cama articulada, esta permite la angulación lateral y la modificación de las zonas de apoyo del cuerpo. Indicadas en pacientes que deben permanecer largos periodos de tiempo inmovilizados. Estas camas son frecuentes en la UVI ó UCI.
- Cama de levitación: conocida como cama Clinitron. Consta de dos armazones, con un flujo continuo e intenso de aire caliente (chorros de aire) que permite que el paciente permanezca en suspensión (elevado un centímetro sobre la cama), de esta forma se evita el contacto con cualquier accesorio. Es utilizada para grandes quemados.
- Cama roto-test: mantiene al paciente sujeto, pero girando constantemente, por lo que dispersa los puntos de presión. Para este tipo de camas se usan armazones o sujeciones laterales, de la cabeza y de los pies para el giro. Permite giros y cambios de posición lateral y longitudinal.

- Cama Gatch: cama articulada eléctrica que permite movilizar al paciente de decúbito supino a posición de sentado. Se utiliza para prevenir la aparición de UPP.
- Incubadora: aparato donde se encuentran los recién nacidos prematuros o con problemas de salud para facilitar el desarrollo de sus funciones orgánicas. A menos de 27 semanas de gestación y por un peso inferior a 2.500 kg. En ellas se controla la humedad, la temperatura (36 – 37° C), y la concentración de oxígeno, con el fin de asegurar las condiciones de vida del recién nacido. Formada por paredes transparentes de material plástico con aberturas laterales para poder acceder al neonato.
- Camas especiales: cama oscilante: enfermedades vasculares. Camillas especiales: drenaje postural (tórax). Cama de Singer–Nelson. Cama metálica con ruedas en la que el enfermo puede variar de posición por angulación del colchón para el drenaje postural de la bronquiectasia. Cama de Bandeloux: tiene un colchón inflable, con un depósito para la recolección de orina. Cama Sanders: usada para cambios posturales en el tratamiento de las lesiones arteriales oclusivas crónicas. Cama Bariátrica: para pacientes con obesidad mórbida. Soporta pesos de hasta 400-500 kg.
- Cama o mesa de quirófano: donde se coloca al paciente que va a ser sometido a una intervención quirúrgica. Debe ser estable y confortable, dispondrá de toma de tierra que evite descargas a través del paciente. Están divididas por planos. Las mesas de quirófano pueden ser de varios tipos dependiendo de la intervención quirúrgica que se vaya a realizar. Poseen un mando que regula los movimientos de altura, de inclinación lateral, trendelemburg y antitrendelemburg, regulación de los planos de las piernas, regulación del plano lumbar y de la cabeza.

Accesorios de la cama hospitalaria

- Pie de suero: donde se coloca los sueros o medicación del paciente.
- Barandillas de seguridad: protector situado a los lados de la cama para impedir la caída del paciente.
- Protector de barandillas: también llamados centinelas de cama, suelen ser bolsas de polietileno con aire o almohadas para evitar que el paciente se lesione.
- Triángulo de Balkan: accesorio que sirve para permitir la movilidad del paciente mediante su sujeción.
- Arco protector de cama : evita que la ropa de la cama entre en contacto con el paciente.
- Soporte para la bolsa de orina: piezas de plástico o metal que se utilizan para la sujeción de la bolsa colectora de orina.

Tipos de colchones

- Colchón de esferas fluidificado: formado por esferas de vidrio que se mantienen en movimiento que permite repartir la presión y dar la sensación al paciente de estar flotando.
- Colchón antiescaras: se hinchan y se deshinchán mediante un motor, evitando la presión para que no se generen UPP.
- Colchón de agua: también se usan para la prevención de UPP, reparten las zonas de presión reduciendo los puntos de apoyo.
- Colchón de agua y bolas de poliuretano: formado por bolas de poliuretano y por agua de 10 a 12 litros, con una temperatura de 30°C. Se coloca encima del colchón.

Camas con baterías recargables y balanza, con mando incorporado en sus laterales y que pueden subirse, bajarse, y doblarse hasta convertirse casi en un sillón sin que el paciente se incorpore del colchón. Valorado en el mercado en 2.000 euros y fabricado por la empresa estadounidense Hill-Rom, está en el nuevo Hospital Universitario Central de Asturias, en la Cadellada. El HUCA recibió las primeras 180 camas del total de 1.201 que se instalará. Las camas de hospitalización (1.057 para pacientes generales, 41 de psiquiatría, 6 de parto, 85 cunas, 1.137 mesillas) fueron adjudicadas tres lotes a la empresa Hill-Rom. Las 91 de la UCI, más 6 camas para pacientes obesos. Las camas son ergonómicas y ligeras, para hacer más sencillo el traslado de los pacientes, y especialmente para contribuir a su cuidado y su confortabilidad. Están diseñadas, para facilitar la autonomía y la recuperación de los pacientes evitando caídas.

5 Discusión-Conclusión

Dado de encontrarnos en un ámbito hospitalario donde se encuentra gente enferma, debemos de tener un mobiliario y unos accesorios de buena calidad para el mejor cuidado, recuperación y comodidad tanto del paciente, familiares y personal sanitario a la hora de desempeñar su trabajo.

6 Bibliografía

- MORERA-SALAS, Melvin. Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. *Acta méd. costarric* [online]. 2014, vol.56, n.3 [cited 2019-12-27], pp.109-114. Available from: <http://www.scielo.sa.cr/>

- MORERA-SALAS, Melvin. Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. Acta méd. costarric, San José , v. 56, n. 3, p. 109-114, Sept. 2014 .Availablefrom<<http://www.scielo.sa.cr/>>. accesson 27 Dec. 2019.
- Morera-Salas, Melvin. (2014). Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. Acta Médica Costarricense, 56(3), 109-114. RetrievedDecember 27, 2019, from <http://www.scielo.sa.cr/>
- Morera-Salas Melvin. Gestión de estancias y ocupación de camas de hospitales públicos de Costa Rica. Acta méd. costarric [Internet]. 2014 Sep [cited 2019 Dec 27] ; 56(3): 109-114. Availablefrom: <http://www.scielo.sa.cr/>

Capítulo 233

INCONTINENCIA URINARIA INFANTIL

NEREA PEÑA VALDIVIA

JOHANNA PALACIO GONZÁLEZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria es un problema que aumenta su prevalencia, sobre todo con el envejecimiento de la población. En la infancia, el trastorno de pérdida de orina se conoce con el nombre de "ENURESIS". Afecta a millones de niños y les produce una ansiedad enorme disminuyendo notablemente la autoestima, los padres también se ven afectados.

Se estima que un 10% de niños y adolescentes padecen este tipo de dolencia. Se quejan de síntomas físicos, pero con la realización de pruebas no se detecta ninguna enfermedad, se llega a la conclusión de que su origen es psicoemocional.

2 Objetivos

Analizar el diagnóstico de patologías miccionales, revisar las opciones diferentes de tratamiento de la enuresis mirándolo desde el punto de vista psicológico y describir cómo se deben tratar los problemas que derivan las patologías miccionales.

3 Metodología

Para identificar las diferentes fuentes de información se han consultado las bases de datos principales electrónicas tanto las internacionales, como las nacionales. PubMed, tripdatabase... Hay estudios relacionados con anterioridad a 1980 que se publicaron pero fueron excluidos.

4 Resultados

Hay muchas manifestaciones que alteran la micción y que pueden ser debidas a patologías: Enuresis, dolor durante la micción, sensación de vacío incompleto, repentina sensación de urgencia, miedo... Hay que desarrollar con normalidad este proceso, de manera organizada, coordinada y en armonía, ya que el sistema central es el que ordena. Si esta armonía desaparece, se producen cambios en la conducta del niño, en los estudios, en las relaciones y en casa.

Debemos conocer los factores de riesgo, en menores mas vulnerables, se van a detectar como señales de alarma, que son favorecedores para presentar una enfermedad:

- Aumenta el aislamiento social
- Vergüenza.
- Culpa.
- No rinde en el colegio.
- Pérdida de apetito.
- Cambios en el sueño.
- Pérdida de comunicación.
- Se vuelve desobediente, autoritario y favorece la discusión.
- Menos ganas de realizar actividades que con anterioridad disfrutaba.
- Evita ir al baño, dormir en otra casa.
- Nerviosismo.
- No se concentra.
- No asume el problema.

En resumen la Enuresis se debe a un fallo durante el aprendizaje del control vesical. Muy importante es estudiar cada caso para su tratamiento medico o ayuda psicológica.

5 Discusión-Conclusión

Esta patología es frecuente en edades pediátricas. Las manifestaciones no son las mismas que en el caso de la edad adulta, por lo que es importante conocer al niño y sus características.

Ya que pueden tener un efecto negativo en la vida del niño y en su autoestima. El hecho de que sean patológicas que desaparecen con la edad y el paso del tiempo no quiere decir que no deben ser tratadas, porque puede desaparecer la pérdida de orina pero la manifestación psicológica no, por lo que hay que intervenir en el momento adecuado sin posponerla. La Enuresis, en general tiene un pronóstico bueno, pero aun así hay que insistir en que es un trastorno que debe tratarse y no se puede esperar a que desaparezca.

6 Bibliografía

- Toro, J.(1992) Enuresis: Causas y tratamientos.
Barcelona: Martinez Roca, S.A.
- Villapardo, G. y Ticona, J. C. (2011) Enuresis infantil.
Rev. Act. Clin. Med, 8, 368-72
- Buscador Google Académico, Pubmed, Medline.

Capítulo 234

EL SINDROME DEL QUEMADO EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

PAULA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

El síndrome del quemado, que se conceptualiza como una respuesta al estrés laboral crónico, parece afectar en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante. No hay un consenso global para la explicación de este síndrome de desgaste profesional. Una de las teorías con más aceptación es la proporcionada por Maslach, en la que el síndrome estaría caracterizado por tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

2 Objetivos

Analizar la frecuencia de los casos y conocer los diferentes factores que intervienen en la aparición del síndrome.

3 Metodología

Se llevo a cabo una revisión sistemática de 3 centros hospitalarios, donde previamente se había pasado el cuestionario MBI a la mayor parte de personal sanitario y no sanitario posible y dispuesto a participar, y a su vez, el cuestionario

SERVQHOS a una muestra aleatoria de personas que acuden en el presente o han acudido en el último año a uno de estos centros. Una vez pasados los cuestionarios recurrimos al análisis estadístico de los datos mediante el programa SPSS.

4 Resultados

La relación entre satisfacción laboral y desgaste profesional es estrecha. Bajos niveles de satisfacción se asociaron con altas puntuaciones en las escalas de cansancio emocional y despersonalización.

5 Discusión-Conclusión

Los administradores de recursos humanos en el ámbito de la sanidad deben ser conscientes de que la primera medida para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es formar al personal para conocer sus manifestaciones. Pero, además de considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos, los intentos de intervención deben incorporar otras acciones. Las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles: a) Considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual); b) Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal); y c) Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome (nivel organizacional).

6 Bibliografía

- Gil-Monte, P. R. (2000). Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Monográfico, Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones,16(2):101-102.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.

Capítulo 235

INTERVENCIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR Y DEL TCAE ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

NURIA GONZALEZ MARTINEZ

MARIA GARCÍA MARTINEZ

JULIA MARIA MANSO MATA

MARÍA ELENA VEGA AGUADERO

1 Introducción

La violencia en el seno familiar es un problema social y de salud, que afecta a toda la población especialmente a ciertos grupos que son más vulnerables tales como niños, ancianos y mujeres.

La OMS (2017) define la violencia como: “El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte” y la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Los servicios sanitarios juegan un rol esencial en la detección de la violencia de género, puesto que un porcentaje amplio de las mujeres víctimas de este tipo

de violencia (especialmente cuando se manifiesta a nivel físico), suelen acudir al servicio de urgencias por diversos motivos. Por ello, los servicios sanitarios deben funcionar como un lugar de protección para estas mujeres, de modo que el profesional que las atiende debe tener las habilidades necesarias que le permitan detectar sintomatología de abuso, ya sea expuesta o encubierta.

De este modo, todo profesional que se encuentra ante una mujer víctima de violencia de género debe tener la capacidad de gestionar la situación, no sólo en clave emocional, sino también debe saber reaccionar de forma inmediata a través de la búsqueda y génesis de diversos documentos, cuya importancia será cardinal antes de dar los siguientes pasos.

Según Puig (2008) serán claves: “la historia clínica relatando las lesiones, hallazgos, patología, cronología y procedimientos diagnósticos y terapéuticos”.

2 Objetivos

Objetivo principal de este trabajo será:

- Analizar los protocolos a seguir desde el momento en el que se detecta un caso de violencia de género, tanto a nivel comunicativo como técnico.
- Describir las funciones a desempeñar en este contexto por el TCAE.

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 con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: violencia de género, intervención sanitaria, detección, prevención, sanidad, TCAE. Se encontraron 23 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 11 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 12 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, eliminaron 3 por no corresponderse con la búsqueda bibliográfica de este trabajo). Otros 2 trabajos fueron excluidos en la revisión final por no corresponderse con

el objeto de estudio de este trabajo. Finalmente los documentos analizados fueron 7.

4 Resultados

La mujer que es víctima de violencia de género, puede recurrir al centro sanitario por una agresión de su pareja, es imprescindible tener en cuenta que la mujer llegará llena de miedos, culpa, inseguridades y con un dolor emocional que es comparable e incluso a veces mayor, que el dolor físico. Por ello, es muy importante que a la hora de tratar con ella el tema se haga desde la empatía, la calidez y el respeto, formulando preguntas abiertas para dar pie a una comunicación más fluida y con una escucha reflexiva y activa.

Es posible que la víctima no quiera denunciar a su maltratador, en este caso se habrá de respetar su decisión, pero informando de los beneficios que supondría hacerlo.

De forma paralela, se abrirá un proceso en el que se debe valorar si su vida corre riesgo, identificar los recursos que dispone e incluso orientarla sobre dónde esconder documentos u objetos en caso de realizar una huida. Si tuviera hijos menores, se le comunicara la situación al pediatra y se informará a la mujer de los recursos sociales de los que dispone y de los teléfonos de emergencia a los que podría llamar en caso necesario.

A nivel técnico, se inicia inmediatamente un protocolo de enfermería, dando una especial importancia a la entrevista en los casos de agresión física y psicológica. A parte de esta valoración, se han de tener en cuenta otros aspectos como:

- Si la mujer cuanta con algún tipo de apoyo.
- Cuál es su situación familiar.
- Sus relaciones con amigos.
- Su situación económica.

La valoración de la violencia se llevará a cabo evaluando el tiempo de evolución, la intensidad y la frecuencia, la fase del proceso de la violencia, los mecanismos para adaptarse que la víctima ha desarrollado y el comportamiento social y familiar del agresor.

Se detecta a través de la bibliografía manejada, que es aconsejable el empleo del cuestionario de malos tratos para la sospecha de violencia en cualquier ámbito.

Si dicho cuestionario, por razones de fuerza mayor no se pudiese realizar, se anotará “v.g” (violencia de género) como orientación diagnóstica y se citará de forma programada o se remitirá a la consulta de atención primaria para su seguimiento.

Finalmente, en relación a la figura del TCAE ante un caso en el que se sospecha sea una víctima de violencia de género, deben permanecer muy atentos a las señales que puedan percibir en caso de que ella no las manifestara voluntariamente. Por ello, deben disponer de una especial sensibilidad y empatía, promoviendo que la paciente se encuentre en un ambiente tranquilo y amistoso.

En caso de sospecha clara o detección, el TCAE dará aviso al resto del equipo de dicha duda para que se pueda poner en marcha un plan de actuación, que contará con profesionales cualificados que le brindarán a la mujer la ayuda psicológica que precise.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que será fundamental desarrollar la sensibilidad de los profesionales de la salud sobre este tipo específico de violencia, para saber manejar de forma eficiente situaciones de violencia de género, así como detectar posibles indicios de que esta se ha producido o se sigue produciendo. Por ello, será fundamental proporcionar a estos sanitarios unas herramientas formativas y de actualización en su abordaje, ya no solo a nivel emocional, sino también a nivel protocolario y técnico (aplicación de escalas y tests).

La adecuada información por parte de los profesionales sanitarios acerca de los recursos institucionales y judiciales que la comunidad proporciona a la víctima de violencia de género, será fundamental para que estos puedan proveer a la mujer una información clara, comprensible y veraz.

Una buena educación social será de gran importancia en la prevención del tema que nos ocupa, especialmente si se realiza desde edades tempranas en los colegios a través de cursos, charlas o talleres por parte del personal sanitario, dirigidos a que se tome conciencia de actuaciones que, sin llegar a ser agresiones físicas, suponen otra vertiente de la violencia.

Estas agresiones más “sutiles” se realizan sin que se les de mayor importancia, como algo establecido en la sociedad y generan una diferencia clara entre el hombre y la mujer a todos los niveles. De ahí la importancia de desarrollar estrategias

y actuaciones desde el ámbito educativo que puedan ayudar a fomentar una sociedad en la que el hombre y la mujer puedan ser tratados por igual.

6 Bibliografía

- Almenares Aleaga, M., Louro Bernal, I., & Ortiz Gómez, M. T. (1999). Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista cubana de Medicina general Integral*, 15, 285-292.
- Blanco Prieto, P., & Ruiz-Jarabo, C. (2002). La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la Atención Primaria de Salud. Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública, Madrid.
- Coll-Vinent, B., Echeverría, T., Farràs, Ú., Rodríguez, D., Millá, J., & Santiñà, M. (2008). El personal sanitario no percibe la violencia doméstica como un problema de salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(1), 7-10.
- Cruz, J. (2005). Amores que matan: Dulce Chacón, Iciar Bollain y la violencia de género. *Letrashispanas*, 2(1), 67-81.
- Kramer, A., Lorenzon, D., & Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*, 14(1), 19-29.
- McCloskey, L. A., Lichter, E., Williams, C., Gerber, M., Wittenberg, E., & Ganz, M. (2006). Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health. *Public Health Reports*, 121(4), 435-444.
- Orosco, L. T., Samamé, T. Z., Zelaya, C., Arias, M., & Ostolaza, N. (2003). Detección de violencia basada en género en tres servicios de atención de salud reproductiva. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 49(1), 31-38.
- para la Actuación Sanitaria, P. C. (2007). ante la Violencia de Género. Comisión contra la Violencia de género. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pía Majdalani, M., Alemán, M., Fayanás, R., Guedes, A., & Mejía, R. M. (2005). Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de salud pública*, 17, 79-83.
- Puig, B. C. V. (2008). Violencia y maltrato de género (II). Una aproximación desde urgencias. *Emergencias*, 20, 269-275.
- Varea, A., Manuel, J., & Castellanos Delgado, J. L. (2006). Por un enfoque integral de la violencia familiar. *Psychosocial Intervention*, 15(3), 253-274.

Capítulo 236

CONFIDENCIALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA

MARTA LOPEZ ALVAREZ

MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN

ESTELA SOLEDAD GALÁN GRANDA

1 Introducción

Todo paciente tiene derecho a la privacidad y confidencialidad de su información personal y que deberá ser mantenida rigurosamente por todo el personal sanitario. El derecho a la privacidad del paciente y el deber del profesional de mantener la confidencialidad se aplica independientemente de la forma en que la información esté soportada o comunicada. No todos los profesionales están obligados de la misma manera a las mismas obligaciones legales en relación a la confianza, pero si todos tienen las mismas obligaciones éticas de mantener la confidencialidad.

Los profesionales de salud deben respetar tres principios claves de la confidencialidad en la asistencia sanitaria:

- Los individuos tienen derecho fundamentalmente a la privacidad y a la confidencialidad de la información relativa a la salud.
- Confianza. Los pacientes necesitan tenernos confianza para explicar lo que les pasa. Los sanitarios somos sus confidentes necesarios, por tanto, estamos obligados a guardar el secreto profesional.
- Lealtad al paciente que nos debe obligar a respetar su intimidad y su autonomía.

La RAE nos define estos términos y debemos tenerlos claros:

- Confidencial: Que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho.
- Confidencialidad: Propiedad de la información que se pretende garantizar el acceso sólo de las personas autorizadas.
- Intimidad: Zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia.
- Privacidad: Ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión.
- Secreto: Cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta. Conocimiento que exclusivamente alguien posee de la virtud o propiedades de una cosa o de un procedimiento útil en medicina o en otra ciencia, arte u oficio.
- Secreto profesional: Deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como los profesionales sanitarios (abogados, notarios ,etc.), de no revelar los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión.

Creo que estas definiciones deberemos tenerlas claras y muy en cuenta todos los profesionales sanitarios.

2 Objetivos

- Establecer principios éticos y legales para apoyar la protección de la confidencialidad y la privacidad de la información de las personas que reciben asistencia sanitaria. Protección necesaria para que el uso de la información confidencial o su divulgación pueda ser legítima.
- Proporcionar una guía sobre prácticas éticas y recomendaciones para profesionales sanitarios e instituciones sanitarias.

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

A pesar de que la información sanitaria de cada paciente está protegida bajo obligaciones éticas y legales de confidencialidad, existen situaciones en las que pueden darse uso y divulgación de información personal con fines legítimos, por lo que se debe considerar: El fin de cualquier uso planeado o de divulgación de información sanitaria y los criterios que deben ser satisfechos para permitir ese uso o divulgación. Cualquier divulgación de información debe cumplir el criterio de proporcionalidad en relación con el objetivo legítimo de la divulgación, de acuerdo con la legislación local de cada caso y ser efectuadas con el nivel más alto de seguridad y protección de datos.

Las medidas de seguridad más adecuadas son.

- Formación sobre la confidencialidad y consecuencias de su incumplimiento.
- Usar contraseñas seguras, no compartirlas.
- No compartir información personal de pacientes en correos.
- Cerrar la sesión o bloquear cuando se está ausente (más de 5 minutos)
- Evitar que queden datos desplegados en las pantallas y sean vistos.
- Cerrar la puerta de la consulta cuando estemos con un paciente o hablando con otro profesional sobre alguna persona, explorando o haciendo alguna actividad.
- Pedir siempre el consentimiento informado al paciente para las investigaciones.

5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia formar y prevenir al personal, para garantizar el derecho a la confidencialidad, y así cumplir todo el personal sanitario con el deber imprescindible y a veces olvidado que es velar por la intimidad de las personas. Reflexionar sobre las actitudes, conocimientos y habilidades necesarias para responder con seguridad ante cuales son los límites del deber del secreto profesional. Decidir la alternativa de actuación más adecuada ante algunos dilemas derivados del deber de secreto médico. Descubrir problemas de actitud y ejecución relacionados con el respeto a la intimidad de las personas que acuden a los centros sanitarios.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y la Constitución Española de 1978, tratan de la intimidad como un derecho fundamental del individuo y como tal está fuertemente custodiado en nuestro ordenamiento jurídico que contempla importantes sanciones económicas, inhabilitación profesional e incluso cárcel para quien lo vulnere (código penal, artículos 197-201).

6 Bibliografía

- www.eurosocap.org
- <http://www.psicobioquimica.org/documentos/revistas/numero%205/01.pdf>
- <https://www.ffomc.org/>

Capítulo 237

EL ALCOHOLISMO EN LOS ADOLESCENTES

NERY VALENTINA MARTINEZ AGUIRRE

CRISTINA GUTIERREZ LARGO

YOLANDA GARCÍA DE ISLA

TAMARA GARCÍA IGLESIAS

1 Introducción

El consumo de alcohol en menores de edad en nuestro país es un problema constante, pese a que se han logrado avances. En España el consumo suele iniciarse sobre los 13 años, el 75,1% de los jóvenes entre 14 y 18 años han consumido alguna vez alcohol y 6 de cada 10 adolescentes se han emborrachado.

2 Objetivos

- Dar a conocer de forma objetiva los efectos del alcohol en la sociedad y en nuestra salud tanto física como psíquica, desmitificando tópicos e ideas erróneas.
- Luchar contra el consumo de alcohol en este colectivo de alto riesgo, valorando positivamente los no consumidores y dando pautas de actuación para reducir consumo y riesgos.

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

- Los efectos del alcohol en tu salud- Ministerio de Sanidad disponible en <https://www.mscbs.gob.es>
- CONSUMO DE ALCOHOL EN JOVENES-Plan Nacional Sobre Drogas disponible en www.pnsd.mscbs.gob.es >jóvenes.
- OMS- Consumo de bebidas alcohólicas- World Health Organization disponible en <http://www.who.int> > topics>alcohol.

Capítulo 238

BENEFICIOS DE LA PRACTICA DE EJERCICIO EN LA EDAD ADULTA

LUCIA PELÁEZ MARTINEZ

1 Introducción

Los efectos beneficiosos de la actividad física son numerosos en cualquier edad.

2 Objetivos

- Identificar y analizar si hay nuevos avances respecto a los beneficios de practicar ejercicio en la edad adulta.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas en últimos avances acerca de los beneficios de practicar ejercicio en adultos en los últimos cinco años. Se consultaron las bases de datos de Dialnet, Medline y Medline plus. Los descriptores utilizados fueron: beneficios, ejercicio físico, tercera edad, salud. De un total de 20 artículos fueron seleccionados 9 para un análisis en profundidad por cumplir con los criterios de inclusiones establecidos.

4 Resultados

En todos los estudios, se obtienen beneficios, trabajando en conjunto ejercicios de resistencia, fuerza, equilibrio y flexibilidad se previenen los problemas de salud

y se mejora el sueño, la salud sexual y el riesgo de disfunción eréctil. Puede hacer sentir más atractivas a las personas y mantener habilidades de pensamiento, aprendizaje y juicio por más tiempo. Se destaca que se reduce la enfermedad cardíaca con 150 minutos de ejercicio de intensidad moderada por semana y que se debe practicar de forma regular.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que el ejercicio beneficia a todas las edades, y que si se siguen las recomendaciones de la OMS relacionadas con el ejercicio y se continúan investigando acerca del tema seguirán apareciendo nuevos efectos beneficiosos para la salud en esta etapa.

6 Bibliografía

- Bases de datos de Dialnet, Medline y Medline plus.

Capítulo 239

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

PILAR LOPEZ DIAZ

1 Introducción

A continuación haremos un resumen de los métodos anticonceptivos y realizaremos una clasificación de los mismos atendiendo a diferentes aspectos.

2 Objetivos

Los objetivos son explicar cuándo es necesaria la aplicación de un método anticonceptivo y cual es el más adecuado para cada individuo.

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

Clasificación de los diferentes métodos anticonceptivos:

- Por su duración en el tiempo.
- Por la forma en que actúan en el cuerpo.

Atendiendo a la duración en el tiempo de los métodos anticonceptivos hay dos tipos que son IRREVERSIBLES:

- LIGADURA DE TROMPAS: Es una intervención quirúrgica que se practica a las mujeres y que se realiza con el fin de ocluir las trompas de Falopio, para evitar que el óvulo sea fecundado y llegue al útero. Produce una esterilidad permanente.
- VASECTOMÍA: Es un procedimiento quirúrgico que se aplica en el hombre y que consiste en cortar y ligar los conductos deferentes, que son los encargados de transportar los espermatozoides desde los testículos al exterior. Produce una esterilidad, en general irreversible.

Entre los métodos REVERSIBLES, dependiendo de su forma de actuación sobre el cuerpo, existe un amplio abanico.

Son métodos de barrera:

- PRESERVATIVO MASCULINO o condón. Es una funda fina de látex o poliuretano que se coloca en el pene erecto.
 - PRESERVATIVO FEMENINO, que es una funda de poliuretano que se introduce en la vagina antes del coito.
- Ambos ofrecen una alta eficacia anticonceptiva, protegen frente a las ITS y las displasias cervicales. No tienen efectos secundarios y no necesitan prescripción médica.
- DIAFRAGMA: Es una semiesfera de látex que se coloca en el fondo de la vagina antes de la relación sexual. Se utiliza junto con crema espermicida para evitar embarazo y ofrece cierta protección frente a las ITS.

Son métodos hormonales:

- PÍLDORA ANTICONCEPTIVA: Es un comprimido que se administra por vía oral que actúa sobre el ciclo hormonal de la mujer impidiendo su ovulación.
- PÍLDORA DE EMERGENCIA o píldora del día después. Se trata de un método de emergencia cuando falla el método habitual que evita únicamente un embarazo no deseado actuando antes de que éste se haya producido, por eso es importante su pronta administración. No se debe utilizar nunca de manera habitual.
- ANILLO VAGINAL; consiste en la introducción por la propia mujer de un anillo de plástico en la vagina todos los meses. Libera hormonas durante 3 semanas debiendo ser retirado al comienzo de la 4ª semana. Actúa igual que la píldora. No protege ante las ITS.
- PARCHES TRANSDÉRMICOS, libera hormonas que son absorbidas a través de la piel. Se pega en la piel, y al cabo de tres semanas se retira y se continúa una semana sin parche. No protege ante las IRS.

- **IMPLANTE SUBDÉRMICO:** Consiste en la inserción de dos varillas bajo la piel del brazo, que gradualmente liberan hormonas. Su duración es de 3 ó 5 años, dependiendo del tipo de implante. Su colocación la realiza un médico. No protege ante las ITS.

Dentro de los métodos químicos:

- **DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL** , es un dispositivo que se coloca dentro del útero y libera progestágeno. Lo coloca un médico y su duración es de 5 años. No es eficaz frente a las ITS.
- **INYECTABLES:** Es una inyección que se administra cada mes o cada tres, dependiendo de la composición de la misma. Tiene gran eficacia anticonceptiva aunque puede causar cambios en el ciclo menstrual y no sirve contra las ITS.
- **ESPERMICIDAS:** por su baja eficacia anticonceptiva se utilizan siempre junto con otro método, sobre todo junto al diafragma y el preservativo. Tampoco es eficaz frente las ITS. Consisten en unas sustancias en forma de gel, supositorio o espuma que destruyen o incapacitan los espermatozoides.

Método mecánico:

- **DISPOSITIVO INTRAUTERINO:** Es un dispositivo de polietileno con un filamento de cobre que se implanta por parte de un médico en el útero. Actúa a nivel local produciendo una respuesta inflamatoria y es tóxico para los espermatozoides. Por otra parte, no protege frente ante las ITS, y puede causar aumento de la cantidad y dolor en la menstruación.

Métodos naturales:

- **MÉTODO OJINO:** Se basa en calcular el periodo fértil de la mujer y evitar las relaciones coitales esos días. Su eficacia anticonceptiva es variable.
- **COITO INTERRUPTO:** Consiste en la retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación.
- **MÉTODO BILLINGS:** Basado en las características del moco cervical en relación con el ciclo ovárico. Dentro de los métodos naturales es uno de los más eficaces. Ninguno de los métodos naturales protege ante las ITS.

5 Discusión-Conclusión

El método anticonceptivo que se debe utilizar es el que decida cada persona dependiendo de las necesidades particulares de cada uno valorando en general los siguientes aspectos:

- Que su eficacia sea absoluta o lo más alta posible.

- Que su uso sea sencillo y práctico.
- Que interfiera mínimamente en la espontaneidad y calidad de las relaciones sexuales.
- Que proteja tanto ante el embarazo no deseado como de las ITS.
- Todos tienen sus ventajas e inconvenientes y es aconsejable que un profesional de la salud te ayude a decidir cuál es el mejor para tí.

6 Bibliografía

- <http://www.thelancet.com/>.
- <http://www.nejm.org/>.
- <http://www.nlm.nih.gov/>.
- http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todo_anticonceptivo.
- http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9todos_anticonceptivos_naturales.

Capítulo 240

EL APOYO DOMICILIARIO A LA MADRE ADOLESCENTE Y BEBÉ PREMATURO

JORGE RODRÍGUEZ MÉNDEZ

AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR

CARLOS ALBERTO MENÉNDEZ SEVILLANO

1 Introducción

Tener hijos en la adolescencia supone un riesgo al aumentar las probabilidades de parto prematuro. Es necesario disponer de un Plan de Apoyo Domiciliario (AD) para paliar las dificultades derivadas de esta prematuridad, ya que alcanzado un peso mínimo el alta del bebé está garantizada, pero no tanto así su adecuado cuidado y buen desarrollo en el domicilio. Por ello, es necesario instruir a las madres en cuidados específicos y estrategias que faciliten su adaptación a la novedosa maternidad.

2 Objetivos

Analizar la importancia de realizar el apoyo domiciliario.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultando diversas bases de datos. Para ello, se han utilizado como descriptores las palabras clave: “bebé prematuro”, “madre adolescente”, “cuidados”.

4 Resultados

Tras el alta hospitalaria, con el AD se programan llamadas para indagar sobre el estado general, alimentación, higiene y descanso del bebé, y para valorar la implicación de la pareja y familia en el proceso. Además se hacen visitas domiciliarias para un seguimiento puntual y prevenir posibles problemas de salud que conlleven un reingreso. El AD demuestra que: mejora el desarrollo del bebé prematuro, se propicia una mejor relación paterno-filial, se reduce el estrés y ansiedad por la separación con el neonato, se propicia la lactancia materna, se reducen los costes sanitarios por la no hospitalización y los recursos sanitarios resultan más eficientes. Debemos comprobar que se continua con los cuidados al bebé tras recibir el alta hospitalaria, lo que realiza la Unidad de Neonatología con su programa de AD y prevenir posibles accidentes domiciliarios contribuyendo así al ulterior desarrollo del bebé en el entorno familiar.

5 Discusión-Conclusión

El seguimiento constituye un medio eficaz. Las pautas dadas por las enfermeras con el AD son de gran utilidad para prevenir posibles problemas y contribuyen a reducir riesgos de posibles complicaciones. Se deben aumentar y reforzar las pautas educativas relacionadas con la prevención de accidentes y la promoción de la lactancia materna exclusiva durante mínimo los seis primeros meses de vida del bebé prematuro.

6 Bibliografía

- <http://www.bdigital.unal.edu.co/11155/>.
- <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/43128>.

Capítulo 241

RELACIÓN INSEPARABLE ENTRE SALUD Y CONTAMINACIÓN.

BIBIANA FERNANDEZ BARRERO

JONATHAN QUINTANA RODRIGUEZ

VERÓNICA MONTES ÁLVAREZ

BENJAMIN GASPAR PEREIRA DÍAZ

1 Introducción

La preocupación por los efectos a corto y largo plazo en nuestra salud o de la salud pública nos hace susceptibles de padecer enfermedades respiratorias agudas como (EPOC), enfermedades crónicas como el cáncer de pulmón u otras enfermedades relacionadas como las enfermedades cardiovasculares.

La contaminación atmosférica no afecta de la misma manera a las personas. Las personas más afectadas generalmente son aquellas que sufren de otras enfermedades, que tienen un menor grado de defensas, personas inmunodeprimidas, grupos de personas más vulnerables como pueden ser los niños, ancianos, familias con pocos recursos económicos, sin posibilidad de acceder al sistema sanitario, todos ellos son los mas susceptibles a padecer estos efectos en su salud.

Se han creado iniciativas para determinar el grado de implicación de los determinados colectivos del ámbito sanitario, como por ejemplo la implicación de las enfermeras y auxiliares de enfermería con la salud general. En muchos países como en Estados Unidos han logrado especificar de qué forma un mejor ejercicio

de la salud pública puede fortalecer la infraestructura de salud de una comunidad o de un país.

2 Objetivos

Comprobar el efecto que causa la contaminación atmosférica a corto y largo plazo sobre la salud pública y como puede ayudar el sistema sanitario y sus profesionales a la hora de mejorar esa situación. Por ejemplo en personas enfermas con un incremento de concentración de ozono en la atmósfera, como afectaría esa contaminación incrementando sus problemas de salud y de qué forma se garantizaría sus cuidados y tratamientos y si es posible combatir los problemas de salubridad.

Las personas que están expuestas a esos elevados niveles durante años tienen mayor posibilidad de padecer problemas respiratorios y otras enfermedades importantes y por lo tanto se incrementaría así sus cuidados hospitalarios.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo de libro, se procede a la búsqueda de información en páginas web tales como: WIKIPEDIA, GOOGLE, SCIELO, ACCESS MEDICINA. Se sustrae la información lo más detallada y verazmente posible para garantizar la temática a tratar.

4 Resultados

Debemos conocer todos los problemas que amenazan no solo la salud de los seres humanos, los ecosistemas, la vida del planeta en general para concienciarnos de la importancia que supone la protección, el cuidado y la recuperación de nuestro ecosistema que es nuestro medio de vida.

Los principales problemas ambientales que nos deben preocupar por el grave efecto que produce en nuestra salud son:

- Cambio climático.

A partir del siglo XIX el incremento de la actividad industrial, el incremento de la población y de sus actividades en general produjeron un

Incremento considerable de gases de efecto invernadero que provocaron que la tierra sufriera este cambio climático que hoy tenemos.

El cambio climático trae pobreza, miseria, desigualdad, daños medioambientales irreversibles que causan una incidencia directa en los movimientos migratorios no solo de seres humanos sino también de otras especies, como estamos comprobando desde hace años en muchos puntos de nuestro planeta.

- Contaminación.

La contaminación provoca un gran impacto negativo en los ecosistemas provocando también importantes consecuencias en salud, afectando y reduciendo la esperanza de vida de millones de personas en todo el mundo.

- Pérdida de especies y su biodiversidad.

La biodiversidad es el conjunto de todos los seres vivos que se encuentran en el planeta, bien sean plantas, animales, hongos o microorganismos. La tierra se verá afectada por la pérdida de estas especies y nuestra especie será la más afectada a largo plazo.

- Escasez de agua.

Un 70% de nuestra superficie terrestre está cubierta por agua pero el 97% del agua de mar no es apta para consumo humano.

La demanda de agua está creciendo y se estima que crecerá más de un 50% en los siguientes 30 años.

Si a esto le sumamos el problema de su calidad lo que hace que se convierta en un bien muy preciado e importantísimo.

El agua en mal estado es el causante de enfermedades mortales como por ejemplo cólera, fiebre tifoidea, shigella, poliomielitis, meningitis, hepatitis, diarrea. Generalmente en países poco desarrollados o en vías de desarrollo que afectan principalmente a niños y gente enferma. La mayoría de las muertes por diarreas que afectan a estos niños se podrían impedir con un simple lavado de manos y con un tratamiento adecuado del agua, antes de consumirla.

Concienciarnos de la importancia que tiene el cuidado y el uso del agua nos garantizará en un futuro una buena salud y poder disponer de agua en unas condiciones óptimas.

- Deforestación.

La deforestación del suelo consiste en despojar el terreno de árboles y plantas, dejando el terreno despojado de vegetación.

Si se impidiera la deforestación, la degradación y se recuperaran las grandes superficies deforestadas se lograría evitar y reducir las emisiones de CO₂ lo que supondría una reducción de la contaminación, un impacto positivo en la naturaleza, recuperar el hábitat de millones de especies y sobre todo se conseguiría

salvar de la muerte a millones de personas anualmente debido a la contaminación del aire a compuestos orgánicos volátiles y de óxidos de nitrógeno ,compuestos que están por encima de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

- Degradación del suelo.

Es la actividad humana la principal culpable de la grave degradación del suelo. Cabe destacar la erosión consecuencia de las excavaciones extractoras de minerales, la ganadería y el pastoreo en exceso son los causantes en los últimos años de unos daños incalculables en numerosas regiones tales como África, Asia y América del sur y Central. En las zonas más secas lo que ocasionó fue una gran desertización amenazando y poniendo en peligro el sustento y la salud de más de 700 millones de personas.

- Energía.

El continuo y elevado consumo de energía a nivel mundial crea un gran impacto en la salud de las personas.

La energía es necesaria para garantizar las necesidades más básicas como cocinar, calentarse, calentar agua, tener calefacción etc.

La elevada contaminación del aire dentro y fuera de los hogares representa el mayor riesgo medioambiental para la salud en todo el mundo. En la India, las principales fuentes de contaminación del aire en los hogares son el humo de tabaco y el humo producido por el uso de combustibles sólidos en cocinas ineficientes y con fugas.

En las zonas rurales de la India, millones de mujeres pasan varias horas por día preparando comidas en cocinas o fogones humeantes en el interior de sus hogares. Dado que las tareas de la cocina suelen recaer sobre las mujeres, ellas y los niños pequeños de su entorno son las primeras víctimas de las enfermedades respiratorias y cardiovasculares agudas y crónicas relacionadas con el humo.

- Residuos.

Los residuos sólidos son un problema a nivel mundial que se agrava con la irresponsabilidad que se tiene al no cambiar nuestros hábitos de consumo y de disposición final de nuestros residuos, que es el resultado de lo que a diario generamos en todas las actividades que realizamos ya sea en el trabajo, centro de estudio, hogar, centros recreativos, etc.

El problema sanitario por la mala disposición de residuos, incide en el riesgo epidemiológico que representa la acumulación y vertimiento incontrolado de excrementos, tienen como resultado de sus características de inflamabilidad (por

su contenido pueden favorecer o causar fácilmente un incendio); proliferación de moscas, roedores, bacterias y otros animales y microorganismos causantes de enfermedad.⁴

Los riesgos al medio ambiente y a la salud causados por los residuos peligrosos son un foco de atención a nivel mundial, que ha propiciado que se generen disposiciones regulatorias (leyes, reglamentos y normas); que establecen pautas de conducta a evitar y medidas a seguir para lograr dicho manejo seguro a fin de prevenir riesgos. A la vez que fijan límites de exposición o alternativas de tratamiento y disposición final para reducir su volumen y peligrosidad.

La Organización Mundial de la Salud utilizó la técnica de investigación Delfos para identificar las funciones esenciales, para prevenir poder combatir las epidemias y su propagación los riesgos ambientales, las que previenen las lesiones y las que promueven el comportamiento saludable de la salud y dan respuestas favorables contra los desastres. Las funciones que se consideran necesarias para cumplir con esas normas son:

- Monitoreo de la situación sanitaria (mortalidad, morbilidad, los factores de salud y la eficiencia de la salud pública).
- Promoción de la salud.
- La prevención, vigilancia y control de enfermedades de transmisión.
- Protección de la salud.
- Legislación y regularización en salud pública.
- Salud ocupacional.
- Servicios de salud pública.
- Gestión en salud pública.
- Atención sanitaria a la población más vulnerable.

5 Discusión-Conclusión

Los daños ocasionados a la salud poblacional y al medio ambiente están causados principalmente por el hombre, bien sea directamente como consecuencia de sus actos o por ausencia de voluntad gubernamental de no establecer una prioridad a la hora de establecer unas normas más estrictas con respecto a la eliminación de residuos y contaminantes que provocan la aparición de enfermedades que en su mayoría serían prevenibles con un mínimo de control y de medidas adecuadas.

La problemática de la salud pública es muy difícil de solucionar, tanto a corto como a largo plazo. Para que fuera un problema con fácil solución tendría que haber una implicación mucho más intensa de todos los países del mundo y no

solo de unos pocos, pero la parte económica y la falta de moral de muchos de los gobernantes (sobre todo de los países más potentes económicamente) impide esa implicación y por lo tanto una difícil solución a corto plazo.

6 Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio profesional en el siglo XXI. Biblioteca Lascasas, (2005); 1.
- Sáez , S. y col. (2001) Promoción y Educación para la Salud: conceptos, metodología, programas (edit. Milenio. Girona).
- Salleras Sanmarti, L. y col. (1985) Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones (Díaz de Santos. Madrid).
- Gonzalez De Haro, M.D . (2007) La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas.

Capítulo 242

LA IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS EN LA SALUD

VERONICA PEREIRA CUERVO

GABRIEL MENENDEZ PRÉSTAMO

VANESSA FORCELLEDO FERNANDEZ

ALEJANDRA ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

A lo largo de los años se ha mejorado la salud de las personas gracias a dos grandes medidas de la sanidad que han ayudado a aumentar la esperanza de vida: la potabilización del agua y la vacunación.

En 1796 Edwuard Jenner dio los primeros pasos con la vacuna de la viruela, pero no fue hasta 1880 cuando se descubrió la vacuna de la rabia de la mano de Pasteur al que llamaron el padre de la vacunología.

En el caso de los bebés, varios estudios han demostrado que la madre antes del nacimiento mediante la placenta, le transmite protección contra los microbios que le causan la enfermedad, esta protección durara unas semanas. Tras un corto periodo de tiempo, esta protección desaparecerá.

Las vacunas son aquellas preparaciones que se administran a personas para generar inmunidad activa y duradera contra una enfermedad, cuando esta se

administra el sistema inmunológico reconoce el antígeno, entonces este produce anticuerpos contra lo que él interpreta como la enfermedad.

Así pues si la persona en algún momento de su vida entrara en contacto con ese organismo contra el cual ya ha sido vacunada, las defensas que se generan por haberse puesto la vacuna la protegerían para evitar la enfermedad o harían que esta fuera más leve.

Lo más habitual es administrarlas a través de inyecciones aunque algunas son por vía oral. En muchos casos son necesarias varias dosis para conseguir que el efecto protector se mantenga por los años.

2 Objetivos

Abordar el tema de la importancia de las vacunas en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica, realizando una búsqueda sistemática en los buscadores más utilizados en el ámbito de la salud (Medline y Dialnet). Se ha buscado por palabras clave: "vacunas", "inmunidad", "gripe", "viruela". Se estableció como criterio de inclusión artículos que recomendaran las vacunas y programas de prevención. Nos centramos en los artículos más modernos pero sin excluir años anteriores. Los criterios de exclusión se han centrado en eliminar artículos que no estuvieran publicados por profesionales médicos sin importar el medio y que no estuvieran publicados en español. También se ha hecho una búsqueda en google para encontrar artículos e informes publicados por asociaciones y sociedades donde se recogen datos y citas publicadas por distintos profesionales del ámbito.

4 Resultados

El objetivo de la vacunación no es otro que disminuir la mortalidad y morbilidad de las enfermedades que se pueden prevenir por estas, en niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil y grupos de riesgo. Debemos sensibilizar a la gente con este tema y que consigan ver la importancia de lograr una inmunización completa a lo largo de la vida.

Diremos que son medicamentos biológicos que si los administramos a personas que están sanas, estos producen unos anticuerpos que de alguna manera actúan protegiéndole por si en un futuro tiene un contacto con ese agente infeccioso y así poder evitar la infección o la enfermedad.

Los padres tienden a sobreproteger a sus hijos y a intentar evitarles cualquier tipo de dolor, pero en este caso cualquier llanto o posible pequeño dolor en la zona de la vacuna por parte del niño no es nada comparado con las graves complicaciones que pueden llegar a generar las enfermedades que las vacunas previenen.

Como ya dijimos antes no solo se administran a bebés o niños sino que también a personas adultas, ya sea por refuerzos o por un determinado grupo de riesgo, como es el caso por ejemplo de la vacuna de la gripe que es fundamental en determinados grupos. Esta es totalmente gratuita y se administra en todos los centros de salud, los meses en los que se suele poner son entre octubre y noviembre ya que es más probable contraer la enfermedad en esa época. Está especialmente dirigida a personas que tienen un alto riesgo de complicaciones en caso de llegar a padecerla, por ejemplo:

- Personas mayores de 65 años.
- Mujeres embarazadas.
- Adultos y niños que padecen enfermedades crónicas u obesidad.
- Personas que conviven con personas de alto riesgo.
- Niños y adolescentes (de entre 6 meses y 18 años) que hayan recibido tratamiento con ácido acetilsalicílico durante un periodo largo de tiempo.
- Personal de centro sanitario y social así como personal en prácticas.
- Trabajadores de servicios públicos esenciales como, policías, bomberos,...
- Y este año por primera vez se administrará a bebés prematuros mayores de 6 meses y menores de 2 años.

Es muy importante en los niños respetar el calendario obligatorio de vacunación, ya que el no vacunarlos hace peligrar no solo su salud sino también la de toda la población. Si dejáramos de vacunar a los niños, las enfermedades que ya tenemos casi olvidadas volverían otra vez y aunque son muy pocas las que serían mortales sí que muchas conllevarían un riesgo importante de padecer otras asociadas. No se nos debe de olvidar que las vacunas son herramientas sanitarias que previenen enfermedades, forman una de las medidas sanitarias que más beneficio han producido y a día de hoy siguen produciendo a las personas, nos previenen de enfermedades que antes nos podían causar grandes secuelas, epidemias e incluso la muerte. Con ellas hemos conseguido erradicar la viruela. El sarampión ha

dejado de ser un problema y los casos de difteria han desaparecido, la tosferina, tétanos, hepatitis B y meningitis meningocócicas ya están controladas.

Si una cosa debemos de tener clara es que las vacunas nos aportan muchos beneficios, han conseguido salvar millones de vidas a lo largo de los años, muy poca gente se acuerda ya de la viruela erradicada hace muchos años o la rubeola y el sarampión ya eliminados de muchos países. Es importante protegernos y proteger a las personas que nos rodean ya que estar rodeado de mucha gente vacunada hace que las pocas personas que no lo están se sientan también protegidas, a esto se le conoce como inmunidad comunitaria.

Muchos padres son reacios a vacunar a sus hijos, pero lo que no saben es que los riesgos de vacunarse siempre serán inferiores a sus beneficios, con la vacuna adquirimos protección ahorrándonos la enfermedad. Un claro ejemplo fue el miedo a la vacuna triple vírica que empezó por un artículo en una prestigiosa revista, esta sugirió una relación causa-efecto entre la vacuna y casos de autismo. Años después se notificó como un fraude.

No debemos poner en duda la profesionalidad de los expertos, todo lleva un gran proceso y desde luego solo se administra la vacuna una vez que esta a pasado unos largos y cuidadosos análisis realizados por científicos, médicos y profesionales del cuidado de la salud.

Un niño vacunado es un niño sano, fuerte y con muchas ganas de aprender. Tras la vacunas en algunos casos pueden aparecer reacciones adversas como un pequeño enrojecimiento, un leve dolor en la zona de la inyección, dolores musculares o incluso fiebre. Muy pocas veces se han presentado reacciones alérgicas fuertes a alguno d sus componentes. La fiebre puede llegar en diferentes momentos, según sea la vacuna administrada.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día sabemos que ningún tipo de avance en la medicina ha logrado salvar tantas vidas como las vacunas, aunque a día de hoy muchas son las personas reacias a vacunar a sus bebés, ya sea por falsas creencias o por otro tipo de causas, la cuestión es que por culpa de estas personas, enfermedades que ya creíamos erradicadas han vuelto otra vez a ser un problema en la sociedad. Es el caso del sarampión o la poliomielitis, son enfermedades poco frecuentes o ya casi inexistente que están presentes en otras partes del mundo pero que nos seguimos vacu-

nando porque no es difícil llegar a entrar en contacto con ellas, ya sea viajando al extranjero o cuando personas que no han sido vacunadas vienen a nuestro país.

En el caso del sarampión hace unos años era casi una enfermedad erradicada, porque la cobertura vacunal es del 95% quedando el otro 5% expuesto a la protección de la que se aprovechan de los vacunados, se hizo un seguimiento de esta enfermedad y se vieron datos realmente alarmantes, vemos como en el 2004 se dieron 29 casos de sarampión, en 2005 fueron 20 los casos. Pero ya en 2008 empezó la moda de la no vacunación y nos encontramos con 300 casos, llegando en 2011 a más de 1300 casos, un dato más que preocupante.

Solo podemos suspender una vacuna contra un tipo de enfermedad, como es el caso de la viruela, si esta se ha eliminado por completo en todo el mundo.

Las vacunas más importantes para los niños son: hepatitis B, difteria, tétanos, tosferina, polio, la bacteria *Haemophilus influenza* tipo B, meningococo C, neumococo, sarampión, rubeola, paperas y el virus del papiloma humano (esta solo para niñas). Y serían administradas a lo largo de su vida aunque la gran mayoría serían en los primeros años de vida. Entre otras vacunas tenemos las no financiadas pero si recomendables, que serían el rotavirus, el meningococo B en lactantes y la tosferina en adolescentes. La tetravalente antimeningocócica se considera de recomendación individual en algunas circunstancias.

6 Bibliografía

- Medline[Internet].España:02 de Diciembre 2019.Informacion general sobre vacunas. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002024.htm>.
- Riojasalud. Internet: Gobierno de la Rioja ,03 de Diciembre 2019.Servicio Riojano de salud,la importancia de las vacunas. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/>
- OMS. Vacunas y enfermedades prevenibles mediante vacunación. En: Dr Gilles Pomeroy and Dr Annelies WilderSmith. Viajes internacionales y salud. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad 2012.Madrid: Sanidad; 2012. PAG 111-188.
- Asociación de enfermería comunitaria [internet].Valencia: Francisco Javier Pastor Gallardo; 2019. proyectoavatar. Disponible en: <http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org>
- Kidshealth[Internet].DrNeil Izenberg,;1995[marzo 2019]. KidsHealth.org. Disponible en: <https://kidshealth.org/es/parents/fact-myth-immunizations-esp.html>.

Capítulo 243

EL AUMENTO DE LA OBESIDAD EN LA SOCIEDAD ACTUAL

MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN

ESTELA SOLEDAD GALÁN GRANDA

MARTA LOPEZ ALVAREZ

1 Introducción

La obesidad es una enfermedad crónica de alta prevalencia en nuestra sociedad. Se caracteriza por un mayor contenido de grasa corporal que puede ser perjudicial para la salud. La causa fundamental de la obesidad es una alteración del balance de energía entre las calorías consumidas y gastadas.

En el mundo actual se ha producido un aumento significativo de los alimentos hipercalóricos que son ricos en grasas, sal y azúcares simples pero pobres en fibra, vitaminas, minerales y otros nutrientes. Esto, unido a la falta o disminución de la actividad física, da como resultado el aumento de las tasas de obesidad y sus consecuentes problemas para la salud, junto con la disminución respecto a la calidad de vida.

2 Objetivos

-Describir cómo prevenir la obesidad en la sociedad actual y planes de actuación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para disminuir la obesidad en la sociedad actual, el objetivo fundamental es la prevención y control de la obesidad, además de tratar las enfermedades asociadas (enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus, artrosis y algunos tipos de neoplasia).

Es importante elaborar planes y estrategias para la prevención y control de los factores de riesgo que junto a los determinantes sociales hacen que esta enfermedad siga extendiéndose de forma notable en nuestra sociedad. Para evitar todo esto hay que fomentar una serie de estilos de vida, entre los que se encuentran los siguientes:

A nivel individual:

- Limitar la ingesta energética.
- Distribuir los alimentos sobre cinco comidas al día.
- Moderar el tamaño de las raciones.
- Incorporar a la alimentación cereales integrales, legumbres y semillas.
- Limitar el consumo de azúcar y alcohol.
- Aumento de la actividad física día.

A nivel general:

- La promoción de estilos de vida saludables.
- Regulación de la oferta de productos y servicios (reducción de sal en el pan, controlar las grasa transgénicas en los alimentos procesados).
- Promoción de entornos saludables de modo que la opción más sencilla sea la más saludable.

Ha quedado claro con lo anteriormente expuesto que la prevención es la piedra angular frente a la obesidad. El ejercicio físico mejorará tanto la salud física como emocional, reduciendo la incidencia de enfermedades cardiovasculares. Una dieta adecuada reducirá notablemente la probabilidad de convertirse en una per-

sona obesa. Combinando estas dos pautas se reduce de forma significativa la posibilidad de desarrollar enfermedades crónicas durante la edad adulta, además de reducir tanto la morbilidad como la mortalidad.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento de la obesidad es muy complejo y probablemente requiere de una evaluación e intervención en más de un área. Además de los aspectos fisiológicos involucrados, el manejo de la obesidad tiene un gran componente emocional que requiere un tratamiento conductual, llegando en ocasiones a necesitar ayuda de un terapeuta. La evidencia de los estudios, apoya que es necesaria una intervención multidisciplinar combinando aspectos de la dieta, aumentando la actividad física y modificando conductas adquiridas.

Es muy importante tratar esta enfermedad de forma individual a la vez que colectiva, ya que en nuestra sociedad actual la proporción de personas obesas ha aumentado de forma notable hasta llegar a afectar a más del 10% de la población.

6 Bibliografía

- <https://www.who.int/topics/obesity/es/>.
- <https://www.redaccionmedica.com/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000348.htm>.
- <http://www.scielo.org.mx/s>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000045.htm>.

Capítulo 244

COMO AFRONTAR LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA LAS ULCERAS POR PRESION

LAURA HERES GARCIA

LEONOR ALONSO SÁNCHEZ

MARÍA CRISTINA BERMÚDEZ BANGO

NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS

ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La piel sufre erosiones al estar en la misma posición durante demasiado tiempo, la sangre con oxígeno y nutrientes no llega a esas zonas en las que los vasos sanguíneos están aplastados entre el hueso y el soporte (cama o silla), al no haber movimiento. Normalmente se forman en las zonas anatómicas con protuberancias donde hay menos piel como en las caderas, tobillos, codos, talones, etc.

2 Objetivos

Explicar cómo afrontan los TCAE las úlceras por presión. Peculiaridades, escalas y manejo.

3 Metodología

Se ha buscado información revisando bibliografía en varios medios de información, mediante buscadores: úlceras por presión, tipos, escalas, prevención, objetivos, y se han seleccionado las páginas web que más se ajustaban al objetivo de este trabajo, excluyendo la información repetida o menos relevante.

4 Resultados

Aparecen con más facilidad en pacientes con poca movilidad, que no pueden cambiar de postura y es entonces donde más resientes esas zonas mencionadas.

Intentar evitarlas es una tarea muy importante por el TCAE, ya que producen infecciones graves, a veces, casi irreversibles.

La prevención es un factor determinante:

- Mantener la piel seca e hidratada
- Cambiar la posición del cuerpo cada dos horas
- Aliviar la presión que hace el cuerpo en esas zonas más delicadas con almohadas o cojines

Se desarrolla en varias etapas:

- Etapa 1: la zona dañada se enrojece, se calienta y suele picar. Se limpiarán con agua y jabón.
- Etapa 2: pueden aparecer llagas, cuando la piel se abre pueden aparecer ampollas. Se aplicará solución de sal y agua.
- Etapa 3: la llaga podrá tener apariencia de cráter ya que la herida abarca zonas de la piel más profundas.
- Etapa 4: es la más grave y casi irreversible. Abarca mucha más superficie y se puede infectar. Puede alcanzar a músculos, tendones, articulaciones, etc.

Cuando las úlceras se infectan, se puede propagar al resto del cuerpo, y sus síntomas pueden ser: pues espeso, mal olor, enrojecimiento e hinchazón. Si se ha extendido al resto del cuerpo aparecen otros síntomas como fiebre, escalofríos, confusión mental, aceleración del ritmo cardíaco.

El médico será el profesional encargado de diagnosticar las posibles úlceras, al empezar a aparecer ronchas, tendrá que determinar el tamaño, la apariencia y la profundidad, si supura o si tiene mal olor. Podrá realizar pruebas como análisis de sangre o recoger una pequeña muestra de la llaga y enviarla al laboratorio.

El tratamiento de las úlceras puede ser con crema antibiótica en el área si la llaga esta infectada, o si el tejido infectado es mas profundo, llegando al hueso, necesitara antibióticos por vía oral o intravenosa. Ayudar a esas zonas sensibles de que aparezcan llagas, protegiéndolas con almohadas, colchones especiales y siempre mejorando la dieta, consiguiendo que sea más rica y saludable.

La aparición de úlceras ya va a condicionar la vida del paciente, con perdida de calidad de vida, así como causa de alta morbilidad en personas con ingresos hospitalarios y geriátricos. Hay que poner especial atención a la higiene de las mismas e intentar tener la mayor movilidad posible dentro de lo que se pueda.

Las úlceras se mantendrán tapadas con apósito o venda. La gasa se cambiara una vez al día. Hay 5 tipos de apósitos de tipos húmedos: alginatos, poliuretanos, hidrocoloides, apósitos combinados e hidrogeles (si llevan gel y se podrán dejar varios días). El tejido muerto interfiere en la cicatrización así que se debe intentar eliminarlo, mediante una gasa húmeda y al retirarla cuando se seque se eliminara, o si son mas profundas de manera quirúrgica por el medico.

Si conseguimos que se vaya curando, veremos que el tamaño disminuirá y el liquido drenado también. En la parte inferior de la ulcera comenzara a crecer tejido nuevo y sano. Existen escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión como:

- Escala de Norton: que valora, estado físico, estado mental, actividad, movilidad e incontinencia.
- Escala Waterlow: relación talla/peso, aspecto de la piel, continencia, movilidad, sexo/edad, apetito y aspectos especiales.
- Escala Braden: percepción sensorial, exposición a la humedad, actividad, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones.
- Escala Emina: estado mental, humedad/incontinencia, movilidad, nutrición y actividad.
- Escala Cubbin-Jackson: edad, peso, estado de la piel, estado mental, movilidad, estado hemodinámico, respiración, nutrición, incontinencia e higiene.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE tienen una función muy importante a la hora de la localización y tratamiento de las úlceras por presión, aportar sus conocimientos para el buen mantenimiento de la piel (limpieza e hidratación) y del control nutricional del paciente. Y seguir el criterio unánime de las escalas de valoración del riesgo de

desarrollar las úlceras por presión.

El creciente nivel de conocimientos y competencia con el paso de los años de los TCAE, unido a su alto nivel de compromiso profesional hacen que sean piezas fundamentales en la toma de decisiones compartidas en el equipo medico como son la prevención y tratamiento de las mismas.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html> <https://es.familydoctor.org>
- <https://www.elsevier.es>
- https://www.researchgate.net/profile/Isidro_Jimenez/publication/281748101

Capítulo 245

ETAPAS DEL DUELO

ESTEFHANIA DONNEYS VALENCIA

ANA MARÍA GRUESO CARRIO

MIRIAM MENÉNDEZ TABOADA

ANGELES PEREZ SANCHEZ

1 Introducción

La pérdida de un ser querido es una de las experiencias que más dolor psicológico produce. Sin embargo, dentro de esta clase de experiencias dolorosas existen matices y formas diferentes de vivir el duelo tanto en lo emocional como en lo cognitivo.

Desde el punto de vista terapéutico es importante prestar atención a los duelos y pérdidas que aparecen en los niños y adolescentes, ya que es una etapa de altibajos emocionales.

Por ello, para superar el duelo es importante crear un entorno favorable para la expresión de sentimientos y pensamientos que surgen tras la pérdida de un ser querido, un espacio donde puedan comunicar libremente su vivencia, necesidades, sentimientos, dudas, temores, deseos y angustias sin crítica ni censura.

Es importante ayudarse y ayudar a cada miembro del grupo para que su dolor y su pesar vayan dejando lugar progresivamente al recuerdo afectuoso y tranquilo de la persona fallecida. Reconocer, descubrir y aceptar en qué momento del proceso de elaboración del duelo está cada uno, que es lo que necesita para seguir

elaborando de una forma más adecuada y serena de esta pérdida y qué decisiones ha de tomar ante este cambio tan significativo en su vida.

2 Objetivos

- Analizar cómo se afronta el duelo en la infancia y cuáles son sus etapas.
- Describir el duelo en la adolescencia.

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 duelo en la infancia es muy complicado, los niños reaccionan frente a la pérdida. Y lo hacen de diferentes formas en función del momento evolutivo, de cómo reciban la noticia, de la reacción de los adultos y de las propias experiencias. Los adultos contamos con muy poca preparación para elaborar un duelo, porque no solemos hablar de la muerte o de las enfermedades terminales ni tampoco de los abandonos o de la separación de los padres. Podemos enfrentar esta situación con los niños de la siguiente manera:

- Aceptar la realidad de la pérdida: acompañar al niño en la falta de esa persona. Cuando alguien muere, hay una sensación de vacío. Es necesario afrontar que esa persona ya no está y que no volverá. El niño también ha de asumir que ya no volverá a verlo y para eso necesita que el adulto también pase por esa aceptación.
- Gestionar las emociones incluyendo el dolor: emociones como la tristeza, depresión y sensación de vacío son normales. Sentir dolor, incluso físico, también. El niño habrá de sentir esas emociones y aceptarlas. Ese dolor hay que vivirlo, no negarlo ni reprimirlo, porque si esta tarea no se completa puede dar lugar a depresiones donde será necesaria terapia.
- Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente: comenzar a vivir sin él o ella, con ese vacío. Adoptar sus roles supone un cambio y para los niños

también. En definitiva, supone un cambio de circunstancias y una redefinición de roles para seguir creciendo y no quedarse estancado.

-Adaptarse emocionalmente al fallecido y seguir viviendo: los recuerdos de un ser querido nunca se pierden. No se puede renunciar al fallecido, sino encontrarle un hueco apropiado en nuestros corazones, de modo que podamos mirar atrás y hablar de él sin sufrimiento. El niño no olvidará al fallecido y podrá mirar hacia delante igual que los demás, con su vacío.

Para comprender mejor cómo se comportan las personas ante un duelo, se han descrito diferentes etapas, son las siguientes:

-Etapa de la negación: el hecho de negar la realidad de que alguien ya no está con nosotros porque ha muerto, permite amortiguar el golpe y aplazar parte del dolor que nos produce esa noticia. Aunque parezca una opción poco realista, tiene su utilidad para nuestro organismo, ya que ayuda a que el cambio de estado de ánimo no sea tan brusco que nos dañe.

-Etapa de la ira: la rabia y el resentimiento que aparecen en esta etapa son fruto de la frustración que produce saber que se ha producido la muerte y que no se puede hacer nada para arreglar o revertir la situación.

El duelo produce una tristeza profunda, que sabemos que no puede ser aliviada actuando sobre su causa, porque la muerte no es reversible. Además, la muerte es percibida como el resultado de una decisión, y por eso se buscan culpables.

-Etapa de la negociación: en esta etapa se intenta crear una ficción que permita ver la muerte como una posibilidad que estamos en posición de impedir que ocurra. De algún modo, ofrece la fantasía de estar en control de la situación.

En la negociación, que puede producirse antes de que se produzca la muerte o después de esta, fantaseamos con la idea de revertir el proceso y buscamos estrategias para hacer que eso sea posible.

-Etapa de la depresión: en la etapa de la depresión (que no es en sí el tipo de depresión que se considera trastorno mental, sino un conjunto de síntomas similares), dejamos de fantasear con realidades paralelas y volvemos al presente con una profunda sensación de vacío porque el ser querido ya no está ahí.

Aquí aparece una fuerte tristeza que no se puede mitigar mediante excusas ni mediante la imaginación, y que nos lleva a entrar en una crisis existencial al considerar la irreversibilidad de la muerte y la falta de incentivos para seguir viviendo en una realidad en la que el ser querido no está.

-Etapa de aceptación: es en el momento en el que se acepta la muerte del ser querido cuando se aprende a seguir viviendo en un mundo en el que ya no está y se acepta que ese sentimiento de superación está bien. En parte, esta fase se da porque la huella que el dolor emocional del duelo se va extinguiendo con el

tiempo, pero también es necesario reorganizar activamente las propias ideas que conforman nuestro esquema mental.

En cuanto al duelo en la adolescencia, al igual que ocurre en los adultos, tendrá una intensidad mayor o menor dependiendo del grado de intimidad y vinculación con la persona fallecida, el tipo de relación que existía entre ambos y las circunstancias de la muerte. También es verdad que los cambios y características propios de la edad hacen que éstos puedan reaccionar de manera diferente a los adultos.

Muchas veces el adolescente, aunque sufra intensas emociones, no las comparte con nadie. Posiblemente porque se siente de alguna manera, presionado a comportarse como si se las arreglara mejor de lo que realmente lo hace.

Después del fallecimiento de su padre, su madre o de su hermano/a, se le puede pedir "ser fuerte" y "mantener el tipo" delante del otro padre o de los hermanos más pequeños. Se espera que sostenga a otros, cuando no sabe si será capaz de sobrevivir a su propio dolor. En el caso de fallecimiento del padre o de la madre, puede ocurrir que se preste más atención al padre que queda, que al adolescente. Éste, en general, tenderá más al aislamiento que a compartir lo que siente, de ahí que podamos sacar la falsa impresión de que sufre menos.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer cómo se gestiona el duelo en la infancia y en la adolescencia, además, hay que conocer cuáles son los métodos para aceptar el duelo y cuáles son sus etapas. La deriva hacia un duelo patológico se da tan solo en una minoría de los casos.

Los duelos, deriven o no en patología, marcan hitos muy importantes en la historia biográfica por su carácter de pérdidas definitivas y porque inciden en el reinicio de la línea biográfica tras la pérdida.

Los efectos del duelo pueden ser muy prolongados, variables en el tiempo, reactivados por otros duelos, otras pérdidas, y por múltiples relaciones o circunstancias biográficas. Los ocurridos en una etapa pueden influir en otras posteriores.

Los duelos en la infancia pueden condicionar el posterior desarrollo biográfico y configurar aspectos de la personalidad. El duelo marca la sucesión de las generaciones, algunos tienen efectos transgeneracionales.

El duelo está implicado en el desencadenamiento o relacionado con cuadros clíni-

cos muy diversos.

La comprensión de determinados síntomas, conductas y situaciones biográficas pueden estar relacionados con un duelo: el tener en cuenta esto nos resitúa el significado de determinados síntomas o conductas que pueden tener matices identificativos, imitativos, repetitivos o compulsivos.

Para concluir, es importante saber que el impacto del duelo en la biografía es siempre un proceso, lo importante no es solo el acontecimiento, si no la situación y la evolución. Por eso son decisivas las relaciones posteriores de duelo, el apoyo, las figuras sustitutivas, las pérdidas posteriores.

6 Bibliografía

- Gamo medina, e., coordinador. Teoría y clínica del duelo. Ciudad real. d.l:cr 178/99.
- Freud, s. inhibición, síntoma y angustia. Obras completas, vol. iii, Madrid, biblioteca nueva, 1973.
- Tolstoi, l. infancia, adolescencia y juventud, pp. 152-167. Madrid, alianza editorial, 2000.
- Rallo, j. "aspectos psicodinámicos de la depresión" en primeras jornadas internacionales de psiquiatría geriátrica, pp. 27-29. ed. h.c. cruz roja, 1989.

Capítulo 246

EDUCACION PARA LA PREVENCION DE ETS DE PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

LAURA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), son enfermedades que se contagian por contacto sexual como sexo oral, anal o vaginal. Son muy comunes y generalmente no presentan síntomas.

2 Objetivos

Exponer las principales medidas de prevención y tratamiento de las ETS.

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 única manera 100% garantizada para evitar una ETS es evitar toda clase de contacto sexual (vaginal, anal, oral, y contacto genital de piel con piel con otra persona).

No sexo= no ETS pero si practicas sexo seguro reduces las posibilidades de contagio.

Dos de las mejores maneras de prevención son no tener sexo y el uso de preservativos durante las relaciones sexuales.

Existen otros pasos a seguir como:

- Hacer pruebas de detección de ETS.
- Hablar con tu pareja.
- Elegir actividades con menos riesgo.

5 Discusión-Conclusión

La protección es fundamental en la prevención de contagio de ETS. Se contagian por tener practicas sexuales no seguras. Los preservativos son barreras que detienen tanto los fluidos como el roce de piel con piel.

6 Bibliografía

- www.plannedparenthood.org/.
- www.healthychildren.org/.

Capítulo 247

REPERCUSIÓN DEL PROBLEMA MEDIOAMBIENTAL Y DEL DÉFICIT DE HIGIENE EN LA SALUD INFANTIL

ESTELA SOLEDAD GALÁN GRANDA

MARTA LOPEZ ALVAREZ

MARIA TERESA DEL POZO MARTÍN

1 Introducción

Según los datos estadísticos recabados por la OMS (Organización mundial de la Salud) los casi 6 millones de defunciones infantiles menores de 5 años se podrían haber evitado en una cuarta parte si se hubiesen reducido los riesgos del entorno en cuanto a que este sea saludable y seguro pudiendo así desarrollarse con normalidad y bienestar.

La población infantil es muy vulnerable en cuanto a la contaminación del aire, las sustancias químicas, las deficiencias en el suministro del agua En países en vías de desarrollo, abundan problemas de salud por el acceso al agua potable, servicios médicos, la polución de los residuos electrónicos o los metales pesados. Los niños respiran más que los adultos, están más cerca del suelo que ellos exponiéndose más a inhalar compuestos orgánicos volátiles o a ingerirlos al llevarlos directamente a la boca.

2 Objetivos

Abordar el tema de la repercusión del problema medioambiental y el déficit de higiene en la salud infantil.

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 contaminación de espacios cerrados y la externa, la exposición al humo como fumadores pasivos, el moho, la humedad ... provocan que haya entre un 11 y un 14% de niños con síntomas de asma y que cada año medio millón de niños menores de 5 años fallezcan por infecciones respiratorias como la neumonía.

Las enfermedades diarreicas producidas por la insalubridad del agua provocan así mismo numerosas muertes. Así pues, si se consiguieran mejoras en el acceso al agua potable, saneamiento e higiene, así como un aire más limpio, menos contaminado, los datos de mortalidad infantil bajarían bruscamente. Si se produjera una mejora en la gestión ambiental de los depósitos de agua dulce se evitarían así mismo los centenares de infectados por el paludismo y sus consecuentes fallecimientos. La OMS tiene reconocido la necesidad de la puesta en marcha de Unidades de salud Medioambiental para integrar en la práctica clínica las evidencias en medio ambiente y salud de los niños (PEHSU).

Las PEHSU son unidades clínicas en Hospitales o servicios de Pediatría especializados en salud medioambiental, reconociendo, evaluando y manejando los riesgos y enfermedades ambientales relacionados con la salud de los niños, proporcionando asistencia a los pacientes , formación en salud medioambiental e investigación clínica.

En España existen varias unidades PEHSU, como pueden ser en Murcia , en Gerona... Se utilizan dos tipos de herramientas para recabar datos de salud como

son la historia clínica medioambiental (enfermedades ambientales, tratamiento de la herida medioambiental...) y la hoja verde (destinada a la población sana, con la finalidad del cribado, control prenatal del niño sano ...)

También se realizan protocolos de actuación pediátrica para tratar dichas enfermedades medioambientales así como el tratamiento de intoxicaciones específicas disminuyendo la absorción, favoreciendo la eliminación y minimizando los efectos de determinadas sustancias.

Los Ministerios de Salud y Medio Ambiente de los países europeos y la Dirección Regional de la OMS se han comprometido a proteger la salud de los niños en la Declaración del 2004 de Budapest para conseguir un óptimo suministro de agua, unas normas para la construcción y el uso de materiales, asegurar la pureza del aire en interiores y exteriores libre de sustancias químicas peligrosas...

5 Discusión-Conclusión

Así pues, la comunidad internacional se debe poner de acuerdo para conseguir acciones que prevengan o reduzcan la exposición de los niños a todos los contaminantes, con un endurecimiento de la legislación antitabaco , unos requerimientos mínimos de calidad del aire, el establecimiento de sistemas de alerta en ciudades con altos niveles de contaminación ambiental, limitación de acceso a vehículos a determinadas zonas....

Las unidades pediátricas ambientales escolares también ejercen un papel importante con las instituciones educativas brindando capacitación en temas ambientales relacionados con la salud a docentes y padres de familia.

6 Bibliografía

- www.analesdepedriatria.org .
- www.who.int.
- www.saludmediomambientalenlaescuela.org .
- www.pediatriaintegral.es.
- Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. J. Guerrero Fernández, A. Cartón Sánchez. Editorial Médica Panamericana.

Capítulo 248

FUNCIONES TCAE PACIENTES DROGODEPENDIENTES Y ALCOHOLISMO.

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARÍA TERESA ALONSO CORDERO

MARIA HUELAMO GUADAMURO

VANESA SANCHEZ RIESGO

MARÍA ISABEL LÓPEZ RIESGO

1 Introducción

El desarrollo de este capítulo va ir enfocado a la labor del tcae con pacientes que presentan una patología drogodependiente en cualquier aspecto bien sea palabra droga cualquier otra adicción por ejemplo el alcoholismo ,en general pacientes que presentan las denominadas enfermedades sociales ,que actualmente están tan desarrolladas día a día ,actualmente en la sociedad española la drogadicción o drogodependencia es uno de los mayores problemas en cuanto a la salud social se refiere, el termino droga desde el antiguo ,en farmacología se utilizó para designar el medicamento en bruto ,según la OMS la palabra droga se refiere a toda sustancia que se introduce en un organismo vivo ,que puede modificar sus funciones OMS1969 dentro del termino drogodependencia existen diferentes patologías y el paciente es tratado según la patología concreta del paciente ,el tcae

puede realizar sus funciones dentro del ámbito sanitario como un paciente ingresado en dicha institución ,puede ser una institución pública o privada ,el tipo de función del tcae puede ser incluso ambulatoria similar a la función que se realiza en atención primaria o en hospitales de día ,desde hace mucho tiempo la drogodependencia existe tanto en personas jóvenes como adultas ,algunos de los casos establecidos hace mucho tiempo en el que se desconocían o no se tenían las mínimas medidas higiénicas necesarias para el posterior contagio de unas personas a otras esto desencadenó la epidemia de la enfermedad denominada VIH, conocida popularmente como SIDA, por su parte la patología de la enfermedad del alcoholismo también es considerada desde hace muchos años como enfermedad drogodependiente que suele desencadenar en enfermedades mentales ,agresivas por ejemplo esquizofrenia , enfermedad de Alzheimer etc, el consumo de sustancias psicoactivas ha estado ligado al deseo del ser humano por modificar el nivel de conciencia y el estado de ánimo o utilización para paliar el sufrimiento La aparición de las drogas en la historia viene desencadenado a través de una serie de factores que se han desarrollado a lo largo de la historia.

Por modalidades establecidas al hábito de fumar ,tanto el tabaco como tal así como otro tipo de sustancias ,se consideran drogas ,actualmente el debate está en la calle ya que el tabaco está legalizado ,el alcohol exactamente igual y otras sustancias similares no están permitidas en España aunque tenga efectos similares , la utilización de fármacos como morfina ,hipnóticos hace que las personas en algún momento puedan padecer esa patología de adicción. En cuanto al alcoholismo se puede considerar enfermedad social y mental adictiva suele venir desencadenada en pacientes que normalmente toman alcohol pero que en algún momento de la vida por circunstancias personales separaciones ,económicas etc esa forma habitual supera su propio control y en ese momento el hábito del alcohol destruye su vida social y laboral entre otros sentidos.

Se estima que alrededor de 2,2 millones de jóvenes europeos de entre 15 y 34 años (el 1,7% de este grupo de edad) consumieron cocaína el año pasado (según datos publicados del 2014), que sigue siendo la principal droga estimulante. España encabeza la clasificación ya que el 3,6% de los jóvenes consumieron cocaína el último año, más del doble que la media comunitaria. Le siguen Reino Unido (3,3%), Irlanda (2,8%) y Dinamarca (2,4%). Los países con menos consumo son Grecia y Rumania (0,2%). Por lo que se refiere al cannabis, se trata de la droga ilegal más consumida en todos los grupos de edad. España ocupa el cuarto puesto de la clasificación

2 Objetivos

Explicar las principales funciones del TCAE en la atención a pacientes drogodependientes y alcohólicos.

3 Metodología

XPLICLa metodología empleada para la realización de este capítulo esta desarrollada para analizar y determinar las funciones del tcae con pacientes drogodependientes ,alcohólicos así como pacientes que padecen las denominadas enfermedades sociales ,la información analizada y estudiada para su realización se basa en el estudio de referencias bibliográficas a través de google académico así como de el estudio de diferentes revistas científicas con referencias APA incluidas ,y bases científicas empleadas como son Scopuss, Pubmed etc ,a continuación en el apartado de referencias bibliográficas expongo mas detalladamente las referencias empleadas.

4 Resultados

Los objetivos del desarrollo de este capítulo es conocer cual o cuales son las funciones del técnico en Cuidados Auxiliares de enfermería con este tipo de paciente drogodependiente bien sea sustancias psicotrópicas como alcohol u otro tipo de sustancias ,en este tipo de pacientes el tcae tiene una labor asistencial de vigilancia así como de control del desarrollo de otras enfermedades desencadenantes de la adicción correspondiente por ejemplo un paciente alcoholizado que el tcae que le atiende observa una conducta agresiva puede ocurrir que el paciente este desarrollando además de la adicción una patología mental debido a esa adicción con lo que el tcae tiene que dar conocimiento de ello a sus superiores sanitarios como son los o las enfermeras y médicos que tratan a ese paciente concreto.

La labor de vigilancia de estos pacientes es muy importante ya que se evitan conductas suicidas ya que al paciente tener lo que popularmente se conoce como “MONO”,puede desencadenar este tipo de patologías y si el tcae no ejerce esa función de vigilancia correctamente el paciente puede desencadenar su objetivo .

Otra de las funciones del tcae en cuanto al paciente drogodependiente que ya comento que abarca diferentes sustancias ,no solo las mas conocidas como alcohol y drogas es el acompañamiento del paciente apoyo moral y sobre todo de

escucha activa al paciente ,ya que el paciente con este tipo de patologías la terapia psicológica es una de las principales terapias que se les aplican en el primer momento que son diagnosticados los pacientes con este tipo de patologías adictivas a cualquier tipo de sustancias ,esta terapia consiste en un análisis profundo de la patología del paciente según lo que el propio paciente exprese en dichas sesiones de terapia que se realizan ,el numero de sesiones depende de lo avanzada que este la enfermedad en el paciente a tratar ya que no todas la patologías adictivas y mentales tienen el mismo tratamiento ni la misma duración, el paciente en algunos casos es activo y consciente de la enfermedad ,en otras ocasiones el paciente niega o no es realmente consciente de la situación ,en estos casos el tcae lo que realiza entre sus funciones es diferente, es decir el tcae con el paciente que reconoce su enfermedad puede desempeñar sus funciones de vigilancia ,ayuda en los hábitos higiénicos diarios en caso de necesitarlos ,y puede desempeñar su función correctamente ,lo que no ocurre es con pacientes que no son conscientes de la situación o que no se dejan ayudar en este caso el tcae tiene que realizar sus funciones de la manera diferente al que el personal sanitario se lo indique el principal objetivo de este capítulo es desarrollar y dar a conocer el papel importante que el tcae realiza con este tipo de pacientes, denominados pacientes con patologías dependientes,psicológicas o así como las denominadas enfermedades sociales

5 Discusión-Conclusión

La actuación de todos los profesionales sanitarios con los pacientes drogodependientes y alcohólicos debe de ser reglada y estructurada. Es fundamental conocer como acercarse a estos pacientes y que peculiaridades tienen que hacen que requieran una seria de cuidados especiales.

6 Bibliografía

- Villa, R. S., & Hermida, J. R. F. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Santis, R., Hidalgo, C. G., Hayden, V., Anselmo, E., Rodríguez, J., Dreyse, J., & Torres, R. (2007). Consumo de sustancias y conductas de riesgo en consumidores de pasta base de cocaína no consultantes a servicios de rehabilitación. *Revista médica de Chile*, 135(1), 45-53.
- Morett, A. E., & López, B. A. (1999). Suicidio, homicidio y drogadicción en niños y adolescentes. *Revista Medica del Hospital General de México*, 62(3), 183-190.

- Lázaro, P. R. (2010). Protocolo diagnóstico de sospecha de drogadicción y alcoholismo. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(61), 4238-4241.
- Maldonado, J. (1996). Sobre la patología del alcoholismo y la drogadicción en la experiencia psicoanalítica. *Psicoanálisis APdeBA*, 18(2), 259-281.
- Vilela, M. V., Ventura, C. A. A., & da Silva, E. C. (2010). Conocimientos de estudiantes de enfermería sobre alcohol y drogas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 529-534.
- Vitón Martín, R. (2010). Drogadicción y anestesia. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*, 9(1), 39-47.
- Leiva, A. M., Rojas, L. C., Sanabria, M. G., Villa, N. G., & Gómez, A. P. (2010). Caracterización socio-psicológica de los pacientes del grupo de ayuda mutua de alcoholismo en el municipio Morón. *MediCiego*, 16(2).
- García Roldán, R., Garcés Rodríguez, A. Z., López Martínez, M., & López, E. D. L. F. (1997). Caracterización sociofamiliar en un grupo de pacientes alcohólicos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 13(2), 139-142.
- Rodríguez López, T. (1998). El estrés y la habituación alcohólica. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(4), 398-406.
- Camacho Acero, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta colombiana de psicología*, 8(1), 91-120.
- Barragán Torres, L., Flores Mares, M., Medina-Mora, M., & Ayala Velázquez, H. (2007). Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 30(3), 29-38.
- Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(1), 155-168.
- Medina-Mora, M. E., Natera, G., Borges, G., Cravioto, P., Fleiz, C., & Tapia-Conyer, R. (2001). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud mental*, 24(4), 3-19.
- Torrecillas, F. L., Peralta, I., Rivas, M. J. M., & Godoy, J. F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15(2), 127-136.

Capítulo 249

AYUDA DEL TCAE A CONOCER EL PARKINSON Y GANAR CALIDAD DE VIDA

MARIA HUELAMO GUADAMURO

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

MARÍA ISABEL LÓPEZ RIESGO

MARÍA TERESA ALONSO CORDERO

VANESA SANCHEZ RIESGO

1 Introducción

Se estima que en nuestro país hay sobre 160.000 personas afectadas con esta enfermedad y 4 millones a nivel mundial. Es la segunda enfermedad neurológica con más prevalencia por detrás del Alzheimer.

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa y crónica que afecta al sistema nervioso. Es una enfermedad compleja, que va más allá del temblor característico con el que solemos identificarla; de hecho, hay un 30% de casos que no lo presentan.

El Parkinson se clasifica en primario y secundario. El Parkinson primario o idiopático, consiste en la muerte y degeneración de las neuronas cerebrales que

producen dopamina que es la encargada de transmitir las ordenes para coordinar los músculos y el movimiento. Al reducirse el nivel de dopamina en el organismo se producen las alteraciones en los movimientos y aparecen los síntomas cuya progresión se divide en cinco etapas y que suele empeorar entre el quinto y octavo año de tratamiento.

- Fase I. Afectación de un solo lado Unilateral. Síntomas leves.
- Fase II. Afectación de ambos lados, síntomas moderados, sin perder equilibrio.
- Fase III. Síntomas de moderados con inestabilidad postural. Independiente.
- Fase IV. Síntomas severos con limitaciones. Capacidad de caminar y ponerse en pie sin ayuda.
- Fase V. Afectación severa, dependencia.

El Parkinson secundario, son afectaciones también neurológicas con síntomas similares a la enfermedad primaria, pero producidos por otras causas como pueden ser medicamentos, traumatismos craneales, otros trastornos neurológicos como demencia con cuerpos Lewy, exposiciones a tóxicos, insuficiencia hepática...

2 Objetivos

- Describir los factores desencadenantes de la enfermedad de Parkinson y su tratamiento.
- Enumerar los principales síntomas motores y no motores.
- Analizar los cuidados del TCAE.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el Parkinson. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en la base de datos de Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hoy en día se desconocen los factores desencadenantes, aunque se cree que es debido a una combinación de ellos como la edad, el medio ambiente y la genética.

No existe un método preventivo ni curativo, pero existen tratamientos que ajustados a las necesidades de cada paciente ayudan a minorar los síntomas motores, como es el tratamiento farmacológico, con el que se intenta restaurar la dopamina. Los tratamientos quirúrgicos, consisten en estimular el cerebro mediante la implantación de electrodos Y los no farmacológicos como son la terapia ocupacional, logopedia, fisioterapia, tratamiento psicológico. El conocimiento de la enfermedad por parte del paciente como de sus cuidadores le hacen ganar calidad de vida.

Los principales síntomas motores son:

- Temblores involuntarios: Son incontrolables y se agravan en reposo o en situaciones de estrés.
- Lentitud de movimientos (lo que se conoce como bradicinesia), puede llegar a ocasionar pérdida de movimiento, hace cambiar el estado del paciente de un movimiento a otro, produce que los pasos se acorten al caminar y se arrastren los pies.
- Rigidez, inestabilidad postural y problemas de equilibrio. Los músculos se vuelven rígidos firmes y tensos. Pueden producir dolor. La falta de equilibrio hace que se inclinen hacia delante facilitando las caídas. Cuando la rigidez muscular afecta a los músculos de la cara, se carece de expresión facial (hipomimia), se reducen también los movimientos voluntarios como el reír y el parpadear. La lengua y la faringe también se ven afectados por la rigidez lo que producen problemas para tragar (disfagia) y salivación excesiva. También son comunes los trastornos en la fonación (hipofonía) y en el habla (disartria).

Otros síntomas no motores:

- Trastornos en el sueño. Debido a la falta de movimiento a la depresión o incluso a fuertes sacudidas del síndrome de piernas inquietas, es habitual que los enfermos de Parkinson se despierten varias veces en la noche, que tardan en coger el primer sueño o que se despierten muy temprano y no se vuelvan a dormir. Pueden tener pesadillas o gritos nocturnos, producidos por el tratamiento farmacológico. Como consecuencia de la falta de sueño pueden permanecer somnolientos por el día.
- Depresión, afecta entre el 30 y el 50% de los pacientes, gran parte como consecuencia de sentirse enfermos y otros como parte del deterioro cognitivo.
- Pérdida de olfato.
- Sequedad en los ojos, picor dificultad en el enfoque visual.
- Estreñimiento y enlentecimiento del vaciado gástrico.
- Disfunción Sexual: hipersexualidad o falta de deseo, impotencia. alteraciones

sexuales producidas por el tratamiento o por la afectación del sistema nervioso.

- Dolor, producido por la rigidez muscular o las contracciones involuntarias. Existen dolores en las extremidades debido a alteraciones en alguna raíz espinal y dolores de tipo central que suelen ser quemazón, ardor y hormigueo.

Como Técnicos auxiliares en cuidados de enfermería podemos ayudar a los pacientes con enfermedad de Parkinson educándoles, estimulándoles y facilitándole las labores para valerse por sí mismo el mayor tiempo posible y potenciando su independencia siempre que sea posible. Le reeducaremos en la deambulación y le enseñaremos a balancear los brazos, le facilitaremos la tarea de vestirse y asearse proporcionándole intimidad, seguridad y el tiempo necesario para ello. Insistiremos en una dieta saludable que le ayudara a tener energía y maximizar el efecto de la medicación. Le proporcionaremos alimentos fáciles de masticar en pequeñas porciones y ricos en fibra que junto con una abundante ingesta de líquidos contribuirá a evitar el estreñimiento. Controlaremos la diuresis y registraremos las incontinencias, vigilarémos las características organolépticas con el fin de prevenir y detectar infecciones urinarias. Vigilarémos la correcta toma medicamentos que ha de ser puntual, regular y precisa para un buen control de los síntomas. Si fuese necesario estimularemos su comunicación y siempre trataremos de aumentar su autoestima.

5 Discusión-Conclusión

Los síntomas del Parkinson pueden ser muy cambiantes a lo largo de un mismo día y producir al paciente confusión, inestabilidad y ansiedad lo que dificulta su bienestar y el de su cuidador. Con el conocimiento y la aceptación de lo que esta ocurriendo, se gana la tranquilidad y estabilidad de ambos. Al tratarse de una enfermedad degenerativa, es difícil de aceptar su diagnóstico. Es una enfermedad relacionada con la edad siendo más asumible en personas mayores y mucho más impactante cuando es diagnosticada en personas jóvenes. El profesional sanitario debe mejorar la calidad de vida del paciente con Enfermedad de Parkinson, dando a conocer la complejidad de los síntomas motores y no motores y facilitar e impulsar su independencia, intentar hacer más sencillas las tareas básicas a las que se afronta en cada día.

En ocasiones las personas afectadas sufren de trastornos emocionales generados por el miedo a perder la independencia o la imagen social, por ello, es necesario una atención integral y sociosanitaria que facilite el afrontamiento de la enfermedad y la adaptación social.

6 Bibliografía

- Estrategias psicosociales para fortalecer el afrontamiento de la enfermedad de Parkinson: perspectiva de pacientes, familiares y profesionales sociosanitarios Crossref DOI link: <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2016.06.001>
- F Enfermedad de Parkinson. Manual Merck de Información Médica. Merck Sharp y Dohme (1997). Oceano. 1era Edición. Pág. 332-334 also
- Standaert DG, Young AB. Enfermedad de Parkinson. Bases Farmacológicas de la Terapéutica de Goodman y Gillman (1996)
- Hurtado F, Cardenas MA, Cardenas FP, León LA. La Enfermedad de Parkinson: Etiología, Tratamientos y Factores Preventivos. Universitas Psychologica [Internet]. 2016 [citado 24/03/2018],15(5):[aprox. 26 p.].
- Torpy J. (2004) Enfermedad de Parkinson. The Journal of the American Medical Association. 291(3). Pág. 390.

Capítulo 250

SÍNDROME DE ASPERGER Y AUTISMO. ¿PUEDO DISTINGUIRLO?

MARÍA CRISTINA BERMÚDEZ BANGO

NURIA ÁLVAREZ FOLGUERAS

ROSA ANA SÁNCHEZ MARTÍNEZ

FATIMA GAYOL

NATALIA CUERVO CUERVO

1 Introducción

El Trastorno del Espectro Autista, en adelante TEA, es un trastorno generalizado del desarrollo neurobiológico que se manifiesta durante los tres primeros años de vida y que va a perdurar durante todo su periplo vital.

Se denomina Espectro porque cada persona lo manifiesta o desarrolla con características diferentes. No se conocen actualmente las causas, se cree que puede haber diversos factores distintos que hacen que un niño tenga mas probabilidad de tener un TEA, como son los factores genéticos, biológicos o ambientales.

2 Objetivos

Explicar las características específicas del síndrome de Asperger y Autismo, ayudando a saber distinguir ambos.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo hemos utilizado palabras clave como "TEA", "ASPERGER" Y "AUTISMO", basando nuestra búsqueda en fuentes como artículos y revistas médicas, páginas web y Google Académico.

4 Resultados

El número de casos detectados es mayor en niños y hombres que en niñas, si bien muchos autores hablan de una infravaloración médica en las mujeres, de ahí esa diferencia de incidencia entre sexos.

A menudo es difícil reconocer el trastorno ya que en el aspecto físico no hay diferencias con otra persona que no lo sufre, pero es posible que se comporten, interactúen, se comuniquen y aprendan de manera diferente a otras, algunas personas con este trastorno poseen un alto o muy alto nivel de capacidad mientras que otra tiene muchas dificultades.

Las personas con TEA pueden tener las siguientes características:

- Retrasos en el habla y el lenguaje.
- No comparten intereses ni juegos en grupo.
- Dificultad para comprender los sentimientos de los demás y para expresar los suyos.
- Evitan el contacto físico
- Intereses obsesivos.
- Repetición de frases o palabras.
- Poca o nula gesticulación.
- Tono de voz lineal, sin expresión.
- Hiperactividad.
- Autolesiones.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de un TEA puede ser difícil, ya que no hay pruebas médicas que puedan detectarlo. Este diagnóstico debe de basarse en una historia clínica completa y una evaluación neurológica recogiendo información del entorno que le rodea, familia, colegio, etc, con el fin de observar su comportamiento y aprendizaje, se hacen evaluaciones en las visitas rutinarias a las edades de nueve, dieciocho y veinticuatro o treinta meses.

TRATAMIENTO

No existe medicamentos específicos para tratar este trastorno, pero si hay algunos medicamentos que pueden ayudarlos a controlar la incapacidad para concentrarse, las convulsiones, el alto nivel de energía o la depresión, así como terapias, tratamientos alternativos, alimentación especial, quelación, sustancias biológicas, técnicas manipulativas del cuerpo, etc.

Dentro de los TEA hay dos trastornos que vamos a diferenciar, el Autismo y el Síndrome de Asperger.

SÍNDROME DE ASPERGER Y AUTISMO

Son dos grupos dentro de los TEA que aunque tienen similitudes no son lo mismo. El síndrome de Asperger fue descrito en 1944 por el pediatra Vienés Hans Asperger y un año antes, Leo Kanner había descrito el autismo. Estas dos descripciones se centran en aspectos de la conducta infantil muy peculiares en el comportamiento social, habilidades y lenguaje, destacando el aislamiento sufrido por estos pacientes.

El Síndrome de Asperger afecta en España a un intervalo de entre un 3 y 7 de cada 1000 niños, la mayoría varones. Este síndrome forma parte de los TEA y comparte características con estos en el lenguaje, en relaciones sociales y la presencia de intereses repetitivos. En este trastorno la edad de diagnóstico puede retrasarse hasta los 11 años.

En el lenguaje los Asperger no tienen un trastorno en la adquisición, incluso suelen tener un vocabulario mas avanzado, extenso y preciso e incluso rimbombante, pero les resulta difícil comprender palabras que definen conceptos abstractos y también las relacionadas con el espacio y el tiempo. Su lenguaje es literal, no les resulta fácil comprender la ironía, las metáforas, etc. Todo esto también les perjudica a la hora de sus relaciones sociales, las conversaciones son más un monólogo que un diálogo si la conversación les interesa, por el contrario si no les interesa, se calla y se abstrae en sus pensamientos.

En las relaciones sociales las personas con Asperger sienten emociones como todas, pero les resulta difícil expresarlas y manejarlas, por lo que sus reacciones pueden parecer desproporcionadas o fuera de lugar. Les resulta difícil comprender las reglas sociales "no escritas" y pueden comportarse de una manera diferente a lo que se supone debería ser sin que ellas sean conscientes. Quieren relacionarse con los demás pero no saben como hacerlo, por lo que a veces pueden encontrarse solos. Las luces, los ruidos y los olores le pueden resultar en ocasiones muy molestos, pueden repetir frases o palabras una y otra vez (Ecolalia), realizan conductas repetitivas como seguir siempre una misma ruta, usar objetos de la

misma manera, etc. Las rutinas le proporcionan seguridad, limitando su comportamiento, dificultando la adaptación a cambios y por lo tanto su vida social se ve restringida. Cualquier alteración de esta rutina pueden conducirles a altos niveles de ansiedad y arrebatos emocionales.

Sin embargo las personas con este síndrome tienen ciertas habilidades especiales:

- Hipermemoria.
- Hiperlexia.
- Hipercalculia.
- Varias ramas del arte: dibujo, pintura, escultura y música.

DIFERENCIAS PRINCIPALES DEL ASPERGER Y EL AUTISMO

Una de las diferencias, es la edad en la que se detecta el retraso cognitivo, ya que en los autistas pueden ser en los tres primeros años de vida mientras que el síndrome Asperger puede no haber retraso cognitivo, incluso su capacidad intelectual puede estar por encima de lo normal retrasando su diagnóstico a la adolescencia. En el lenguaje los autistas presentan retraso con un vocabulario y gramática limitados, en cambio los pacientes con Asperger llegan a tener un vocabulario demasiado culto o incluso pedante. En las relaciones sociales los autistas tienen desinterés en general y no desean tener amigos, mientras que los Asperger si desean tener amigos pero se sienten frustrados por la dificultad que tienen para ello.

5 Discusión-Conclusión

Dadas las grandes similitudes en las personas con TEA, y dentro de estas las afectadas por Autismo y Asperger, se hace complicado ver las diferencias entre unas y otras. Por tanto el objetivo es intentar de una forma más o menos sencilla diferenciar ambos síndromes basándonos en el diagnóstico, habilidades sociales, lenguaje, etc.

6 Bibliografía

- Nedelcu, D. G., & Cancela, M. J. B. (2012). El perfil cognitivo de los niños con trastorno de Asperger y autismo de alto funcionamiento. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 2(34), 103-116.
- Paula Pérez, I., & Martos, J. M. P. (2009). Síndrome de Asperger y autismo de alto funcionamiento: comorbilidad con trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

Revista de Neurología, 2009, vol. 48, num. Supl. 2, p. 31-34.

- Margulis, L. (2009). Funcionamiento de los sistemas de memoria en niños con Trastorno Autista y Trastorno de Asperger. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 13(1), 29-48.
- Rivière, A. (2001). Autismo. Orientaciones para la intervención educativa. Madrid: Trotta. SA Cómo potenciar la comunicación en el alumnado con trastorno del espectro autista.
- Artigas-Pallarès, J., & Paula, I. (2012). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 567-587.
- Caballero, R. (2008). Síndrome de Asperger. *sejería d*, 6.
- España, F. A. (2014). El síndrome de Asperger. Recuperado el, 13.
- Rivero, P. F. P., & Garrido, L. M. M. (2014). Perfiles cognitivos en el Trastorno Autista de Alto Funcionamiento y el Síndrome de Asperger. *CES Psicología*, 7(1), 141-155.
- Parra, J. S. O., & De la Iglesia Gutierrez, M. (2011). Trastorno de Asperger y trastorno del espectro del autismo: de la clarificación diagnóstica a la intervención en contextos naturales. *Psicología conductual*, 19(3), 643.
- Gavilán, B., Fournier Del Castillo, C., & Bernabeu Verdú, J. (2007). Diferencias entre los perfiles neuropsicológicos del síndrome de Asperger y del síndrome de dificultades de aprendizaje no verbal. *Revista de neurología*, 45(12), 713-719.
- Sampedro-Tobón, M. E., González-González, M., Vélez-Vieira, S., & Lemos-Hoyos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 70(6), 456-466. www.autismo.org.es www.asperger.es www.incluyeme.com www.neuropediatría.org www.salud.discapnet.es

Capítulo 251

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ALZHEIMER

VANESA FERNANDEZ SOL

MARTA RICO GARCIA

ASTRID RUIZ SUÁREZ

PALOMA LÓPEZ PRENDES

1 Introducción

La enfermedad de Alzheimer (EA), denominada demencia senil de tipo Alzheimer (DSTA) o simplemente alzhéimer,¹ es una enfermedad neurodegenerativa que se manifiesta como deterioro cognitivo y trastornos conductuales. Se caracteriza en su forma típica por una pérdida de la memoria inmediata y de otras capacidades mentales (tales como las capacidades cognitivas superiores), a medida que mueren las células nerviosas (neuronas) y se atrofian diferentes zonas del cerebro. La enfermedad suele tener una duración media aproximada —después del diagnóstico— de 10 años,² aunque esto puede variar en proporción directa con la severidad de la enfermedad al momento del diagnóstico.

La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de demencia, es incurable y terminal, y aparece con mayor frecuencia en personas mayores de 65 años de edad,³ aunque también en raros casos puede desarrollarse a partir de los 40 años.

2 Objetivos

Exponer los principales cuidados de enfermería a un paciente con alzheimer. Peculiaridades y abordaje.

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

HIGIENE:

Se realizará en el mejor momento del día, respetando su intimidad, prestar especial atención en la zona de las uñas, se debe en las primeras fases fomentar la autonomía del paciente, poniendo a su alcance cuantas ayudas sean posibles.

ALIMENTACION:

Una dieta equilibrada y adaptada según la fase de la enfermedad, los cubiertos y platos deben ser irrompibles y los cubiertos con mangos mas gruesos de lo habitual para facilitar su sujeción, se debe comer siempre en posición fowler (sentado) para evitar el bronco- aspirado.

INCONTINENCIA:

En estos pacientes es habitual que surjan problemas de incontinencia, lo que puede llevar a la infección del tracto urinario (uretritis y cistitis). Por tanto, deberán tomarse las medidas necesarias para mantener la piel seca, evitando la exposición a la orina durante mucho tiempo (con la posible aparición de dermatitis). La colocación de pañales nocturnos debe combinarse con una exhaustiva inspección de la piel y de los puntos de aparición de úlceras por presión (UPP). También debe limitarse la ingestión excesiva de líquidos antes del descanso nocturno. Asimismo, para evitar los problemas descritos anteriormente, es aconsejable que estos pacientes se acostumbren a ir al baño y orinar antes de acostarse y cuando se levanten.

MOVILIDAD:

A medida que la enfermedad avanza, se produce también una disminución de la movilidad. Las personas con EA no pueden llevar a cabo la misma actividad física que antes solían realizar de manera independiente, por lo que deberemos ayudarlos a mantenerla. Para andar, les recomendaremos que separen un poco los pies (pues así mantendrán mejor el equilibrio y evitaremos una posible caída), que los levanten en lugar de arrastrarlos (doblando ligeramente las rodillas) y que al pisar apoyen primero el talón para continuar con la punta del pie. Cuando el paciente con EA ya no puede andar solo, se recomienda el uso de un bastón o un andador. Con el bastón, la mano que apoya deberá estar a nivel de la cadera y, al andar, el brazo que lleva el bastón ha de avanzar al mismo tiempo que la pierna contraria. En caso de utilizar un andador, el apoyo de las manos sobre los mangos de éste debe ser completo, no dejando una distancia superior a los 30-40 cm entre el andador y la persona.

ENTORNO:

La relación de la persona con EA con su entorno es primordial, y supone para ellos un beneficio físico y psíquico. El entorno, en este caso el hogar del paciente, ha de cumplir con una serie de características que deberemos tener en cuenta: muebles imprescindibles y sencillos, buena luz natural, orden de todos los utensilios, pasamanos en escaleras y otras zonas necesarias, reloj con números grandes, etc.

La gran mayoría de los pacientes de esta enfermedad, tienen o han tenido algún familiar con alzhéimer. También hay que decir que en una pequeña proporción de los pacientes, el Alzheimer es debido a una generación autosómica dominante, que hace que la enfermedad aparezca de forma temprana. En menos de un 10% de los casos, el alzhéimer aparece antes de los 60 años de edad como consecuencia de mutaciones autosómicas dominantes, representando, apenas, un 0,01% de todos los casos. Estas mutaciones se han descubierto en tres genes distintos: el gen de la proteína precursora de amiloide (la APP) y los genes de las presenilinas 1 y 2. Si bien la forma de aparición temprana de la enfermedad de Alzheimer ocurre por mutaciones en tres genes básicos, la forma más común no se ha podido explicar con un modelo puramente genético. La presencia del gen de la apolipoproteína E es el factor de riesgo genético más importante para padecer Alzheimer, pero no permite explicar todos los casos de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

La atención a pacientes con enfermedad de Alzheimer (EA) requiere un abordaje multidisciplinar, en el que participarán tanto profesionales como familiares de los pacientes. También ha de ser una atención integrada que garantice un tratamiento individualizado, es decir, según cada caso por las particularidades de cada paciente (y fase de la enfermedad).

Debido a que el alzheimer no tiene cura, con el tiempo el paciente cae en un estado de imposibilidad de autosuficiencia para cuidar de sí mismo, por lo que los cuidados por terceros son una medida vital para esa deficiencia y deben ser abordados cuidadosamente durante el curso de la enfermedad.

6 Bibliografía

- <http://elfarmaceutico.es/index.php/cursos/item/5594-cuidados-de-enfermeria-en-el-paciente-con-enfermedad-de-alzheimer>.
- https://es.wikipedia.org/wiki/Enfermedad_de_Alzheimer.

Capítulo 252

EL TÉCNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA ESTERILIZACIÓN Y DESINFECCIÓN.

MARIA FLOR MARTIN MAYOR

LORENA HEVIA GONZÁLEZ

MARÍA PÉREZ BARRIOS

MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS

1 Introducción

La esterilización es una técnica que se puede realizar con diferentes productos o agentes para matar los gérmenes o microorganismos de objetos inanimados, así como las esporas. Puede matar: Gérmenes→germicidas. Bacterias→bactericidas. Hongos→fungicidas.

La desinfección es la destrucción de todos los gérmenes patógenos y no patógenos sobre personas, animales o cosas, mediante diferentes métodos físicos o químicos. La esterilización destruye todo tipo de vida de microorganismos y la desinfección destruye gran parte pero no toda. La esterilización elimina las esporas, lleva más tiempo, se consigue una limpieza extrema y la desinfección no elimina las esporas, tiene tiempos más cortos y consigues una limpieza adecuada. Son dos procesos que eliminan la carga de microorganismos que pueden producir enfermedades en las personas pero son diferentes y no se deben confundir.

Tanto la esterilización como la desinfección son muy importantes en los hospitales, empresas de alimentación y productos sanitarios. En los hospitales la central de esterilización está situada en un lugar de fácil comunicación con los servicios. Pero sobre todo con los quirófanos que son los principales consumidores de este servicio. Normalmente suele estar en el sótano o planta baja. Tiene que haber dos circuitos uno para la recepción del material sucio y otro para la salida del material limpio. Así no habrá riesgo de contaminación en dicho transporte. La central puede estar comunicada con los quirófanos en horizontal o vertical. Si es en vertical habrá dos montacargas, uno para bajar el material contaminado y otro para subir el material esterilizado y si es en horizontal habrá dos pasillos debidamente separados, uno para llevar el material sucio y otro para el material limpio. El tamaño de la central, la cantidad de técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y de la maquinaria depende del número de quirófanos, partos y camas que tenga dicho hospital. Tiene diferentes áreas, como recepción de sucio lavado de carros, lavado y secado de aparataje, descontaminación de material, revisión y preparación de material, preparado y empaquetado, área de autoclaves, oxido de etileno, salida de material estéril y descontaminado, almacén material estéril, almacén de material limpio, despacho del supervisor y sala de reuniones - docencia.

2 Objetivos

Explicar las principales funciones del TCAE en el proceso de esterilización y desinfección.

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

Hay tres objetivos fundamentales que el técnico de cuidados auxiliares de enfermería debe tener en cuenta, son la calidad que todo este en perfecto estado, la gestión que todo está correctamente organizado y la trazabilidad llevando un buen registro del procedimiento.

El objetivo tanto de la esterilización como de la desinfección es que todo el material, agua, alimentos, superficies y objetos tengan los menos posibles microorganismos, gérmenes y esporas o ninguno, así como evitar su propagación que puedan perjudicar nuestra salud, sin que varíen sus propiedades físicas.

Por ello los microorganismos puede ser crio-resistentes al frío o termoresistentes. Además en el central de esterilización dará material y equipamiento a todos los servicios del hospital controlando que no haya ninguna falla en el tiempo y las condiciones sean las idóneas. También es un objetivo fundamental proporcionar al paciente la tranquilidad de que se está usando material estéril y libre de cualquier patógeno o no patógeno que pueda perjudicar su salud. Con estos dos procesos intentamos romper la cadena epidemiológica de la infección para evitar su propagación.

Las infecciones hospitalarias pueden resultar muy graves. Está asociado a tres cosas principalmente:

- El huésped.
- El agente patógeno.
- El medio hospitalario.

Si el huésped está muy mal, el agente patógeno es muy dañino y las condiciones del hospital son deficitarias, la infección puede ser muy grave.

La esterilización puede ser por agentes físicos o químicos.

La esterilización por agentes físicos. Puede ser por calor seco o húmedo, radiaciones ionizantes (gamma o beta), rayos ultravioletas o filtros micro porosos

- Por calor húmedo, se realiza con el autoclave, que es un recipiente con cierre hermético que dentro contiene agua y mediante temperaturas elevadas pero sin llegar a hervir genera. El vapor de por sí solo no esteriliza, pero sometido en un recipiente a una presión mayor que la atmósfera, aumentando la temperatura del vapor y así se destruye dichos agentes patógenos. El vapor de agua para que esterilice, debe estar a una temperatura determinada y durante un tiempo necesario. Se usan envoltorios porosos para que pase el vapor a través de ellos. El aire

entra en la cámara de esterilización y alcanza una presión adecuada. El vapor se empieza a condensar por el contacto con los materiales que ya están fríos. Como los envoltorios son porosos el vapor penetra en el interior de los paquetes y es cuando mata los microorganismos.

- Por calor seco, hay varios sistemas de esterilización por calor seco, como el flameado, incineración y estufa poupinel. El flameado es exponer a la llama unos minutos el material que se quiere esterilizar, se realiza con mecheros Bunsen de gas o de alcohol. Solo sirve para material metálico. La incineración: se usan unos hornos crematorios para quemar material de un solo uso, así como material contaminado biológicamente (guantes, jeringas, etc.). Estufa poupinel: el calor seco mata las bacterias y actúa por oxidación o coagulación de las proteínas. El aire caliente penetra de forma lenta y desigual, no llega de igual manera a todas partes. Para conseguirlo hay que tenerlo largos periodos de tiempo. Dispone de un termostato para la temperatura y dos pilotos, uno para la corriente eléctrica y otro para las resistencias. El envoltorio no tiene que ser poroso, el más usado es el aluminio. Se usa para vidrio, materiales de laboratorio, polvos y sustancias oleosas (aceites y parafinas).

- Por radiación ionizante o frío, se generan rayos cargados de iones que dañan la materia de los seres vivos. La energía que se genera se transforma en calor matando a los microorganismos. Radiación gamma: es un bombardeo de neutrones sobre el material que se quiere esterilizar. Es la forma de esterilización en frío más usada, aunque es un sistema caro y necesita protección especial para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realice dicha esterilización. Es termosensibles, que se estropean con el calor (tejidos humanos, material de goma, medicamentos, etc). Radiación beta: se consigue energía por medio de isótopos radiactivos y un acelerador de partículas. Radiación ultravioleta: es un tubo que se coloca a 40 centímetros del material a esterilizar. Es muy cara y poco eficaz, por eso es poco usado.

La esterilización por agentes químicos. Los productos químicos utilizados son el óxido de etileno, glutaldehído, ácido peracético y peróxido de hidrógeno.

- Óxido de etileno, es un gas inodoro, de olor como el cloroformo, inflamable y tóxico. Es bactericida porque mata las bacterias del medio debido a que es tóxico y altera las proteínas de los microorganismos. Se usa diluido con anhídrido carbónico para evitar su inflamación. A partir de 30°C es efectivo, pero entre 55°C-60°C es la mejor temperatura para su eficacia. Depende de varios factores para su efectividad, como la concentración, la temperatura, el tiempo (de 3 a 8 horas) y la humedad tan necesaria para actuar sobre las esporas que están deshidratadas. Se emplea en materiales de goma, plásticos, antibióticos, etc. Luego hay que airear

los materiales esterilizados ya que sino puede producir quemaduras en la piel por ejemplo.

- Glutaldehido , se introduce el material a esterilizar 10 horas al 2% de concentración y luego se enjuaga con agua estéril. No es corrosivo y no daña el material, aunque si es irritante para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que realice dicho proceso. Pierde su efecto a las 2 semanas. Se usa para instrumentos tales como endoscopios, termómetros, equipos de terapia respiratoria, etc.
- Ácido peracético, es efectivo con materia orgánica. Tiene ciclos cortos, se puede usar a continuación pero se debe enjuagar con agua destilada.
- Peróxido de hidrogeno, no es tóxico y actúa por oxidación celular. Se pone el material en una solución de agua en estado de vapor. Se utiliza para endoscopios y material quirúrgico.

La desinfección puede ser de forma física o química.

- La desinfección de forma física. Puede ser por ebullición, la pasteurización, rayos solares, ultrasonidos o flujo laminar. Por ebullición, se mete en agua el material a desinfectar a 100°C y mata muchos gérmenes pero no las esporas. Hay materiales que no resisten las altas temperaturas. La pasteurización, es calentar treinta minutos a 68°C y después enfriar rápidamente. Muy empleado para líquidos como leche y zumos en empresas de alimentación. Los rayos solares (ultravioletas), son los producidos por el sol y también se usan lámparas. Su eficacia depende de la longitud de onda. Los ultrasonidos, son ondas producidas a alta velocidad que destruyen las paredes de las bacterias. El flujo laminar, se realiza en una campana con una salida de flujo laminar, que expulsa el aire y reabsorbe las partículas por un filtro que retiene los citoestáticos. Se utiliza para cultivos estériles y preparación de nutrición parenteral.
- La desinfección de forma química. Se realiza con productos químicos tales como antisépticos, cloruros, fenol, aldehídos y óxido de etileno. Los antisépticos, son soluciones para usar de forma tópica sobre tejidos vivos (clorhexidina al 5%, betadine, etc.). Los cloruros, el cloruro más usado es el hipoclorito sódico o lejía. Se utiliza para desinfectar superficies, suelos, lavabos, etc. También se utiliza para la desinfección del agua de beber. El fenol, se usa principalmente para la desinfección de manos. Los aldehídos, se usan en estufa y a 40°C emite unos vapores que desinfectan el material de goma o caucho, necesitan mínimo de 7 a 10 horas para ser efectivos.

El resultado de la desinfección y esterilización es que los materiales sometidos a dichos procesos estén fuera de patógenos y no patógenos perjudiciales para la

salud.

Después de realizar dichos procesos se tienen que controlar ciertas cosas mediante controles físicos, químicos y biológicos.

- Los controles físicos de los autoclaves antes de sacar las cosas del interior hay que mirar los registros de presión, tiempo y temperatura para asegurarse que este todo correcto. Sino fuera correcto se debe desechar el material, avisar al servicio de mantenimiento y después realizar una prueba de verificación. También se puede realizar un control metiendo un termómetro especial en el autoclave que registra la temperatura alcanzada, aunque tiene el inconveniente de que al estar el termómetro en un punto concreto no recoge la temperatura de todas las partes del autoclave, dando lugar a error.
- Los controles químicos también llamados indicadores colorimétricos. Son tiras reactivas con franjas de colores que varían de color solamente si alcanzan una determinada temperatura. Indica si el material que envuelve ha alcanzado la temperatura correcta, es un método para comprobar si la esterilización ha sido correcta.
- Los controles biológicos son ampollas de vidrio o plástico con esporas debilitadas que se colocan dentro del paquete a esterilizar. En el óxido de etileno se introduce *Bacillus Subtilis* en cada ciclo y en ciclos de vapor *Bacillus Stearothermophilus* una vez por semana al menos. Para saber si la esterilización a sido efectiva se realiza una comprobación metiendo las esporas en un medio de cultivo adecuado, si existe crecimiento, no está bien y se debe corregir los defectos del esterilizador así como desechar ese material ya que no tiene una correcta esterilización.

El material esterilizado tiene cierta duración que depende del envoltorio, tipo de material, transporte y las condiciones de almacenamiento. Para ello el almacenamiento debe tener ciertas características, tales como condiciones climáticas ideales, ventilación, temperatura (15°C-25°C) y humedad (40%-60%). Además de tener el acceso restringido a dicho lugar solo a los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que trabajen en esa sección. Si por algún casual tiene que bajar por algún material otro técnico en cuidados auxiliares de enfermería (porque no haya en planta y se necesite de urgencia por ejemplo), será el técnico en cuidados auxiliares de enfermería que trabaja en esterilización el encargado de entrar en dicho almacén y dárselo al técnico en cuidados auxiliares de enfermería de planta para que este lo pueda subir para su utilización. Se dejara enfriar y se comprobara que el paquete este identificado con la fecha en que se esterilizo, el paquete este sin roturas ni humedades y que los controles hayan sido los correctos. Se colocara organizado para realizar la rotación teniendo en cuenta la fecha de caducidad, para

ir utilizando lo antes esterilizado. El tiempo de caducidad garantiza la viabilidad de la esterilización, que viene relacionada con el envasado y el almacenamiento.

5 Discusión-Conclusión

- Hay diferentes métodos para eliminar los microorganismos en los hospitales.
- Se elijará el más adecuado para los diferentes materiales, pacientes y personal.
- El manejo del material estéril es fundamental que se realice por un técnico de cuidados auxiliares de enfermería que sea conocedor de las técnicas, controles, almacenamiento y transporte para que llegue en óptimas condiciones para su utilización.
- Es importante hacer una correcta limpieza antes de la desinfección o esterilización.
- El método más usado en desinfección es por sustancias químicas o contacto con líquidos y el de esterilización el calor húmedo o el glutaraldehído.
- El envasado, etiquetado y los controles de esterilización deben de ser los adecuados.
- El almacenamiento se hará en zona limpia y protegiendo el material.
- Tan importante es realizar una buena desinfección y esterilización como llevar un buen control, transporte y almacenaje para cuando se necesite dicho material.
- El transporte se hará según la normativa hasta el usuario final.
- Para evitar infecciones está en nuestras manos aplicar correctamente las medidas preventivas adecuadas.
- Deben de existir programas de capacitación continua para los técnicos de cuidados auxiliares de enfermería a cargo del cuidado y manejo de los equipos e instrumental de desinfección y esterilización.

6 Bibliografía

- <https://www.netgestotnet.com>
- <https://www.saludplay.com>
- <https://es.slideshare.net>
- Wikipedia.
- <https://www.aragon.es>
- <http://www.phsserkonten.com>

Capítulo 253

CUIDADOS POST-MORTEM

CORAL FERNÁNDEZ BARBOSA

MARÍA DEL ROSARIO FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

MARIA NURIA ALVAREZ VIVAS

MARIA JESUS GOMEZ MIÑANO

MARIA BELÉN ÁLVAREZ VIVAS

1 Introducción

Entre los CPM se debe tener en cuenta: el respeto a la espiritualidad o cultura del fallecido y sus familiares /cuidadores; preparación del cuerpo antes de trasladarlo al depósito mortuario o al tanatorio; ofrecer a los familiares/cuidadores participar en el proceso de los CPM; asegurar dignidad y privacidad, garantizar protección de la salud y la seguridad a todos los que participan directamente en el proceso; cuidar el deseo del fallecido de donar órganos y tejidos; entregar a los familiares las pertenencias del fallecido, etc.

2 Objetivos

Proporcionar los conocimientos necesarios para:

- Preparar el cuerpo del paciente para su traslado a velatorios.
- Prestar apoyo emocional a la familia.
- Facilitar la información básica de los trámites burocráticos dentro del hospital.

3 Metodología

Se ha efectuado una búsqueda bibliográfica de material publicado entre los años 2010 a 2018 en bases de datos MEDES, REVISTAS MÉDICAS, etc. Palabras clave: cuidados post-mortem, éxitus, amortajamiento.

4 Resultados

A continuación, se exponen brevemente las recomendaciones para llevar a cabo los cuidados postmortem.

- Toma de constantes y realización de electrocardiograma de confirmación.
- Confirmación del éxitus e información a la familia por el médico responsable.
- Separar al fallecido del compañero de habitación (nunca debemos empezar a manipular en presencia de familiares u otros usuarios)
- Preparación de materiales:
Equipos de protección individual: guantes, gorro, calzas, bata desechable, mascarilla...
Material de aseo: palangana, esponja, toalla.
- Carro de curas: jeringas, apósitos, pinzas, esparadrapo, bisturí, pegamento en aerosol.
- Preparación del cadáver (amortajamiento).
Retirada de sondaje, vías, dispositivos externos, vendajes sucios. Pinzar los que no se puedan retirar.
Limpiar el cuerpo.
Cubrir las lesiones con apósitos.
Taponar con algodón con la ayuda de unas pinzas los orificios naturales.
Colocar un empapador debajo del fallecido en la zona de los glúteos.
Poner pañal.
Levantar el cabecero de la cama para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara (edemas, livideces). También se puede dejar la almohada.
Cruzarle los brazos y sujetarle las manos y pies con una venda.
Cerrar los ojos bajando los párpados superiores.
Colocar la dentadura postiza, si la hubiere, para evitar la deformación del aspecto facial y si la boca no permanece cerrada sujetarla con una venda colocado bajo el mentón anudándola en la cabeza.
Peinarlo.

Realizar la notificación a los diversos departamentos y al personal, de acuerdo con las normas.

Etiquetar el cuerpo, de acuerdo con las normas.

Colocar al paciente en la mortaja o sábana dejando visible la cara doblando la parte superior en forma de toca.

Entregar a los familiares los efectos personales del paciente.

En caso de ser portador de Desfibrilador Automático Implantable (DAI) o marcapasos, el médico debe extraerlos antes del transporte del cadáver.

Registrar el éxitus en los registros de enfermería.

Trasladar el cuerpo al depósito de cadáveres.

Recogida y limpieza de la cama y la habitación.

La mortalidad hospitalaria disminuye un 10% según el INE. Los tumores siguen siendo la principal causa de muerte (23,3 por ciento), seguida del aparato circulatorio (20,5 por ciento) y respiratorio (19,5 por ciento). Estos son algunos de los datos ofrecidos por la última encuesta de Morbilidad Hospitalaria realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Entre las cifras más destacadas de la misma está el hecho de que la mortalidad en los hospitales ha disminuido. En concreto, en 2016 fallecieron en los hospitales españoles un total de 181.004 personas, un 10 por ciento menos que el año anterior (201.119 fallecidos).

5 Discusión-Conclusión

Establecer criterios de la muerte siempre ha sido controvertido, no solo desde el punto de vista ético sino también legal. Se necesita precisión en esto, pues la certificación de muerte tiene múltiples implicaciones. Así podríamos considerar la muerte como un cese total y definitivo de las funciones vitales del organismo. Los cuidados post mortem son un conjunto de procedimientos que realiza el personal de enfermería después de la muerte. Son un signo de respeto hacia el cuerpo del fallecido además de ayudar, apoyar, empatizar y favorecer el correcto procesamiento de las emociones que afloran en las familias ante el impacto de la muerte de un ser cercano. Es recomendable el diseño de procedimientos claros y sencillos, para un manejo fácil. Constatamos que la actitud ante la muerte depende de la filosofía, las creencias y la cultura que se definen la sociedad.

6 Bibliografía

- <http://www.murciasalud.es/preevid/19030> <https://www.revista-portalesmedicos.com/>
- <http://enfermeriayelfindelciclodelavida.blogspot.com/2017/11/la-eutanasia-derechola-muerte-digna.html>
- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf>
- <https://es.slideshare.net/alvaroeliasmatusmansilla/cuidados-post-mortem-40099089>
- <https://elmedicointeractivo.com/la-mortalidad-hospitalaria-disminuye-un-10-segun-el-ine/>
- http://congreso enfermeria.es/libros/2013/salas/sala1/p_1226.pdf

Capítulo 254

CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE SOTOS EN ADULTOS

MARIA JESUS DIAZ SUAREZ

CLAUDIA CRISTINA GONZALEZ REYES

MARÍA ELENA SUÁREZ MONTERO

1 Introducción

El síndrome de Sotos es un síndrome de sobrecrecimiento que se caracteriza por tres rasgos principales especialmente distintivos, como son la forma facial, la macrocefalia y los diferentes grados de dificultad en el aprendizaje.

2 Objetivos

Conocer la características del Síndrome de Sotos y ver su evolución en adultos.

3 Metodología

Se realizó búsqueda en Google Académico y en los buscadores Dialnet y Pubmed, entre los años 2010 y 2019. Palabras claves: Síndrome de Sotos, fenotipo adulto, síndrome de sobrecrecimiento, macrocefalia y discapacidad intelectual. Como operador booleano utilicé AND.

4 Resultados

El síndrome de Sotos fue descrito por Juan Sotos en 1964 quien describió 5 niños con sobrecrecimiento, problemas de aprendizaje y una apariencia facial característica. La prevalencia del síndrome es de aproximadamente 1 en 14.000 nacidos vivos. Es uno de los síndromes de sobrecrecimiento más frecuentes, siendo probablemente el segundo en frecuencia luego del Síndrome de Beckwith Wiedemann.

Otros rasgos comunes en la enfermedad son: sobrecrecimiento durante la infancia, edad ósea avanzada, presencia de anomalías cardíacas y genitourinarias, ictericia e hipotonía neonatal, convulsiones y escoliosis. La frecuencia de tumores es baja. El síndrome de Sotos es una enfermedad relativamente común, aunque se desconoce la incidencia estimada exacta al nacimiento. Las mutaciones del gen NSD1, son las responsables de al menos el 75% de los casos de Sotos. Este gen, descubierto recientemente, está localizado en el cromosoma 5q35. La gran mayoría de las anomalías del gen NSD1 son de novo, y hay algunos casos que son familiares.

La derivación a especialistas en genética para la evaluación, seguimiento y asesoramiento de los pacientes con síndrome de Sotos es mandatoria. Los niños con SS son a menudo más altos, pesados y tienen cabezas más grandes que sus iguales. Entre 100 - 200 individuos han sido descritos en la literatura médica. La mayoría de los individuos acudían para su evaluación por sus características físicas o por retrasos en su desarrollo. Es muy probable que existan muchos individuos adultos con este síndrome a los que nunca se les haya diagnosticado y probablemente no se les va a diagnosticar por que no han tenido dificultades significativas.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Sotos no es una enfermedad que ponga en peligro la vida de las personas que la sufren y generalmente la esperanza de vida no se ve reducida comparándola con la de la población general. Una persona que padece síndrome de Sotos tiene una expectativa de vida similar a la de la población general. La gran mayoría de los individuos con este síndrome acaban teniendo un desarrollo cercano a la normalidad, alcanzando en edades adultas una capacidad intelectual, psíquica y motora adecuada para su entorno social.

6 Bibliografía

- Gigantismo cerebral (síndrome de Sotos) Consideraciones sobre la talla definitiva. A. Sarriá Chueca, Jesús Fleta Zaragozano, Gonzalo Oliván Gonzalvo, Manuel A. Bueno Sánchez. Publicación oficial de la Asociación Española de Pediatría (AEP), ISSN 0302-4342, Vol. 32, Nº. 2 (Febrero), 1990, págs. 179-182
- Caracterización molecular del síndrome de sotos y estudio de otras causas genéticas de hipercrecimiento. Jesús Manuel Del Valle Domínguez
- SÍNDROME DE SOTOS P Lapunzina Instituto de Genética Médica y Molecular. Hospital Universitario La Paz, Madrid. Lapunzina P, Síndrome de Sotos. Protocol diagn ter pediatr. 2010;1:71-9
- El fenotipo del síndrome de Sotos en la edad adulta: una revisión de 44 individuos. Foster A 1, 2 , Zachariou A 3 , Loveday C 3 , Ashraf T 4 .

Capítulo 255

CÓMO ES LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

ALDENIRA PEREIRA SALES

ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM

JOSEFA REBON SARDINA

1 Introducción

La comunicación eficaz, integrada y coordinada es esencial para alcanzar el objetivo fijado por la OMS de mejorar las perspectivas de futuro y la salud de las personas en todo el mundo y para ello especifica que dicha comunicación ha de ser accesible, factible, creíble y fiable, pertinente, a tiempo y fácil de entender. Como ya dijo Michel de Montaigne “La palabra es mitad de quien la pronuncia, mitad de quien la escucha”.

Comunicación es un proceso mediante el cual se produce transmisión de información y entendimiento entre dos o más personas. En el ámbito sanitario, es de vital importancia, y cada vez en mayor medida, se trata de formar a las personas para mejorar su capacidad de relacionarse y expresar una buena comunicación. El ser humano necesita los cinco sentidos para percibir y sentir el mundo, para sentirnos y el ámbito sanitario es muy sensorial por lo cual la educación de los sentidos es muy importante en todo lo relacionado con las actividades de la sanidad. Una óptima relación sanitario-paciente, va a repercutir, positivamente para las dos partes. Tenemos que recordar que los seres humanos somos seres bio-psico-sociales y en ocasiones nos olvidamos de que los usuarios, no son solamente

entes fisiológicos, y que su estancia en hospitales, procesos de auscultación y tratamiento, y sobre todo malas noticias, van a repercutir en su tranquilidad. La comunicación va a afectar no solo a nivel cognitivo y sentimental, sino que también puede afectar a un nivel de respuesta inmunitario, lo cual va a influir en el desarrollo de la enfermedad.

Debemos tratar no solo a la enfermedad sino a la persona tanto a nivel físico como psíquico. Actualmente la masificación de la sanidad, la especialización, hace muy difícil en ocasiones la relación sanitario-paciente, impidiendo aspectos como la comunicación, la escucha y la atención a la persona, en cualquier aspecto que no sea el puramente fisiológico. En momentos como cuando están ingresados es cuando los pacientes sienten una serie de emociones negativas, como incertidumbre, angustia, desconocimiento y es cuando el lenguaje no verbal toma una mayor relevancia.

La escucha activa implica poner todos los medios a nuestro alcance para conseguir entender lo que nos quieren comunicar, debemos además interés por el mensaje y colaborar con la persona emisora en el proceso de comunicación. Por todo ello, la retroalimentación o feedback juega un papel fundamental, ya que permite tanto a la persona emisora como a la receptora superar las dificultades en la comunicación.

2 Objetivos

- Enumerar los elementos que intervienen en el proceso de la comunicación.
- Definir los aspectos a tener en cuenta en la comunicación verbal y no verbal.
- Analizar las habilidades que debe desarrollar un buen comunicador.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en bases de datos como Scielo y Pubmed, revisado diversos artículos científicos sobre la materia, descartando la información anterior al año 2018 a fin de que fuese lo más actual posible. Hemos utilizado como descriptores: comunicación, relación terapéutica, atención sanitaria, calidad personal sanitario

4 Resultados

En el proceso de la comunicación van a intervenir los siguientes elementos:

- Persona emisora quien transmite el mensaje y toma la iniciativa con el objetivo de comunicarse.
- Persona receptora a quién va dirigido el mensaje. Tanto en la persona emisora como la receptora deberíamos hablar de roles o papeles, ya que a lo largo del proceso de comunicación se pueden invertir los papeles
- Mensaje. Conjunto de informaciones que la persona emisora desea transmitir a la receptora y que se expresan mediante diferentes códigos. El mensaje emitido y el recibido no necesariamente son el mismo, ya que su codificación y decodificación varía en función de las experiencias previas y los puntos de vista de las personas emisora y receptora.
- Código. Conjunto de símbolos que se estructuran de determinada manera y que permiten representarlos mensajes ajustándose a reglas convencionales. Su significado debe ser compartido por la persona emisora y por la receptora para que se produzca una comunicación efectiva. Existen códigos muy diferentes: símbolos visuales, gestos, señales con las manos, lenguaje, escritura,
- Canal Medio a través del que se emite el mensaje. Es el que da soporte al mensaje para que pueda ser transmitido. Algunos ejemplos serían el canal oral-auditivo, el gráfico-visual, etc. En un mismo proceso de comunicación pueden emplearse varios canales al mismo tiempo, por ejemplo en una conversación entre dos personas se emplean los canales oral-auditivo (lenguaje verbal) y gráfico-visual (lenguaje no verbal).
- Feedback o retroalimentación es la información referente a la propia comunicación que la persona receptora devuelve a la emisora. Esta información puede referirse al propio contenido del mensaje, a la interpretación que de él hace la persona receptora o a las consecuencias que este tiene en el comportamiento de las personas que participan en el proceso de comunicación.
- Contexto. El entorno tanto físico como psicológico que rodea la comunicación.

En la comunicación verbal, tendremos en cuenta aspectos como:

- Tiempo de habla. El tiempo de habla no ha de ser escaso ni descompensado, tanto para el/la usuario/a, como para nosotros debe repartirse al 50%. Es muy importante dejarle que se exprese sin agobiarle. Esto nos ayudará a detectar mejor sus necesidades.
- Uso del lenguaje. No es conveniente utilizar tecnicismos o vulgarismos. Debemos utilizar el lenguaje correctamente, adaptándonos a su vocabulario y colocándonos a su nivel, sin superioridad ni demagogia.

- Saber escuchar. Escuchar no consiste simplemente en callarse y oír. Una escucha activa es un medio para establecer el clima de confianza entre nosotros y el paciente

En la comunicación no verbal tendremos en cuenta:

- Expresión facial. Es conveniente que mostremos una expresión agradable. El rostro del profesional debe ser humano, no una cara inexpressiva, seca y una máscara sin sentimiento, ni abusar de expresiones exageradas y locuaces
- Contacto ocular. Es importante establecerlo, ya que es una señal de comunicación. Una mirada directa, pero no insistente, ni fija, puede ser un gran apoyo en la situación de comunicación con el/la paciente. debe ser franca, abierta y denotar atención, propio de la escucha activa. El paciente debe ser consciente de que estamos prestándole atención, que en ese momento ellos son los más importantes
- Gestos y movimientos con el cuerpo. De todas las partes del cuerpo humano las manos son las que más amplían la expresividad del rostro, ya que a veces contribuyen a esclarecer un mensaje verbal poco claro.

Respecto a ellas debemos evitar:

Dirigir el dedo índice al paciente, ya que indica amenaza o riña.

Cruzar los brazos, ya que pueden indicar superioridad, indiferencia o actividad de defensa.

Mover excesivamente las manos para no dar una imagen de nerviosismo y deben estar siempre visibles.

Distancia/proximidad no invadiendo su espacio personal.

No se debe gesticular demasiado ni estar rígido y envarado.

Gesticular demasiado genera nerviosismo e inquietud.

El cuerpo debe estar relajado, pero erguido, sin tensión, en una postura abierta, sin cruzar las piernas ni posturas retorcidas.

Para ser un buen comunicador dentro del ámbito sanitario, debemos practicar las siguientes habilidades:

- La escucha activa.
- La empatía.
- La comunicación no verbal.
- La comunicación verbal.
- La comunicación emocional.

Una mala comunicación va a dificultar el progreso del paciente en cuanto a su salud se refiere, debido en su mayoría a la incomprensión por falta de

conocimiento en cuanto a su respectivo tratamiento, cuidados y situación de salud.

5 Discusión-Conclusión

La formación en habilidades comunicativas para el personal sanitario, tiene un impacto determinante sobre la adopción de prácticas seguras y la mejora de los resultados de salud. Esto sucede cuando existe una clara apuesta institucional por la formación específica de sus profesionales. La satisfacción de los profesionales es otro de los resultados que se observan sistemáticamente desde esta perspectiva.

Es fundamental que el personal sanitario este capacitado para desarrollar de la mejor manera posible sus habilidades comunicativas, y poder entablar una adecuada relación sanitario-paciente, ya que una buena comunicación va a proporcionar una mejora del estado emocional, e influir en la adaptación psicológica de los pacientes, y darles así mayor capacidad para afrontar los deterioros de su salud.

Una buena comunicación va a repercutir positivamente para las dos partes:

- El personal sanitario mediante la mejora de sus habilidades emocionales, motivacionales y comunicativas, va a obtener una mejor relación con los paciente, sintiendo de esta forma una mejora y eficiencia en su trabajo.
- El paciente logra una mayor autonomía, mediante la toma de decisiones hacia su salud, estableciendo cambios duraderos en sus hábitos y estilo de vida, gracias a los consejos que le ofrecen.

6 Bibliografía

- Belda L. La comunicación, pieza clave en enfermería [Internet]. Dialnet. 2019
- Definición de comunicación — Definicion.de [Internet]. Definición.de. 2019 [cited 20 January 2019]. Available from: <https://definicion.de/comunicacion>
- Curso introducción al desarrollo de la inteligencia emocional

Capítulo 256

BENEFICIO DE EJERCICIO AERÓBICO EN EL PACIENTE QUE HA SUFRIDO INFARTO DE MIOCARDIO

MARTA APARICIO PEREZ

LAURA ARAUJO MORILLAS

MARIA ISABEL RAMOS SASTRE

PAULA DÍAZ AREA

1 Introducción

En la población española unas 50000 personas tienen cada año un infarto de miocardio. Y quien haya tenido un primer infarto, tiene altas probabilidades de tener un segundo. Y el 80% de muertes prematuras por enfermedades cardiovasculares podrían evitarse mediante: dieta equilibrada, ejercicio físico y control de factores de riesgo como hipertensión arterial, colesterol o diabetes. A continuación vamos a centrarnos en la importancia del ejercicio físico en dichos casos.

2 Objetivos

- Explicar la rehabilitación tras un infarto de miocardio con ejercicio físico progresivo, controlado y recomendado, dependiendo del paciente la actividad física tendrá una intensidad, el ejercicio más recomendado es el aeróbico, como por ejemplo caminar, bailar, nadar, bicicleta.

- Prevenir un segundo accidente cardiovascular.
- Mejorar la calidad de vida.

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 actividad física mejora la estructura y función del corazón y vasos sanguíneos, beneficia a reducir la presión arterial y frecuencia cardíaca, reduce los niveles de colesterol y facilita el control de los niveles de glucosa, disminuye los coágulos sanguíneos y aumenta la capacidad de disolverlos, reduce arritmias, en resumen el corazón funciona mejor : mejor contracción.

5 Discusión-Conclusión

Los beneficios del deporte en pacientes que hayan sufrido infarto de miocardio son innegables y hemos visto como ayudan a prevenir recaídas, además de mejorar su calidad de vida, ayudando a evitar la ansiedad, depresión y estrés.

6 Bibliografía

- Fundaciondelcorazon.com.
- Cuidateplus.marca.com.
- Sabervivir.com.

Capítulo 257

ASÍ ES EL AUTISMO INFANTIL

ALBA QUINTANA FERNÁNDEZ

MARTA FERNÁNDEZ MARTÍNEZ

PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARÍA MARTÍN ÁLVAREZ

ELENA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El autismo o también llamado trastorno del espectro autista (TEA) se basa en unas series de comportamientos caracterizados por graves déficits del desarrollo. Afectan a la socialización, a la planificación y a la capacidad emocional, suele provocar conductas repetitivas o inusuales. El término TEA fue empleado por primera vez por Lorna Wing, quien en 1988 expuso que las personas con este trastorno presentan problemas en las capacidades de reconocimiento y comunicación social, y patrones repetitivos de actividad, tendencia a la rutina y dificultades en la imaginación social.

En España, hay estimación de 13.000 niños afectados, a fechas del 2019. Las estadísticas constatan que por cada 1.000 niños hay 2 casos con este trastorno, siendo más común 4 veces más en niños que en niñas (se desconocen las causas). Debido a este aumento, un tratamiento precoz y las estrategias que existen para la identificación temprana de dicho trastorno, permite unos mejores resultados respecto a la calidad de vida y el bienestar de la persona.

Los niños con autismo no presentan anomalías físicas evidentes. Debido a esto y a los pocos elementos técnicos que existían en los años 40, Leo Kanner describió el autismo como un desorden emocional. Investigaciones recientes, señalan que el autismo deriva de un desorden del sistema nervioso central y no de problemas emocionales. Su origen no se conoce con exactitud más bien es una serie de condiciones que pueden resultar en este trastorno, ya sean bioquímicas, (anormalidades en el funcionamiento químico o metabólico) genéticas (anormalidades en los cromosomas, el más común es el “X-frágil”) virales (infecciones antes del nacimiento pueden provocar anormalidades en el sistema nervioso central, así como la rubéola o escarlatina) y estructurales (irregularidades en varias regiones del cerebro).

Por desgracia el síndrome autista es un trastorno que se padece para toda la vida, aunque las evidencias de esta enfermedad pueden mejorar con el paso del tiempo siempre estarán ahí. El grado de severidad del autismo varía mucho. Los casos más graves se caracterizan por una completa ausencia del habla de por vida y comportamientos extremadamente repetitivos, inusuales, auto dañinos y agresivos, y las formas más leves de autismo pueden ser casi imperceptibles y suelen confundirse con la timidez, la falta de atención y la excentricidad. (Wing, 1988).

2 Objetivos

Explicar en qué consiste y qué atención especial requieren las personas con autismo por parte de los profesionales sanitarios.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos relacionadas con ciencias de la salud como Pubmed, Medline, Dialnet, y también en el buscador google académico. Para la búsqueda se utilizaron los descriptores “autismo”, “trastornos” “enfermedad neuropsíquica”, “trastorno infantil”, etc. (Wing, 2018).

Para reducir los resultados de la búsqueda se filtraron los documentos que tuvieran más relación con el autismo infantil, las causas de este trastorno o las pautas a seguir para mejorar la calidad de vida de estos enfermos, nos dio un resultado de más de 115 documentos a revisar, para poder estudiarlo adecuadamente, decidimos quedarnos con aquellos documentos que nos aportaran algún dato curioso. Finalmente basándonos en los criterios anteriores y descartar algunos

textos por considerarlos repetitivos o poco interesantes nos hemos quedado con un total de quince documentos para trabajar en la realización de este capítulo.

4 Resultados

Los objetivos deben ser trabajados y reforzados según las necesidades de cada niño. Para la socialización, Berehff et al. (1995) presentan un objetivo general que es «estimular el desarrollo social y afectivo dando paso a la integración y la participación activa en el grupo social mejorando así la calidad de vida». Hay muchos objetivos para destacar pero los más específicos y básicos para la socialización de los niños con autismo son:

- Mantener el contacto visual, aceptarlo e imitarlo.
- Manifestar interés por objetos, personas e incluso por el ambiente.
- Aceptar el contacto físico y llegar a buscarlo.
- Imitar acciones expresar sentimientos propios y reconocer e identificar sentimientos de otras personas.
- Compartir objetos con otra persona, cooperar con el otro y comprender y obedecer reglas sociales.

Los niños sin ningún tipo de problema, nacen ya con algunas habilidades. Les gusta mirar las caras, imitar, presentan sincronización motora y un llanto que avisa de lo que les sucede. Los niños antes de nueve meses ya pueden seguir perfectamente la mirada de su madre o de las personas con quienes están familiarizados. En niños con trastorno autista, a estas edades ya existen signos evidenciales que ayudan a reconocer dicho trastorno. Los más tempranos son el escaso contacto visual o nulo, no suelen sonreír ni responder a su nombre, tampoco siguen con la mirada a las personas que conocen. Son niños “muy tranquilos” y nada “demandantes”. Sus padres suelen acudir al médico pensando que tiene algún problema a nivel psicomotriz.

Más adelante otras características que delatan este síndrome son la falta de imitación o simbolización (dar de comer a los padres, poner a los muñecos a dormir...) no existe atención compartida, porque no la demandan ni le prestan atención cuando la hay (por ejemplo, leer un cuento con su padre) la falta de juego con los demás niños o las pocas miradas a las personas. Se trata de las carencias más tempranas pero que mas duran a lo largo de su vida, se dice que es porque tiene que ver con el aprendizaje social, al estar alterado desde siempre. Al ir creciendo, entre los 18 y 36 meses de edad se perciben los signos más alarmantes :

- Hacen que no escuchan ni responden a llamadas o indicaciones.
- Ignoran a los miembros de la casa, no los persiguen ni alzan los brazos cuando están en la cuna para que les cojan
- No señalan con el dedo para compartir experiencias ni para pedir ni mirar al adulto para comprobar que éste está también mirando donde ellos señalan.
- Tienen dificultades con el contacto ocular, casi nunca lo hacen y cuando miran hay veces que parece que "atraviesen con la mirada", como si no hubiera nada delante de ellos.
- No miran a las personas ni lo que están haciendo.
- Cuando se caen no lloran ni buscan consuelo.
- Son excesivamente independientes para su edad
- Reaccionan desproporcionadamente a algunos estímulos (demasiado sensibles a sonidos o texturas).
- No reaccionan cuando se le llama por el nombre.
- Prefieren jugar solos.
- No dicen hola ni adiós.

A medida que avanza su edad, también se agravan los signos que presentan desde un principio y siguen con sus conductas aplicándolas en todos los aspectos de su vida.

5 Discusión-Conclusión

Lewis (1991) explica la diferencia de la forma de mirar de un niño con trastorno del espectro autista cuando lo comparamos con niños que no presentan ningún tipo de trastorno y son completamente normales. Se debe, probablemente, a la diferencia encontrada por Haxby et al. (2002), Klin et al. (2000), Klin et al. (2002a), Klin et al. (2002b) e Pelphrey et al. (2002) que dicen que las personas que presentan autismo evitan mirar los ojos del rostro humano. Berehff et al. (1995) considera que, la mirada del niño forma parte de su habilidad social. Existe una gran preocupación en desarrollar y fomentar, también, el reconocimiento de los sentimientos y de la imitación en los niños. En la estrategia TEACCH, discutida por Lewis & Leon (1995), se hace énfasis en las informaciones visuales como posibilidad de comunicación. El Programa Diario Individual, sugerido por Nilsson (2003), beneficia el trabajo con niños con autismo pequeños y recomienda que exista una rutina y una independencia, de esta manera las actividades son marcadas y en niño puede seguirlas con unas buenas pautas. Son muchas las maneras de intervenir en la educación de los niños con éste síndrome. Por que al igual que

en la vida misma, donde ninguna persona es igual a la otra entre sí, los niños con éste trastorno son diferentes entre ellos. De ahí que los programas de intervención deben ser adecuados y distintos para cada niño. Bereohff et al. (1995) recuerda que cuando se trata de educar un niño con autismo, se debe potenciar al máximo sus habilidades y competencias y no olvidarse de intentar mejorar sus relaciones sociales y hacerlas significativas para él. Con las informaciones que se han obtenido de los artículos “sobre la mirada de la persona con autismo” y sobre la “Teoría de la Mente”, se hace importante hincapié en resaltar la educación especial destinada a los niños con autismo y deben considerarse estos hallazgos para una programación educativa más eficaz. Intentando por encima de todas las cosas enfatizar la estimulación visual y la mirada para las personas que conviven con los ellos. El objetivo general de la Educación Especial es disminuir los obstáculos que impiden al individuo desarrollar una actividad y participar en la sociedad.

6 Bibliografía

- American Psychiatric Association (1995). (Coord.) Miyar, M.V. DSM-IV: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, España: Masson.
- Bereohff, A.M.P., Seyfarth, A.S.L., Freire, L.H.V. (1995). Abordagem psicopedagógica para o atendimento ao portador de conduta típica (autismo e psicose infantil). En Schwartzman, J.S., Assumpção Júnior, F.B. (Ed.), Autismo infantil (pp.211-232)., São Paulo, Brasil: Memnon.
- Farroni, T., Csibra, G., Simion, F., Johnson, M.H. (2002). Eye contact detection in human from birth. PNAS, 99, (14), 9902-9905. – Frith, C.D., Frith, U. (1999). Interacting minds
- a biological basis. Science, 286, 1692-1695. – Gómez, J.C.; Sarriá, E.; Tamarit, J.; Brioso, A.; León, E. (1995) Los inicios de la comunicación: estudio comparado de niños y primates no humanos e implicaciones para el autismo. Ministerio de educación y ciencia: Closas-Orcoven, 21-40.
- Haxby, J.V., Hoffman, E.A., Gobbini, M.I. (2002). Human neural system for faces recognition and social communication. Biol Psychiatry, 51, 59-67.
- Klin, A. (2000). Attributing social meaning to ambiguous visual stimuli in higher-functioning autism and Asperger syndrome: the social attribution task. J. Child Psychol. Psychiat., 41, (7), 831-846.

Capítulo 258

BURNOUT Y ESTRÉS DE LOS TECNICOS EN CUIDADOS DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LOS RECORTES SANITARIOS

VERONICA MENENDEZ BARROS

1 Introducción

El síndrome de Burnout es un tipo de estrés que aparece cuando una persona esta reiteradamente sometida a situaciones estresantes y que tiene como consecuencia un desgaste en los técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, entre otros muchos profesionales sanitarios. Este síndrome también es conocido como el "síndrome del trabajador quemado", descrito en psiquiatría en 1974 por Freudenberger, aunque adquiere gran importancia con los estudios realizados por Maslach y Jackson.

A día de hoy la sociedad vive de forma acelerada enfrentándose día a día a recortes en los puestos de trabajo y a una mayor presión laboral. En el ámbito sanitario, los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería están sometidos a estresores que favorecen el desarrollo de numerosos niveles de estrés, llegando con el tiempo a convertirse en un síndrome, pudiendo incluso producir una incapacidad de las personas que lo padezcan en su vida afectiva, social y productiva.

Los síntomas que producen este síndrome son agotamiento emocional, insomnio, migraña, ansiedad despersonalización del trabajo.

2 Objetivos

Analizar y determinar el contenido y la naturaleza de la evidencia científica que produce el Burnout y el estrés en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería ante los recortes sanitarios.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica rigurosa y exhaustiva en las bases de datos Sicielo, Dialnet, Medline y google académico a nivel sanitario en Español. Se utilizaron descriptores: Burnout, estrés, recortes sanitarios y estrés laboral. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Se pretende conocer el desgaste profesional del personal sanitario, en concreto en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería. Es un síndrome muy frecuente entre este tipo de profesionales debido a que los afecta directamente al estar expuestos reiteradamente a un contacto directo con las pacientes, ya que en la gran mayoría de los casos estos son cada vez mas demandantes y exigentes con estos profesionales .

Existen dos tipos de Burnout:

- Burnout activo: en este tipo, el personal mantiene un actitud asertiva y se relaciona con todos aquellos elementos externos de la profesión.
- Burnout pasivo: aparece la apatía y se relaciona con todos los factores internos Psicosociales.

Hay diversos factores que favorecen este proceso, entre los que podemos destacar los laborales, formativos, personales y clínicos. Entre las causas que provocan este síndrome se pueden citar:

- Los conflictos en el trabajo ya que el mal ambiente en el entorno de trabajo no es nada positivo a la hora de establecer una relación laboral.
- El aislamiento social
- La insatisfacción en el trabajo
- La carga de trabajo, es un causa que afecta en la mayor parte de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, debido a la llegada de los recortes sanitarios

las administraciones han aprovechando para disminuir el número de recursos humanos y materiales como medida de ahorro.

5 Discusión-Conclusión

La incidencia del síndrome de Burnout en los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería, no solo afecta a esta categoría de personal sanitario sino que también afecta a los pacientes que dependen de los cuidados de estos profesionales, ya que debido a una sobrecarga en el trabajo están expuestos a un nivel de estrés más elevado y ello conlleva una gran disminución en la calidad asistencial del paciente.

Para favorecer el trabajo de los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería se necesitaría una guía de buenas prácticas para la prevención del burnout en las cuales podemos destacar el promover el trabajo en equipo, disponer de formación continua y desarrollo del trabajo, y facilitar a los trabajadores los recursos tan necesarios como adecuados para conseguir los objetivos del trabajo.

6 Bibliografía

- Rodríguez Carvajal R, Rivas Hermosilla S. Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. Med. segur. trab. [online]; [Consultado 4 Febrero 2015]. 2011,vol.57, suppl.1, pp. 72-88. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>
- Revista latinoamericana de psicología. [Internet]. 2014. [consulta el 18 marzo de 2016]; 46 (1): 44-52. Disponible en <http://www.elsevier.es/e>
- Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública [revista en Internet]. 2004 [consulta 15 mayo 2014]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>
- De los Ríos Castillo, J. L. Desgaste Profesional en personal de Enfermería. Aproximaciones para un debate. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc; [revista en Internet] 2008. [Fecha de consulta: 15 de abril de 2014]; 16(2): 89-97. 172 Disponible en:<http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php>
- Gil- Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Ediciones Pirámide. 2005. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/>

- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113.

Capítulo 259

ESQUIZOFRENIA

PABLO SANCHEZ GARCIA

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN

MONTSERRAT VIGUERA SOLIS

1 Introducción

La persona con enfermedad mental debe afrontar una doble dificultad para recuperarse: la enfermedad en sí y los prejuicios y discriminaciones que recibe por padecerla. Es el estigma social, una carga de sufrimiento que incrementa innecesariamente los problemas de la enfermedad y constituye uno de los principales obstáculos para el éxito del tratamiento y de la recuperación.

Se estima que cada año más de un tercio de la población europea desarrolla algún tipo de trastorno mental, siendo éstos, junto con las enfermedades neurológicas, los responsables de más de la cuarta parte de los casos de discapacidad en la Europa actual (OMS). El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) define al colectivo de personas que sufren un trastorno mental grave como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”. Según la definición del NIMH, la discapacidad mental produce limitaciones en actividades importantes de la vida.

Los pacientes con esquizofrenia pueden sufrir un deterioro de su capacidad en una o varias áreas importantes para la vida, como son las relaciones interpersonales, el trabajo o la formación, la vida familiar, la comunicación y los autocuidados. La esquizofrenia pertenece al grupo de enfermedades mentales graves, y está relacionada con un riesgo entre doble y triple de muerte prematura y hasta triple de muerte súbita inesperada. Se asocia a un 20% de reducción de las cifras de esperanza de vida respecto a la población general, lo que se traduce en una pérdida de 20 años de vida en hombres y 15 en mujeres.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud define la esquizofrenia como una “enfermedad mental o grupo de enfermedades de causas todavía desconocidas, caracterizada por trastornos del afecto, el pensamiento, la sensopercepción, la comunicación y el comportamiento”.

2 Objetivos

- Definir la esquizofrenia.
- Conocer los problemas de salud mental y los signos y síntomas de la enfermedad de la esquizofrenia.
- Enumerar el tratamiento.
- Comprender la situación del paciente de esquizofrenia para abandonar los prejuicios, estigmas y discriminación al tratar a la persona afectada.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva buscando artículos científicos, guías y publicaciones del Ministerio de Sanidad, la Organización Mundial de la Salud y la empresa farmacéutica Janssen, entre otros, para obtener amplia información acerca de la enfermedad.

Para comprender mejor la situación real de los afectados, se consultaron las páginas web de varias asociaciones de familiares de personas con esquizofrenia y fundaciones.

4 Resultados

La esquizofrenia es un trastorno mental caracterizado por una pérdida de contacto con la realidad (psicosis), alucinaciones (usualmente, oír voces), delirios

(creencias falsas), pensamiento anormal, aplanamiento afectivo (índice reducido de emociones), motivación disminuida, y desarrollo laboral y social alterado. La esquizofrenia es un gran problema de salud pública en todo el mundo. El trastorno suele afectar a las personas jóvenes en el momento preciso en que están estableciendo su independencia, y puede tener como resultado una discapacidad y estigma durante toda la vida. En términos de costes personales y económicos, la esquizofrenia figura entre los peores trastornos que carga la humanidad.

La gravedad de los síntomas y la larga duración de la enfermedad tienden a causar un alto grado de discapacidad. Los medicamentos y otros tratamientos usados para la esquizofrenia sirven para reducir y controlar los síntomas, solo si se siguen de la manera indicada por el médico. A pesar de todo, algunas personas no se benefician mucho con los tratamientos disponibles. Otras los suspenden de manera prematura. Una de las razones para que esto suceda es la presencia de efectos secundarios de la medicación, los cuales pueden ser desagradables e inconvenientes. Inclusive cuando el tratamiento en si es moderadamente efectivo, la capacidad de funcionamiento de algunos enfermos es afectado por la falta de oportunidades de trabajo, el estigma que se asocia con esta enfermedad y los síntomas que no mejoran con la medicación.

Los primeros síntomas de la esquizofrenia generalmente son cambios peculiares del comportamiento. Estos síntomas pueden causar desconcierto y confusión en los familiares del enfermo. La presencia de estos síntomas es especialmente chocante para los familiares más cercanos que conocían como era el paciente antes de enfermarse. Resulta extremadamente difícil comprender cómo una persona que era tan saludable y llena de vida puede tener un cambio tan drástico. La aparición súbita de síntomas sicóticos se conoce como la fase "aguda" de la esquizofrenia. La "psicosis", un estado común en la esquizofrenia, representa un deterioro mental marcado. Las alucinaciones, como el oír voces que no son reales, son un trastorno de la percepción muy común. También son comunes los delirios, es decir el desarrollar creencias falsas que surgen como consecuencia de la incapacidad para distinguir lo real de lo imaginario. Otro síntoma menos obvio es el aislamiento social, es decir el evitar el contacto social con familiares, amigos y otras personas. Dicho aislamiento puede presentarse antes, al mismo tiempo, o después de los síntomas psicóticos.

La evolución de la esquizofrenia es variable. Algunas personas sufren un solo episodio psicótico y se recuperan. Otras tienen muchos episodios de psicosis en el transcurso de su vida, pero entre dichos períodos llevan una vida normal. Otras

personas sufren de esquizofrenia "crónica", la que se manifiesta en forma continua o recurrente. Éstas generalmente no se recuperan del todo y típicamente requieren tratamiento con medicamentos a largo plazo. La esquizofrenia está catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la novena de las principales causas de discapacidad mundial y afecta a cerca del 1% de la población, aunque han sido identificados focos donde la esquizofrenia es más o menos frecuente. La esquizofrenia afecta por igual a varones que a mujeres. La prevalencia en los países occidentales es del 1% aproximadamente pero influye de manera mucho mayor sobre los días de incapacidad laboral. La esquizofrenia es más frecuente que la enfermedad del Alzheimer y la esclerosis múltiple.

Determinar cuándo se produce su inicio suele ser difícil si se considera que el escaso conocimiento de los síntomas puede retrasar la asistencia médica durante varios años. El promedio de edad para el comienzo de la esquizofrenia son los 18 años para los varones y 25 años para las mujeres. Su inicio en la infancia o el principio de la adolescencia es poco frecuente, como también lo es su comienzo en la vejez.

El deterioro del funcionamiento social puede conducir al abuso de sustancias tóxicas, a la pobreza y a la falta de hogar. Las personas con esquizofrenia que no siguen ningún tratamiento pueden perder el contacto con sus familiares y amigos, y es frecuente que se las encuentre viviendo en las calles de las grandes ciudades.

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen en dos grandes grupos: los síntomas positivos, que son experiencias anormales, y los síntomas negativos, que son más la ausencia de conductas normales.

+ Síntomas positivos.

- Alucinaciones: las alucinaciones son experiencias sensoriales que se originan dentro del cerebro en vez de tener su origen en el exterior. Las alucinaciones son causadas por la enfermedad. Los pacientes esquizofrénicos algunas veces oyen voces (alucinaciones auditivas) que una persona sana en la misma situación no escucha, o ven cosas (alucinaciones visuales) que otras personas no perciben. El paciente habitualmente tiene dificultades para diferenciar lo que son alucinaciones y lo que son percepciones reales.
- Ideas delirantes: son creencias falsas y persistentes, que son constantes, no fluctuantes o simples deseos que no son compartidos por otros que el paciente cree reales incluso aunque haya pruebas de lo contrario.
- Trastornos del pensamiento: debido al deterioro de la función cerebral, el pen-

samiento lógico de muchos pacientes está deteriorado si se compara con el que tenían antes de su enfermedad. Sus pensamientos y su lenguaje están alterados.

- Trastorno de la autopercepción: A menudo, el paciente tiene una percepción distorsionada de sí mismo. La distinción entre él mismo y lo que le rodea puede ser borrosa.

Síntomas negativos.

- Falta de energía y motivación: es un síntoma negativo frecuente. Debido a la enfermedad, muchos pacientes pierden su entusiasmo normal, su energía y su interés por lo que les rodea. Esto implica, con frecuencia, que los pacientes son incapaces de cumplir con sus obligaciones o de llevar una vida social normal.

- Trastornos emocionales: el paciente pierde la capacidad de experimentar placer y no puede sentir emociones normales como lo hacía con anterioridad. Depresión, falta de autoconfianza o mal humor son alguno de los síntomas más frecuentes.

- Retraimiento social: se observa a menudo estos pacientes. El paciente puede reducir sus contactos con otras personas al mínimo e, incluso, con sus amigos y familiares. Debe evaluarse a cada paciente por separado para saber si este rechazo al contacto con otras personas es expresión de un mecanismo de defensa contra la hipersensibilidad asociada a la enfermedad, o si bien el paciente debe de ser animado a tratar de romper su aislamiento social.

Alteraciones cognitivas.

La memoria, la capacidad de concentración y foco en una reflexión, tarea o actividad, pueden verse afectados en ocasiones por las personas con esquizofrenia.

Afecto.

En ocasiones la falta de foco, puede derivar en dificultades para expresar las emociones y afecto. En casos más agudos, puede llegar a afectar a la capacidad de afecto y ser poco empático en determinados momentos.

Desorganización del pensamiento.

Se pierde capacidad asociativa y de relación de conceptos e ideas. Cuesta mantener la concentración en un tema concreto de reflexión.

Conducta irregular.

En ocasiones, puede darse una conducta irregular e inconexa con la realidad social como reflejo de las alucinaciones o delirios. Las alteraciones emocionales y de percepción de los hechos, puede generar un distanciamiento a lo que llamamos realidad social. El tipo y la gravedad de los síntomas pueden variar con el tiempo, con períodos de empeoramiento y de desaparición de los síntomas. Al-

gunos síntomas pueden estar siempre presentes. En los hombres, los síntomas de esquizofrenia generalmente comienzan entre los 20 y los 25 años. En las mujeres, los síntomas generalmente comienzan después de los 25 años. Es poco frecuente que se diagnostique esquizofrenia en niños y muy poco frecuente en personas mayores de 45.

El tratamiento farmacológico es necesario para reducir los síntomas de la esquizofrenia. Puede combinarse con la psicoterapia para ayudar a la persona que sufre esquizofrenia a comprender la enfermedad y a sobrellevarla, mejorando su conducta social y su reintegración en la sociedad. Los profesionales sanitarios en salud mental, que puede incluir: psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y trabajadores sociales, trabajarán en equipo con el paciente y su familia para ayudarles a cumplir con los objetivos del tratamiento, farmacológicos y no farmacológicos.

Algunos de estos objetivos, tanto a corto como a largo plazo, se enumeran a continuación:

- Eliminar o reducir los síntomas.
- Evitar la aparición de recaídas.
- Evitar o reducir la necesidad de acudir al hospital o de ser hospitalizado.
- Evitar o reducir los efectos secundarios no deseados que podrían derivarse del tratamiento farmacológico.
- Alcanzar y mantener la remisión de los síntomas, de modo que dejen de tener un efecto negativo en la vida del paciente.
- Iniciar o reanudar las actividades cotidianas normales, como trabajar, estudiar, vivir independientemente o mantener relaciones sociales.

Mitos sobre la esquizofrenia.

- Tener esquizofrenia es tener múltiples personalidades: con frecuencia se confunde la esquizofrenia con la doble personalidad. Este fenómeno se produce en el trastorno disociativo pero no en la esquizofrenia, aun cuando los enfermos oigan voces o tengan extrañas creencias.
- Las personas que padecen esquizofrenia tienen algún tipo de retraso mental: esquizofrenia y retraso mental son aspectos completamente diferentes. La esquizofrenia aparece con independencia del nivel mental y con frecuencia se observa en personas con talento y capacidad creativa. Podría causar déficits cognitivos (dificultades en concentración, abstracción), pero no afecta a la inteligencia como unidad.
- El enfermo esquizofrénico no se recupera nunca de la enfermedad: algunas personas con esquizofrenia se recuperan por completo, volviendo a su nivel previo

de funcionamiento. Otros continúan presentando algunos síntomas pero pueden trabajar y ser independientes. Un tercio no se recupera de forma substancial y podría ser institucionalizado.

- Las personas con esquizofrenia deben ser institucionalizadas: estudios recientes demuestran la existencia de varios escenarios (desde cuidados en hospitales psiquiátricos hasta facilidades para el cuidado residencial de agudos) que ayudan a la vida dentro de la comunidad y que serían efectivos en las personas que padecen esquizofrenia.
- Es altamente probable que las personas con esquizofrenia se muestren altamente violentas: los trastornos mentales y la violencia tienen una estrecha relación en la mente de la gente, pero lo cierto es que, por regla general, los enfermos mentales no son más violentos que las personas sanas. Además en esquizofrénicos es más probable que enfoquen la conducta hacia sí mismos que no hacia los demás.
- La mayoría de las personas con esquizofrenia no pueden trabajar: las personas con esquizofrenia pueden trabajar incluso presentando algunos síntomas. El trabajo es una parte importante de la recuperación y contribuye a reducir las posibilidades de que el paciente regrese al hospital.

5 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia es un trastorno mental severo de origen multicausal que hace difícil, para la persona que la sufre, distinguir entre lo real y lo que no lo es, pudiendo comportarse de manera extraña en situaciones sociales y tener también problemas con la memoria y con la conversación. La esquizofrenia puede ser una enfermedad devastadora no sólo para quien la sufre, sino también para su familia y otros seres queridos. Por eso, merece la pena que las familias, o las personas en contacto con este tipo de patología, tengan conocimientos acerca de la enfermedad para así comprender y ayudar mejor a estos enfermos.

La perspectiva ha cambiado porque se sabe que la mayoría de los pacientes hoy en día pueden llevar una vida relativamente normal siempre que cumplan bien la medicación y lleven hábitos de vida saludables. La ciencia ha ido evolucionando a lo largo de los años y actualmente ofrece opciones terapéuticas eficaces que pueden controlar bien los síntomas, producir menos efectos secundarios y además presentar una administración espaciada en el tiempo, interfiriendo lo mínimo posible con la vida de la persona que padece la enfermedad.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS) <https://www.who.int/>
- Janssen <https://www.esquizofrenia24x7.com/sobre-esquizofrenia/>
- Instituto de Salud Carlos III, organismo autónomo del Ministerio de Sanidad y Consumo <https://consaludmental.org/publicaciones/Convivirconlaesquizofrenia.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social <https://www.msbs.gob.es/>
- Asociaciones de familiares de afectados <https://www.amafe.org/>
<https://fundacionbelen.org/>

Capítulo 260

EL AISLAMIENTO HOSPITALARIO

LORENA HEVIA GONZÁLEZ

MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS

YLENIA EXTREMERA JAMBRINA

VANESA CAYARGA MARTÍNEZ

1 Introducción

Los centros sanitarios son espacios muy propensos para la propagación de infecciones por el gran número de personas diferentes que hay y muchas de ellas enfermas. El aislamiento es el procedimiento o conjunto de procedimientos que se aplica a los pacientes que padecen una enfermedad infecciosa durante el periodo de tiempo que esta pueda ser transmitida, junto con la aplicación de otras medidas, para impedir o evitar la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

Según su finalidad podemos diferenciar dos tipos de aislamiento:

- Aislamiento común o de barrera: es el que busca separar a los pacientes contagiosos para que no transmitan enfermedades a personas sanas
- Aislamiento protector o de barrera inversa: es el que separa a los pacientes que tienen disminuidas sus defensas para evitar que adquieran una enfermedad.

Se pueden diferenciar seis tipos de aislamiento que presentan medidas comunes entre sí, como son el lavado de manos o la técnica de transporte de material contaminado. Los principales son:

- Aislamiento estricto.
- Aislamiento de contacto.

- Aislamiento respiratorio.
- Aislamiento entérico o digestivo.
- Aislamiento parenteral.
- Aislamiento de protección o inverso.

El tipo de aislamiento que se deberá aplicar en cada caso está avalado por los protocolos o recomendaciones propuestas por el Servicio de Medicina Preventiva y que aprueba la comisión de infecciones del propio hospital. Existen abundantes evidencias que avalan la realización de estas medidas de aislamiento y que demuestran su efectividad en busca de cumplir las siguientes finalidades:

- Interrumpir la cadena de transmisión de una enfermedad infecciosa.
- Prevenir y controlar brotes.
- Garantizar los cuidados del paciente sin poner en riesgo al resto.
- Controlar las situaciones de alarma que genera la desinformación.
- Evitar el rechazo de las personas afectadas.
- Mantener calidad en la atención del hospital.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en los diferentes tipos de aislamientos.

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 sobre las funciones del TCAE y los aislamientos sanitarios. 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

- Atención por el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería en los diferentes tipos de aislamientos:
 - A). Aislamiento estricto: su finalidad es prevenir la transmisión de enfermedades altamente contagiosas que pueden transmitirse por vía aérea y por contacto.

- Habitación individual, señalización de aislamiento, puerta cerrada y restricción de visitas.
- Termómetro, esfigmomanómetro y fonendoscopio exclusivo para el paciente.
- Se recomienda que los profesionales sanitarios que atiendan a estos pacientes estén vacunados o inmunizados.
- Lavarse las manos antes de entrar en la habitación y al salir de ella.
- Es obligatorio el uso de mascarilla, bata, guantes y calzas mientras se está en la habitación.
- El material necesario para vestirse debemos prepararlo dentro de la habitación, excepto la mascarilla, que se quita después de salir.
- Planificaremos los cuidados del paciente para realizarlos al finalizar los cuidados de otros pacientes.
- La ropa del paciente, la ropa de cama y todo el material utilizado se trata como material contaminado con la técnica de la doble bolsa.
- Desechamos los residuos tipificados como de grado III para ser destruidos por autoclave o incinerados.

B). Aislamiento inverso: su finalidad es aislar a los pacientes susceptibles o inmunodeprimidos, adoptando medidas que impidan o minimicen el riesgo de infección protegiéndoles del entorno.

- Habitación individual, señalización de aislamiento, puerta cerrada y restricción de visitas.
- Material e instrumental estéril y jabón antiséptico.
- Esfigmomanómetro, fonendoscopio y termómetro de uso exclusivo para el paciente.
- Material de limpieza de uso exclusivo para la habitación.
- El personal sanitario no debe padecer ningún proceso infeccioso para atender a estos pacientes.
- Lavarse las manos con jabón antiséptico antes de ponerse los guantes.
- Ponerse gorro, mascarilla, bata, guantes y calzas antes de entrar en la habitación.
- Extremar las medidas de asepsia y antisepsia en los cuidados del paciente.
- Al salir de la habitación, depositar la ropa de aislamiento en contenedores específicos para ello.

C). Aislamiento respiratorio: su finalidad es prevenir la transmisión de enfermedades por la vía aérea.

- Habitación individual, señalización de aislamiento, puerta cerrada y restricción de visitas.
- Lavarse las manos antes de entrar y al salir de la habitación.

- Uso de mascarilla y guantes para todo el personal. Las mascarillas se colocaran a la entrada de la habitación y las cambiaremos con la frecuencia necesaria. Se desechan al salir en un recipiente específico para ello.
- El paciente usará mascarilla si se tiene que trasladar a realizar pruebas diagnósticas.
- El instrumental de exploración o terapia respiratoria deberá ser desinfectado o esterilizado al finalizar el aislamiento.
- Debemos extremar las precauciones al obtener y manipular las muestras de esputo y secreciones.
- Los esputos se recogen en pañuelos desechables y se retiran de la habitación con la técnica de la doble bolsa.

D). Aislamiento entérico o digestivo: su objetivo es evitar la diseminación a través de materias fecales y en algunos casos de objetos contaminados por determinados microorganismos.

- Se recomiendan habitaciones separadas si la higiene del paciente es deficiente.
- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- Ponerse bata y guantes, que estarán colocados dentro de la habitación.
- Debemos ofrecer una educación sanitaria al paciente, reforzando sus hábitos higiénicos del lavado de manos.
- Recoger y tratar la ropa de cama como contaminada mediante la técnica de la doble bolsa.
- Limpiar y desinfectar los objetos manchados con heces del paciente con lejía.
- Desechar los guantes y la bata en un recipiente específico para ello antes de salir de la habitación.

E). Aislamiento de contacto: su finalidad es prevenir la transmisión de infecciones cruzadas producidas por contacto con heridas, quemaduras infectadas o grandes drenajes de material purulento.

- Habitación individual y señalización de aislamiento.
- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- Ponerse mascarilla, bata y guantes que estará preparado dentro de la habitación. Antes de salir depositar lo en un contenedor específico para ello.
- Desechar los drenajes y el material contaminado como residuos del grupo III según el protocolo del hospital.
- Recoger la ropa de cama como contaminada con la técnica de la doble bolsa.
- El instrumental quirúrgico se procesa como material contaminado.

F). Aislamiento parenteral: se utiliza para prevenir el contagio de enfermedades

infecciosas que se transmiten a través de la sangre, líquidos orgánicos o cualquier objeto contaminado por estos elementos.

- Habitación individual y señalización de aislamiento.
- Lavarse las manos antes y después de estar en contacto con el paciente.
- Uso de guantes, bata impermeable, mascarilla y gafas para el contacto con fluidos orgánicos.
- Manejar con cuidado los objetos cortantes y punzantes y desecharlos en contenedores especiales de paredes no perforables.
- Todas las muestras que se envíen a laboratorio deben considerarse como potencialmente infectadas.
- Ante cualquier exposición accidental o pinchazo, deben aplicarse las medidas establecidas y contactar con el servicio de medicina preventiva.

- Otras medidas a tomar por el TCAE:

Cuando se utilizan las prendas de aislamiento, el orden general de colocación, como medida de asepsia, debe ser el siguiente:

- Lavado de manos habitual.
- Colocación de las calzas.
- Colocación del gorro.
- Colocación de la mascarilla.
- Colocación de las gafas o pantalla protectora.
- Colocación de la bata.
- Colocación de los guantes.

Si hubiera que utilizar solo alguna de estas prendas, según el aislamiento, se colocarán siguiendo el orden general mencionado.

5 Discusión-Conclusión

La duración del aislamiento va a depender del tiempo que tarde el paciente en curarse desde el punto de vista clínico y bacteriológico. Los pacientes aislados necesitan de las mismas atenciones que el resto de enfermos e incluso, en ocasiones, atenciones mas específicas y mayores.

No se debe descuidar la atención del auxiliar de enfermería frente a estos enfermos, pues el hecho de estar aislados les puede causar sentimientos de rechazo o culpabilidad por lo que les debemos explicar claramente los motivos y características del aislamiento al paciente y familia, de forma que comprendan la finalidad del mismo.

Para que la prevención sea efectiva, tanto el personal como las familias o visitas del paciente deberá de cumplir los protocolos de aislamiento.

Realizar siempre una higiene de manos correcta antes y después de poner y quitar las medidas de protección en este proceso es fundamental. El lavado de manos es la primera medida de prevención del ambiente hospitalario frente a las enfermedades contagiosas.

Es por tanto, el trabajo del TCAE fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <https://enfermerurg.com>>aislamiento www.enfermeriaec.blogspot.com
www.aisladoras.blogspot.com www.amirsalud.com
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 261

NORMAS DIETÉTICAS FUNDAMENTALES DEL PACIENTE DIABÉTICO

MARIA DEL CARMEN MARTINEZ ALVAREZ

CONCEPCIÓN MARTÍNEZ LINDE

1 Introducción

La diabetes Mellitus es una de las enfermedades en que la dieta constituye la base sobre la que se ajusta cualquier otro tratamiento, e incluso en numerosas ocasiones es la única terapéutica necesaria. Las civilizaciones antiguas ya conocían la enfermedad y siempre recomendaron modificaciones dietéticas. A lo largo de la historia siempre han existido dos tendencias: una recomendaba las dietas con bajo contenido en carbohidratos y otra con alto contenido.

Incluso en la era postinsulínica ha permanecido el debate. En la actualidad la dieta recomendada para el diabético cumple los criterios de una alimentación sana y adecuada para todos los individuos. Por eso se puede decir que no existe una adieta diabética. Existen un conjunto de recomendaciones nutricionales para la población en general que son las que se deben aplicar de una forma más estricta si cabe a las personas con diabetes. El concepto de recomendaciones nutricionales se opone al de dieta en el sentido que incluye una serie de normas flexibles que deben permitir alcanzar y mantener dentro de los límites deseables todos los parámetros nutricionales y de control de la diabetes. En segundo lugar, un concepto crucial que debe tener cualquier profesional encargado de dispensar

la atención a la persona con diabetes es que se debe suministrar los conocimientos suficientes para que sepa adaptar la alimentación a su estilo de vida. Esto implica una individualización en la aplicación de dichas normas. Estos conceptos, priorizar objetivos, individualizar las normas generales y educación, hay que tenerlos presentes siempre, cuando se atiende a personas con diabetes.

2 Objetivos

- Conocer la importancia de la terapia nutricional en personas con diabetes mellitus.

3 Metodología

Búsqueda de información en revistas médicas y literatura especializada en medicina, así como buscadores especializados como Pubmed, Medes, Scielo, Redalcy. Se han empleado como descriptores: diabetes, tratamiento, dieta, cuidados. Se han empleado como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

El objetivo general de la terapia nutricional es ayudar a la persona con diabetes a que realice los cambios necesarios en sus hábitos nutricionales para tender a mejorar el control metabólico de la diabetes mellitus. Otros objetivos son mantener los niveles de glucemia cercanos a los que tienen las personas no diabéticas, mediante un equilibrio entre la ingesta de alimentos y la insulina oral y la actividad física, alcanzar niveles de lípidos plasmáticos óptimos, suministrar las adecuadas calorías para alcanzar y mantener un peso razonable, prevenir y tratar las complicaciones agudas de la diabetes, incluyendo la hipoglucemia, episodios de cetosis, los problemas relacionados con el ejercicio físico, la enfermedad renal, la hipertensión. En definitiva mejorar el estado de salud a través de una alimentación óptima.

El cálculo de calorías tiene como objetivo el conseguir o mantener el peso ideal, ajustándose a las necesidades del diabético según edad, peso y actividad física. Pacientes diabéticos obesos y sedentarios requieren una dieta baja en calorías que les obliga a utilizar sus depósitos de grasas y diabéticos con bajo peso necesitan justamente lo contrario, es decir una dieta rica en calorías. Las recomendaciones

nutricionales para la población en general son aplicables a las personas con diabetes. La dieta debe de contener el suficiente número de calorías para alcanzar y mantener el peso deseable y lograr un desarrollo y crecimiento normal.

Los nutrientes son los componentes básicos de los alimentos. Los hay de dos tipos, calóricos o energéticos como son las proteínas, carbohidratos, grasas y alcohol y no calóricos como vitaminas y minerales, que junto al agua, son los elementos que es necesario aportar diariamente por medio de la dieta, en cantidades adecuadas. Los requerimientos en carbohidratos en la dieta del diabético constituyen el 50-60% del total de calorías. Este porcentaje puede variar en función de las costumbres de los pacientes y de los objetivos de control glucémico y lipídico que tengan. En cuanto a la fuente de carbohidratos son utilizados preferentemente, cereales, legumbres, frutas y verduras y se excluyen de la dieta los azúcares solubles o de absorción rápida (azúcar común, sacarosa o derivados).

El índice glucémico de los alimentos es la respuesta de la glucemia a las 2 horas de la ingesta de un determinado alimento, referido como porcentaje de la respuesta de la glucemia a las dos horas de la ingesta de una cantidad equivalente de glucosa o pan blanco. En general la respuesta más alta se ven con patatas y las menores con legumbres. El índice glucémico varía con la mezcla y la preparación de los alimentos y también de individuo en individuo. Por tanto, es importante la elección del tipo de hidratos de carbono y su distribución a lo largo del día para evitar elevación de la glucemia y coordinar la entrada de hidratos de carbono con la actividad de la insulina. El aporte proteico es aceptable entre el 10-20% del contenido calórico de la dieta, deben ser de origen vegetal limitando las de origen animal por su alto contenido en grasa saturada.

El requerimiento de las grasas recomendado depende de los valores deseables de glucemia, lípidos y peso corporal. Para individuos con lípidos normales y que mantienen un peso razonable hasta un 30% de las calorías pueden provenir de las grasas. Entre los edulcorantes el más utilizado es la fructosa, tiene un valor calórico igual a la glucosa, pero produce un menor incremento de glucemia. En este sentido la fructosa puede ofrecer ventajas como edulcorante en las personas con diabetes. Sin embargo, por el efecto adverso que tiene una ingesta elevada de fructosa sobre el colesterol plasmático, hace que se pierdan estas ventajas. Las personas con dislipemias deben de evitar el consumo de grandes cantidades de fructosa. Sin embargo, no existe razón para reducir el consumo de frutas y verduras, alimentos ricos en fructosa, así como moderada cantidad de alimentos edulcorados con fructosa.

El sorbitol, manitol y xilitol provienen del alcohol producen una respuesta glucémica menor que la sacarosa y su valor calórico es difícil de determinar. No existe evidencia de que sean superiores o inferiores a otros edulcorantes nutritivos. Su consumo en exceso tiene efecto laxante, produce diarreas osmóticas. Los edulcorantes tales como sacarina, ciclamato o aspartamo ni interfieren en el control glucémico ni en el cálculo energético. El consumo de fibra es beneficioso para tratar y prevenir diferentes enfermedades gastrointestinales, y la fibra soluble además tiene efectos beneficiosos sobre el nivel de lípidos plasmáticos. El consumo recomendable se sitúa entre 20 y 25 gramos al día.

La sensibilidad al sodio y su efecto sobre la tensión arterial tiene una gran variabilidad interindividual. Para la población general se recomienda que la ingesta de sodio no supere los 3 gramos al día. Si la hipertensión está presente, se debe reducir hasta 2.4 gramos al día. Y si además existe nefropatía el consumo de sodio debe ser inferior a 2 gramos al día. El alcohol en pacientes diabéticos en un consumo moderado no tiene efecto sobre la glucemia, por consumo moderado se entiende 2 bebidas alcohólicas al día (10/20gr día).

Sin embargo las recomendaciones sobre el consumo de alcohol merecen unas consideraciones. La abstinencia total es recomendable en personas con historia de alcoholismo, durante la gestación y si tienen dislipemia o enfermedades hepáticas o pancreáticas. Debido a que el alcohol puede incrementar el riesgo de hipoglucemia en personas con insulina o hipoglucemiantes orales, estas personas deben ser advertidas sobre los riesgos de su consumo. En cuanto a vitaminas y minerales en la dieta de pacientes diabéticos se considera que son aportados con facilidad por una alimentación variada y sólo en ocasiones excepcionales será necesario suplementarlos.

5 Discusión-Conclusión

Dado que el tratamiento de la Diabetes Mellitus es insidioso, la actitud y el interés del personal sanitario será clave en la buena colaboración, tanto dietética como medicamentosa, del paciente para llevar a cabo su plan nutricional. El buen resultado del tratamiento dependerá de unas consideraciones dietéticas en profundidad e implicando al paciente al máximo en su autocuidado. La buena educación es sencilla, directa interesante desde el punto de vista visual y consistente.

Se le entregarán guías visuales con dietas que puede tener como referente. Es mejor comenzar la educación por parte del personal sanitario en la primera con-

sulta y reforzarla por el dietista que le controlará su dieta. Todos los profesionales formarán parte de un equipo que es el responsable del tratamiento de la persona con diabetes y todos los miembros del equipo deben de conocer el plan de tratamiento y que el paciente perciba coherencia en el mismo.

6 Bibliografía

- HADDEB D.: Tratamiento del paciente recientemente diagnosticado de diabetes no insulino dependiente.
- ROBERT B. Diabetes clínica y tratamiento. 1990.
- HAROLD E. Tratamiento de la diabetes mellitus y sus complicaciones. 1994.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition Recommendations And Principles For People With Diabetes Mellitus.1997.

Capítulo 262

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA

NURIA MARIA FERNANDEZ LEON

1 Introducción

La salud ha sido definida durante mucho tiempo con un concepto negativo en el sentido de ausencia de enfermedad, pero a medida que fue evolucionando el tiempo, el concepto sufrió variaciones importantes en cuanto a su concepción.

La OMS en su carta constitucional definió la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades”. La carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, fue redactada en Ginebra en el año 1986, en ella se reconoce la salud como derecho humano fundamental y destaca una serie de prerequisites para que se considere seriamente el concepto de salud.

La carta de Ottawa identifica cuatro estrategias básicas para la promoción de la salud:

- Abogacía por la salud: acciones individuales y sociales entendidas como tales para conseguir los compromisos políticos.
 - Crear las condiciones sanitarias esenciales.
 - Mediar a favor de la salud, dentro de los intereses que tiene la sociedad.
 - Facilitar que todos los individuos desarrollen al completo su potencial de salud.
- Las cinco áreas consideradas prioritarias se detallan en las siguientes:
- Desarrollar habilidades personales determinadas por la interacción entre las características personales, la interacción con la sociedad y las condiciones de vida tanto económicas como ambientales

- Crear entornos favorecedores para la salud, dotar de recursos humanos y materiales con estructuras bien organizadas, con influencia administrativa y política que facilite la promoción de la salud.
- Reorientar los servicios sanitarios. Se fundamenta en un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios, centrados en el individuo en todas sus dimensiones en relación al equilibrio con las necesidades del grupo.
- Fortalecer la acción comunitaria para la salud, encaminada a promover, proteger y/o mantener la salud.
- Establecer una política pública saludable, creando un entorno de apoyo que facilite una vida saludable, mediante la elección por parte de los ciudadanos de conductas saludables, potenciadoras de salud.

Un compromiso sobre políticas públicas saludables establece la implicación de los gobiernos y su deber de informar sobre todas las inversiones sanitarias que realicen, establece una estrategia destinada a optimizar el impacto de las políticas públicas relacionadas con la promoción de la salud.

2 Objetivos

- Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de la misma.
- Desarrollar las mejores políticas de salud y garantizar la prestación de servicios sanitarios.
- Vigilar el estado de salud de la población y sus necesidades.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, concepto de salud, salud física, social , tcae, funciones, salud pública.

4 Resultados

Las Estrategias de Salud son actuaciones sobre problemas de salud que, bien por su elevada prevalencia o bien por suponer una mayor carga asistencial, familiar,

social y económica, requieren un abordaje integral, que tenga en cuenta todos los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria así como la coordinación .

Pretende promover una sociedad en la que los individuos, familias y comunidades puedan alcanzar su máximo potencial de desarrollo, salud, bienestar y autonomía, y en la que trabajar por la salud se asuma como una tarea de todos.

Según la Ley 1438 de 2011, la Atención Primaria en Salud (APS) es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los aspectos.

Los centros de salud o de atención primaria precisan en su plantilla a varias auxiliares de enfermería, que llevarán a cabo tareas que aprenderán durante su formación. Te contamos cuáles son las funciones de un Auxiliar de enfermería dentro del organigrama de los centros de salud.

Los centros de salud de atención primaria suponen un factor determinado en el sistema de salud de la actualidad. Una de las múltiples salidas laborales de alguien que curse los estudios como Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería está vinculada a la atención primaria en los centros de salud. Para llegar a tener un puesto fijo como Auxiliar de Enfermería en un centro de salud, debes realizar unas oposiciones para conseguir una plaza. Pero es conveniente que sepas cuáles serán las funciones que llevarás a cabo como Auxiliar en un centro de salud, que figuran recogidas en los artículos 3,4 y 5 del RD137/84 de Estructuras básicas de salud.

El objetivo de las funciones de Auxiliar de Enfermería es facilitar la estancia en salud pública es atender a los pacientes y colaborar con enfermeras o médicos. Las tareas a realizar por el técnico auxiliar de enfermería (Tcae) son las siguientes:

- Colaborar en pruebas diagnósticas, siempre supervisados bajo personal de Enfermería.
- Colaborar en la aplicación de ciertos tratamientos a los pacientes, también bajo la supervisión de las Enfermeras, que nos informarán de cuáles son las actividades en las que debemos colaborar con ellas.
- Realizar las tareas relacionadas con la higiene, alimentación, vestir y desvestir al paciente o ayudarles siempre que sea preciso.
- Colaborar en las campañas de prevención de enfermedades que todos los centros de salud llevan a cabo y en las que deben participar todos los profesionales del centro.

- Contribuir a la mejora de calidad del sistema de salud, como profesionales de la rama de salud que somos.
- Participar en la evaluación de los diagnósticos de salud de la zona y en la planificación y organización de los programas.
- Apoyar en las tareas que sean precisas al resto del personal sanitario, especialmente trabajando codo con codo con las Enfermeras, ya que las tareas de estas dos profesiones, se complementan especialmente entre sí y requieren una colaboración y comunicación constante para tratar de la mejor manera a los pacientes.
- Tener empatía y un trato amable con el paciente, haciendo que se sienta cómodo, sobre todo si realizamos con él tareas de higiene o en las que se establece un contacto físico.

5 Discusión-Conclusión

Los objetivos de la salud son vigilar el estado de salud de la población y sus necesidades, desarrollar las mejores políticas de salud y garantizar la prestación de servicios sanitarios. El desarrollo de las funciones de salud pública requiere una aproximación multidisciplinaria.

La capacidad institucional para desarrollar el marco reglamentario con el fin de proteger la salud pública y la fiscalización de su cumplimiento es de generar nuevas leyes y reglamentos dirigidos a mejorar la salud de la población, así como a fomentar el desarrollo de entornos saludables. La protección de los ciudadanos en sus relaciones con el sistema de salud y la ejecución de todas estas actividades para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta, congruente y completa.

6 Bibliografía

- Abril M, Iglesias R, Jerez A, López M, Mañé N, Yuste E. Aplicación de una técnica cualitativa para la elaboración de un plan de atención al paciente pluripatológico en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*. 2004; 7 (4).
- Marcos V. Plan de Cuidados Enfermeros en SM 2008.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Cuenta de Alto Costo 2013.
- Díaz W, Nieto C. Utilización del proceso de enfermería en el ejercicio clínico profesional en seis instituciones prestadoras de servicios de salud en Santafé de Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2003;14 (5):300-5.

- Pons A, Escoda T, Brull L, Anento S, Martínez E, Porcar E. Proceso de atención de enfermería a un paciente con insuficiencia renal y hematuria 2005.
- Orem D. Modelo de Orem: La teoría de Enfermería. Una Teoría General. Una Teoría General. cap 3. Madrid: Masson-Salvat; 1993. p. 7-22.

Capítulo 263

LOS DETERMINANTES MEDIOAMBIENTALES EN LA SALUD PÚBLICA

NURIA MARIA FERNANDEZ LEON

1 Introducción

Los Determinantes Ambientales son un insumo importante para lograr la articulación de los procesos de revisión, ajuste y reformulación de los Planes de Ordenamiento Territorial con las propuestas de Ordenamiento Ambiental promovidas desde los niveles regionales y nacionales, como lo son las áreas protegidas, los Planes de Ordenación y Manejo de Cuencas y demás instrumentos de planificación existentes.

Corpoamazonia ha avanzado en la construcción de los Determinantes Ambientales para los departamentos de Amazonas, Caquetá y Putumayo, buscando fortalecer los procesos de ordenamiento territorial en los municipios de la jurisdicción, a través de la identificación, descripción y socialización de los diferentes instrumentos, figuras y normas que reglamentan la ocupación, uso del territorio y aprovechamiento de los recursos naturales, de tal manera que éstos sirvan de base para la formulación de nuevas y mejores propuestas de desarrollo ambiental sobre los territorios municipales.

El documento de Determinantes Ambientales será objeto de constantes actualizaciones, con el fin de incluir la nueva normatividad ambiental, los nuevos procesos de ordenamiento o situaciones jurídicas, proyectos y propuestas que puedan

desarrollarse en el territorio, siendo socializado y entregado a los municipios y demás entidades territoriales para su respectivo conocimiento y aplicación.

2 Objetivos

El objetivo de la política del agua en la Unión Europea, es garantizar las normas de seguridad elevadas para el agua potable y reducir los efectos medioambientales negativos de ciertas prácticas agrarias e industriales.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, aguas residuales, medio ambiente, agraria, industrial, agua potable.

4 Resultados

La gestión inadecuada de aguas residuales puede tener consecuencias muy graves para la salud humana, medio ambiente y la economía de un país. Las aguas residuales son residuos líquidos provenientes de aseos, baños, duchas...que son desechados a las alcantarillas o cloacas, así pues, las aguas residuales son materiales derivados de residuos domésticos, de procesos industriales o agrícolas que los cuales por razones de salud pública no pueden desecharse vertiéndolos sin tratamiento a corrientes convencionales.

Muchas aguas residuales también incluyen aguas de lluvias. Las aguas residuales contaminan las fuentes de suministro, con lo cual aumenta las enfermedades infecciosas deteriorando los ecosistemas. Para ello, es necesario un tratamiento adecuado , pero el costo del tratamiento de las aguas residuales es muy elevado y en muchas ocasiones los gobiernos no cuentan con los recursos suficientes como para tomar esta medida.

Otro de los factores importantes tales como el abastecimiento de agua y espacio disponible, imponen restricciones importantes a las opciones disponibles para el tratamiento de aguas residuales, de tal forma que para elegir la opción correcta hay que valorar las circunstancias específicas. Por ejemplo no es apropiado introducir tuberías para las aguas residuales si no existe la capacidad y los recursos

suficientes para tratar los efluentes. El uso de sistemas de drenaje convencionales puede ser no sostenible en regiones que sufren de escasez de agua.

Las mejoras en la eliminación el excremento humano protege la calidad de las fuentes de agua potable, así, la reutilización de los residuos convertidos en abono para la agricultura, constituye un beneficio importante tanto a nivel ambiental como a nivel económico.

En la actualidad, más de 200 millones de toneladas al año de excrementos humanos y residuos sólidos, no se recolectan ni se procesan adecuadamente por todo el mundo, así se contamina el medio ambiente y se expone a millones de personas a enfermedades, es notable que el saneamiento reduce la pobreza y mejora el nivel económico.

Los contaminantes de las aguas residuales municipales, domésticas o urbanas, constituyen por su importancia, la segunda fuente de contaminación de medios acuáticos en forma de eutrofización. Son sólidos suspendidos y disueltos que consisten en; materias orgánicas e inorgánicas, nutrientes, aceites y grasa, sustancias tóxicas y microorganismos patógenos. Los desechos humanos sin un tratamiento apropiado, eliminados en su punto de origen o recolectados y transportados, presentan un peligro de infección parasitaria mediante el contacto directo con materia fecal, hepatitis y varias enfermedades gastrointestinales incluyendo el cólera y la fiebre tifoidea, mediante la contaminación de fuentes de agua y la comida.

Los proyectos referidos a aguas residuales son ejecutados a fin de evitar o aliviar los efectos de los contaminantes en cuanto al ambiente humano y natural; cuando éstos son correctamente ejecutados, su impacto ambiental es positivo.

La Directiva Marco del Agua es pues una norma del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea por la que se establece un marco de actuación comunitario en el ámbito de la política de aguas. En España, fue traspuesta al marco legislativo estatal a través de la Ley 62/2003, de 30 de diciembre de 2000, Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social que modificó el Texto Refundido de la Ley de Aguas.

El objetivo de esta directiva es establecer un marco para la protección de las aguas continentales, las aguas de transición, las aguas costeras y las aguas subterráneas con los siguientes objetivos:

- Prevención del deterioro adicional.
- Protección de los ecosistemas acuáticos.

- Protección de los ecosistemas terrestres.
- Reducción de la contaminación de las aguas subterráneas.
- Paliación de los efectos de inundaciones y sequías.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo ha sido propiciar un encuentro técnico para intentar dar respuesta al conjunto de dudas e interrogantes que tienen los profesionales de Sanidad Ambiental en la aplicación del vigente marco normativo de prevención.

Los objetivos de la salud son vigilar el estado de salud de la población y sus necesidades, desarrollar las mejores políticas de salud y garantizar la prestación de servicios sanitarios.

En el campo de la salud es muy importante facilitar la prevención, el control de las enfermedades, la promoción de la salud mediante la determinación de las causas de las enfermedades y los métodos para modificarlas; ya que de aquí va a depender no solo la prevención sino también el diagnóstico y la aplicación del tratamiento aplicado para asegurar el cumplimiento de la regulación de forma oportuna, correcta y completa.

6 Bibliografía

- Torra J. Atención domiciliària y atención primaria de salut. Revista Rol de Enfermeria;1989:125:37-43.
- OMS. Alma-Ata. Atención primaria de salud. Ginebra: OMS; 1978.
- Sierra López y otros. Capítulo 2, 3 y 4 de Demografía Sanitaria. Piedrota Gil. Medicina.
- Preventiva y Salud Pública. 10ª Edición. Editorial Masson. Barcelona 2001. 17-50.
- Abramson JH. Métodos de estudio en Medicina comunitaria. Díaz de Santos. Madrid 1990.
- O.M.S., Oficina Regional Europea, Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999.

Capítulo 264

FUNCIONES A DESEMPEÑAR POR EL TCAE PARA PREVENIR INFECCIONES

REYES CASTAÑON. MARCOS

ROSA ISABEL FERRERO RUBIN

LORENA MARTINEZ MARTIN

GEMMA MIGUÉLEZ VALLE

1 Introducción

La bibliografía científica avala la importancia que tienen la correcta distribución y características del bloque quirúrgico de cara a reducir la tasa de infecciones de sitio quirúrgico en los centros sanitarios. Se estima que, en España, hay una prevalencia del 5-10%, aunque dicha cifra varía en función de diferentes factores, tales como: el tipo de cirugía o la definición que se esté manejando de las infecciones de sitio quirúrgico (Santalla et al., 2007).

En todo sitio quirúrgico hay unos factores de riesgo que pueden provocar el desarrollo de una infección. Ser consciente de dichos factores es vital para organizar las distintas intervenciones a realizar con el objetivo de controlar posibles infecciones, además de que hará más fácil tomar medidas preventivas con el objetivo de reducir el riesgo de contaminación del sitio quirúrgico. El paciente, la fase del preoperatorio y postoperatorio, así como la intervención quirúrgica, son factores que pueden provocar su aparición (Ramos-Luces et al., 2011).

Las instituciones sanitarias se ven afectadas por las infecciones nosocomiales, siendo éstas una carga para el sistema. Además de afectar por su morbilidad y mortalidad, hay que tener en cuenta también el efecto económico. La morbilidad varía entre instituciones, pues ésta depende de diferentes factores: características de los pacientes y los diferentes procedimientos que cada uno requiera, cuántas camas haya disponibles, además de otros factores que impiden, en general, que se puedan establecer comparativas entre diferentes instituciones en lo que a tasas de prevalencia se refiere (Keita-Perse, Edwards, Culver y Gaynes, 1998).

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Determinar cuáles son las principales características que debe cumplir el bloque quirúrgico para la prevención de infecciones de sitio quirúrgico.

Objetivos secundarios.

- Enumerar los principales factores implicados en las infecciones de sitio quirúrgico.
- Describir el papel a desempeñar por el personal sanitario en el mismo para prevenir infecciones.
- Analizar, específicamente, las funciones del TCAE en el bloque quirúrgico.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Web of Science, Ebsco y PubMed, con restricción de fecha 2010-2019 y combinando los siguientes descriptores: bloque quirúrgico, características, infecciones, enfermería. A través de estos tópicos, se encontraron 85 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 50 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 35 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 26 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 9.

4 Resultados

Tras realizar un análisis de los artículos seleccionados, se halla que los principales factores y características del bloque quirúrgico que se deben tener en cuenta de cara a prevenir las infecciones de sitio quirúrgico son las que siguen:

- Quirófano: el quirófano debe tener unas medidas determinadas de cara a que el proceso quirúrgico sea realizado de una manera cómoda y sin obstáculos. Por otro lado, esta zona debe estar bien ventilada para eliminar los posibles patógenos del ambiente. Por ello, el aire deberá pasar por al menos dos filtros y ser renovado varias veces a la hora. Por otro lado, la presión también es un factor a tener en cuenta, debiendo ser lo suficientemente positiva como para impedir que partículas externas se cuelen en la zona de campo quirúrgico. Finalmente, las puertas deben estar cerradas de forma continuada y el movimiento del personal debe ser el mínimo.
- Técnicas: las técnicas quirúrgicas deben ser actualizadas, limpias y depuradas.
- Limpieza: una adecuada desinfección del quirófano será fundamental para evitar las infecciones de sitio quirúrgico.
- Vestimenta: el personal sanitario debe utilizar mascarilla, guantes, gorro y bata con el fin de evitar posibles contaminaciones a través de contactos indeseados con fluidos y/o sangre.
- Material quirúrgico: el material quirúrgico debe ser esterilizado con técnicas de calidad, pues será un proceso esencial en la prevención de las infecciones de sitio quirúrgico.

Características del bloque quirúrgico.

Por otro lado, el bloque quirúrgico debe tener unas características especiales. A nivel organizacional-espacial, debe ser de fácil acceso desde distintas áreas: tanto desde los despachos de control, las zonas de información a los familiares o las salas de espera. Por otro lado, las áreas de vestuarios y aseo del personal sanitario, así como los almacenes de material estéril, deberán encontrarse dentro del propio bloque. Además, será fundamental crear una red de comunicación entre los distintos profesionales que desempeñen labores dentro del bloque quirúrgico de cara a que las técnicas que se apliquen sean efectivas y seguras.

Funciones del TCAE en el bloque quirúrgico para prevenir infecciones.

Con respecto a las funciones concretas del TCAE en el bloque quirúrgico, se encuentra que, dentro de sus funciones básicas que permiten la prevención de infecciones, están:

- Supervisar el traslado del paciente de la cama a la camilla y su posterior fijación

con correas de seguridad.

- Colocación de la bata y guantes estériles al cirujano.
- Cambio de aspiradores.
- Asegurarse de que el material se encuentra en bolsas bien cerradas.
- Recogida de materiales desechables al contenedor específico.
- Mantenimiento de mesas de zona quirúrgica.
- Controlar la no contaminación de los campos quirúrgicos.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones de sitio quirúrgico son un problema importante que aumenta costes a corto y largo plazo debido a las características de las mismas. Una adecuada detección de los factores que pueden estar mediando en su desarrollo será esencial de cara a prevenirlas. Por otro lado, protocolos de intervención temprana y la adecuada formación del personal sanitario en los mismos ayudarán a que, en caso de producirse una infección de estas características, los costes materiales y personales sean los mínimos, evitando así morbilidad y mortalidad asociadas. Por todo ello, realizar una correcta vigilancia de estas infecciones será crucial de cara a un diagnóstico y tratamiento precoces.

Además, la incidencia de las infecciones de sitio quirúrgico es un proceso que abarca desde el preoperatorio hasta el postoperatorio, siendo por ello crucial que todo el personal de la institución sanitaria se encuentre familiarizada con las mismas. En este sentido, una adecuada colaboración multidisciplinar servirá asimismo como mecanismo de prevención de las infecciones de sitio quirúrgico.

6 Bibliografía

- Ángeles-Garay, U., Morales-Márquez, L. I., Sandoval-Balanzarios, M. A., Velázquez-García, J. A., Maldonado-Torres, L., & Méndez-Cano, A. F. (2014). Factores de riesgo relacionados con infección del sitio quirúrgico en cirugía electiva. *Cirugía y Cirujanos*, 82(1), 48-62.
- Brenner, P., & Nercelles, P. (2011). Prevención de infecciones de sitio quirúrgico. *Conceptos básicos de control de infecciones de IFIC*, 243.
- Despaigne Alba, I., Rodríguez Fernández, Z., Pascual Bestard, M., Lozada Prado, G. A., & Mustelier Ferrer, H. L. (2013). Consideraciones actuales sobre las infecciones posoperatorias. *MediSan*, 17(4), 686-707.

- Gómez-Romero, F. J., Fernández-Prada, M., & Navarro-Gracia, J. F. (2017). Prevención de la infección de sitio quirúrgico: análisis y revisión narrativa de las guías de práctica clínica. *Cirugía Española*, 95(9), 490-502.
- Keita-Perse, O., Edwards, J. R., Culver, D. H., & Gaynes, R. P. (1998). Comparing nosocomial infection rates among surgical intensive-care units: the importance of separating cardiothoracic and general surgery intensive-care units. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 19(4), 260-261.
- Londoño, Á., Morales, J., & Murilla, M. (2011). Características epidemiológicas y factores de riesgo relacionados con la infección en el sitio operatorio en procedimientos de cirugía general. *Revista chilena de cirugía*, 63(6), 559-565.
- López-Herrera, J. R., Méndez-Cano, A. F., Bobadilla-Espinosa, R. I., & Zacate-Palacios, J. (2012). Infecciones nosocomiales, mortalidad atribuible y sobre estancia hospitalaria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 20(2), 85-90.
- Múñez, E., Ramos, A., de Espejo, T. Á., Vaqué, J., Castedo, E., Martínez-Hernández, J., ... & Asensio, Á. (2013). Etiología de las infecciones del sitio quirúrgico en pacientes intervenidos de cirugía cardiaca. *Cirugía Cardiovascular*, 20(3), 139-143.
- Rael Ruiz, S., & Pérez, L. (2016). Factores de riesgo que contribuyen a la infección del sitio quirúrgico. *Metas de Enfermería*, 19(6), 68-73.
- Ramos-Luces, O., Molina-Guillén, N., Pillkahn-Díaz, W., Moreno-Rodríguez, J., Vieira-Rodríguez, A., & Gómez-León, J. (2011). Infección de heridas quirúrgicas en cirugía general. *Cirugía y Cirujanos*, 79(4), 349-355.
- Santalla, A., López-Criado, M. S., Ruiz, M. D., Fernández-Parra, J., Gallo, J. L., & Montoya, F. (2007). Infección de la herida quirúrgica. Prevención y tratamiento. *Clínica e investigación en ginecología y obstetricia*, 34(5), 189-196.
- Tovar, J. R., & Badia, J. M. (2014). Medidas de prevención de la infección del sitio quirúrgico en cirugía abdominal. Revisión crítica de la evidencia. *Cirugía española*, 92(4), 223-231.
- Velázquez Mendoza, J. D., García Celedón, S. H., Velázquez Morales, C. A., Vázquez Guerrero, M. Á., & Vega Malagón, A. J. (2011). Prevalencia de infección del sitio quirúrgico en pacientes con cirugía abdominal. *Cirujano general*, 33(1), 32-37.
- Zetina, L. E. A., Aquino, U. C. S., Martínez Rosete, V., Luna Tovar, A., & Rivera, E. F. (2013). Incidencia de infecciones de sitio quirúrgico en el Hospital Ángeles Mocel durante 2009-2010. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 11(4), 167-172.

Capítulo 265

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

CAROLINA CORRAL GONZALEZ

MARÍA DEL CARMEN GALÁN VILLAR

IRIS ASUETA RODRÍGUEZ

1 Introducción

El término burnout hace referencia a una situación parecida al estrés, siendo descrita por primera vez en 1974 ‘por el señor Freudenberg como una sensación de fracaso y una existencia de agotamiento extremo como resultado de una sobrecarga laboral. Es la psicóloga Cristina Maslach en el año 1976 la que utiliza por vez primera este término.

El burnout es un síndrome bastante frecuente entre los profesionales que realizan labores de ayuda a otras personas, siendo la enfermería una de las profesiones que más lo está padeciendo, collevando un agotamiento emocional extremo, despersonalización y bajo rendimiento personal, a la vez que se conoce como uno de los principales motivos de abandono de la profesión. Las consecuencias sobre los trabajadores son demoledoras. La Organización Mundial de la Salud(OMS, en su décima edición CIE10 lo considera como un diagnóstico adicional no especificado.

Desde los años ochenta, los estudios sobre el Burnout no han dejado de crecer, pero no fue hasta finales de la década de los noventa cuando se logran acuer-

dos básicos sobre la conceptualización, análisis, técnicas e incluso programas de prevención.

Hay acuerdo general en que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés crónico en el trabajo, a largo plazo y acumulativo, con consecuencias muy negativas a nivel individual. El hecho de que los síntomas varíen mucho de una persona a otra ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo. Por lo tanto, hay una gran variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido totalmente aceptado y satisfactorio.

Un elemento importante como desencadenante de Burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajo nocturno, trabajos a turnos, altas rotaciones, exceso de horas extraordinarias, jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan positivamente con quejas de salud, calidad del sueño, rendimiento cognitivo y accidentes.

La mayoría de las consecuencias del Burnout tienen carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, generalmente los relacionados con la depresión, como sentimiento de fracaso, irritabilidad, pérdida de autoestima y agresividad. Los síntomas cognitivos no han sido tan estudiados, pero también tienen una gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a la persona a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome.

En cuanto al área conductual, la consecuencia más importante es la despersonalización. La persona llega a manifestar desórdenes fisiológicos con varios síntomas como dolores musculares, cefaleas, náuseas, dolores de muelas, hipertensión, pitidos aurales, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desempeña el sujeto, siendo una de las más importantes su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de integración social.

2 Objetivos

- Conocer el síndrome de burnout, saber reconocer los principales síntomas que podamos observar en nuestros compañeros.

- Analizar el nivel de Burnout existente entre los profesionales de enfermería pertenecientes a diferentes servicios, determinando los factores desencadenantes.

3 Metodología

Se hace una búsqueda sistemática en las principales bases de datos Scielo y Pumbed. Se realiza una revisión sistemática de bibliografía existente del síndrome de Burnout en base a los profesionales sanitarios.

Además se ha recopilado información de diversos buscadores, entre ellos se encuentra Medlineplus, Grupo Doctor Sergio Oliveros, psiquiatra.

4 Bibliografía

- 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.
- García Grau N, Carmona Heredia A, Roca Biosca A, Olona Cabases M. Síndrome de Burnout en los equipos de enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña. Metas de Enferm. 2004.
- Restrepo N, Colorado G. Desgaste profesional (Burnout) y su asociación con factores de riesgo psicosocial en docentes oficiales de Medellín, Colombia, 2005. (Tesis de Maestría en salud ocupacional)
- Aldrete Rodríguez, María Guadalupe, Navarro Meza, Cristina, González Baltazar, Raquel, Contreras Estrada, Mónica I, & Pérez Aldrete, Jorge. (2015). Factores psicosociales y síndrome de burnout en personal de enfermería de una unidad de tercer nivel de atención a la salud. Ciencia & trabajo, 17(52), 32-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492015000100007>.

Capítulo 266

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO

MARTA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Se desarrolló en el artículo 18 de la constitución española de 1978, sobre el derecho a la intimidad familiar. Quedaban excluidas de esta normativa aquellos datos recogidos para uso doméstico, las materias clasificadas del estado y aquellos ficheros que recogen datos sobre terrorismo y otras formas de delincuencia organizada (no simple delincuencia).

2 Objetivos

Tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y también los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor, intimidad ,privacidad personal y familiar.

3 Metodología

Elaboración y evaluación de riesgos conforme a la metodología establecida por la Agencia Española de Protección de Datos Personales, estado de cumplimiento de la normativa, análisis, y cuantificación de riesgos y propuestas de mejora.

4 Resultados

Marcan unas normas muy específicas para que se gestionen los datos de forma segura y respetuosa con todos los derechos y garantías.

5 Discusión-Conclusión

- Evaluación de impacto de la normativa en cada entidad.
- Implementación de medidas de cumplimiento.

6 Bibliografía

- «Agencia Española de Protección de Datos». Archivado desde el original el 10 de diciembre de 2009. Consultado el 29 de octubre de 2008.
- Memoria de la agencia vasca de 2007.
- Protección de Datos investigará la difusión de imágenes de cámaras de seguridad en la Red.

Capítulo 267

TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN LABORAL PARA TCAE.

ALBERTO RODRIGUEZ RIEGO

MARÍA DEL CARMEN ARIAS DÍAZ

MARÍA PILAR GÓMEZ ARIAS

ANA CRISTINA PELÁEZ LÓPEZ

DAVID HUERTA ALONSO

1 Introducción

Concepto de motivación. “ Razón por la que un organismo lleva a cabo una actividad determinada ”. La motivación es un fenómeno que sucede en el interior de las personas. Es el motivo por los que se siente el impulso para actuar de una determinada manera y llegar a conseguir un objetivo.

En los seres humanos, la motivación engloba tanto los impulsos conscientes como los inconscientes. Las teorías de la motivación en Psicología, establecen un nivel de motivación primario, que se refiere a la satisfacción de las necesidades elementales, como respirar, comer o beber, y un nivel secundario referido a las necesidades sociales, como el logro o el afecto. Se supone que el primer nivel debe estar satisfecho antes de plantearse los secundarios.

En contraposición a la Motivación está la Frustración. La frustración es una respuesta emocional que aparece como fruto de un conflicto psicológico ante un he-

cho no gestionado. La persona se frustra cuando existe un obstáculo que impide alcanzar su objetivo. La frustración puede derivar en mecanismos de defensa como: ansiedad, rabia, depresión, angustia, ira o en sentimientos y pensamientos autodestructivos para el sujeto.

2 Objetivos

¿Por qué nos movemos, actuamos, nos interesamos por las cosas y nos inquietamos sin cesar?

¿Qué es lo que motiva a alguien a hacer algo?

¿Cuales son los determinantes que incitan?

Estudiar los impulsos, tendencias y estímulos que acosan constantemente nuestra vida y nuestro organismo y que nos llevan, queramos o no, a la acción.

3 Metodología

El diseño de este capítulo ha sido mediante una revisión bibliográfica de forma sistemática acerca del tema a tratar.

Los psicólogos que estudian la motivación procuran comprobar las explicaciones de estos hechos mediante el estudio experimental. Algunos psicólogos tratan de explicar la motivación desde los mecanismos fisiológicos. Por eso son importantes los descubrimientos relativos al control de la acción por partes del cerebro como el hipotálamo, el sistema activador reticular y el sistema límbico. Otros en cambio buscan los determinantes de la acción en términos de conducta y comportamientos.

4 Resultados

LAS TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN

Se pueden agrupar en dos tipos: las de contenido y las de proceso.

1. TEORÍAS DE MOTIVACIÓN DE CONTENIDO

Estas teorías abordan el “qué” es lo que motiva a las personas.

TEORÍA DE LA JERARQUÍA DE NECESIDADES DE MASLOW (1954).

Una de las muchas cosas interesantes que Maslow descubrió mientras trabajaba con monos muy al principio en su carrera fue que ciertas necesidades prevalecen sobre otras. Por ejemplo, si estás hambriento o sediento, tenderás a calmar la sed antes que comer. Después de todo, puedes pasarte sin comer unos cuantos días, pero solo podrás estar un par de días sin agua. La sed es una necesidad “más fuerte” que el hambre. De la misma forma, si te encuentras muy, muy sediento, pero alguien te ha colocado un artefacto que no permite respirar, ¿cuál es más importante? La necesidad de respirar, por supuesto. Por el otro lado, el sexo es bastante menos importante que cualquiera de estas necesidades. ¡Aceptémoslo, no nos vamos a morir si no lo conseguimos!

Maslow recogió esta idea y creó su ahora famosa jerarquía de necesidades. Además de considerar las evidentes agua, aire, comida y sexo, el autor amplió 5 grandes bloques: las necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad y reaseguramiento, la necesidad de amor y pertenencia o afiliación la necesidad de estima o reconocimiento y la necesidad del sí mismo o autorrealización.

Las necesidades fisiológicas. Estas incluyen las necesidades que tenemos de oxígeno, agua, proteínas, sal, azúcar, calcio y otros minerales y vitaminas. También se incluye aquí la necesidad de mantener el equilibrio del PH (volverse demasiado ácido o básico nos mataría) y de la temperatura (36.7 °C o cercano a él). Otras necesidades incluidas aquí son aquellas dirigidas a mantenernos activos, a dormir, a descansar, a eliminar desperdicios (CO₂, sudor, orina y heces), a evitar el dolor y a tener sexo.

Maslow creía, y así lo apoyaba sus investigaciones, que éstas eran de hecho necesidades individuales y que, por ejemplo, una falta de vitamina C conduciría a esta persona a buscar específicamente aquellas cosas que en el pasado proveían de vitamina C, por ejemplo el zumo de naranja.

Las necesidades de seguridad y reaseguramiento. Cuando las necesidades fisiológicas se mantienen compensadas, entran en juego estas necesidades. Empezarás a preocuparte en hallar cuestiones que provean seguridad, protección y estabilidad. Incluso podrías desarrollar una necesidad de estructura, de ciertos límites, de orden.

Viéndolo negativamente, te podrías empezar a preocupar no por necesidades como el hambre y la sed, sino por tus miedos y ansiedades. En el adulto medio norteamericano, este grupo de necesidades se representa en nuestras urgencias por hallar una casa en un lugar seguro, estabilidad laboral, un buen plan de jubi-

lación y un buen seguro de vida y demás.

Las necesidades de amor y de pertenencia o afiliación. Cuando las necesidades fisiológicas y de seguridad se completan empiezan a entrar en escena las terceras necesidades. Empezamos a tener necesidades de amistad, de pareja, de niños y relaciones afectivas en general, incluyendo la sensación general de comunidad. Del lado negativo, nos volvemos exageradamente susceptibles a la soledad y a las ansiedades sociales.

En nuestra vida cotidiana, exhibimos estas necesidades en nuestros deseos de unión (matrimonio), de tener familias, en ser partes de una comunidad, a ser miembros de una iglesia, a una hermandad, a ser partes de una pandilla o a pertenecer a un club social. También es parte de lo que buscamos en la elección de carrera.

Las necesidades de estima o reconocimiento. A continuación empezamos a preocuparnos por algo de autoestima. Maslow describió dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La baja es la del respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, gloria, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio. La alta comprende las necesidades de respeto por uno mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza, competencia, logros, maestría, independencia y libertad. Obsérvese que esta es la forma “alta” porque, a diferencia del respeto de los demás, una vez que tenemos respeto por nosotros mismos, ¡es bastante más difícil perderlo!

La versión negativa de estas necesidades es una baja autoestima y complejos de inferioridad. Maslow creía que Adler había descubierto algo importante cuando propuso que esto estaba en la raíz de muchos y cuidado si en la mayoría de nuestros problemas psicológicos. En los países modernos, la mayoría de nosotros tenemos lo que necesitamos en virtud de nuestras necesidades fisiológicas y de seguridad. Por fortuna, casi siempre tenemos un poco de amor y pertenencia, ¡pero es tan difícil de conseguir en realidad!.

Maslow llama a todos estos cuatro niveles anteriores: necesidades de déficit o Necesidades-D. Si no tenemos demasiado de algo, tenemos un déficit, sentimos necesidad. Pero si logramos todo lo que necesitamos, ¡no sentimos nada! En otras palabras, dejan de ser motivantes. Como dice un viejo refrán latino: “No sientes nada a menos que lo pierdas”.

El autor también habla de estos niveles en términos de homeostasis, el cual

es aquel principio a través del cual opera nuestro termostato de forma equilibrada: cuando hace mucho frío, enciende la calefacción; cuando hace mucho calor, apaga el calentador. De la misma manera, en nuestro cuerpo, cuando falta alguna sustancia, desarrolla un ansia por ella; cuando logra conseguir suficiente de ella, entonces se detiene el ansia. Lo que Maslow hace es simplemente extender el principio de la homeostasis a las necesidades, tales como la seguridad, pertenencia y estima.

Maslow considera a todas estas necesidades como esencialmente vitales. Incluso el amor y la estima son necesarias para el mantenimiento de la salud. Afirma que todas estas necesidades están construidas genéticamente en todos nosotros, como los instintos. De hecho, les llama necesidades instintoides (casi instintivas).

En términos de desarrollo general, nos movemos a través de estos niveles como si fueran estadios. De recién nacidos, nuestro foco (o casi nuestro completo complejo de necesidades) está en lo fisiológico. Inmediatamente, empezamos a reconocer que necesitamos estar seguros. Poco tiempo después, buscamos atención y afecto. Un poco más tarde, buscamos la autoestima. Imaginaros, ¿esto ocurre dentro de los primeros dos años de vida.

Bajo condiciones de estrés o cuando nuestra supervivencia está amenazada, podemos “regresar” a un nivel de necesidad menor. Cuando nuestra gran empresa ha quebrado, podríamos buscar un poco de atención. Cuando nuestra familia nos abandona, parece que a partir de ahí lo único que necesitamos es amor.

También todo esto puede ocurrir en una sociedad de bienestar establecida: cuando la sociedad abruptamente cae, las personas empiezan a pedir a un nuevo líder que tome las riendas y haga las cosas bien. Cuando las bombas empiezan a caer, buscan seguridad; cuando la comida no llega a las tiendas, sus necesidades se tornan incluso más básicas.

Maslow sugiere que podríamos preguntarles a las personas sobre su “filosofía de futuro” —cuál sería su ideal de vida o del mundo— y así conseguir suficiente información sobre cuáles de sus necesidades están cubiertas y cuáles no.

Si tienes problemas significativos a lo largo de tu desarrollo (por ejemplo, periodos más o menos largos de inseguridad o rabia en la infancia, o la pérdida de un miembro familiar por muerte o divorcio, o rechazo significativo y abuso) entonces podrías “fijar” este grupo de necesidades para el resto de tu vida. Esta es la comprensión de Maslow sobre la neurosis. Quizás de pequeño pasaste por

calamidades. Ahora tienes todo lo que tu corazón necesita; pero te sientes como necesitado obsesivamente por tener dinero y ahorrar constantemente. O quizás tus padres se divorciaron cuando aún eras muy pequeño; ahora tienes una esposa maravillosa, pero constantemente te sientes celoso o crees que te va abandonar a la primera oportunidad porque no eres lo suficientemente “bueno” para ella.

Auto-actualización o Autorealización. El último nivel es un poco diferente. Maslow ha utilizado una gran variedad de términos para referirse al mismo: motivación de crecimiento (opuesto al déficit motivacional), necesidades de ser (o B-needs, opuesto al D-needs), y auto-actualización.

Estas constituyen necesidades que no comprenden balance u homeostasis. Una vez logradas, continúan haciéndonos sentir su presencia. De hecho, ¡tienden a ser aún más insaciables a medida que les alimentamos! Comprenden aquellos continuos deseos de llenar potenciales, a “ser todo lo que pueda ser”. Es una cuestión de ser el más completo; de estar “auto-actualizado”.

Bien; llegados a este punto, si quieres llegar a una verdadera auto-actualización, debes tener llenas tus necesidades primarias, por lo menos hasta un cierto punto. Desde luego, esto tiene sentido: si estás hambriento, vas hasta a arrastrarte para conseguir comida; si estás seriamente inseguro, tendrás que estar continuamente en guardia; si estás aislado y desamparado, necesitas llenar esa falta; si tienes un sentimiento de baja autoestima, deberás defenderte de ese estado o compensarlo. Cuando las necesidades básicas no están satisfechas, no puedes dedicarte a llenar tus potenciales.

No es sorprendente, por tanto, que siendo nuestro mundo tan difícil como es, solo existan un puñado de personas que sean verdadera y predominantemente auto-actualizadas. En algún momento, Maslow sugirió que tan solo ¡un 2%!

La pregunta surge entonces: ¿qué es lo que Maslow quiere decir exactamente con auto-actualización? Para responder, tendremos que analizar a aquellas personas que Maslow considera auto-actualizadas. Estas personas eran centradas en la realidad, lo que significa que pueden diferenciar lo que es falso o ficticio de lo que es real y genuino. También eran personas centradas en el problema, o lo que es lo mismo, personas que enfrentan los problemas de la realidad en virtud de sus soluciones, no como problemas personales insolucionables o ante los que se someten. Y además tenían una percepción diferente de los significados y los fines. Creían que los fines no necesariamente justifican los medios; que los medios pueden ser fines en sí mismos y que los medios (el viaje) eran con frecuencia más importante

que los fines.

Los auto-actualizadores poseían también una manera peculiar de relacionarse con los demás. En primer lugar, tenían una necesidad de privacidad, y se sentían cómodos estando solos. Eran relativamente independientes de la cultura y el entorno, apoyándose más en sus propias experiencias y juicios. Así mismo, eran resistentes a la enculturación, esto es, que no eran susceptibles a la presión social; eran de hecho, inconformistas en el mejor sentido. Además, poseían lo que Maslow llamaba valores democráticos, o sea, que eran abiertos a la variedad étnica e individual, e incluso la defendían. Tenían la cualidad llamada en alemán *Gemeinschaftsgefühl* (interés social, compasión, humanidad). Y disfrutaban de las relaciones personales íntimas con pocos amigos cercanos y miembros familiares, más que un montón de relaciones superficiales con mucha gente. Tenían un sentido del humor no hostil, prefiriendo las bromas a costa de sí mismos o de la condición humana, pero nunca dirigida a otros. Poseían además una cualidad llamada aceptación de sí mismo y de los demás, lo cual implica que preferían aceptara las personas como eran, más que querer cambiarlas. La misma actitud la tenían consigo mismos: si tenían alguna cualidad que no fuese dañina, la dejaban estar, incluso aunque fuese una rareza personal. En consonancia con esto surge la espontaneidad y simplicidad: ellos preferían ser ellos mismos antes que pretenciosos o artificiales. De hecho, ante sus inconformidades, tendían a ser convencionales en la superficie, precisamente lo contrario a los inconformistas menos auto-actualizados que tienden a ser más dramáticos. Así mismo, estas personas tenían una cierta frescura en la apreciación; una habilidad para ver cosas, incluso ordinarias, como preciosas. Por consiguiente eran creativos, inventivos y originales. Y, finalmente, tenían una tendencia a vivir con mayor intensidad las experiencias que el resto de las personas. Una experiencia pico, como le llama el autor, es aquella que te hace sentir como fuera de ti; como perteneciente a un Universo; como pequeño o grande en virtud de tu pertenencia a la naturaleza. Estas experiencias tienden a dejar una huella sobre las personas que las viven, cambiándoles a mejor; muchas gentes buscan estas experiencias de forma activa. También son llamadas experiencias místicas y constituyen parte importante de muchas religiones y tradiciones filosóficas.

No obstante, Maslow no cree que los auto-actualizados sean personas perfectas. También descubrió una serie de imperfecciones a lo largo de su análisis: en primer lugar, con bastante frecuencia sentían ansiedad y culpa; pero una ansiedad y culpa realistas, no neuróticas o fuera de contexto. Algunos de ellos eran “idos” (ausentes mentalmente). Y por último, algunos otros sufrían de momentos de

pérdida de humor, frialdad y rudeza.

TEORÍA X-Y DE MCGREGOR (1966).

McGregor, uno de los más famosos teóricos del enfoque del comportamiento en la administración, se preocupó por comparar dos estilos antagónicos de administrar; un estilo basado en la teoría tradicional, excesivamente mecanicista y pragmática (teoría X), y el otro estilo basado en las concepciones modernas frente al comportamiento humano (teoría Y).

Teoría X : La teoría X refleja un estilo de administración estricto, rígido y autocrático que considera a las personas como meros recursos o medios de producción y se limita hacer que éstas trabajen dentro de ciertos esquemas y estándares previamente planeados y organizados, es decir, la teoría X representa un estilo de administración definido por la administración científica de Taylor, por la teoría clásica de Fayol y por la teoría de la burocracia de Weber. La teoría X, es un estilo de liderazgo, donde los jefes indican a los subordinados lo que se espera de ellos, los instruyen en el desempeño de sus labores insisten en que cumplan ciertos estándares y se cercioran de que todos sepan quién es el jefe, se cree que lo que principalmente motiva a la gente es el dinero y que es personal se muestra renuente a cooperar y posee deficientes hábitos de trabajo.

Supuestos de la teoría X:

- Las personas son perezosas e indolentes.
- Las personas rehúyen al trabajo.
- Las personas evaden la responsabilidad para sentirse más seguras.
- Las personas necesitan ser controladas y dirigidas.
- Las personas son ingenuas y no poseen iniciativa.

Teoría Y: La teoría Y se basa en ideas y premisas actuales, sin preconceptos respecto a la naturaleza humana, por esto la teoría Y desarrolla un estilo de administración muy abierto y dinámico, extremadamente democrático, a través del cual administrar es el proceso de crear oportunidades, liberar potencialidades, remover obstáculos, impulsar el crecimiento intelectual y proporcionar orientación referente a los objetivos. La teoría Y es un estilo de liderazgo en el que los líderes creen que las personas tienen interés por el trabajo, están dispuestas a cooperar y poseen actitudes positivas. En este caso los líderes adoptan un estilo de liderazgo participativo consultando y pidiendo opinión a su personal.

Supuestos de la teoría Y:

- Las personas se esfuerzan y les gusta estar ocupadas.
- El trabajo es una actividad tan natural como divertirse o descansar.
- Las personas buscan y aceptan responsabilidades y desafíos.
- Las personas pueden auto motivarse y auto dirigirse.
- Las personas son creativas y competentes.

TEORIA ERC (Existencia-Relación-Crecimiento) DE ALDERFER (1972).

Clayton Alderfer, llevó a cabo una revisión de la teoría de las necesidades de Maslow, la cual se convertiría en su teoría ERG; existencia, relación y crecimiento .a revisión efectuada por el autor tuvo como resultante la agrupación de las necesidades humanas en las tres categorías. Alderfer intenta reformular el modelo de Maslow agrupando las necesidades de los individuos en 3 categorías y trata de reformular las relaciones jerárquicas existentes entre ellas:

A. Necesidad de existencia. Las necesidades de existencia se relacionan con los requisitos materiales para la supervivencia, como la comida, el agua, el oxígeno, etc.

B. Necesidad de relación interpersonal y de interacción con otras personas. Interacciones sociales con otros, apoyo emocional, reconocimiento y sentido de pertenencia al grupo.

C. Necesidades de crecimiento o de desarrollo personal. Necesidades de crecimiento o de desarrollo personal en aquellas capacidades, aptitudes, sentimientos, etc., que el propio sujeto valora positivamente en su persona.

Alderfer evita la jerarquización estricta de las necesidades dado que la investigación empírica no apoya este aspecto de la teoría de Maslow. Formula una serie de proposiciones sobre las relaciones entre el deseo por los objetos relacionados con un determinado grupo de necesidades y la satisfacción o la frustración relacionada con esos objetos. Proposiciones que afirman que cuanto menos satisfecha está una necesidad más se desea su satisfacción; cuanto menos se satisface una necesidad de "orden superior" más se desea la satisfacción de las necesidades de orden inferior y cuanto más se satisface un tipo de necesidades, más se desea la satisfacción de necesidades de orden superior.No es necesaria la satisfacción total de las necesidades de orden inferior para que las de orden superior sean prepotentes.

Dejar de afrontar las necesidades de orden superior puede aumentar no sólo su propia intensidad sino también la de las necesidades de orden superior.

TEORÍA DE McCLELLAND (1989).

Ha estudiado la relación entre las necesidades y el comportamiento desde fines del decenio de 1940. Aunque es más conocido por su investigación sobre las necesidades de logro, también estudio las de afiliación y poder. McClelland enfoca su teoría básicamente hacia estos tres tipos de motivación:

- Logro: Es el impulso de sobresalir, de tener éxito. Lleva a los individuos a imponerse a ellos mismos metas elevadas que alcanzar. Estas personas tienen una gran necesidad de desarrollar actividades, pero muy poca de afiliarse con otras personas. Las personas movidas por este motivo tienen deseo de la excelencia, apuestan por el trabajo bien realizado, aceptan responsabilidades y necesitan feedback constante sobre su actuación.
- Poder: Necesidad de influir y controlar a otras personas y grupos, y obtener reconocimiento por parte de ellas. Las personas motivadas por este motivo les gusta que se las considere importantes, y desean adquirir progresivamente prestigio y status. Habitualmente luchan por que predominen sus ideas y suelen tener una mentalidad “política”.
- Afiliación: Deseo de tener relaciones interpersonales amistosas y cercanas, formar parte de un grupo, etc., les gusta ser habitualmente populares, el contacto con los demás, no se sienten cómodos con el trabajo individual y le agrada trabajar en grupo y ayudar a otra gente.

TEORÍA DEL FACTOR DUAL O BIFACTORIAL DE HERZBERG (1967).

A través de encuestas se ha observado que cuando las personas interrogadas se sentían bien en su trabajo, tendían a atribuir esta situación a ellos mismos, mencionando características o factores intrínsecos como: los logros, el reconocimiento, el trabajo mismo, la responsabilidad, los ascensos, etc. En cambio cuando se encontraban insatisfechos tendían a citar factores externos como las condiciones de trabajo, la política de la organización, las relaciones personales, etc. Los factores que motivan al estar presentes, no son los mismos que los que desmotivan, por eso divide los factores en:

- Factores Higiénicos: Son factores externos a la tarea. Su satisfacción elimina la insatisfacción, pero no garantiza una motivación que se traduzca en esfuerzo y energía hacia el logro de resultados. Pero si no se encuentran satisfechos provocan insatisfacción.
- Factores Motivadores: Hacen referencia al trabajo en sí. Son aquellos cuya presencia o ausencia determina el hecho de que los individuos se sientan o no motivados.

Los factores higiénicos coinciden con los niveles más bajos de la necesidad jerárquica de Maslow (filológicos, de seguridad y sociales).

Los factores motivadores coinciden con los niveles mas altos (consideración y autorrealización) (Leidecker y Hall, 1989).

TEORÍAS DE PROCESO

Estudian el “ cómo “ se motiva a los individuos.

TEORÍA DE LA EQUIDAD O DE LA JUSTICIA LABORAL DE ADAMS (1963).

El término equidad se define como la porción que guarda los insumos laborales del individuo y las recompensas laborales. Según esta teoría las personas están motivadas cuando experimentan satisfacción con lo que reciben de acuerdo con el esfuerzo realizado. Las personas juzgan la equidad de sus recompensas comparándolas con las recompensas que otros reciben.

Stacey Adams plantea ” teoría de la equidad” que sostiene que la motivación, desempeño y satisfacción de un empleado depende de su evaluación subjetiva de las relaciones de su razón de esfuerzo-recompensa y la razón de esfuerzo-recompensa de otros en situaciones parecidas. En otras palabras más simples la teoría de la equidad es el justo equilibrio entre un empleado con respecto a los insumos (trabajo duro, nivel de habilidad, la tolerancia, el entusiasmo, etc) y un empleado de los resultados (salario, beneficio, activos intangibles, como el reconocimiento, etc) según la teoría, la búsqueda de este equilibrio, sirve para garantizar una sólida y productiva relación que se logra con el empleado.

El equilibrio debe estar en lo que el individuo entrega a la empresa con lo que recibe de la misma. La teoría de la equidad se puede plasmar en esta fórmula:
Donde A es el sujeto protagonista y B es el trabajador con el que A se compara. Además según Adams, el sujeto A va a poder compararse con un trabajador de su misma organización (interno con otro) , con otro trabajador de otra organización (externo con otro), e incluso consigo mismo y su experiencia en otro puesto de la misma organización (interno propio) o en otro puesto en otra organización (externo propio). En el caso de que ésta igualdad no exista, nos enfrentaremos a un estado de inequidad.

Reacciones del trabajador, pueden darse dos estados diferentes según esta teoría de la equidad:

- Equitativa: Provoca satisfacción entre los trabajadores. Así continuarán con el mismo nivel de producción.
- No equitativa: Puede ser poco equitativa (cuando A es menos que B), o más que equitativa (cuando A es mayor que B).

Posibles actuaciones de los trabajadores ante una situación de inequidad o poco equitativa: En este estado encontraremos a un trabajador descontento con un sentimiento de abandono que producirá una disminución en la Eficiencia de su trabajo. Para que un individuo se sienta infravalorado es necesario muy poca desigualdad.

Posibles actuaciones de los trabajadores ante una situación equitativa o más equitativa: Se experimentará un trabajo mayor o una tendencia de reducir la recompensa. Este estado suele ser menos frecuente debido a que, para que el trabajador se dé cuenta de la sobre valoración, ésta debe ser muy grande. De forma general, pueden tender estos trabajadores que viven en una situación de inequidad a comportarse de tal manera que induzca a otros a que cambien sus aportaciones o resultados. También pueden optar por cambiar la persona con la que compararse, distorsionar las aportaciones o resultados de otros e incluso llegar al abandono del trabajo.

La teoría afirma que los individuos comparan sus recompensas y el producto de su trabajo con los demás, y evalúan si son justas, reaccionando con el fin de eliminar cualquier injusticia. Cuando existe un estado de inequidad que consideramos injusto, buscamos la equidad. Si estamos recibiendo lo mismo que los demás nos sentimos satisfechos y motivados para seguir adelante, de lo contrario nos desmotivamos, o en ocasiones aumentamos el esfuerzo para lograr lo mismo que los demás.

TEORÍA DE LAS EXPECTATIVAS DE VROOM(1964).

El autor más destacado de esta teoría es Vroom, pero ha sido completada por Porter-Lawler (Porter y Lawler, 1968). Esta teoría sostiene que los individuos como seres pensantes, tienen creencias y abrigan esperanzas y expectativas respecto a los sucesos futuros de sus vidas. La conducta es resultado de elecciones entre alternativas y estas elecciones están basadas en creencias y actitudes. El objetivo de estas elecciones es maximizar las recompensas y minimizar el “dolor” (Pinder, 1985). Las personas altamente motivadas son aquellas que perciben ciertas metas e incentivos como valiosos para ellos y, a la vez, perciben subjetivamente que la probabilidad de alcanzarlos es alta. Por lo que, para analizar la motivación, se requiere conocer que buscan en la organización y como creen poder obtenerlo (Laredo).

Los puntos más destacados de la teoría son (Galbraith, 1977):

- Todo esfuerzo humano se realiza con la expectativa de un cierto éxito.

- El sujeto confía en que si se consigue el rendimiento esperado se sigan ciertas consecuencias para él. La expectativa de que el logro de los objetivos vaya seguida de consecuencias deseadas se denomina instrumentalidad.
- Cada consecuencia o resultado tiene para el sujeto un valor determinado denominado “valencia”-
- La motivación de una persona para realizar una acción es mayor cuanto mayor sea el producto de las expectativas, por la instrumentalidad y la valencia (¿rendiré?, ¿Qué consiguiera si rindo? ¿Merece la pena?
- La relación entre el esfuerzo y el rendimiento depende de dos factores: Las habilidades del sujeto y su percepción del puesto.
- Cada persona tiene una cierta idea del nivel de rendimiento que es capaz de alcanzar en la tarea.
- Las personas esperan que quienes realicen los mejores trabajos logren las mejores recompensas.
- La fuerza de la motivación de una persona en una situación determinada equivale al producto entre el valor que la persona le asigna a la recompensa y la expectativa de su posible logro.

Fuerza de la motivación = Valor de la recompensa * Probabilidad de logro.

Algunas de las consecuencia pueden ser:

- La definición de estándares, metas y objetivos deben responder a estimaciones reales. Se trata de definir exigencias alcanzables pero con esfuerzo.
- Las recompensas por logro deben estar muy bien alineadas con las verdaderas expectativas. Ello requiere conocimiento de la gente, su cultura, sus intereses, etc. Es preciso que las personas estén convencidas que las recompensas que reciben son justas, y que las personas tengan la confianza de que una persona que realiza un desempeño muy pobre no ganará las mismas recompensas que ello.

5 Discusión-Conclusión

Suele depositarse sobre la motivación empresarial la responsabilidad de la necesidad de encontrar formas de aumentar el rendimiento de los trabajadores en el sistema internacional, la concentración del ingreso y otras tendencias negativas del desarrollo económico y social. Sin embargo, el problema radica en la aplicación de políticas inadecuadas en un contexto de la empresa u organización sin la motivación a sus trabajadores y la falta de profesionales capacitados para afrontar tales retos en el ambiente laboral.

La ampliación de los mercados y las transferencias internacionales de recursos generan, potencialmente, formidables fuerzas de expansión de la producción, el empleo y el bienestar. No obstante, librados a sus propias fuerzas, los mercados contribuyen a profundizar las asimetrías prevalecientes en el orden mundial y en el interior de los países para esto nuestros profesionales deben incluir la motivación como influencia en la organización y mejorar su rumbo de ideas para poder competir en este mundo modernizado.

Es indispensable gobernar la globalización. Son necesarias políticas nacionales activas y marcos regulatorios internacionales que liberen las fuerzas de crecimiento de los mercados de profesiones y la motivación como arma de la organización laboral para alcanzar estas metas y objetivos dentro del mundo competitivo. Convendría evitar que los epígonos de la ficción en la globalizadora y la visión fundamentalista acaben con la globalización y fracturen el orden mundial, riesgo posible frente a la acumulación de tensiones que están a la vista.

El desarrollo descansa, antes que nada, en factores endógenos tales como la modernización del Estado, la estabilidad institucional, los equilibrios macroeconómicos, los incentivos para la inversión privada y la capacitación de los recursos humanos como materia prima dentro de la organización y como motivándolos a realizar diferentes tareas aumenta su potencia de producción. Nada de esto puede importarse ni delegarse en el liderazgo de los agentes transnacionales.

A saber: sólo lograron alcanzar altos niveles de desarrollo los países que se asociaron la motivación en las labores organizacionales, al orden global a partir de su propia integración y desarrollo motivacional internos. Esto es tan cierto actualmente como en el pasado.

La experiencia reciente cuestiona la viabilidad de la sabiduría convencional y ratifica, al mismo tiempo, la necesidad de los equilibrios macroeconómicos y la estabilidad. Estas son condiciones necesarias para sustentar un eventual cambio de rumbo y consideramos que la motivación laboral, tendrá una importancia relevante en este mundo de competitividad y de esfuerzo productivo.

6 Bibliografía

- Birch y Veroff. La motivación: Un estudio de la acción. Editorial Marfil S.A. (Alcoy - España) 1969.
- Mc Teer. Wilson. El ámbito de la motivación (ambiental., fisiológica, mental y

- social). Editorial El Manual Moderno S.A. (México)1979.
- Nuttim, J. Teoría de la motivación humana. Editorial Paidós.
 - Maslow Motivation and Personality (first edition, 1954, and second edition, 1970).
 - Pérez, J., Méndez, S., Jaca, M. (23 de abril de 2010). «Motivación de los empleados: Teoría de Herzberg»
 - Herzberg, F.; Mausner, B., Snyderman, B. (1959). The Motivation to Work.
 - Thomas Crowell. (1968). One More Time: How Do You Motivate Employees.
 - House, R., Wigdor, L (1967) Herzberg's Dual Factor Theory of Job Satisfaction and Motivation
 - Locke, E. (1976). The Nature and Consequences of Job Satisfaction, en M. Dunnette
 - Vroom, V. (1964). Work and Motivation.
 - Wren, D.; Greenwood, R. (1998). Los Innovadores de las Grandes Organizaciones. Oxford University Press.
 - GENESCA, E. (1977).” Motivación y enriquecimiento del trabajo”. Barcelona: Hispano-Europea.
 - GIBSON, J., IVANCEVICH, J. & DONNELLY, J. (2001). “Las Organizaciones (Comportamiento, estructura y procesos)” (Decima ed.). Santiago de Chile: McGraw Hill Editores
 - Genesca, E. (1977). Motivación y enriquecimiento del trabajo. Barcelona: Hispano-Europea.
 - Kleingina, P.R. y Kleingina, A.M. (1981). A categorized list of motivation definitions with a suggestion for a consensual definition. Motivation and Emotion, 5, 263-292.
 - Locke, E.A. (1968). Toward a theory of task motivation and incentives.

Capítulo 268

COMPETENCIA CULTURAL EN LOS CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

BELEN GASCÓN PÉREZ

SILVIA MARIA BERMUDEZ AVENDAÑO

1 Introducción

En los últimos años la llegada masiva de inmigrantes es una realidad en nuestro país, progresivamente estamos asistiendo a un enorme cambio en la población, el perfil demográfico está cambiando y con ello aumenta la necesidad de conciencia y comprensión interculturales. Se tiende a ver las situaciones de contacto cultural como conflictivas, el desconocimiento que sobre los otros grupos culturales se tiene provoca diversas reacciones, a veces posiciones de superioridad que consideran al “otro” como alguien que no sabe, y otras veces posturas racistas y xenófobas. Para mejorar la calidad de la atención integral y optimizar la relación personal es necesario comprender al paciente desde su perspectiva de entender qué es la salud y la enfermedad. Para que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería podamos proporcionar cuidados de calidad a un paciente con un fondo cultural distinto al nuestro es preciso que se produzca una comunicación intercultural eficaz, para lograrlo hemos de poseer competencia cultural.

Se entiende por competencia cultural el conjunto de conductas y actitudes que permiten al profesional sanitario asistir de forma eficaz a los pacientes de origen cultural distinto, para ello ha de existir un cambio fundamental en la manera

de pensar, de entender y de relacionarse con el mundo exterior. La competencia cultural implica unos resultados asistenciales mejores, es la capacidad de comunicarse con personas de diferentes culturas y permite al profesional sanitario llegar a ser respetuoso y sensible con los valores, creencias y estilos de vida existentes en la cultura del paciente.

Definiciones.

- Aculturación: transformación cultural que se produce por la recepción y asimilación de los elementos de un grupo humano por parte de otro.
- Conciencia cultural: reconocimiento de que la cultura tiene un papel importante en cada interacción, afecta a cada participante, y es responsabilidad del profesional asumir este papel cuando sea exigible.
- Cultura: conjunto de aspectos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que comprende las formas de vida de las personas, los modos de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias
- Discriminación: es el hecho de tratar a las personas de manera injusta por su etnia, grupo racial, religión, edad y muchos otros factores personales y socioculturales.
- Discriminación percibida: Percepción subjetiva de ser discriminado por razón étnica, racial, religiosa o de otro orden personal y sociocultural.
- Estrés aculturativo: esfuerzo que debe realizarse para adaptarse a nuevas condiciones culturales.
- Grupo cultural: conjunto de personas que comparten algunas normas culturales que las identifican.
- Etnocentrismo: forma de pensar de muchas personas que consideran que las otras culturas son inferiores a la propia.
- Imposición cultural: Imposición de nuestras creencias y patrones de conducta sobre el paciente.
- Inmigrante: se denomina inmigrante a la persona que llega a un país en el que no ha nacido para fijar en él su residencia.
- Racismo: conjunto de creencias, ideologías y procesos sociales que discriminan a personas por su supuesta pertenencia a un grupo social.
- Tolerancia: disposición a admitir en los otros una forma de pensar, de obrar o de ser diferente a la nuestra. Respeto hacia las opiniones y formas de conducta que pueden parecer extrañas.
- Xenofobia: odio a los extranjeros; resentimiento o menosprecio de las personas foráneas.

- Vulnerabilidad: situación de una persona o de un grupo caracterizada por un riesgo importante de padecer daños en su subsistencia o en su vida (biológica, psicológica o moral).

2 Objetivos

- Analizar los cuidados por el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería desde un punto de vista cultural.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica a través de las bases de datos Scielo, ScienceDirect, Elsevier, y Rua, y en páginas web con el buscador Google académico. Palabras clave: globalización, competencia cultural, salud y diversidad cultural, cuidados enfermería transculturales.

4 Resultados

El cuidado de la salud y la enfermedad forman parte de la vida de las personas de los diferentes grupos socioculturales, por ello cada persona aplica los cuidados según su cultura, es decir según sus normas, valores, creencias y costumbres. La ceguera cultural, los choques entre culturas, las ideas preconcebidas, las imposiciones y la falta de autocrítica son causa de etnocentrismo, esta postura puede llevar a choques, daños y conflictos culturales entre los pacientes y los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería influyendo de forma notablemente negativa en la calidad de los cuidados.

Para desarrollar la competencia cultural no hay que pensar que nuestra cultura, valores o creencias son las mejores, con ello estamos cubriendo nuestras carencias y debilidades, lo que nos vuelve despiadados con las carencias y debilidades de los demás. Para ser un profesional competente el paciente de una cultura diferente ha de percibir que se le tiene en cuenta, se respeta y se valora su procedencia cultural, sus valores y sus creencias. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería ha de suministrar etnocuidados, es decir unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y modos de vida del paciente. Ha de tener la capacidad de comprender las creencias y costumbres de otras sociedades partiendo de que todas las culturas son iguales y ninguna es superior a otra.

Para desarrollar la competencia cultural se han de adquirir una serie de conocimientos, habilidades, actitudes y valores:

- Conocimiento cultural: entender que la cultura y la raza afecta a la adquisición de valores y a la manera de abordar los problemas personales o la enfermedad. Como punto de partida se pueden tener conocimientos generales de las diferentes culturas, comprender sus peculiaridades. Se debe evitar caer en el estereotipo para no encasillar a los pacientes.
- Habilidades culturales: desarrollar habilidades de comunicación (verbal y no verbal) para saber responder de una manera que facilite la comunicación y también para poder detectar las necesidades del paciente. Tener buena disponibilidad para repetir las explicaciones o, en caso necesario, usar material gráfico explicativo. Preguntarse cuál es el grado de comprensión por parte del paciente, más allá de los signos aparentes de que se haya podido recibir correctamente. Un paciente que no entiende lo que está sucediendo puede mostrarse enfadado o desobediente y con ello se puede ver comprometido el proceso de curación.
- Actitudes y valores: el saber ser y estar son la base para no ejercer un trato desigual, para no usar estereotipos o demostrar actitudes discriminatorias. Se han de respetar sus diferencias culturales, preferencias en la alimentación, creencias religiosas, etc.

5 Discusión-Conclusión

La salud y los cuidados son universales pero las formas de llevar a cabo esos cuidados y de concebir la salud vienen definidas de manera diferente según la cultura. En el contexto multicultural en el que vivimos el conocimiento de las creencias y valores de los pacientes es esencial para proporcionar los cuidados auxiliares de enfermería adecuados. El profesional competente debe formarse sobre cómo se ha de trabajar con personas de diferentes culturas y ha de procurar entender sin juicios negativos la perspectiva cultural del paciente.

Tener competencia cultural significa dar un trato afectuoso, digno y sensible con las características propias de las diferentes culturas, es respetar las diferentes vivencias del paciente en la enfermedad, el nacimiento y la muerte.

6 Bibliografía

- RE Spector - Cultura de los cuidados, Año VI, n. 11 (1 semestre 2002) rua.ua.es

- C Rohrbach-Viadas - Cultura de los cuidados, Año II, n. 3 (1º semestre 1998) - rua.ua.es.
- FJ Plaza del Pino, E Soriano Ayala - Index de Enfermería, 2009 - SciELO Espana.
- M Leininger - Cultura de los cuidados, Año III, n. 6 (2. semestre 1999) rua.ua.es.
- IC Martínez, ML Crespo - Cultura de los Cuidados, 2012 – culturacuidados.ua.es.
- B Rivera, B Casal, D Cantarero, M Pascual. Adaptación de los servicios de salud a las características específicas y de utilización de los nuevos españoles. Gaceta Sanitaria. 2008 - Elsevier .
- T Paravic Klijn - Ciencia y enfermería, 2010 - scielo.conicyt.cl
- Galao Malo, Roberto (y otros) 2005 ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término, Evidentia, enero-abril, 2 (4). <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>-
- Tarrés Chamorro, Sol. 2001 El cuidado del otro. Diversidad cultural y enfermería transcultural. Gazeta de Antropología, nº 17. http://www.ugr.es//G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html-

Capítulo 269

INFECCIONES PEDIÁTRICAS FRECUENTES: ENFERMEDAD MANOS, PIES Y BOCA.

MARTA RODRIGUEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La enfermedad de manos, pies y boca es una afección contagiosa causada por diferentes virus. Es común en los bebés y los niños menores de 5 años porque ellos todavía no tienen inmunidad (protección) contra los virus que causan la enfermedad. Sin embargo, los niños mayores y los adultos también pueden contraerla.

No hay un tratamiento específico para la enfermedad. La fiebre y el dolor se pueden controlar con medicamentos de venta sin receta, como acetaminofeno o ibuprofeno, que reducen la fiebre y alivian el dolor. Es importante que las personas con esta enfermedad beban abundantes líquidos para prevenir la pérdida de líquidos corporales o deshidratación.

2 Objetivos

- Describir la enfermedad boca, mano y pie.
- Definir las pautas de actuación para su prevención y evitar el contagio.

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

Cuando las personas contraen esta enfermedad, su cuerpo crea inmunidad (protección) contra los virus específicos que causaron la infección. Sin embargo, pueden volver a enfermarse con esta afección porque la enfermedad es causada por varios virus distintos. Por lo general no es grave y casi todas las personas se recuperan en un plazo de 7 a 10 días sin tratamiento médico. Las personas infectadas podrían, rara vez, presentar una meningitis viral y necesitar ser hospitalizadas por algunos días. Las complicaciones aún menos comunes incluyen parálisis similar a la de la poliomielitis y encefalitis (inflamación del cerebro) que podría ser mortal.

En las personas infectadas, los virus que causan la enfermedad de manos, pies y boca se pueden encontrar: en las secreciones de la nariz y la garganta (como la saliva, el esputo o la mucosidad nasal), en el líquido de las ampollas y en las heces.

La enfermedad se propaga mediante lo siguiente: el contacto cercano, como al dar besos o abrazos, o al compartir los vasos o los cubiertos; la tos y los estornudos; el contacto con las heces, por ejemplo al cambiar pañales; el contacto con el líquido de las ampollas; el contacto con objetos o superficies que tengan el virus.

Para reducir el riesgo de infectarse con los virus que causan la enfermedad de manos, pies y boca al tomar unas medidas sencillas:

- Lavar frecuentemente las manos con agua y jabón durante 20 segundos, especialmente después de cambiar pañales
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca si no se ha lavado las manos.
- Evitar el contacto cercano, como al dar besos o abrazos, o compartir los vasos y los cubiertos con las personas que tengan la enfermedad.

-Desinfectar las superficies y los objetos que se tocan con frecuencia, como los juguetes y las manijas de las puertas, especialmente si alguien está enfermo.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de manos, pies y boca a menudo se confunde con la fiebre aftosa, la cual afecta al ganado bovino, ovino y porcino. Los seres humanos no contraen la enfermedad que afecta a los animales y los animales no contraen la que afecta a los seres humanos.

Es importante realizar un diagnóstico precoz de esta enfermedad para evitar su contagio y propagación a las personas más vulnerables.

6 Bibliografía

-www.cdc.gov/spanish/especialscdc/enfermedadmanospiesboca/index.html.

Capítulo 270

BRUXISMO, UN HÁBITO CON CONSECUENCIAS NEGATIVAS

ANA BELÉN RECIO GARCÍA

LAURA LÓPEZ GARCÍA

ÁNGELA SÉSAR NAVAL

ZULAICA VIJANDE FERNÁNDEZ

MARTA MARÍA RECIO GARCÍA

1 Introducción

EL Bruxismo se conoce como el hábito involuntario de apretar o rechinar las piezas dentales, una disfunción de la articulación temporomandibular. Las causas de esta patología se deben a situaciones de estrés, tensión, maloclusión o irritabilidad muscular.

Los síntomas son:

- Dolor de cabeza, cefalea.
- Dolor y enrojecimiento en el ojo o sensibilidad a la luz.
- Dolor al masticar, desviación de mandíbula.
- Zumbido de oídos, pérdida de audición, vértigo, mareo, taponamiento o picor de oídos.
- Crujido de mandíbula y dolor de la misma.
- Rigidez y dolor de cuello.
- Laringitis.

- Movilidad de piezas dentales.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente sobre el bruxismo, así como la valoración, tratamiento y diagnóstico de este.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para solucionar el problema del Bruxismo hay que hacer un análisis adecuado del problema para mejorar la calidad de vida de las personas que lo padecen y evitar complicaciones futuras. Hay que averiguar si este trastorno muscular es de tipo diurno, relacionado con estímulos externos, o nocturno, asociado a una disfunción central neuromotora y que provoca involuntariamente movimientos mandibulares y rechinar de los dientes. Hay que tratar de disminuir o eliminar los efectos del bruxismo que harán que mejore la calidad de vida en las personas que lo padecen.

Para llevar a cabo un análisis del bruxismo sería importante realizar pruebas que solucionen o mejoren esta disfunción como la obtención de modelos articulados de la cavidad oral, radiografías y resonancias magnéticas.

La utilización de antiinflamatorios es la opción que se emplea para disminuir las molestias. La férula de descarga es un dispositivo personal e intransferible que reposiciona los dientes e impide que los dientes de arriba y abajo contacten. Generalmente se coloca en la arcada superior y es de un material duro y rígido siendo este uno de los métodos más eficientes para el tratamiento de esta patología. La cirugía se realiza como último recurso. Los protectores dentales, las férulas y las terapias para tratar el bruxismo reducen el dolor, previenen el desgaste de las piezas dentales, daños mandibulares, entre otros problemas que pueda ocasionar.

Las terapias, consejos de profesionales y dispositivos ayudan a prevenir complicaciones como el insomnio, dientes fracturados, encías retraídas, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los dispositivos no resuelven el problema aunque sí eliminan el dolor, hay que usarlos de forma permanente pues si no el problema volverá a aparecer. No es un problema grave pero puede llegar a causar lesiones dentales permanentes y dolores mandibulares a largo plazo.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001413.htm>.
- Aparatos de ortodoncia y férulas oclusales”. Francisco José Maroto. Editorial: Síntesis. 31 de Agosto de 2016.
- Técnica de Alineadores transparentes” Sandra Tai. Editorial: Quintessence. Febrero 2019.

Capítulo 271

INACTIVIDAD FISICA EN ADOLESCENTES

EVELVINA ALVAREZ CAYUELA

1 Introducción

Los adolescentes de los países desarrollados son un grupo de gran riesgo para la salud publica por su inactividad física. Se debe en parte alta insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los comportamiento sedentarios con lo que no llegan a lograr los beneficios saludables.

2 Objetivos

- Identificar en distintos trabajos publicados riesgos para la salud que estén asociados a la inactividad física durante la adolescencia.

3 Metodología

Revisión sistemática de las publicaciones científicas sobre los riesgos de la inactividad física en los últimos 5 años. Se consultaron diferentes bases de datos (dialnet y metline plus). Se utilizaron descriptores en español (riesgos, inactividad física, adolescencia y salud). Los criterios establecidos fueron: estudios que analicen la inactividad física; que aporten datos de riesgos para la salud; escritos en español. De un total de 16 publicaciones encontradas fueron seleccionadas 7 para un análisis en profundidad.

4 Resultados

Los resultados identifican estos factores de riesgo: el sedentarismo surge como factor de riesgo adicional a la inactividad física, que el ámbito familiar inactivo constituye un factor de riesgo en la actividad físico deportiva de los adolescentes, que hay una asociación entre inactividad física y sobrepeso, obesidad e hipertensión, y finalmente que también hay mayor probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedad cardíaca aumentando el riesgo de ataque cerebral isquémico.

5 Discusión-Conclusión

Se tiene claro que la inactividad física es un factor de riesgo que favorece sobre todo la obesidad pero se deberían incluir nuevas actuaciones científicas, educativas y de profesionales del deporte que orienten para prevenir y frenar tanto este como otros riesgos.

6 Bibliografía

- ddd.uab.cat/record/62877.
- scholar.google.es/scholarq.
- https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/es/.

Capítulo 272

BURN-OUT O DESGASTE PROFESIONAL EN EL SECTOR SANITARIO

LORENZO GAYO GONZÁLEZ

1 Introducción

Burn-out o desgaste profesional, es un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas. Se diferencia del estrés en sus mayores efectos sobre el agotamiento emocional, más que en el físico. Se produce en sectores asistenciales o que se vean implicadas fuertes relaciones interpersonales. Tiene su campo de desarrollo en la despersonalización del tratamiento, la sensación de desvalorización de la propia profesión, la sensación de distancia con las personas que se tiene que atender y la baja realización personal que ello reporta.

2 Objetivos

Entre los profesionales sanitarios se han hallado altos índices de desgaste profesional. El objetivo es estudiar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional en los trabajadores sanitarios y no sanitarios, y valorar su relación con los factores personales y ambientales.

3 Metodología

La realización por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios de un cuestionario de elaboración propia, una encuesta del clima organizacional incluyendo: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal

4 Resultados

Tras el estudio de varias estadísticas existe un alto nivel de cansancio emocional al consumo de tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, mientras que el optimismo y la satisfacción profesional muestran una asociación inversa. Los años de profesión, el optimismo, valorarse 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.

5 Discusión-Conclusión

Mejorar el clima organizacional y potenciar el optimismo y la autoestima individual, para así poder disminuir el desgaste profesional en el sector sanitario.

Se recomienda que las Instituciones sanitarias mejoren la eficiencia y el apoyo en el trabajo; ayuden al personal a optimizar el desarrollo de su carrera y crear un entorno dirigido hacia la comunidad, con flexibilidad y control. Es preciso la implementación de planes que ayuden a promover el equilibrio entre la vida laboral y personal, con estrategias para ayudar al personal a autorregularse.

6 Bibliografía

- Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico.
- Gaceta sanitaria.
- Carol Peckham. Bias and Burnout: Evil Twins. Medscape; 2016.

Capítulo 273

LA DEPRESIÓN DEL ANCIANO

JUDIT GUTIERREZ CADENA

LUCIA GALAN ÁLVAREZ

MARGARITA CARREÑO MANEIRO

ANA OVIES ROZADA

SILVIA CAMPO GARCIA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un trastorno mental en el que, ante todo, se presencia tristeza, pérdida de interés, falta de autoestima, sentimientos de culpa, trastornos del sueño, cambios en la apetencia, cansancio continuo o falta de atención y concentración. Es de los trastornos estadísticamente más frecuentes y que prevalece por largos periodos de tiempo o se llega a cronificar. En el anciano, el incremento del trastorno es mayor ya que en los países desarrollados hay más esperanza de vida, por lo que aumenta el número de estos casos. Además, en España, se registran el mayor número de toda Europa.

Erróneamente, lo consideramos como algo típico de nuestros mayores, por lo que al no darle la importancia que merece, llega a producirse casos de suicidio. O simplemente se consigue que se cronifique aún más en el tiempo debido a que se presentan achaques, nuevas enfermedades o signos de dependencia. Todo esto forma un círculo difícil de detectar y por tanto más difícil de diagnosticar.

Por otro lado, entre las causas de la depresión existen varios factores:

- Biológico, relacionado con la química o sustancias que generan nuestro cuerpo.
- Genético, por lo que hay mayor número de mujeres con este trastorno debido a los cromosomas.
- Psicosociales, en los que destacan momentos estresantes, situaciones difíciles de asumir, pérdidas...

Los síntomas más prevalentes son: cambios de ánimo, trastornos de sueño, mala concentración, por lo que llegan esos momentos de olvidos, cambios de peso más bien bruscos, aislamiento, pensamientos negativos o desesperanza. Otro problema añadido a estos casos es que cada día hay más ancianos viviendo solos por lo que de esta manera es casi imposible detectar estos síntomas y poder ayudar a diagnosticar y tratar la depresión.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Analizar el papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en la depresión de las personas mayores para que pueda detectarse lo más pronto posible y así pueda disfrutar de una mayor calidad de vida, tratando que se tome su última etapa de la mejor forma posible.

Objetivos específicos.

- Reconocer los síntomas lo más precozmente posible y así tratar de reducir el número de trastornos a largo plazo.
- Garantizar un entorno seguro, tranquilo para evitar riesgos de autolesiones.
- Asegurar la ingesta de comida y líquidos comenzando a hacerle participe sobre sus preferencias.
- Fomentar momentos de ocio sin presionarlo para que no se angustie.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda de artículos científicos acorde con el tema estudiado, en la base de datos como Pubmed, asociación española de neurología, Intramed e Infosalus, en el que se usa como término de búsqueda: depresión, anciano, geriatría.

4 Resultados

La depresión, se asocia a un “fantasma” puesto que la confundimos con cosas de la edad, como no querer salir, el sentirse continuamente cansados, dormir fuera de horas, estar tristes y nostálgicos o simplemente esos cambios de alimentación por pensar en un trastorno de salud bucal o pensar en una digestión más lenta o pesada. Al perder calidad de vida, en la tercera edad asociamos que todos estos trastornos pueden ser porque se encuentran en la última etapa de su vida.

Los estudios nos revelan también que produce morbilidad, asociado al resto de factores y si no son detectados a tiempo, esto eleva el riesgo de suicidios. Con un cambio en esta etapa de más de cinco síntomas de forma continuada de por lo menos dos o tres semanas en cuanto a su etapa anterior, como ánimo deprimido, sin energía, insomnio o que duerma demasiado, cambios en su apetito, falta de concentración, retardo psicomotor, ideas negativas...nos ayudan a hacer un diagnóstico, esperando que sea lo más precoz posible. Siempre tratando de descartar otro tipo de circunstancias, como otras enfermedades con síntomas parecidos o efectos de otras sustancias. En el anciano, un desencadenante muy importante puede ser la muerte de su pareja. Este nefasto acontecimiento marca la vida del anciano al quedarse sólo. Un cambio tremendamente significativo que le supone adaptarse a una nueva vida.

Otro caso es el cambio de su casa a una residencia. Los roles familiares han cambiado y suelen ser los familiares los que imponen este cambio por motivos laborales o simplemente porque ya no estamos educados para asumir el cuidado de nuestros mayores. Al cambiar nuestra sociedad en este término y el auge de estos centros, suele ser el destino del anciano con lo que esto implica no solo el cambio de vida si no el desprenderse de lo conocido, su entorno, sus recuerdos y en muchos casos su intimidad, por lo que la angustia, la tristeza y el desasosiego se apoderan del anciano. En este punto son muy vulnerables teniendo que adaptarse a unas nuevas normas, nuevos horarios, cambios de los menús en su alimentación, agravando de esta manera si ya tuviesen depresión o comenzando a padecerla por este repentino cambio. A esto se le añade que quizás ya este enfermo, pueda ser dependiente y que en los centros fallezcan sus compañeros. Todo ellos les puede dejar sin ganas de vivir, de luchar, agravando más la situación de enfermedad y dependencia porque han perdido toda la ilusión.

Po otro lado, la diferencia de la depresión en otras etapas de la vida, es que en esta tiene más cronicidad, las terapias suelen ser más lentas puesto que se asocia

con otras muchas patologías como demencias, Parkinson, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o cuadros de deterioro cognitivo por lo que siguen restando esas ganas de vivir y por tanto esos pensamientos de suicidio. Por eso en los ancianos la depresión es mucho más difícil de tratar. Los ancianos en la mayoría de los casos no quieren reconocer su estado de tristeza por lo que es típico que aparezcan dolencias nuevas imposibles de diagnosticar, como dolores que son reales pero que no podemos demostrar con una prueba médica.

Por último, una ayuda para diagnosticar la depresión en el anciano es la escala de depresión geriátrica de Yesavage, que es la más utilizada en España y que consiste en una entrevista con el paciente, siempre que su estado cognitivo nos lo permita. Cada respuesta tiene una valoración y según esa puntuación tenemos una orientación de cómo está el paciente. Normal, depresión leve o una depresión establecida. Si la depresión es leve, la psicoterapia puede tener buenos resultados, pero si no funciona o es más alto el nivel de depresión, es necesario el uso de fármacos. El éxito reside en la aptitud del anciano, el tratamiento, el seguimiento y la ayuda de su entorno bien sean familiares o cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

Los TCAE tienen un papel muy importante en la detección de la depresión en el anciano y en su tratamiento ya que podemos seguir todo el proceso y dar las pautas necesarias para una mayor implicación familiar y con esta colaboración tratar de que el proceso llegue a ser un éxito. Debemos tratar de influir en el anciano facilitándole unas pautas que puedan tratar de cambiar su estilo de vida. Dar apoyo emocional, permitiendo que se exprese con libertad, apoyándole, escuchándole, hablándole con paciencia y esperanzas, aconsejándole dentro de sus necesidades o ayudando a rehabilitarle dentro de sus limitaciones. Debemos tratar de provocarles el mínimo estrés posible para que poco a poco vayan asimilando las situaciones posibles con la mínima angustia y ansiedad. Debemos fomentar su autoestima de forma que para ello le enseñamos a tener una mayor autonomía o fomentarla dentro de casa caso o necesidad y siempre con un refuerzo positivo.

Hay técnicas como es PNL (programación neurolingüística) que se trata de una serie de estrategias que se centran en identificar y usar modelos de pensamiento que influyen sobre el comportamiento de una persona como una manera de mejorar la calidad y resolver problemas. En el caso de necesitar tratamiento farmacológico, tratar de que se haga un seguimiento para que no lo abandone, si está bajo nuestra responsabilidad cerciorarnos de que lo tome, que acuda a sus visitas

médicas y si no es con nosotros involucrar a la familia o futuros cuidadores.

Debemos tomarnos muy en serio las amenazas de suicidio de un anciano, como ya se expuso antes tiene mayor riesgo en esta etapa de la vida. La vigilancia ha de ser más continuada, no fiarse en ningún momento, pero con especial atención en las noches o en el aseo si lo hacen solos o de repente quieren realizar alguna actividad o paseo de forma voluntaria e individual.

Por último, el TCAE es el colectivo que más tiempo pasa con el paciente y en diferentes ámbitos, en un hospital, una residencia, ayuda a domicilio, estancias de día... por lo tanto en muchos casos somos su mayor o único apoyo. Debemos estar atentos a todas las señales y cambios haciendo que se sientan cómodos para poder expresarse, no sólo para poder detectar a tiempo la depresión si no en caso de que ya la tenga, nuestro apoyo forme parte de su tratamiento.

6 Bibliografía

- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521>.
- [htmhttps://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521).
- [htmhttps://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm)
- <https://www.intramed.net/contenido/ver.asp?>
- <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-caracteristicas-depresion-anciano>
- <https://www.psicoadapta.es/blog/depresion-tercera-edad-ancianos/>
- <https://www.hipocampo.org/yesavagepetite.asp>

Capítulo 274

CUIDADOS TCAE EN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son lesiones provocadas por presión mantenida en una determinada región corporal que resulta en daño al tejido subyacente. Se produce una isquemia del tejido blando por compresión entre dos estructuras rígidas (prominencia ósea y superficie exterior). Existen muchos términos utilizados para referirse a la misma entidad: escaras por decúbito, heridas de la cama y úlceras por presión. No todas estas úlceras se producen por el decúbito o por el estar postrado en una cama, por lo que el término preferido es úlceras por presión ya que además, hace referencia al mecanismo fisiopatológico más importante. (Mancini et al 1)

A través del tiempo han conformado un problema para la salud en general. La realidad es que son una preocupación para el cuidado de la salud y todos los profesionales son responsables de su prevención y tratamiento. Se requieren múltiples

estrategias de intervención para evitar el daño de la piel; una de ellas, el manejo de las cargas sobre los tejidos blandos. La correcta elección de las superficies de apoyo, la adecuada redistribución de la presión especialmente en las prominencias óseas y un progresivo programa de movilización constituyen las bases para evitar la producción de las úlceras por presión. (Patiño et al 2).

El impacto social que generan las UPP son comúnmente la reducción de la calidad de vida, el aumento de los costos en hospitalización y tratamiento, y la imagen proyectada por los profesionales de enfermería, reflejada en la calidad asistencial. Así es que surge la necesidad de la creación de protocolos o guías clínicas para la prevención de UPP, la implementación de protocolo de prevención de UPP tiene un gran impacto para los pacientes y para los servicios de salud. Estudios muestran su efectividad en la reducción de la incidencia y en los costos de salud. (Verdú et al 3)

Existen factores de riesgo intrínsecos o internos, que predisponen al desarrollo de una UPP. Entre éstos se pueden mencionar las enfermedades agudas, que hacen vulnerable al paciente para desarrollarlas, fallos cardíacos, alteraciones vasomotoras, vasoconstricción debido a shock, dolor, hipotensión y cambios en la temperatura, la hipotermia y la hipertensión actúan como factores protectores, debido a que el primero disminuye el consumo de oxígeno tisular, y el segundo aumenta la presión arterial capilar media. Las enfermedades crónicas severas, y las terminales, como por ejemplo fallo multiorgánico o enfermedades oncológicas generan mayor riesgo para el desarrollo de UPP por la disminución en la movilidad y estado de inmunosupresión. Un nivel reducido de conciencia disminuye la capacidad del individuo para aliviar la presión en las zonas de apoyo. En pacientes críticos, es uno de los factores más asociados al desarrollo de UPP, relacionado con la puntuación obtenida en la escala de Glasgow. Los estados de malnutrición interfieren en los mecanismos de defensa del organismo y en el proceso de cicatrización. La malnutrición por déficit determina atrofia muscular y reducción de los tejidos subcutáneos, generando así una disminución de la resistencia de la piel a la presión. El estado anémico, determinado en medición de hemoglobina sérica, genera una disminución del transporte de oxígeno, agravando aún más la condición hipoxia de los tejidos. Por otro lado, la obesidad determina un aumento de tejido adiposo, cuya característica principal, en la predisposición en la génesis de UPP, se basa en la vascularización disminuida de este tejido.

Existen también factores de riesgo extrínsecos, los cuales si se eliminan, se dis-

minuye el daño. La intensidad y duración de la presión causa compresión y una posible oclusión capilar, el cizallamiento determina un aumento de la presión sobre los capilares, produciendo su ruptura, formando así hemorragias y áreas de necrosis, la fricción se caracteriza por afectar las capas superficiales de la piel, limitándolo a la epidermis. Fármacos que afectan la movilidad, como por ejemplo los sedantes, el uso prolongado de corticoides, puede afectar los mecanismos defensivos del organismo. Los analgésicos pueden reducir el estímulo normal que lleva a aliviar la presión. El tratamiento anticoagulante tiene un alto riesgo de generar hematomas en zonas en las que la irrigación y nutrición se ven disminuidas. En relación a la higiene, ya sea por déficit, o por la utilización de productos irritantes para la piel (jabones inadecuados, alcoholes, antisépticos, etc.) pueden alterar la flora bacteriana y con ello las defensas de ésta. También se consideran factores extrínsecos los materiales utilizados, el tipo de colchón, las rugosidades de las sábanas y pijamas. Las escalas de valoración del riesgo intentan identificar a los pacientes de mayor riesgo de desarrollar UPP. Luego de identificado el riesgo, es necesario poner en práctica las estrategias activas para la prevención de las UPP, donde se deben considerar tres elementos: la movilización, los cambios posturales y la utilización de superficies especiales de apoyo.

2 Objetivos

- Describir las recomendaciones simples y prácticas para la prevención de las úlceras por presión según el riesgo del paciente, relacionadas con el cuidado posicional en la cama y el plan de movilización.

3 Metodología

Se ha efectuado una revisión bibliográfica para la realización del presente capítulo. Para ello se realizan diversas búsquedas en revistas digitales tales como “Revistas de Enfermería del Trabajo”, en bases de datos, en publicaciones de nuestro hospital de trabajo, revisando las UPP realizadas durante el año 2018 y de otros hospitales incluidos extranjeros. Se han utilizado como palabras clave “UPP”, “isquemia” “valoración de riesgo” y “escalas”. Se ha realizado una actualización de una revisión sistemática con análisis que incluía artículos publicados hasta enero de 2007, actualizada con todos los artículos publicados desde esa fecha hasta diciembre de 2018.

4 Bibliografía

- 1. Mancini Bautista, Pierina Marilú, and Rosamaría Oyanguren Rubio. "Factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en adultos mayores hospitalizados." (2014).
- 2. Patiño, Osvaldo J., Hernán A. Aguilar, and Anahí L. Belatti. "Úlceras por presión: cómo prevenirlas." *Rev. Hosp. Ital. B. Aires* 38.1 (2018): 40-46.
- 3. Verdú, José, et al. "Prevención de UPP en talones: impacto clínico y económico en una Unidad de Medicina Interna." (2004).
- 4. Barrientos, Carolina, et al. "Efectos de la implementación de un protocolo de prevención de úlceras por presión en pacientes en estado crítico de salud." *Rev chil med intensiv* 20.1 (2005): 12-20.
- 5. García Fernández, Francisco Pedro, et al. "Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión." *Gerokomos* 19.3 (2008): 136-144.
- 6. Pancorbo-Hidalgo, Pedro L., et al. "Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: uso clínico en España y metaanálisis de la efectividad de las escalas." *Gerokomos* 19.2 (2008): 40-54.
- 7. Soldevilla Agreda, J. Javier, José Verdú, and Joan Enric Torra i Bou. "Impacto social y económico de las úlceras por presión." (2008).

Capítulo 275

LA COMIDA RÁPIDA COMO UN NUEVO PROBLEMA SOCIAL

NOELIA NÚÑEZ RIAL

CRISTINA RAMOS DOS SANTOS

SONIA ÁLVAREZ GRANDA

VALERIA CATERINE QUEZADA VALENCIA

1 Introducción

Ya han pasado algunas décadas desde que se recibían las primeras alertas sobre los problemas de salud ocasionados por la comida rápida en el país referente, por excelencia, en este tipo de alimentación. La rápida e imparable evolución en los cambios de los hábitos alimenticios llegaban desde Estados Unidos a nuestro país como un preludio de lo que se avecinaba. Relacionar la imagen de lo que podríamos considerar una “forma de vida” con un perfil de persona obesa y de salud cuestionable, es uno de los principales errores. De hecho, si hacemos un ejercicio de reflexión, no nos costaría reconocer que, sólo con hablar hace unos años de “comida basura”, nuestro cerebro nos transportaba de inmediato a alguno de esos barrios estadounidenses con puestos de venta ambulante de perritos calientes, hamburguesas, etc. Del mismo modo, la imagen de esa persona, generalmente afroamericana, con una obesidad evidente, ingiriendo alguno de estos productos, estaba directamente asociada a esta situación.

Es evidente que la evolución de la sociedad, con un ritmo de vida cada vez más activo y extresante, ha favorecido al crecimiento de este tipo de hábitos alimen-

ticios. La escasa disposición de tiempo libre y la frenética actividad diaria, de alguna manera, son uno de los desencadenantes que nos hacen ver esta situación como algo normal e incluso, como una buena solución para contrarrestar nuestra falta de tiempo.

Por otro lado, las grandes empresas y multinacionales de este sector, conocedoras de esta demanda, se han ido instalando en nuestra sociedad con poderosas campañas que publicitan este tipo de alimentación con un enfoque familiar, cercano. Como no podía ser de otra manera, en los últimos años, la influencia de esta publicidad ha calado en las personas más vulnerables, llegando a crear, tanto en niños como en jóvenes adolescentes, una cierta dependencia de este tipo de hábitos. No es difícil observar como, poco a poco, este tipo de establecimientos han pasado de ser simples puntos de venta de comida rápida para convertirse en centros de reuniones sociales donde celebrar algún evento (cumpleaños, aniversarios, etc) o, simplemente, como punto de encuentro.

Interpretar que el problema de consumir este tipo de alimentación de forma habitual es, simplemente, ganar peso, es caer en un gran error, dada la gran cantidad de efectos negativos para nuestra salud que ocasionan estos “alimentos” y si no tenemos en cuenta que se debe tratar como un gran problema social que, sin duda, traerá graves problemas de salud, en un futuro no muy lejano, a las generaciones actuales.

Como profesionales de la salud debemos:

- Acercar, alertar y concienciar a la sociedad de los peligros que se derivan en este tipo de hábitos de alimentación.
- Abordar el problema como un problema social para una prevención que se base en la educación en materia de alimentos saludables desde la infancia.
- Desde el punto de vista de las enfermedades derivadas de estas prácticas, el empleo de los tratamientos adecuados para dar solución en cada uno de los casos, atendiendo a los distintas patologías que se pueden presentar.

2 Objetivos

- Describir las medidas necesarias a adoptar ante este problema de salud pública.
- Analizar las consecuencias que se derivan de una alimentación insalubre.

3 Metodología

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

Cabe destacar las graves consecuencias para la salud de este tipo de hábitos con lo que se hace fundamental el papel en materia de prevención. Cifras como las actuales, que estiman el gasto aproximado en este tipo de alimentación, sólo este año, en unos 2.942 millones de euros, con un claro índice de crecimiento a lo largo de los últimos diez años, nos presentan la negativa perspectiva a la que nos encaminamos en materia de salud. Es necesario, por tanto, tomar medidas contundentes para intentar cambiar estas prácticas haciendo especial incapié en la educación, tanto en el entorno escolar, como en el familiar, para la concienciar a las nuevas generaciones de la importancia de una vida saludable, donde tanto la buena alimentación como el deporte sean el punto de rotación en torno al que giren el resto de nuestros hábitos diarios.

Por otro lado se requieren medidas más estrictas por parte de los gobiernos para que ejerzan un papel más estricto en materia de control sanitario en los productos de este tipo de alimentación con campañas publicitarias de concienciación de los riesgos que el consumo habitual de este tipo de alimentos suponen para nuestra salud.

Los últimos estudios realizados por los expertos resaltan la cantidad de patologías que se derivan de este tipo de hábitos de alimentación. Evidentemente, al tratarse de patologías diferentes, los tratamientos deberán de ser los adecuados para cada una de ellas de las que podemos destacar las siguientes:

- Puede generar problemas de memoria y aprendizaje. Las dietas con un alto contenido de azúcares y grasas puede suprimir la actividad de un péptido del cerebro denominado BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro), que ayuda en la formación de la memoria y el aprendizaje.
- Depresión en los jóvenes. La comida basura carece de nutrientes esenciales, el riesgo de padecer depresión aumenta si se consume habitualmente.
- Fatiga y debilidad. Este tipo de alimentos carecen de nutrientes esenciales como

las proteínas o vitaminas que el organismo requiere para mantenerse saludable y funcional.

- Problemas digestivos. La comida basura provocando problemas digestivos como reflujo o síndrome de colon irritable. La falta de fibra obstaculiza la digestión y aumenta el riesgo de padecer hemorroides y constipación.
- Aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. La comida rápida está principalmente conformada de grasas saturadas y grasas trans, que aumentan directamente los niveles de triglicéridos y colesterol "malo" (LDL) en la sangre, lo que lleva a la formación de placas y de enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades renales. Los niveles elevados de grasas "malas" y el sodio de la sal afecta el balance sodio-potasio del cuerpo, generando hipertensión. Como los riñones son los encargados de filtrar las toxinas de la sangre, la ingesta de mucha comida basura tiene un efecto directo en su funcionamiento.
- Problemas de hígado. Un reciente estudio asegura que quienes comen comida basura y no realizan ejercicio presentan cambios en las enzimas del hígado en tan solo 4 semanas. Estos cambios son similares a los observados en quienes tienen un problema de abuso de alcohol.
- Aumenta el riesgo de padecer cáncer. La falta de fibra es el principal motivo de por qué el consumo de comida basura se asocia a un mayor riesgo de cáncer en el sistema digestivo.
- Puede causar diabetes tipo 2. Cuando consumimos comida basura, el estrés que genera en el metabolismo afecta la capacidad del cuerpo de utilizar la insulina correctamente. Como este tipo de comida no tiene fibras, su consumo lleva directamente al aumento en los niveles de azúcar en sangre.
- Aumenta el riesgo de demencia. Este es uno de los descubrimientos más atemorizantes en relación al consumo de comida basura. Como seguramente sabéis, la insulina se produce en el páncreas y ayuda en el transporte de la glucosa para el resto del cuerpo. La insulina también se produce en el cerebro, donde ayuda a transportar las señales entre las células nerviosas y la formación de memorias. Existen estudios que sostiene que el exceso de comida basura y dulces puede aumentar sustancialmente los niveles de insulina en el cuerpo, y que al igual que con la diabetes tipo 2, el cerebro deja de responder a esa hormona y se vuelve resistente a ella. Esto puede restringir nuestra habilidad de razonar, crear recuerdos y por tanto, aumentar el riesgo de padecer demencia.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de no formar parte de los países con mayor índice de consumo en este tipo de alimentación, en nuestro país la tendencia es claramente creciente y, en consecuencia, las expectativas en materia de salud se presentan preocupantes. Las estadísticas demuestran, coincidentes en los distintos estudios realizados, que el crecimiento del consumo de este tipo de alimentos es preocupantemente elevado. Si tenemos en cuenta que los sectores sociales donde mayor incremento se advierte son las etapas infantil y adolescente, el futuro en materia de salud se presenta más preocupante aún.

Los cambios en la sociedad durante las últimas décadas han tenido en la salud consecuencias destacables. Sociedades vertiginosas, estresantes, donde la poca disposición de tiempo libre nos arrastra a ciertos patrones de conducta diaria poco saludables. La prevención, una vez más, juega un papel fundamental desde el que deben asentarse las bases de una concienciación de la sociedad en los beneficios que se desprenden de una vida saludable y donde la buena alimentación debe ser un pilar imprescindible en nuestro día a día.

Desde el gobierno y las administraciones competentes se deben promover iniciativas de concienciación de los riesgos que entraña para nuestra salud el consumo habitual de comida rápida. Dada la cantidad de patologías que se pueden derivar de este tipo de malos hábitos, no estarían de más campañas de publicidad similares a las del consumo de tabaco, alcohol o drogas, así como un mayor y más estricto control de este tipo de alimentos, por parte de los órganos competentes en materia de salud.

6 Bibliografía

- <https://noticias.universia.es/cultura/noticia/2015/>
- <https://mejorconsalud.com/los-riesgos-de-consumir-comida-rapida/>
- <https://www.tucanaldesalud.es/es/tusaludaldia/articulos/riesgos>
- <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/>
- <http://www.blogdeasisa.es/bienestar/alimentacion/peligros>
- <https://www.healthychildren.org/Spanish/healthy-living/nutrition>
- <https://www.trendencias.com/belleza/adicta-a-la-comida-basura-pauta>

Capítulo 276

EDAD MADURA, EJERCICIO FÍSICO Y MENTAL: FUNCIONES PERSONAL SANITARIO

JORDANIA YELUL RAMOS

ADRIANA TOMA

SILVIA ALONSO FERNÁNDEZ

JOSE LUIS GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Al alcanzar la etapa conocida como madurez aquella entre los 55 y los 65 años, la práctica de ejercicio físico nuestra calidad de vida durante la tercera edad. Y es que “el periodo comprendido entre estos años es vital para llegar a la vejez en condiciones óptimas”, según afirman diferentes entrenadores personal y personal sanitario ya que dentro de la metodología sanitaria cada día se establece más la presencia del mundo del deporte para favorecer la no aparición de enfermedades sociales y mentales

Pero adoptar un plan de entrenamiento específico entre los 55y los 65 años no sólo es clave para tener una buena calidad de vida a largo plazo, sino que también nos ayudará a prevenir los peligros del sedentarismo para la salud, ya que suele ser una época propicia para abandonarse a la inactividad física debido a las cargas profesionales y familiares, que hacen que cada vez se salga menos de casa después

del trabajo para tener tiempo de atender las tareas del hogar y descansar, hasta que finalmente se renuncia a practicar cualquier tipo de deporte.

La Tercera Edad, según la OMS, todo individuo mayor que pasa de 60 años se le considera de la Tercera Edad, de 60 a 74 se considera edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas y si sobrepasan la edad de 90 años se les considera grandes viejos o grandes longevos.

La alimentación es una función orgánica a través de la cual el ser humano continúa con vida, es una función junto con la respiración que tiene el ser humano, se consideran una de las más importantes .

El individuo tiene una serie de etapas en su vida, en las cuales tiene unas necesidades nutricionales, vitales diferentes, a las cuales voy hacer referencia a lo largo del capítulo así como a sus necesidades de ejercicio físico para que tenga una calidad de vida excelente

2 Objetivos

- Identificar las principales necesidades que tienen las personas para tener una vida sana y longeva.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se han empleado búsquedas realizadas con los siguiente métodos ,búsquedas bibliográficas a través de Google Académico, paginas Web así como diversas revistas científicas así como bases de datos ejemplo Pubmed, Scopus, Medline, Ebsco y google académico. Se han empleado como descriptores: alimentación, ejercicio físico, anciano, longevidad, salud. se han empleado como criterios de inclusión: textos en castellano e inglés.

4 Bibliografía

- Claros, J. A. V., Cruz, M. V. Q., & Beltrán, Y. H. (2012). Efectos del ejercicio físico en la condición física funcional y la estabilidad en adultos mayores. Revista hacia la promoción de la Salud, 17(2), 79-90.

- Barrios Duarte, R., Borges Mojaiber, R., & Cardoso Pérez, L. D. C. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19(2), 0-0.
- Calero Morales, S., Klever Díaz, T., Cumbajin, C., Ramiro, M., Rodríguez Torres, Á. F., Analuiza, A., & Fabián, E. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 366-374.
- Uribe, A. F. R., Orbegoza, L. J. V., & Linde, J. M. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258.
- Espín Andrade, A. M. (2012). Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista cubana de salud pública*, 38, 493-402.
- Cardoso, E. M., Soto, S. S., Hernández, A. G., & García, M. F. (2005). Depresión en el adulto mayor: frecuencia y factores de riesgo asociados. *Atención Primaria*, 36(6), 345-346.
- De León-Arcila, R., Milián-Suazo, F., Camacho-Calderón, N., Arévalo-Cedano, R. E., & Escarpín-Chávez, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 277-284.
- Gac, H., Marín, P. P., Castro, S., Hoyl, T., & Valenzuela, E. (2003). Caídas en adultos mayores institucionalizados: Descripción y evaluación geriátrica. *Revista médica de Chile*, 131(8), 887-894.
- Uribe, A. F. R., Orbegoza, L. J. V., & Linde, J. M. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el Caribe*, (25), 246-258.
- Restrepo, A. E., Arango, D. C., Cardona, Á. M. S., Molina, J. O., Gómez, J. J. O., & Maya, L. M. C. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas psychologica*, 12(1), 81-94.
- Sena, C. M., Moral, J. C. M., & Pardo, E. N. (2008). Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 24(2), 312-319.
- Sánchez, R. O., de Cossío, Á. R., de la Morena, J. C., Álvarez-Vijande, A. M., López, A. G., & Córdoba, C. P. (2008). Anciano frágil y calidad de vida. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(3), 101-105.

Capítulo 277

EL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE EL CONSUMO DE DROGAS

MARÍA AMOR MIER ALVAREZ

PAULA NOYA MOURE

CRISTINA SUAREZ ALVAREZ

VERONICA RUIZ LÓPEZ

MANUEL ROLDAN MENÉNDEZ

1 Introducción

En Europa la cocaína es la Sustancia Psicoactiva (SPA) ilegal de mayor consumo entre los jóvenes de edades entre los 15 y 34 años, se estima que alrededor del 1,7% de este grupo de edad habrían consumido cocaína en el último año. En España alrededor del 3,6% de los jóvenes consumieron cocaína el último año, con más del doble que la media ponderada de la región, posicionándolo como el país con mayor consumo de esta sustancia, seguido del Reino Unido (3,3%), Irlanda (2,8%) y Dinamarca (2,4%). En contraste los países con menos consumo son Grecia y Rumania (0,2%).

Por otra parte, el cannabis es la SPA ilegal más consumida entre todos los grupos de edad, España ocupa el cuarto puesto de la clasificación (con una tasa de prevalencia del 17%), sólo superada por República Checa (18,5%), Dinamarca (17,6%) y Francia (17,5%). El menor consumo de cannabis se detecta en Rumania (0,6%), Malta (1,9%) y Grecia (3,2%).

Los jóvenes españoles también superan la media comunitaria en consumo de éxtasis (con una tasa de prevalencia del 1,4% en el grupo de edad entre 15 y 34 años, frente al 1% de promedio en la unión Europea) y anfetaminas (1,1% frente al 0,9%).

Enfermería como parte del equipo terapéutico desarrolla sus funciones dentro de un proceso de atención integral, que debe ser dinámico, flexible y personalizado, capaz de acomodarse a las necesidades de cada individuo y de cada momento, mediante un sistema de evaluación continua del paciente, abordando de manera sistemática, rigurosa y eficaz, la problemática generada a partir del consumo, la dependencia y el abuso de las sustancias psicoactivas.

La enfermería en salud mental es un área especializada dentro de la práctica de enfermería, que emplea teorías de comportamiento humano como ciencia y como arte. Está dirigida hacia los impactos preventivos y correctivos sobre los trastornos mentales y sus secuelas y se preocupa por fomentar una salud mental óptima en nuestra sociedad.

Una de las labores más importantes del personal de enfermería, consiste en favorecer la adherencia al tratamiento con el objetivo de propiciar el abandono del consumo de drogas. Aun así, todavía queda mucho trabajo por hacer para lograr reducir la morbilidad y mortalidad derivadas del consumo de drogas.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Establecer el protocolo de actuación ante el paciente consumidor de drogas.

Objetivos específicos:

- Describir la valoración inicial de enfermería al paciente consumidor de drogas.
- Establecer la actuación terapéutica de enfermería ante el paciente consumidor.

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 dato: Cuiden, Scielo, Medline, Proquest, Pubmed, Elsevier y Google académico.

Para la realización de la búsqueda se utilizó las siguientes palabras claves: actuación de enfermería, protocolo, papel de enfermería, sustancias psicoactivas ilícitas. Se encontraron artículos en inglés y español, de los cuales se han utilizado los artículos de los 10 últimos años.

4 Resultados

Protocolo de enfermería ante el paciente consumidor de drogas: para favorecer una mejora en la atención a este grupo de pacientes, se tendrá en cuenta los siguientes aspectos:

- Realizar una valoración de enfermería al ingreso, más encaminada en conocer qué tipo de sustancia o sustancias son habitualmente consumidas, en qué cantidad, en qué ambiente y la finalidad del consumo.
- Entrevista motivacional, esta se realizará pasados unos días del ingreso cuando el paciente se encuentre adaptado a la unidad. La finalidad es darle a conocer los beneficios de la disminución del consumo

Realización de actividades encaminadas al fomento de las habilidades sociales, taller de relajación y manejo y control del estrés.

- En la medida que sea posible, se puede valorar realizar intervenciones familiares donde poder implicar a la familia para que conozca la naturaleza del problema y las pautas a seguir para ayudar a su familiar.

Se incidirá en la importancia de evitar la hipervigilancia y actitudes culpabilizadoras con su familiar, que pueden remover más al paciente y provocar efecto contrario pudiendo recaer en un consumo o que éste incluso se vea aumentado por una respuesta de enfado y rechazo. Es importante fomentar, para evitar las recaídas, las siguientes acciones:

- Educación para la salud tanto individual como grupal.
- Entrenamiento en prevención de recaídas focalizada en habilidades conductuales para hacer frente a los impulsos y situaciones de riesgo.
- Supervisión y verificación de la administración farmacológica prescrita durante su ingreso hospitalario.

En el manejo del paciente hay que tener en cuenta los siguientes puntos para favorecer su mejoría:

- Establecer y mantener buena relación terapéutica.
- Vigilar el estado clínico del paciente (signos de abstinencia, temperatura, tensión arterial).
- Acordar y facilitar con el paciente el cumplimiento del programa terapéutico.

- Prevención de recaídas.
- Educación familiar.
- Evitar secuelas.
- Favorecer la coordinación con otros profesionales para mejorar la comunicación de avances y cambios en el paciente.

Para favorecer una mejora en la atención a este grupo de pacientes, se tendrá en cuenta los factores de riesgo y de protección frente a posibles recaídas. En cuanto a los factores de protección, se entienden todos aquellos elementos que promueven y garantizan la estabilidad a corto, medio y largo plazo de la situación clínica y psicosocial del paciente. Estos son:

- La adherencia al tratamiento psicofarmacológico.
- El cumplimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras.
- La optimización de la capacidad de afrontamiento mediante entrenamiento psicosocial: la potenciación de este aspecto implica por tanto el fortalecimiento y/o el desarrollo de las competencias del paciente en su interacción con el medio. Esta estrategia es en todo punto congruente con el modelo de “Vulnerabilidad – Estrés” y con su adaptación de “Vulnerabilidad Cruzada”, aplicada a la patología dual.
- La disponibilidad de un adecuado apoyo familiar y social.
- La disponibilidad de apoyo profesional multidisciplinar especializado.
- El desarrollo de una actividad laboral protegida u ordinaria; ya que protege tanto por el lado de la integración social (frente a la marginalidad y la exclusión) como por el de la estructuración de la jornada y el establecimiento de la diferenciación básica entre trabajo, tiempo libre y ocio.

En todo caso, se trata de elementos que son moldeables y por eso podemos trabajar sobre ellos de forma operativa, ya que el propósito de nuestro abordaje es crear condiciones de seguridad que deben ser dispuestas desde las fases iniciales de tratamiento y cuya adquisición debe secuenciarse bajo supervisión técnica.

Factores de riesgo: otros agentes que potencialmente son susceptibles de generar un desequilibrio y que en consecuencia, aproximan al paciente o lo sitúan en una posición de mayor vulnerabilidad frente a una posible recaída, son los siguientes:

- Incumplimiento del tratamiento farmacológico.
- Inadecuado seguimiento de actividades terapéuticas y rehabilitadoras.
- Escasez o pobre repertorio de habilidades de afrontamiento.

Nuestros pacientes van a ser más vulnerables al impacto de eventos estresantes. De este modo y si dispone de un pobre repertorio de habilidades de afrontamiento, podrá exacerbar la aparición de sintomatología psiquiátrica o au-

mentar la probabilidad de consumo, de modo que el paciente se encuentra en una situación de elevado riesgo de recaída. El paciente con patología dual tiene menos capacidad de soportar este ánimo desagradable y a menudo ejecuta consumos de una u otra sustancia para compensar su efecto.

Otros estresantes específicos potencialmente desequilibrantes:

- Ausencia de una fuente de ingresos económicos: merma la capacidad del paciente para auto gestionarse total o parcialmente.
- Carecer de soporte y/o alternativa residencial: la ausencia de una alternativa de alojamiento es una las causas más frecuentes de recaída en patología dual tras la obtención del alta.
- Tener causas judiciales pendientes o condena firme en espera de recurso: en el caso de drogodependientes rehabilitados que han rehecho su vida.
- Tener deudas con entidades o terceras personas: a menudo el paciente con patología dual, hereda deudas que adquirió en época de consumo activo o de alta inestabilidad clínica.

Para realizar intervenciones enfermeras de óptima calidad es preciso realizar en la valoración inicial unos adecuados diagnósticos de enfermería para que nuestros cuidados sean individualizables y perdurables en el tiempo.

Cuidados generales: algunos problemas que se producen por consumo de sustancias son: inquietud e insomnio, alteración nutricional de líquidos y electrolitos, agotamiento físico, ansiedad, agitación, disminución de la concentración, compulsión de consumo apremiante y/o trastornos de la personalidad, entre otras alteraciones.

Los objetivos que debemos buscar son tranquilizar al paciente y conseguir un reposo adecuado, disminuir su agresividad, conseguir que la persona afectada realice una correcta alimentación, normalizar sus actuaciones y su personalidad y/o reestablecer su estado físico, entre otros.

Como actividades o intervenciones destacan: crear un ambiente sin exceso de estimulación, administrar los fármacos prescritos y enseñar lo necesario acerca de la medicación pautada, realizar un control médico y diagnóstico periódico, participaren las terapias psicológicas y psiquiátricas de deshabitación, enseñar a recobrar los hábitos alimenticios, promover el diálogo y la reflexión en el paciente y/o favorecer la expresión de sus pensamientos y sentimientos para el aumento de la autoestima.

Entre los cuidados generales destacan:

- Procurar un ambiente tranquilo.
- Informar y educar sobre el daño y los riesgos, y explicar los beneficios de dejarlo.
- Organizar actividades de ocio.
- Potenciar de forma positiva los logros.
- Buscar motivaciones y apoyos en asociaciones.
- Explicar los beneficios de dejar el consumo.
- Fortalecer su voluntad y asertividad.
- Detectar los estados de ansiedad por si fuera necesario aplicar tratamiento.
- Es importante el tratamiento individualizado.
- Desarrollo de la relación de ayuda. Es necesario ser muy pacientes ya que la irritabilidad, la agresividad, la confusión, entre otros síntomas, hace difícil el trato y la convivencia con la persona afectada. También es útil analizar con la persona la necesidad de ayuda para afrontar la situación conflictiva.
- Vigilar el sueño, la alimentación, los cambios de ánimo y la aparición de infecciones, si las hubiera.
- Consensuar el plan de cuidados y la fecha para dejarlo.
- Consensuar el plan de cuidados orientado a disminuir los riesgos derivados de los consumos que no se desean abandonar en estos momentos.

El tratamiento de elección para la conducta adictiva es la psicoterapia y, solo por indicación médica el farmacológico (y según los casos). En cualquier caso, los tratamientos deben ser individualizados ya que una persona puede necesitar un programa y una medicación distinta a otra, aunque ambas consuman el mismo tipo de sustancia.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que la mejor estrategia para hacer frente al flagelo de consumo de drogas es la prevención, el personal de enfermería se encuentra presente en los diferentes tipos de prevención del consumo, no obstante, la literatura afirma la dirección de los roles de enfermería hacia los procesos administrativos.

Diversos estudios muestran que la prevención debe iniciar en hogares estables, armoniosos, establecimiento de estilos de vida ajenos a las drogas, el desarrollo de valores morales, el culto a la espiritualidad y dignidad del hombre, la práctica de deporte para hacer realidad el principio de mente sana en cuerpo sano, la educación para la salud desde fases tempranas y el desarrollo de una actitud social de total intolerancia al consumo de sustancias.

La identificación e intervención de los factores de riesgo personales y de entorno tanto familiar como comunitario, se constituye como la principal actividad de enfermería en el proceso de rehabilitación del paciente consumidor de SPA. A pesar de lo descrito anteriormente se observa que la intervención de enfermería tanto en la prevención como en la rehabilitación es poco reconocida por la comunidad científica. Enfermería debe ir dirigiendo su rol a ir más allá de los cuidados de enfermería y extenderse hacia los programas de tratamiento, tanto en el ambiente hospitalario como comunitario. Al perfilar las características del grupo de consumidores de SPA ilícitas, se puede empatizar de forma efectiva con este para lograr de forma exitosa el cumplimiento de las pautas de tratamiento psicoterapéutico planteado para cada caso en particular. Las alternativas terapéuticas fomentan la participación del paciente, ya que se realizan estrategias que empoderan al paciente consumidor en su propia rehabilitación, siendo alternativas que se pueden implementar de una manera más funcional a los pacientes que no les ha funcionado la medicación.

6 Bibliografía

- Colegio oficial de enfermería de Madrid (CODEM). Protocolo de atención al paciente drogodependiente. España. [Actualizada 22 de Junio de 2014].
- Limonta H, Hernández A. Conducta del personal de enfermería frente al consumo de drogas ilegales en pacientes hospitalizados en nuestro centro. Cuba. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2011, 8(1).
- Rodríguez E, Plaza S. Manual de enfermería en adicciones a sustancias y patología dual. España; 2018. Editorial Díaz de santos, ISBN: 978-84-9052-088-8.
- Romero D. Rol de enfermería frente a la prevención, el tratamiento y la rehabilitación del consumo de SPA [TESIS]. Colombia, 2018; Universidad de ciencias aplicadas y ambientales U.D.C.A, facultad ciencias de la salud.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias. España, 2015.
- Argüelles Eransus J. Atención de enfermería en la drogodependencia [monografía]. España. Universidad pública de Navarra. [Actualizada 02 de marzo de 2015].

Capítulo 278

LA CLASIFICACION, GESTION Y RECICLAJE DE RESIDUOS HOSPITALARIOS POR EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA

MARIA FLOR MARTIN MAYOR

MARÍA PÉREZ BARRIOS

MARÍA JESÚS MORILLO IGLESIAS

YLENIA EXTREMERA JAMBRINA

1 Introducción

Gestionar los residuos es reducir al mínimo los desechos enviados a los vertederos. Dicha gestión es tratar de reciclar, obtener energía con los desechos y hacer productos con menos materia prima nueva. Cada año hay muchos más recursos y no dejan de aumentar, como residuos especiales, peligrosos, urbanos, biosanitarios, cadáveres, restos humanos, residuos químicos, radiactivos e industriales.

La mejor solución es reducir los residuos y en reciclar para reutilizar materiales. Los residuos se pueden clasificar por estado, origen o características. Por estado: Sólidos, líquidos y gaseosos.

Por origen: Residuos municipales. Van asociados a factores culturales y nivel de ingresos. A mayores ingresos más residuos generan. Residuos industriales. Van asociados a la tecnología, la materia prima, propiedades físicas y químicas, combustible, envases y embalajes. Residuos mineros. Asociados a materiales para extraer minerales y del proceso minero. Residuos hospitalarios. Van desde tipo residencial, comercia hasta tipo medico (tratamientos, diagnostico, humanos y animales, preparación de pruebas de organismos vivos o sus productos.

Me voy a centrar un poco más en estos residuos ya que son en los que interviene el técnico en cuidados auxiliares de enfermería. El plan nacional de residuos consta de seis programas:

- Plan nacional de prevención.
- Plan nacional de recuperación y reciclaje.
- Plan nacional de residuos de envases y envases usados.
- Plan nacional de compostaje.
- Plan nacional de valoración.
- Plan nacional de eliminación.

Además el reciclaje es tener materia prima a partir de desechos, volviendo a reutilizar. Así se usaran menos recursos naturales y se eliminaran desechos residuos ya existentes.

2 Objetivos

Explicar los principales aspectos relacionados con la clasificación, gestión y reciclaje de residuos hospitalarios por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

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

Se clasificaran los residuos por segregación:

- GRUPO I. ASIMILABLES A URBANOS. Cartón, papel y material de Oficina. Envoltorios y plásticos. Residuos de cocina, bares y comedor. Residuos de jardinería y taller. Materiales grandes (muebles, colchones, etc.)
- GRUPO II. SANITARIOS NO ESPECIFICOS. Sacos o bolsas verdes. Textiles manchados con fluidos corporales no infecciosos. Materiales de curas: compresas, vendajes, apósitos, etc. Bolsas vacías de orina, sondas vesicales, nasogástricas, etc. Material de un solo uso para la recogida de líquidos corporal (bolsas de colostomía, viales e medicación vacíos, etc.)
- GRUPO III. SANITARIOS ESPECIALES. Bolsas o contenedores rígidos de color amarillo. Residuos sanitarios infecciosos y anatómicos. Residuos de sangre y hemoderivados en forma líquida. Agujas, material punzante y cortante. Vacunas de virus vivos atenuados. Medicamentos desechados. Material de laboratorio de microbiología.
- GRUPO IV. CITOSTATICOS Y SUSTANCIAS QUIMICAS. Contenedores rígidos de color azul. Residuos citoestáticos. Medicamentos caducados. Pilas de botón. Líquido fotográfico, fijador y revelado. Formol. Disolventes no clorados.

Uno de los objetivos principales es reducir la producción de residuos y conseguir que mejore medio ambiente, disminuyendo el transporte a vertederos y sedes de reciclado, además de reducir la contaminación. Además de reducir los residuos, si usamos nuevamente materiales ya existentes, se usaran menos materias primas.

Así conseguiremos las tres erres:

- Reducir el gasto en materia prima.
- Reutilizar materia ya existente.
- Reciclar residuos.

Con todo ello conseguiremos mejorar la contaminación tanto del agua, como la emisión de gases y prevenir los problemas que dan los vertederos y incineradora. Si reciclamos conseguiremos que la utilización de nueva materia prima sea menor con lo que ayudaremos a conservar mejor el planeta y lucharemos contra el cambio climático, además de ahorrar energía. El reciclaje no solo se debe hacer a nivel de empresas y hospitales, también se realizara en los domicilios domésticos, donde se genera gran parte de los residuos que van al vertederos. Al reutilizar materiales ya existentes, además de reducir costes de producción, también ayuda a contaminar menos, porque cosas que terminarían en los vertederos, se utilizan

para otra cosa. Con la recogida de residuos también se ayuda a la economía, ya que todos esos residuos que reciclamos, tienen que ir a empresas especializadas donde personal lo clasifique y organice, por lo que se generan puestos de trabajo. Los residuos hospitalarios son aquellos que se generan después de prestar un servicio de salud. Se generan gran parte y se deben tratar de una forma especial para evitar la propagación de infecciones y enfermedades. Hay una amplia clasificación, tales como no peligrosos, biodegradables, reciclables, inertes, comunes, peligrosos, infecciosos, biosanitario, cortantes y punzantes, químicos, medicamentos (medio consumidos, caducados o en mal estado), metales pesados, citotóxicos, reactivos, aceites usados y reactivos.

La mayor parte de los residuos se generan en los domicilios, además de en la industria y también a nivel hospitalario. Según del material de lo que estén hechos se clasificara en un grupo u otro.

- Grupo I. Asimilables a urbanos. Para tenemos contenedores en la calle cerca de los domicilios. Tanto de cartón y papel donde podemos meter revistas, periódicos y cajas de cartón en el contenedor azul. Botellas y vasos de plásticos, bricks (envases de leche, zumo, caldo, etc.) latas de conserva, bandejas y cajas de corcho blanco y bolsas de plástico excepto las de basura en el contenedor amarillo, todo ello se meterá sin tapón. Botellas de vino, agua, licores, tarros de mermelada, perfumes, etc. en el contenedor verde. Se tirara son tapón de plástico ni corcho en el algunos sitios también hay un contenedor verde oscuro que es donde se puede depositar cristal, como vajilla y cristales que no vidrio que no es lo mismo. Los residuos orgánicos de origen animal y vegetal que se generan en el hogar se meterán en el contenedor marrón. Para materiales grandes, como muebles, colchones, electrodomésticos, etc., se llamara a un número de teléfono y te dirán que día pasaran a recogerlo para que lo saquemos a la calle y ellos lo llevaran a un punto limpio. También hay puntos limpios repartidos por distintos lugares donde se recogen pilas, fluorescentes y bombillas, cd's, aceite de cocina y motor, escombros y chatarra, ropa y aerosoles. Luego pasaran el personal de la empresa de reciclaje y cada cierto tiempo vacían los contenedores. Para todos aquellos residuos que no se puedan meter en ninguno de estos contenedores, se meterá en bolsas negras o sacos y se meterá en el contenedor gris.

- Grupo II. Sanitarios no específicos. Se realizara la recogida en sacos o bolsas verdes. Son desechos que son ser peligrosos tienen fluidos corporales. Material textil manchado de fluidos corporales no infecciosos. Material desechable de las curas (gasas, vendas, apósitos, etc.). Material para la recogida de fluidos (bolsas de orina, primero serán vaciadas por el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en el wc o vertedero sino es de pacientes infecciosos, sondas vesicales,

empapadores, nasogástricas, etc.) y material también de recogida de un solo uso (bolsas de colostomía, viales vacíos, excepto citostáticos). Materiales procedentes de hemodiálisis no contaminados con virus de transmisión sanguínea. Sangre y hemoderivados en forma líquida, que contenga menos de 100 ml. Envases y contenedores de sangre y sueros usados con fines terapéuticos. Medicamentos caducados, restos de medicamentos no terminados o en mal estado menos los citostáticos.

- Grupo III. Sanitarios especiales. Serán desechados en contenedores rígidos o bolsas amarillas. Se meterá todo material punzante o cortante, así como agujas, lancetas, etc. En contenedor rígido para evitar que el personal sanitario y posteriormente donde se procesen dichos residuos puedan sufrir algún daño o lesión. Se meterán en bolsas amarillas los residuos sanitarios infecciosos, laboratorio de microbiología, vacunas vivas y atenuadas, placas de petri, hemocultivos y filtros de campana de flujo laminar.
- Grupo IV. Citostáticos y sustancias químicas. Se desechará en contenedor rígido de color azul. Residuos y medicamentos citostáticos, pilas de botón, formol, disolventes no clorados, residuos radiactivos y radiológicos. Los contenedores rígidos deben estar debidamente identificados externamente donde pondrán a qué grupo pertenecen y que contiene.

El resultado de toda esta gestión de los residuos y el reciclaje, es proteger el planeta y los recursos naturales, así como preservar el buen estado de los seres vivos, animales y vegetales. Menos contaminación, ya que al generar menos residuos se acumulan menos en los vertederos. Ahorro de energía ya que se utilizan menos para producir nuevos productos en las fábricas y ahorro económico por lo mismo al producir menos productos se utiliza menos materia prima nueva. El reciclaje se realiza para obtener el resultado de cuidar el medio ambiente así como a la humanidad, además del ahorro.

5 Discusión-Conclusión

Tener una buena gestión de residuos para el bienestar de la población, porque sino se realiza, puede producir malestar, enfermedades y ser molesto para las personas y animales. Para ello se tiene que realizar una buena planificación y cada sector realizara su clasificación. En los residuos hospitalarios cada personal se encargara de los residuos generados en si profesión, con ello quiero decir, por ejemplo, que las enfermeras que usan material punzante y cortante, una vez usado lo desechara y meterán en el contenedor rígido amarillo.

Así como los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, por ejemplo, cuando cambian las bolsas de orina, las vaciaron en el wc o vertedero y luego las desecharon como los empapadores o cualquier material con los que trabaja y usa para desarrollar sus funciones durante su trabajo diario, en la bolsa o contenedor que proceda.

Se realizara una organización a corto y largo plazo. En el que se marcaran unas pautas a seguir para que todo el mundo las realice igual. Después de clasificarlos, para su eliminación o bien se contrata a una empresa externa o en dichas empresas y hospitales que necesitan desechar sus residuos deben de contratar a personal ya especializado para ello. Si no es para su eliminación y es para su reciclaje, se llevaran a una central de reciclaje o punto limpio para su oportuna clasificación y posterior reutilización.

De unos años para acá cada vez se está concienciando más la gente de la necesidad de reciclar para proteger nuestro planeta. De hecho hay muchos programas a través de ayuntamiento, municipios y colegios para enseñar a la gente a reciclar de una forma correcta. Ya que mucha gente no sabe cómo se debe hacer. Yo creo que se debe empezar a enseñar desde edades tempranas que es la mejor forma de aprender y llevarlo para adulto. De ahí la importancia de los programas y charlas en colegios.

6 Bibliografía

- <https://www.madrimasd.org>
- <http://www.contrumatico.com>
- <http://www.blog.oxfamintermon.org>
- <http://www.diarioinformacio.com>
- <http://www.dadiscartagena.gov.com>
- <http://www.iresiduo.com>

Capítulo 279

CUIDADO DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA A LA PERSONA EN SITUACIÓN TERMINAL

JOHANNA CUERVO DE LA NOVAL

ISABEL GONZÁLEZ GARCIA

ROSA MARÍA GIL OLMOS

MARÍA JOSÉ GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

El concepto de fase terminal surge de la atención a personas con cáncer en fase avanzada y posteriormente se extendió a otras enfermedades que comparten algunas características similares.

La enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo y que por ello conlleva la muerte en un periodo inferior a 6 meses, es progresiva, provoca síntomas intensos, multifactoriales cambiantes y conlleva un gran sufrimiento en la familia y en el paciente, en la cual los cuidados del TCAE (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería) son una parte muy importante del tratamiento para asegurar unos buenos cuidados paliativos.

2 Objetivos

En la situación terminal el objetivo de la atención médica no es "el curar" sino el de "cuidar" al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad.

Los objetivos principales son:

- Bienestar.

La confortabilidad del paciente es el objetivo de todo el proceso asistencial.

- Atención integral.

El paciente y su familia son considerados como unidad, proporcionándoles una atención integral e individualizada.

- Control de los síntomas.

El control de los síntomas se realizará mediante tratamientos consensuados en función de las repercusiones que provoquen en el paciente y no del tiempo que le quede de vida.

- Apoyo emocional y comunicación.

El control de los síntomas suele ser insuficiente para confortar al paciente, ya que la enfermedad altera funciones personales a otros niveles (laboral, social, familiar, económico) dando lugar a múltiples conflictos que necesitan resolverse para que el paciente pueda sentirse mejor.

3 Metodología

-Revisión sistemática de las publicaciones sobre los cuidados del TCAE a la persona en situación terminal, se consultaron diferentes bases de datos (Dialnet y Medline), se aplicó un filtro e idioma (trabajos publicados en castellanos) y periodo temporal (2010-2019).

4 Resultados

Los resultados establecen unos objetivos principales a los que deben aspirar los cuidados de los TCAE con los pacientes en fase terminal.

El principal de ellos es el bienestar, los técnicos en cuidados deben asegurar en todo momento la dignidad de las personas, tratando de mejorar su calidad de vida y de disminuir el sufrimiento durante esta fase.

Otro de los objetivos recogidos en la literatura consultada es la atención integral, considerando al paciente y a la familia como una unidad y teniendo en cuenta sus necesidades tanto a nivel físico como emocional y espiritual, por último se establece como otro de los objetivos el control de los síntomas del paciente teniendo siempre en cuenta la relación beneficio-coste-iatrogenia y a la opinión del paciente y la familia.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que los cuidados del TCAE al paciente en fase terminal deben basarse en la búsqueda del bienestar del paciente ofreciendo una atención integral y teniendo siempre en cuenta sus decisiones y los de la familia que lo acompaña.

Los TCAE debemos seguir trabajando en esta línea, desarrollando nuevas intervenciones que aseguren unos cuidados paliativos de calidad.

6 Bibliografía

- Google Académico.
- "Auxiliar de Enfermería" Editorial Mad.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 280

ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA, SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA.

NOELIA ÁLVAREZ BERNARDINO

ELISA NATIVIDAD GARCIA BLANCO

MARIA TERESA GARCIA GONZALEZ

ANGÉLICA VÁZQUEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La palabra fibromialgia viene del latín "fibro", que significa "fibra o tejido fibroso" , mi , que proviene del griego myo- "músculo" y -algia es el "dolor". Así que la etiología de la palabra dice dolor en el músculo y tejido fibroso.

La fibromialgia es un desorden persistente, difícil y doloroso, que afecta a las personas física, mental y socialmente. Su característica principal es por el dolor siempre presente de origen desconocido. Además del dolor músculo esquelético tiene también como síntoma la fatiga, rigidez articular cefaleas, ansiedad, alteraciones del sueño, depresión. Estos síntomas son de intensidad cambiante, pueden llegar a ser totalmente invalidantes y perjudicar el desarrollo de las actividades del día a día. Datos sacados por diferentes estudios dicen que la prevalencia de la fibromialgia en la población española es del 2,4% siendo el número de mujeres con fibromialgia muy superior al de los hombres. Fue en el año 1992 cuando se

reconoció por la OMS y por la asociación Internacional para el estudio del dolor (IASO) aunque a día de hoy aún hay médicos y científicos que siguen con una postura incrédula ante esta enfermedad.

Diagnóstico.

El colegio Americano de reumatología (ACR) fue quién implantó unas pautas para empezar a encasillar esta enfermedad redactando tres características que tenían que presentar los pacientes.

1. Dolor generalizado si hay dolor en alguna parte del esqueleto axial (columna cervical, dorsal o lumbar y pared torácica) y en tres de los cuatro cuadrantes del cuerpo con excepción solamente dos si coinciden ser cuadrantes opuestos.
2. Se tiene que tener malestar en once de los dieciocho puntos débiles, sin tener ninguna causa médica que aclare este dolor. Para verificar si hay molestias se tiene que hacer una presión de cuatro kilos sobre los puntos sensibles, normalmente coincide con el momento en el que cambia la coloración subyugal del explorador.
3. La continuidad de las molestias tiene que ser igual o mayor que tres meses.

El diagnóstico de la fibromialgia se forma principalmente en los síntomas clínicos del paciente ya que no hay datos analíticos o de exploración radiológica. También es necesario realizar pruebas para descartar otras causas que prueben la sintomatología, como enfermedades de tipo de lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide o espondiloartropatías.

La ACR en 2010 reconoce los límites de este método, era incorrecta su puesta en marcha y no tenía en cuenta varias manifestaciones características de la fibromialgia, como la alteración del sueño, fatiga o las parestesias. Últimamente existen otros métodos para diagnosticar como el que expone el Documento de Consenso Interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia que tiene como base la clasificación de Giesecke. En la que se tiene en cuenta el estado de ánimo, midiendo la depresión y ansiedad, las variables biológicas y los aspectos cognitivos, incluyendo la sensibilidad al dolor. Este método fue escogido por el grupo profesional porque es más adecuado a la realidad clínica y deja valorar los aspectos biológicos y psicológicos como los cognitivos.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Comprobar las causas que contribuyen en la selección del tratamiento y las posibilidades terapéuticas que hay.

Objetivos específicos:

- Detallar la existencia de la comorbilidad y su consecuencia en la preferencia del tratamiento.
- Analizar los mecanismos fisiopatológicos y su transcendencia en el encuentro de métodos terapéuticos.
- Pensar en las funciones que tiene el farmacéutico desde la farmacia de la comunidad.

3 Metodología

Hemos hecho una búsqueda bibliográfica en diferentes plataformas de bases de datos como: Cochrane y Pubmed. También hemos realizado una búsqueda en google académico usando las palabras claves fibromialgia, fatiga crónica. Todo ello atendiendo a su año de publicación y al idioma, español. Hemos consultado también en asociaciones de fibromialgia como AENFIPA (asociación de enfermos de fibromialgia y fatiga crónica de Asturias) y también en informes hechos por el Ministerio de Sanidad de España.

4 Resultados

El proceso del dolor es una de las funciones fisiológicas fundamentales que se ven cambiadas en la fibromialgia. Los pacientes de esta enfermedad padece hiperalgesia, es decir, tienen cambios químicos en las vías nerviosas que actúan en la apreciación del dolor, y alodinia, que es la sensación del dolor frente a estímulos que no tienen que causarlo. Su umbral es más pequeño al de una persona sana y el tiempo que dura el estímulo normalmente es mayor.

El crecimiento del movimiento cerebral en las zonas de percepción del dolor y los cambios en los niveles de diferentes neurotransmisores podrían ser los responsables. Un patrón de estas modificaciones lo forman los escasos niveles cerebrales de N-acetil-aspartato (NAA) que se han observado por medio de trabajos de neuroimagen. No obstante, no ha sido posible aclarar si la escasez de NAA ha formado la aparición del dolor crónico, si es lo contrario o si se forman a la vez. Hay otros neurotransmisores de carácter excitador y de carácter inhibitor en los cuales se han visto cambios.

Diferentes ejercicios de Resonancia Magnética (RMN-H) demostraron que hacían modificaciones en los niveles de glucamato en el cerebro, ante el recuerdo del dolor por presión. Existe la hipótesis de que la actividad glutamatérgica podría actuar en el proceso del dolor a nivel central. Sin embargo hay dudas sobre estos resultados. Las funciones del glucamato en el cerebro no son solamente de neurotransmisión sino también metabólicas y las subidas del neurotransmisor no se sabe realmente si se produce en la zona de la sinapsis.

Aparte de crecimiento de los niveles del glucamato, a nivel excitador, es posible que la crecida en los niveles de la sustancia P en enfermos con fibromialgia puede ser el causante también del cambio en el proceso del dolor. El paso del dolor al cerebro puede ser inhibida cuando se activan las fibras que descienden la médula espinal, por medio de la liberación de neurotransmisores unidos con cambios en el humor y el dolor como noradrenalina y serotonina. También estos neurotransmisores tienen gran importancia en la modulación del sueño, la capacidad cognitiva y la fatiga, y por ello es normal pensar que estos cambios son debidos a las alteraciones en el metabolismo y a la transmisión de ellos.

La hormona del crecimiento, parece que es otro aspecto importante en la enfermedad de la fibromialgia. Regula los procesos del crecimiento y también interviene en el arreglo de daños en tejidos y músculos. Los cambios en el sueño pueden dañar la recuperación del tejido muscular con daño, alargando la transmisión del estímulo del dolor al SNC y creciendo la percepción del mismo. Que el dolor y la alteración del sueño crezcan, lleva consigo además que aumente la fatiga.

También se expone que exista alguna influencia genética porque a menudo hay agregación familiar. Es necesario así mismo tener en cuenta que existan factores desencadenantes en el entorno de los pacientes como enfermedades, accidentes traumas, físicos, estrés emocional.

Se define comorbilidad como la presencia de algún otro trastorno más, además de la propia enfermedad o trastorno inicial. Las más habituales son: dolores de cabeza, síndrome de fatiga crónica, trastorno del sueño, ansiedad, depresión y síndrome del colon irritable.

- Los dolores de cabeza en pacientes con fibromialgia son muy elevados, tienen gran incidencia las migrañas (32%) y dolores de cabeza tensionales (18%). Tienen gran importancia diagnosticar la migraña y conocer su patología ya que uno de sus síntomas se pueden relacionar con la fibromialgia.
- El síndrome de fatiga crónica (SFC) es característica una fatiga severa y crónica

que se atribuye con alteraciones cognitivas, dolor y alteraciones del sueño.

- Trastorno del sueño: la falta de sueño es muy importante para la salud de las personas. Puede ser la causante de la disminución del umbral del dolor, tanto por una insuficiencia de cantidad o de calidad del mismo.
- Depresión y ansiedad: la unión de estas dos patologías es común en pacientes con fibromialgia (63%), a pesar de ello no se puede decir que la fibromialgia es un desorden psicológico. Diagnosticar la ansiedad o depresión tiene gran importancia porque los enfermos pueden tener más síntomas y restricciones físicas
- El síndrome de colon irritable conlleva a desajustes funcionales gastrointestinales. Un 40% de los enfermos tienen molestias digestivas crónicas. Este síndrome se caracteriza por dolor abdominal crónico, hinchazón y cambio en las costumbres intestinales con falta de patología gastrointestinal.

Es muy importante tener aparatos con los que se pueda hacer una valoración objetiva de la sintomatología para realizar una selección correcta del tratamiento y así poder seguir los cambios que puedan tener los síntomas. Para estudiar la incidencia del golpe psicológico o físico existen varios cuestionarios y escalas:

- Cuestionario de Impacto de la fibromialgia (fibromialgy Impact Questionnaire) es el más usado para aclarar el impacto de la fibromialgia en la calidad de vida. Hay tres grupos: impacto leve (≤ 39), moderado (39-59) y grave (> 59).
- Cuestionario ICAF (índice combinado de afectación de enfermos con fibromialgia) evalúa la presencia del dolor, fatiga, sueño, capacidad funcional y depresión. Se distingue del FIQ porque este sirve para la población española.
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS): con ella se puede calificar la ansiedad y la depresión en personas con problemas médicos y en población sana adulta.

No hay estudios que certifiquen sus características psicométricas especialmente la fibromialgia, su sencillez, brevedad y fiabilidad en personas con otras enfermedades hacen a la prueba óptima en el contexto clínico. Hoy en día hay muchos instrumentos específicos considerados buenos para la población española que permite medir tanto la fatiga, la rigidez o alteraciones del sueño.

Tratamiento.

El tratamiento de la fibromialgia, se dirige a menguar el dolor, la fatiga y a hacer mejor el sueño, el bienestar psicológico y a mantener la crecida de las habilidades para hacer frente a la enfermedad. El tratamiento debe seguir cuatro fases:

- Información a los pacientes: informar sobre el pronóstico, diagnóstico y las posibilidades terapéuticas forman un papel con mucha importancia en las enfermedades crónicas, así que debe ser uno de los objetivos del tratamiento. Esto

es posible por el tiempo que el personal sanitario dedica. Es importante saber exactamente el mensaje que se quiere dar y usar formas de comunicación correctas. Así mismo el paciente sabrá las características de su enfermedad, por lo cual podrá dar ideas positivas y aumentar la continuidad de los tratamientos recomendados, con la confianza de poder mejorar.

- Tratamiento farmacológico: ya que no hay medicamento que haya sido probado por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios ni por Agencia Europea y de Medicamentos (EMA), se usan fármacos con los cuales hayan mejorado algo en los síntomas a los que nos referimos, como antidepresivos, relajantes musculares, ácido gama-aminobutírico (GABA), analgésicos y antiinflamatorios.
- Tratamiento rehabilitador físico: el ejercicio físico constituye una de las mejores alternativas. Se puede conseguir mejorar los síntomas del dolor, fatiga, calidad del sueño. Un exceso del mismo puede ser negativo en el estado de salud. Caminar, natación, bicicleta, son las mejores alternativas, solo en menor medida se suele recomendar ejercicios para fortalecer.
- Tratamiento psicológico: para cada paciente se debe ajustar la estrategia más idónea. Por lo general los programas cognitivos-conductuales tienen una parte psicoeducativa y otra de entrenamiento para adquirir y mejorar las habilidades para hacer frente al dolor y a lo que este conlleva.

Como la fibromialgia tiene la presencia de varios trastornos muchas veces su sintomatología está relacionada a otras enfermedades que la acompañan. Es principal el papel del farmacéutico, por ser más cercano el trato con el paciente, en la detección de una posible fibromialgia y derivarlo a consulta médica. Teniendo en cuenta los signos más característicos como:

- Dolor crónico, durante más de tres meses.
- Existencia de puntos sensibles donde el dolor se encuentra localizado.
- Sensación de cansancio durante el día y alteraciones del sueño.

Cuando al paciente se le diagnostica la enfermedad el farmacéutico debe ayudarle a formarse, le aclarará las dudas que pueda tener sobre la información que su médico le haya dado y también completarla. Ya que no existe un único fármaco para todos los síntomas los pacientes con fibromialgia están polimedicados. Es importante conseguir que cumplan con el tratamiento, que el paciente participe y sepa los objetivos y motivos del tratamiento que se le ha prescrito.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario un abordaje multidisciplinar que introduzca la información del paciente para una mayor efectividad terapéutica como las estrategias de intervención cognitivo conductual, la terapia farmacológica y el ejercicio físico. A día de hoy, no se pueden aclarar los mecanismos fisiopatológicos que hacen las alteraciones que hay en la fibromialgia. Es la modulación de los niveles de serotonina y adrenalina uno de los factores de diana terapéutica.

Es importante que se siga investigando para poder crear medicamentos que actúen sobre las causas que la producen. El tratamiento es sintomático ya que no hay fármacos que actúen sobre la causa de la enfermedad. Que exista múltiples trastornos hace que sea muy importante hacer un diagnóstico exhaustivo y preciso, que aclare las enfermedades responsables de las alteraciones para poder tratarlas correctamente. Para finalizar, es de gran importancia el papel del farmacéutico como la persona con trato directamente con el paciente para poder ayudarle en la resolución de dudas, el control del correcto seguimiento y efecto del tratamiento, ayudarle en la detección de la enfermedad.

6 Bibliografía

- Revuelta Evrard, E., Segura Escobar, E., & Paulino Tevar, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 17(7), 326-332.
- Rivera, J., Alegre, C., Ballina, F. J., Carbonell, J., Carmona, L., Castel, B., ... & Vallejo, M. A. (2006). Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatología clínica*, 2, S55-S66.
- PAREJA, Javier Pérez, et al. Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 2004, vol. 16, no 3, p. 415-420.
- Villanueva, V. L., et al. "Fibromialgia: diagnóstico y tratamiento. El estado de la cuestión." *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 11.7 (2004): 50-63.
- Álvarez Morezuelas, M. (2016). Rasgos psicológicos y percepción del dolor en pacientes con fibromialgia.
- Cabrera, Víctor, et al. "La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad." *Terapia psicológica* 33.3 (2015): 181-193.

Capítulo 281

SÍNDROME DEL SAPHO DESDE LA VISIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA

NORMA LORENA BUYO AVALOS

MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ

SARA FERNÁNDEZ RICO

ANABEL DÍAZ MARTÍNEZ

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

1 Introducción

El síndrome del Sapho (acrónimo de sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis) es una enfermedad autoinflamatoria que se caracteriza principalmente por la asociación de afectación cutánea neutrofílica y osteomielitis crónica. La edad de aparición varía desde la infancia a la edad adulta tardía, con una media situada entre los 30 y los 40 años.

El síndrome del Sapho abarca un amplio abanico de anomalías que se caracteriza por combinaciones variables de manifestaciones osteoarticulares y cutáneas con un grado variable de gravedad. La aparición de dolor óseo y articular, rigidez y tumefacción es insidiosa en la mayoría de las veces.

En adultos, la inflamación se produce principalmente en la pared torácica anterior pero también en la columna vertebral, con menor frecuencia en la mandíbula y en los huesos ilíacos. En niños, se asemeja a la osteomielitis crónica no bacteriana, huesos largos, clavícula, columna vertebral.

Cuando se produce la sinovitis, se manifiesta la mayoría de las veces en la articulación sacro-ilíaca, caderas o rodillas, o en las articulaciones esternoclaviculares. Dependiendo de la gravedad de los síntomas, puede observarse una limitación de la movilidad. La afectación dermatológica incluye: acné grave, pustulosis palmo-plantar y psoriasis pustulosa. Las manifestaciones cutáneas suelen empezar uno o dos años antes de las óseas, pero también pueden aparecer simultáneamente o más de veinte años después.

Los pacientes pueden presentar además dolor abdominal, diarreas, fisuras anales o abscesos, sugiriendo la posible asociación con una enfermedad inflamatoria del intestino. El síndrome de Sapho tiene un origen multifactorial con componentes genéticos, ambientales, inmunológicos e infecciosos. Las bacterias de crecimiento lento como el bacilo *Propionibacterium acnes*, pueden actuar como un factor desencadenante.

El diagnóstico debe confirmarse mediante pruebas de imagen (rayos X, tomografía computarizada, resonancia magnética) que muestren una combinación de osteólisis u osteoesclerosis con hiperostosis secundaria, edema de médula ósea, inflamación perióstica, miositis focal, y artritis adyacente.

El tratamiento es principalmente sintomático y está basado en la administración de antiinflamatorios no esteroideos, a veces reemplazados por corticoesteroides. También suelen administrarse antirreumáticos; medicamentos para el dolor óseo, etc. El acné puede ser tratado con antibióticos sistémicos. Esta evolución suele tener una evolución crónica, con períodos alternos de remisión y recaída, a veces con la aparición de nuevas lesiones osteoescleróticas. Puede producirse una curación espontánea. Las complicaciones incluyen el deterioro óseo y de la función articular, compresión vascular, síndrome de dolor crónico y progresión hacia una espondiloartritis clásica.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Acercar la enfermedad a las personas para su conocimiento.

Objetivos secundarios:

- Tratar de ayudar a quienes la padecen a través del conocimiento y educarlos en un estilo de vida saludable y beneficioso.
- Realizar una labor preventiva para así reducir al máximo los posibles brotes y sus consecuencias.

3 Metodología

Se realizará una labor de investigación de la enfermedad en distintas vías de información como son páginas webs; libros de la materia; consultas en las correspondientes áreas médicas y sobre todo una lectura exhaustiva de todo el material que se obtendrá.

4 Bibliografía

- <https://enfermedades-raras.org>.
- <https://www.orpha.net>.
- <https://www.reumatologíaclínica.org>.

Capítulo 282

CUIDADOS DEL TCAE CON EL PIE DIABETICO

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La diabetes, es una enfermedad metabólica que se caracteriza por por la hipoglucemia que resulta de los defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambas. La hiperglucemia crónica causa daño a largo plazo, disfunción y fallo en diferentes órganos, principalmente en los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

Los principales procesos patogénicos involucrados en el desarrollo de la diabetes incluyen desde la destrucción autoinmune de las células β del páncreas, lo que provoca deficiencia de insulina hasta anormalidades que conllevan a la resistencia a la acción de la insulina. Las anormalidades en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y grasas en la diabetes es debido a la acción deficiente de la insulina en los tejidos objetivo. La acción deficiente de la insulina resulta de la secreción inadecuada de insulina o disminución de las respuestas de los tejidos

a la insulina. (American Diabetes Association. "Diagnosis and classification of diabetes mellitus.")

2 Objetivos

- Analizar y determinar los síntomas, complicaciones, tratamiento y tipos de diabetes así como los cuidados de enfermería que se deben llevar a cabo con este tipo de pacientes, centrándolos especialmente en los cuidados del pie diabético.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado diversas búsquedas en bases de datos y revistas de medicina tales como Univadis, Elsevier, OMC, MIMS, medicina infantil, AEPAP, salud hospitalaria, PubMed/Medline, slideshare. También son utilizadas otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico y publicaciones de otros hospitales españoles y extranjeros. Utilizando como palabras clave: diabetes, cuidados del auxiliar de enfermería, insulina, pie diabético, cuidados de enfermería, diabetes gestacional, auxiliar de enfermería, filtrando fechas entre 2000 y 2019. Analizamos textos de bibliografías y estudios donde se habla los distintos tipos de diabetes, sus complicaciones y síntomas así como los cuidados a seguir en este tipo de enfermedad.

4 Resultados

Entre los tipos de diabetes destacan:

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1): esta se desarrolla en niños y adolescentes, tiende a ser dependiente de la insulina y propensa a complicaciones como la cetoacidosis.
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM-2): es más frecuente en personas obesas que presentan resistencia a la insulina y se puede tratar con hipoglucemiantes orales, no es propensa a la cetoacidosis.
- Diabetes mellitus gestacional (DMG): es el grado de intolerancia a la glucosa que se inicia o se reconoce durante el embarazo. Normalmente se resuelve con el parto aunque puede persistir después de este. (Herrera et al)

Los principales síntomas de la diabetes son:

- Polidipsia (mucho sed).
- Sensación de mucha hambre (polifagia).

- Necesidad de orinar continuamente incluso por la noche (poliuria).
- Pérdida de peso, a pesar de comer mucho.
- Cansancio.
- Visión borrosa.
- Hormigueo y/o entumecimiento de manos y pies.
- Infecciones fúngicas en la piel recurrentes.

Los síntomas y complicaciones de la diabetes no siempre aparecen de manera temprana, si no que pueden manifestarse a largo plazo, algunas de las complicaciones más destacadas son:

- Problemas visuales, particularmente por la noche, puede molestar la luz incluso provocar ceguera.
- Úlceras en los pies y la piel, llegando incluso a tener que ser amputados los dedos o la extremidad si esta infección persiste por mucho tiempo. Esta infección puede causar dolor, comezón o exudación en los pies, piernas u otras áreas.
- Dificultad en el control de la presión arterial y el colesterol que puede provocar ataques cardíacos y otros problemas.
- Nervios del cuerpo dañados, causando dolor, ardor, hormigueo y pérdida de sensibilidad.
- Problemas digestivos y de deposición.
- Daño en los riñones con dificultad para trabajar incluso deteniendo su funcionamiento conllevando esto a la necesidad de hacer diálisis o incluso ser candidato a trasplante de riñón.
- Depresión.
- Periodos irregulares en las mujeres incluso problemas para quedar embarazada.
- Riesgo de demencia.
- Aumento del riesgo de enfermedades óseas incluida la osteoporosis.
- Riesgo de enfermedad cardíaca debido a la hipoglucemia por el tratamiento de la diabetes.

Los recursos para restituir al organismo al equilibrio perdido al aumentar la glucosa son los siguientes:

- La alimentación: no existe una dieta específica para la diabetes, sino que lo importante es seguir una dieta saludable con mas frutas, verduras, granos integrales y reduciendo la ingesta de grasas saturadas, hidratos de carbono refinados y dulces.
- La insulina: las personas con DM-1 y muchas con DM-2 Y DMG necesitan tratamiento de insulina para vivir. Hay muchos tipos de insulina disponibles: la de acción rápida, de acción prolongada y otras opciones intermedias.

- Los fármacos orales: los fármacos orales tienen como finalidad estimular al páncreas para que libere más insulina. Hay otros fármacos que inhiben la producción y liberación de glucosa al hígado, lo cual hace que se necesite menos insulina para transportar el azúcar a las células.
- No fumar, pues el tabaco empeora las complicaciones de la diabetes.
- El ejercicio físico. El ejercicio disminuye el nivel de azúcar en sangre al trasladar el azúcar a las células donde se usa como fuente de energía. Además el ejercicio aumenta la sensibilidad a la insulina, es decir que el cuerpo necesita menos insulina para transportar azúcar a las células.
- El trasplante de páncreas también puede ser una opción en el caso de diabetes mellitus tipo 1, aunque estos no siempre son exitosos.
- La cirugía bariátrica, aunque no es un tratamiento para la diabetes tipo 2, si que en personas con este tipo de diabetes y obesidad pueden resultar beneficiadas por esta cirugía. (Figuerola)

Los cuidados que proporcionan de la enfermera y el auxiliar de enfermería en estos pacientes es fundamental para tener controlada esta enfermedad, algunos destacables son: (Martínez et al)

- Mantener una pauta de insulina.
- Controlar la velocidad de administración de líquidos.
- Si no hay peristaltismo no proporcionar alimentación oral.
- Control de diuresis horaria.
- Valorar estado mental.
- Administración de glucosa si fuese necesario.
- Administrar K y bicarbonato.
- Evaluación del cumplimiento farmacológico.
- Plan terapéutico no farmacológico: Iniciación, seguimiento y evaluación de los niveles de educación para la salud.
- Valorar las necesidades básicas como alimentación higiene, control del trabajo y el alcohol, síntomas de hiper e hipoglucemia.
- Control de peso, examen de los pies, de la tensión arterial, glucemia capilar, examen de las zonas de punción y evaluación de autoanálisis y autocontrol.
- Ajustar el tratamiento con insulina y seguir un mantenimiento del paciente.
- Educar al paciente y a la familia sobre los cuidados a seguir.

Dentro de los cuidados de enfermería en el paciente diabético uno de los que se debe seguir más exhaustivamente es el de los pies, pues esta es una de las complicaciones de esta enfermedad que más frecuentemente conlleva el ingreso

hospitalario y puede llevar a la amputación de dedos o extremidades. Los cuidados del pie diabético son los siguientes: (Bouza et al)

- Lavar diariamente los pies con un jabón suave y agua templada.
- Secar los pies suavemente, especialmente entre los dedos.
- Examinar diariamente los pies para descartar cortes, ampollas, inflamaciones, áreas eritematosas y áreas sensibles.
- Hidratar con cremas o aceites.
- Utilizar polvos suaves en los pies sudados.
- No usar productos comerciales para quitar callosidades.
- Limpiar los cortes con agua tibia y un jabón suave cubriéndolas posteriormente con un apósito limpio.
- Revisar las infecciones cutáneas o úlceras que no curan.
- Cortar las uñas de los pies siguiendo siempre los contornos redondeados de los dedos, sin cortar las esquinas. El mejor momento para cortarlas es siempre después de bañarse o ducharse.
- Separar los dedos superpuestos con un algodón o lana.
- Evitar zapatos abiertos y con tacón alto. Y preferiblemente que estos sean de piel y las zapatillas con suela.
- Evitar caminar descalzo.
- Llevar calcetines o medias limpios y sin remiendos ni costuras.
- No usar prendas de verter que dejen marcas ya que alteran la circulación
- Usar únicamente calcetines para calentar los pies, evitar botellas de agua caliente o almohadillas.
- Evitar la congelación.
- Evitar estar sentado con las piernas cruzadas durante mucho tiempo. Los pies deben ejercitarse diariamente caminando, extendiéndolos, flexionándolos.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, el trabajo del equipo de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Herrera, Alejandro Almaguer, et al. "Actualización sobre diabetes mellitus." Correo Científico Médico 16.2 (2012).

- American Diabetes Association. "Diagnosis and classification of diabetes mellitus." *Diabetes care* 36.Supplement 1 (2013): S67-S74.
- Figuerola, Daniel, and Assumpta Miralpeix. *Alimentación y diabetes*. Vol. 101. Debolsillo, 2004.
- Bouza, E. Tizón, et al. "Atención de enfermería en la prevención y cuidados del pie diabético." *Atención primaria* 34.5 (2004): 263-271.
- Martínez, B. Baca, et al. "Nivel de conocimientos del Diabético sobre su Auto Cuidado." *Enfermería Global* 7.2 (2008).

Capítulo 283

URTICARIA POR UNA INTOLERANCIA A LA PROTEINA DE LECHE.

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

ROSA MARÍA ROSENDE CASAL

MARTA GARCIA ANTON

1 Introducción

La urticaria es una enfermedad cuya lesión característica es el habón. Generalmente son lesiones eritematosas, edematosas y pruriginosas que se blanquean a la vitropresión. Cambia de lugar en cuestión de horas. Son de localización, forma, número y tamaño variables y pueden persistir minutos, días o semanas. La urticaria puede ser aguda, si tiene una duración inferior a 6 semanas, y crónica, si persiste más de 6 semanas.

La urticaria desencadenada por hipersensibilidad a los alimentos, aparece por ingestión, contacto o inhalación del alimento y puede ser localizada o generalizada. Generalmente, se trata de episodios agudos con relación clara entre la clínica y la exposición al alimento.

La alergia a las proteínas de la leche de vaca es una alergia alimentaria. Se llama alergia a toda reacción inmunológica mediada por la inmunoglobulina. El niño crea unos anticuerpos contra el alimento y al tomarlo, se produce una reacción que provoca los síntomas alérgicos. Debe existir una relación directa entre la ingestión de leche o derivados y la aparición de los síntomas, en este caso concretamente, el síntoma es la urticaria.

2 Objetivos

- Identificar los factores que relacionan a la urticaria con intolerancia o alergia a la proteína de la leche.

3 Caso clínico

Niña de 4 años, que acude al servicio de urgencias por urticaria generalizada con hinchazón de labios y ojos. Refiera que el cuadro comenzó esa mañana, con la presencia de habones por el cuerpo, pero según transcurrió el día fue empeorando asta hace una hora que la niña no podía ver por el hinchazón de los párpados.

Antecedentes Personales: Embarazo y parto sin complicaciones. Apgar 10/10. Peso al nacer: 3540gr. Pruebas metabólicas normales. Lactancia materna exclusiva hasta los 14 meses de vida. Regurgitador habitual, con deposiciones normales y ganancia ponderal adecuada.

Exploración física: Buen estado general BEG, buen estado de nutrición e hidratación. Habones generalizados. Auscultación cardiaca y pulmonar normal Abdomen blando y depresible, no doloroso. Neurológico adecuado a edad. Pruebas Complementarias: IgE específica Leche de vaca. Una vez obtenidos los resultados se decide dieta exenta en proteínas de leche de vaca. Análisis de heces para control de parásitos y hongos: negativo. Se pauto un antihistamínico por vía oral y se cita para ingreso en pediatría para pruebas cutáneas, resultando positivas para leche, alfa lactoalbúmina, beta lactoglobulina y caseína, por lo que se indica seguir con la dieta exenta de leche y retrasar la provocación por la alta probabilidad de que sea positiva.

4 Resultados

Tras la realización de los estudios descritos anteriormente y observar los resultados, se diagnostica una intolerancia a la leche.

5 Discusión-Conclusión

En los niños ante situaciones de problemas digestivos, eczemas, de sueño, y urticarias, así como el desarrollo madurativo y de interacción social siempre se debe

estudiar diversas intolerancias alimentarias. Las primeras que se estudian son la leche y el gluten.

6 Bibliografía

Dado que el caso expuesto anteriormente es un caso real, la mayor parte de la información fue extraída de los informes médicos de la paciente. También consultas lo siguiente:

1. Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein JA, Canonica GW, et al. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema: a worldwide perspective. *World Allergy Organ J.* 2012;
2. Marrouche N, Grattan C. Childhood urticaria. *Curr Opin Clin Immunol.* 2012
Ferrer M, Luquin E, Gaig P. Urticaria. En: Peláez Hernández A, Dávila González IJ, eds. *Tratado de Alergología.* Madrid: Ergon; 2007.
3. Lieberman P, Nicklas RA, Oppenheimer J, Kemp SF, Lang DM, Bernstein DI, et al. The diagnosis and management of anaphylaxis practice parameter: 2010 update. *J Allergy Clin Immunol.* 2010; de Boissieu D. Dupont C. Allergie au lait de vache IgE.médiee Arch Pediatr 2006.

Capítulo 284

PAPEL DEL TCAE EN LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES A NIVEL HOSPITALARIO.

SANDRA MARINERO GONZÁLEZ

CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ

LAURA SANCHEZ MONTEIRO

MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO

1 Introducción

Los trabajadores sanitarios se exponen de forma cotidiana a riesgos biológicos por causas variadas: contacto directo con la fuente contaminada, contaminación cruzada, etc. Los riesgos biológicos son habituales en este personal, pues son quienes están más en contacto con el paciente, así como con el instrumental clínico, su manejo, envasado y/o retirado de materiales usados y potencialmente contaminados (Arias et al., 2013). Por ello, deben priorizarse las normas y medidas de seguridad para evitar posibles contagios, especialmente en un medio hospitalario. Sin embargo, la literatura científica avala que no siempre se cumplen dichas medidas, ya que suele tener prioridad una atención rápida y temprana al paciente, especialmente en áreas de urgencias y quirófano (Pérez y Yadira, 2012; Arenas et al., 2017).

Uno de los mecanismos de prevención básicos, de efectividad contrastada y aplicado desde hace décadas, es la higiene de manos. Para llevar a cabo una buena técnica en la higiene de manos, se debe eliminar toda la suciedad que podamos presentar, tanto a nivel de bacterias como de otros microorganismos. La técnica utilizada se centrará en dispensar jabón natural en ambas manos, realizando diferentes movimientos circulares y entre los dedos. Seguidamente, aclararemos bien las manos y las secaremos, quedando totalmente limpias. Realizar de forma errónea este procedimiento se relaciona con distintas infecciones hospitalarias (Otazu, Núñez, Vilca, Bejarano y Soriano, 2017).

En este sentido, un gran problema de salud pública con el que nos encontramos, afectando a los pacientes que tienen una estancia prolongada en un centro hospitalario, son las infecciones nosocomiales. Un factor fundamental para poder prevenir su aparición es la correcta higiene de manos para eliminar así su aparición, estableciendo unas medidas claras que deben aplicarse en un adecuado lavado de manos (Juárez, Martínez, y Martínez, 2017).

Por todo lo anteriormente mencionado, estudiar de forma crítica y profunda las medidas de seguridad impuestas en contextos sanitarios que el personal debe conocer y aplicar, es esencial de cara a evitar riesgos innecesarios. Salvaguardar la salud del paciente, sanitario, y demás usuarios y personal que trabajan en dicho contexto, es el objetivo principal de estas normas, por lo que su eficacia debe estar garantizada (Becerra y Calojero, 2010).

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer las infecciones nosocomiales, su origen y sus consecuencias más comunes.

Objetivos secundarios:

- Analizar la importancia de un correcto lavado de manos por parte del personal sanitario de cara a prevenir infecciones y enfermedades en el medio hospitalario.
- Analizar otras medidas de prevención complementarias.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, en Noviembre de 2019 se hace una consulta en las bases de datos PubMed, Web of Science y Scielo, utilizando como términos

de búsqueda: (“sanidad” o “hospital”) y (“infección” o “contaminación”) y (“enfermería” o “auxiliar” o “TCAE”) y (“prevención” o “seguridad”) con restricción de fecha 2000-2019. Además, se llevó a cabo una búsqueda básica en Google Scholar, se examinaron otros resúmenes recientes y se revisaron las listas de referencias bibliográficas de los artículos recuperados para identificar cualquier estudio elegible adicional. Posteriormente, a partir de los títulos y resúmenes, se hizo una selección de las publicaciones que cumplieran los criterios de búsqueda.

A través de estos tópicos, se encontraron 18 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 7 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 11 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debió eliminar 1 por no corresponderse con los tópicos buscados). Otro trabajo fue excluido en la revisión final por no corresponderse con el objeto de estudio de este trabajo. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 9.

4 Resultados

Tras realizar el análisis de los artículos seleccionados, se hallan los siguientes resultados:

A. Infecciones nosocomiales:

La bibliografía manejada avala que las infecciones contraídas en el medio hospitalario son conocidas como enfermedades nosocomiales. Los pacientes padecen estas enfermedades sin tener relación su nueva sintomatología con el origen de su ingreso hospitalario.

Estas infecciones pueden manifestarse a las 48 horas del ingreso, e incluso se pueden manifestar tras el alta hospitalaria. Las infecciones más frecuentes en pacientes suelen ser las generadas por las heridas quirúrgicas, aunque otras muy comunes son las de vías urinarias.

B. Medidas preventivas:

B.1. Higiene de manos.

Según estudios revisados, una adecuada higiene de manos llevada a término durante el aseo de los pacientes, así como cuando se le practiquen las curas necesarias, minimizaría en gran medida dichas infecciones en pacientes que están hospitalizados.

Tras analizar los diferentes artículos y guías seleccionadas, se encuentra que el principal objetivo de la higiene en el lavado de manos es eliminar todos los elementos que puedan perjudicar, tanto nuestra propia salud, como la de los pacientes, familiares y demás personal hospitalario.

Existen varios métodos para llevar a cabo una buena higiene: el lavado de manos, el lavado quirúrgico de manos, lavado de manos en seco y el lavado rutinario. Una higiene adecuada dentro de la sanidad, tanto pública como privada, podría evitar o minimizar enfermedades que se propagan a causa de una higiene inadecuada de manos.

B.2 Otros mecanismos de prevención.

La asepsia, esterilización y desinfección son procedimientos complementarios, pero fundamentales, en la prevención de infecciones de cualquier tipo, cuya mala aplicación puede conllevar riesgos fatales. Por ello, el personal sanitario debe ser conocedor, a nivel básico, de las mismas, de la manera en que deben aplicarse y formarse de forma continua en nuevas normas, procesos y técnicas innovadoras.

El TCAE será una figura profesional que maneje de forma asidua materiales e instrumentales, por lo que debe tener experiencia en su adecuado manejo y limpieza, algo esencial a la hora de evitar infecciones o reducir la incidencia de las mismas en casos de producirse, garantizando así la calidad de la asistencia médica y reduciendo las estancias hospitalarias.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye con que una adecuada higiene de manos influye notablemente en la reducción de las infecciones nosocomiales. Por ello, es fundamental llevar a cabo un protocolo claro a este respecto, con medidas universales que permitan garantizar una adecuada higiene de manos en centros hospitalarios y otros contextos sanitarios.

Cuando se realiza una adecuada higiene de manos, las enfermedades de contaminaciones cruzadas o transmisión se evitan en un porcentaje elevado. Estas suponen en el medio sanitario un gran problema, afectando a los pacientes hospitalarios, alargando su estancia y ocasionando un mayor gasto en la sanidad. Hemos de fomentar la importancia que tiene un buen lavado de manos, tanto en los profesionales sanitarios como en los pacientes hospitalizados.

6 Bibliografía

- Álvarez, A. L., & Ledesma, D. H. (2018). Importancia de los productos sanitarios en la prevención y control de la infección nosocomial. *Panorama actual del medicamento*, 42(410), 136-140.
- Ardila, A. M., & Muñoz, A. I. (2009). Bioseguridad con énfasis en contaminantes biológicos en trabajadores de la salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 2135-2141.
- Arenas, O. A. V., Gómez, J., López, J. U., Román, R. N., Villa, J. E., Botero, J., & García, N. (2017). Medición de la adherencia al lavado de manos, según los cinco momentos de la OMS. *Duazary: Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 14(2), 169-178.
- Becerra, F., & Calojero, C. (2010). Aplicación de las normas de bioseguridad de los profesionales de enfermería (Doctoral dissertation, Universidad de Oriente).
- Bobadilla Mejía, I., Yepes Rodríguez, Á., & Cárdenas, D. (2018). Descripción de la práctica, lavado de manos manejo de tos, resfriado en estudiantes de odontología (Doctoral dissertation, Universidad de Cartagena).
- Cabeza, E. F., Sánchez, M. S., Elizalde, J. A., & Melón, C. G. (2018). Infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (nosocomiales). *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(52), 3076-3084.

Capítulo 285

CONTENCIONES MECÁNICAS: REFLEXIONES ÉTICAS

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ

PATRICIA GARCÍA MARTÍN

1 Introducción

Según se indica desde la OMS, la contención mecánica (en adelante CM) debe entenderse como «métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos.

Las primeras referencia al uso de contenciones físicas nos llevan hasta la Grecia clásica, donde algunos documentos como el corpus Hippocraticum, hablan de diversas terapias que incluían la contención mediante cadenas de esas personas que representaban un peligro para los demás o para sí mismos.

La contención mecánica es una medida terapéutica utilizada con frecuencia en pacientes agitados o que potencialmente suponen un riesgo para la integridad física de ellos o de los que les rodean. Esta medida supone una restricción física y una limitación para hacer movimientos libremente, los que nos hace reflexionar sobre diferentes cuestiones como:

- ¿Se usa adecuadamente?

- ¿Son claras las instrucciones de uso?
- ¿Existen otros métodos menos radicales?
- ¿Se conoce bien el protocolo de las personas que lo realizan?
- ¿Es aceptada por todos? Tanto familia, pacientes y profesionales.

Desgraciadamente la población en la que más prevalece el uso de las contenciones es la tercera edad, seguido de unidades de salud mental. La fragilidad de esta población nos hace reflexionar y la necesidad de realizar una revisión bibliográfica con el fin de ver si su aplicación en mayor medida es correcta según la bioética.

La ética médica se ha basado en dos principios fundamentales “no dañar” y “hacer el bien”, estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los años, tanto a los médicos como a partir del siglo XIX, se ha extendido a todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan con ancianos, enfermos, etc. En Enfermería, a partir de su definición como profesión, gracias a Florence Nightingale, se le añadieron otros dos principios: la fidelidad (al paciente), que obliga a cumplir con los compromisos contraídos; y la veracidad, aun cuando su ejercicio pueda entrañar dificultades a quien la ejerce.

2 Objetivos

- Reflexionar sobre el uso adecuado y necesario de las contenciones mecánicas.
- Realizar las preguntas anteriormente citadas y ver si son necesarias esas contenciones o hay otras medidas menos agresivas para el paciente ya que no sólo afecta al estado físico sino también psicológico de sentirse sin la libertad de movimientos.

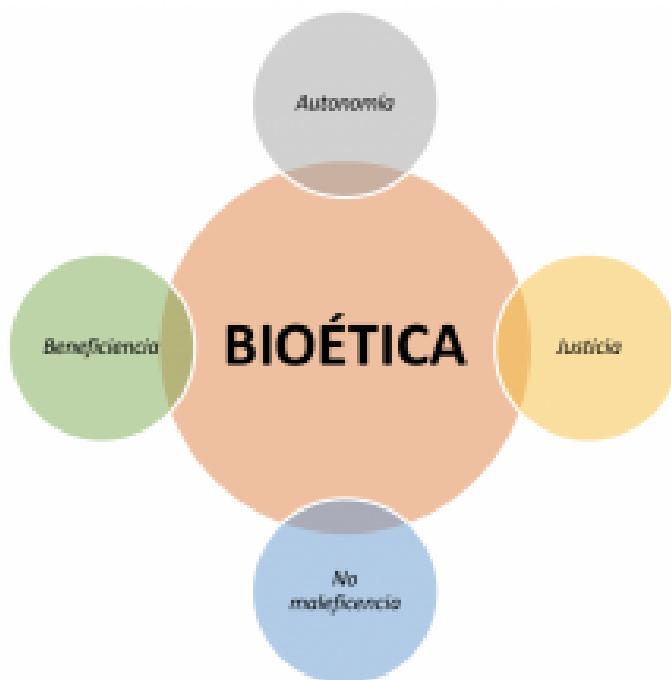
3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una búsqueda de información, en diferentes soportes digitales. Para ello se ha acudido a diversas fuentes entre ellas diversas plataformas y buscadores de internet, entre los utilizados destacan: google académico, redalyc y dialnet. Las palabras clave utilizadas en la red fueron las siguientes: Ética, contenciones mecánicas, reflexiones, uso adecuado, protocolos, bioética.

4 Resultados

En pleno siglo XXI en un país desarrollado como el nuestro se hace difícil comprender que en esta sociedad actual nos pueda llevar a usar contenciones a las personas. La estadística de personas mayores contenidas en residencias españolas es alarmante ya que la cifra asciende al 25% de los ancianos institucionalizados, esto nos hace reflexionar que algo estamos haciendo mal.

Las contenciones generan una serie de complicaciones físicas y psicológicas que distan mucho de ser asumibles. Estas medidas tan poco adecuadas producen una serie de lesiones físicas como puede ser úlceras por decúbito de estar sin poder cambiar de posición, lesiones en plexos nerviosos, aislamiento, incontinencia y en casos extremos puede llegar hasta la muerte.



5 Discusión-Conclusión

La base para la eliminación de las contenciones físicas, es la formación rigurosa del personal tanto de los médicos, enfermeras, tcae, celadores...etc. y la adaptación del entorno del paciente en las residencias. Estos cambios se pueden llevar a cabo sin un gran desembolso económico. Las sujeciones no previenen, no curan, no ayudan a un diagnóstico, no son terapéuticas, sino todo lo contrario quitan capacidad, y son causa de graves complicaciones, lo que obliga a una reflexión más profunda sobre su uso de la que se viene haciendo. Hay que buscar otra alternativa adecuada al siglo en el que estamos, como puede ser la contención verbal o psicológica que es una medida terapéutica útil en los casos de pérdida de control por parte del paciente.

Ya que la contención mecánica es una técnica que limita ciertos derechos y libertades fundamentales en esta sociedad en la que vivimos, debería solo utilizarse como último recurso y solo en pacientes que tengan una conducta violenta y sea un peligro para el o para las personas que le rodean y siempre y cuando se haya intentado otros métodos y estos hayan sido inútiles

6 Bibliografía

- Antoranz Castro, E. (2013). Consideraciones éticas sobre la Contención Mecánica en pacientes ingresados en el HUCA.
- Fernández Rodríguez, Á., & Zabala Blanco, J. (2014). Restricción física: revisión y reflexión ética. *Gerokomos*, 25(2), 63-67.
- Martínez-Afán, A. (2017). Contenciones mecánicas en mayores: Principios bioéticos y profesionales.
- Galilea, P. S. J. (2016). Sujeciones físicas en ancianos institucionalizados.
- Corral Cano, J. (2014). Contenciones físicas: reflexión sobre su vigencia.
- Burgueño, A. A. (2015). Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas. *Dilemata*, (19), 135-147.

Capítulo 286

PROTOCOLO DE AGRESIONES PARA PERSONAL SANITARIO

VANESSA GARCIA SUAREZ

JOSÉ LUIS PODEROSO PACHÓN

SONIA PACHON MOYANO

ANA MARIA PACHON MOYANO

1 Introducción

En el mes de marzo de 2019 fue presentado el primer informe policial de agresiones a personal sanitario, en el cual había más de 300 casos durante el 2018. Ante el aumento de dichos casos era necesario un plan de respuesta para dichas agresiones. Dichas agresiones son cometidas por los pacientes y, en el mayor caso, por sus familiares, entendiendo por agresiones a las lesiones, extorsiones, amenazas, etc. siendo un tema de total actualidad y por tanto, objeto más que justificado de estudio en este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer una serie de normas básicas que permitan al personal sanitario acogerse a sus derechos ante una agresión.

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.

Como criterios de búsqueda se establecieron bases de datos policiales, informes de colegios sanitarios y documentación de organismos oficiales en los que reflejaron consejos protocolarios para enfrentar dichos conflictos.

4 Resultados

Ante el amplio abanico de actualizaciones podemos destacar las siguientes recomendaciones:

- Ante el riesgo de agresión el primer paso debe ser prever una salida de escape al conflicto y solicitar ayuda a los compañeros y/o al personal de seguridad.
- Comunicarse inmediatamente con el superior, sino se produce el cese del conflicto y se llega a sufrir una agresión se solicitará asistencia médica, recogiendo datos de testigos y con posterioridad la documentación relativa al hecho.
- Se interpondrá una denuncia y se comunicará al superior la incapacidad temporal si procede, así como cualquier actuación al respecto. - El conflicto finalizará con resolución judicial.

5 Discusión-Conclusión

La agresión al sanitario está penada duramente por la Ley tras la reforma realizada hace recientemente, en ella se considera agresión al mismo nivel que si se le hiciera a la autoridad, al igual que en Educación. Es un tema que desgraciadamente se puede ver cada día en las consultas u hospitales, por ello es necesaria su concienciación y apoyo entre todos los sanitarios. Se aconseja, por tanto, ajustarse al orden de los procedimientos ante cualquier agresión del tipo que sea.

6 Bibliografía

- Altemir, M., Arteaga, A. (2017). Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. *Enfermería clínica* 18 (2), 125-132.

- Juan, A.I., Sánchez, C., Martínez, C., Martínez M. (2017). Las agresiones a profesionales sanitarios. Estado actual de la investigación. *Díálisis y trasplante*, 38 (2), 68-72.

Capítulo 287

CUIDADOS EN PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO:TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

MELISA SALINAS RÍOS

RAQUEL GONZALEZ GARCIA

LAURA DIAZ MAYO

MARIA BEJAR PEREZ

1 Introducción

A lo largo de la vida, además de los problemas físicos de salud, inevitablemente nos enfrentamos al deterioro mental, sea consecuencia de la edad o derivado de patologías como el Alzheimer, tan presente en la actualidad y en el que incide el presente capítulo.

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por alteraciones de la memoria y otras capacidades mentales, surgiendo ansiedad, delirios, alucinaciones y pérdida de la autonomía en las funciones de la vida diaria; estos síntomas son los que más afectan a los pacientes y a las familias, y en os que haremos hincapié, recordando que dicha enfermedad es variable en relación a los síntomas y edad de aparición de la misma en los pacientes.

2 Objetivos

- Describir las fases del Alzheimer.
- Analizar los cuidados básicos en personas afectadas de Alzheimer.

3 Metodología

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

Fases del Alzheimer:

- Leve: en esta fase la persona pierde progresivamente la memoria a corto plazo, olvida los sucesos recientes, sufriendo desorientación, disminución de la concentración, fatiga y cambios de humor.
- Moderada: que se caracteriza por la pérdida de la memoria en todos sus aspectos, problemas en el habla, llegando a tener dificultades para expresarse y dificultades para realizar tareas automatizadas, como por ejemplo vestirse. También tienen dificultades en reconocer a las personas con las que conviven, se vuelven más descuidados y desarrollan comportamientos psicóticos y conductas repetitivas. Cada vez se hacen más dependientes.
- Fase grave, en la cual hay grandes dificultades de movimiento con rigidez corporal, pérdida de respuesta al dolor, apatía, no reconocen a los familiares cercanos y a veces ni a sí mismos. Llegan a quedar postrados en la cama con incontinencia urinaria y fecal llegando en ocasiones a tener que recibir alimentación asistida.

Cuidados básicos en personas afectadas con Alzheimer:

Generalmente, los pacientes con Alzheimer reciben tratamiento farmacológico, a este respecto y antes de entrar en otros cuidados, recordar que pueden rechazar el medicamento o no tragarlo, por lo que nos aseguraremos de acompañarlo de algún líquido y estar presentes en el momento de la toma. Una de las funciones básicas es facilitarles las tareas diarias, estableciendo una rutina para preparar la ropa, el baño, las comidas y dejándolo organizado para que no revista dificultad.

Aprovechar los momentos del día en los que las personas están más receptivas para realizar las actividades más difíciles.

Comunicamos con ellos llamándolos siempre por su nombre, con frases claras y dándoles tiempos de respuesta o facilitándoles buscar las palabras que se necesitan. Podemos realizar ejercicios sencillos de vocabulario, pequeños trabalenguas o juegos para estimular el lenguaje oral.

Por otra parte, al establecer una rutina de actividades con periodos de descanso, además de que resulte sencilla y motivadora para el paciente, tendremos en cuenta trabajar las áreas motoras, cognitivas, conductuales y sociales, estableciendo tiempos para realizar ejercicio físico y otras actividades.

En relación a las actividades físicas, tener en cuenta las capacidades de sus destinatarios, con períodos de tiempos adaptados a ellos y teniendo siempre prevista una fase de calentamiento en la que se trabajará coordinación y flexibilidad.

En cuanto al trabajo de las áreas cognitivas realizar ejercicios de estimulación, dependiendo de la formación de los pacientes, con juegos de memoria, lectura, buscar las diferencias en dibujos, colorear del mismo color figuras iguales, siempre con refuerzos positivos. Tener en cuenta, si nuestros pacientes deambulan, evitar obstáculos que puedan provocar accidentes.

Adoptar medidas de seguridad similares a las que se toman con los niños menores de 2 años, evitando que tengan a mano, por ejemplo, bolsas de plástico por riesgo de asfixia. A nivel psicológico y de desarrollo de las habilidades sociales, sería conveniente que se realizarán con los pacientes sesiones de relajación, risoterapia, sesiones de terapia ocupacional, etc. Por parte de los profesionales correspondientes.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar correctamente los cuidados a los pacientes con Alzheimer por la vulnerabilidad que presentan estos a causa de su patología sobre todo cuándo está avanzada.

6 Bibliografía

- Enfermedad del Alzheimer :del diagnóstico a la terapia:conceptos y hechos. J. Peña-Casanova. Fundación La Caixa.
- Enfermedad del Alzheimer :conociendo la enfermedad que llegó para quedarse.Nilton Custodio, Rosa Montesinos
- La comunicación con el enfermo de Alzheimer, Varios Autores. CEAFA.

Capítulo 288

ENFERMEDADES Y PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL TABACO

MARTA MIGUEL PICHEL

JULIA MORO PORTELA

INMACULADA C. RUIZ GONZALEZ

RAQUEL ROBLES ANIDO

SARAY ÁLVAREZ LUAÑA

1 Introducción

El tabaco es una adicción que en España causa más de 50000 muertes, con el consiguiente gasto para el sistema de salud. El consumo se mantiene alto pero con tendencia a disminuir. Se puede considerar como una enfermedad crónica. Fumar daña casi todos los órganos del cuerpo causando muchas enfermedades y reduciendo la calidad y esperanza de vida.

Hasta llegar a un consumo crónico el fumador pasa por distintas etapas:

- Etapa de Iniciación: se inicia el hábito debido a múltiples factores, genéticos, sociales, familiares, ambientales...etc
- Etapa de Habitación: se aumenta la frecuencia en el consumo
- Etapa de Mantenimiento: Es la etapa en la que se crea la adicción, sobre todo debido a la nicotina.

Se fuma por diferentes motivos, entre ellos podemos citar los hábitos sociales, problemas tipo estrés, fobias...y el más importante, que es la adicción a la nicotina. Tiene difícil solución debido a los muchos intereses económicos de las compañías tabaqueras y la recaudación de impuestos por este concepto.

2 Objetivos

Conocer los agentes cancerígenos en el humo del tabaco así como las principales patologías asociadas.

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

Patologías relacionadas con el tabaco:

- Enfermedades cardiovasculares: elevación de la tensión arterial, provoca enfermedades vasculares en las piernas (riesgo de amputación), incremento de sufrir infarto de miocardio sobre un 82% y riesgo de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón de un 25%.
- Enfermedades respiratorias: destacamos la bronquitis crónica y EPOC.
- Enfermedades neurológicas aumenta el riesgo de sufrir demencia vascular y de accidentes cerebro vasculares como infartos y trombosis.
- Enfermedades digestivas: el tabaco es causa directa de patologías bucales como gingivitis y piorrea, se producen también alteraciones de la propia digestión “dispepsia”, gastritis y úlceras gástricas.
- Otras neoplasias o cánceres: responsable directo de cáncer de lengua, laringe, labio, estómago, esófago, pulmón y vejiga.

El tabaco acelera el proceso de Envejecimiento y aparición de arrugas prematuras y sequedad de piel. Aumento de las cifras de colesterol LDL, de las Plaquetas y

de la hemoglobina. Las mujeres fumadoras sufren una media de tres años de adelanto de la menopausia, aumentando también el riesgo de osteoporosis.

Entre los múltiples beneficios del abandono tabáquico podemos distinguir:

A corto plazo:

- Se recupera el gusto y el olfato.
- Mejora el aspecto de la piel y de los dientes.
- La tos del fumador, así como la halitosis desaparecen casi por completo.
- Disminuye la frecuencia cardiaca.

A largo plazo:

- Aumento de los niveles de oxígeno.
- Mejora de la circulación.
- Disminuye la tensión arterial, la frecuencia cardiaca y las cifras de colesterol.
- Se reduce el riesgo cardiovascular
- Se minimiza la posibilidad de padecer cáncer (pulmón, boca, garganta, esófago y laringe...)

5 Discusión-Conclusión

La prevención precoz es lo más importante. La intervención de un médico aumenta la posibilidad de dejar el hábito definitivamente. No existe una cura mágica. Los fumadores pasivos aumentan la posibilidad de sufrir tumores, enfermedades respiratorias y coronarias.

Formular y promocionar un programa multidisciplinar de acción contra el tabaco y ayuda a los diferentes colectivos. Serían necesarias más medidas sanitarias frente al problema, reguladas mediante las correspondientes leyes con objeto de proteger la salud y en especial de los fumadores pasivos. Existen terapias de ayuda para dejar de fumar, podríamos destacar

- Consejo sanitario, es muy eficaz
- Intervención mínima, que consiste en añadir al consejo sanitario apoyo psicológico y apoyo material.
- Terapias Farmacológicas: Nicotina ó TNS (Terapia nicotínica sustitutiva), en diferentes presentaciones como pastillas, parches, chicles, tener en cuenta que pueden tener efectos secundarios como dolor de cabeza y náuseas y presenta algunas contraindicaciones en arritmias, infarto y úlceras de estómago...

- Bupropión: es un fármaco con propiedades psicoestimulantes indicado como antidepresivo para el cese del tabaquismo.
- Vareniclina es un medicamento no nicotínico para dejar de fumar, actúa reduciendo el efecto de la nicotina en el cerebro y reduciendo la ansiedad causada por el síndrome de abstinencia.
- Otras terapias como acupuntura, la homeopatía, hipnoterapia...
- Apoyo Psicológico, con técnicas de conducta, de autocontrol y de relajación entre otras.

6 Bibliografía

- Los Médicos y el Tabaco, el gran reto de la medicina. David Simpson. Capitulo (3-8). Capítulo 6(17-22).
- <https://es.m.wikipedia.org>.Agencia Internacional para la investigación del Cáncer (IARC).
- <https://www.cancer.gov>
- BOE-A-2010-20138. Ley 42/2010 de 30 de diciembre.
- Centros de Control y Prevención de Enfermedades. Mortalidad anual atribuible al tabaquismo, años de vida potencial perdida y pérdidas de productividad: Estados Unidos 1997-201. MMVR Morb Mortal Wkly Rep.2005; 54:62562815988406
- Búsquedas y consultas en buscadores como MEDLINE PLUS, VADEMECUM.ES, GOOGLE ACADÉMICO Y WIKIPEDIA

Capítulo 289

FIBROMIALGIA

PABLO SANCHEZ GARCIA

CARLA MARTINEZ FERNÁNDEZ

NOEMÍ FERNÁNDEZ FALCÓN

MONTSERRAT VIGUERA SOLIS

1 Introducción

En los últimos años, la fibromialgia (FM) ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia hasta convertirse en la actualidad en un problema de salud pública de primer orden. Varias razones pueden explicar esta situación:

- La alta prevalencia de la FM en la población general adulta.
- El insuficiente conocimiento de las causas y los mecanismos que la producen.
- La ausencia de tratamiento curativo.
- La insatisfacción de los pacientes y los profesionales en el abordaje actual del síndrome.

El término fibromialgia proviene del latín fibro-, que significa "fibra o tejido fibroso", mi deriva del griego myo- "músculo" y -algia representa "dolor". Por lo que, etimológicamente, quiere decir dolor en el músculo y tejido fibroso. La fibromialgia (FM) constituye un desorden crónico, complejo y doloroso, que afecta a los pacientes de manera física, mental y social. También se han referido a ella con otros términos como síndrome de fibromialgia, fibromiositis y fibrositis. Se caracteriza por la presencia de un dolor músculo-esquelético de origen desconocido, para el que no existen otras enfermedades que lo justifiquen. Aparte del dolor, la

sinomatología más común incluye la presencia de alteraciones del sueño, fatiga, rigidez articular, cefaleas, ansiedad y depresión. La intensidad de los síntomas es variable, pudiendo llegar a ser muy invalidantes e interferir en el desarrollo de las actividades diarias. FM es el último de diversos nombres utilizados desde el siglo XIX, entre los que destacan: Puntos Sensibles, Dolor Muscular, Myitis, Fibrositis, Fibromiositis Nodular, Reumatismo Psicógeno. Sin embargo, estas denominaciones cayeron en desuso. En los años 90 la ACR (American College of Rheumatology) estableció unos criterios de clasificación basados en la existencia de dolor crónico generalizado y determinados “puntos dolorosos”, caracterizando el término FM, que pretende agrupar e identificar un número importante de personas con necesidad de atención y tratamiento que presentan síntomas similares y probablemente un proceso fisiopatológico común. Posteriormente, el término FM ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y tipificado en su manual de Clasificación Internacional de Enfermedades. No obstante, la falta de identificación en el momento actual de mecanismos fisiopatológicos específicos unido al hecho de que parte de los síntomas de la FM son compartidos con otros procesos de dolor crónico, ha llevado a la controversia entre algunos profesionales sobre la aceptación de la FM como una enfermedad con una fisiopatología diferenciada.

La FM es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por dolor crónico generalizado que el paciente localiza en el aparato locomotor. Además del dolor, otros síntomas, como fatiga intensa, alteraciones del sueño, parestesias en extremidades, depresión, ansiedad, rigidez articular, cefaleas y sensación de tumefacción en manos, se encuentran entre las manifestaciones clínicas más comunes. Los pacientes con FM presentan con frecuencia una hipersensibilidad al dolor que se manifiesta por la aparición de una sensación dolorosa a la presión en múltiples sitios del aparato locomotor, que no se observa en los sujetos sanos. Desde 1992, la Organización Mundial de la Salud considera la FM como un diagnóstico diferenciado y la clasifica entre los reumatismos de partes blandas; la FM es la causa más común de dolor osteomuscular generalizado. No obstante, el conocimiento científico reciente indica que la FM rebasa las fronteras de los reumatismos de partes blandas y requiere un abordaje multidisciplinario más amplio.

El dolor músculoesquelético generalizado constituye el síntoma más destacado de la fibromialgia. Por lo general, se presenta en varios lugares alrededor del cuerpo, aunque podría iniciar en una región, tal como en el cuello y en los hombros y después aparecer en otras áreas al cabo de un cierto tiempo. El dolor pro-

ducido por la fibromialgia ha sido descrito en una gran variedad de formas, tales como ardor, rigidez o un dolor fuerte y permanente. A menudo, el dolor varía según la hora del día, el nivel de actividad, el clima, los patrones de sueño y la tensión. Muchas personas con fibromialgia afirman que siempre sienten algo de dolor, aunque el dolor va y viene. Para algunos, el dolor puede ser bastante intenso. De igual forma, las áreas o puntos sensibles asociados a la fibromialgia son similares, en ubicación, a los presentes en otros tipos de dolores musculares y óseos, tales como en el codo de tenista (epicondilitis lateral). Aunque los puntos sensibles que se ilustran son los más comunes, muchas otras áreas musculares y de los tejidos blandos pueden también generar dolor y numerosas personas, a menudo, no están conscientes de la presencia de muchos de los mismos hasta que el doctor realiza una evaluación de los puntos sensibles.

Fatiga y alteraciones del sueño.

La mayoría de las personas con fibromialgia presentan fatiga, menor resistencia a actividades que impliquen esfuerzo y la clase de cansancio que se siente cuando se tiene gripe o cuando no se puede dormir. A veces, el cansancio es un problema mucho más grave que el mismo dolor. Además son comunes las alteraciones del sueño en quienes tienen fibromialgia. Algunos pacientes tienen problemas para quedarse dormidos, mientras otros tienen un sueño muy ligero y se despiertan frecuentemente durante la noche. El cansancio puede variar desde una simple desgana y menor resistencia al esfuerzo en ciertas actividades hasta la extenuación y también puede variar de un día para otro. Las investigaciones han demostrado que la interrupción de una de las fases del sueño, denominada “sueño profundo” altera ciertas funciones cruciales del cuerpo humano como la producción de las hormonas necesarias para restaurar el tejido muscular y los niveles de sustancias que controlan la manera en la que una persona percibe el dolor. Está claro que los problemas del sueño pueden empeorar los síntomas de la fibromialgia y la mejoría de éste es una parte integral para controlarla. La fatiga y demás síntomas que presentan los individuos con fibromialgia podría parecerse a otro padecimiento llamado Síndrome de Fatiga Crónica (SFC), y debido a esto, muchas personas con fibromialgia también cumplen con el criterio para esta condición. Otros síntomas que coinciden son los de las personas con trastornos somáticos o sensibilidad química múltiple.

Estado de ánimo y concentración.

Los cambios de estado de ánimo son un síntoma común de la fibromialgia. Con frecuencia, las personas con fibromialgia se sienten tristes o decaídas y algunas

también presentan depresión, al igual que ansiedad. Algunos investigadores piensan que hay una conexión entre ciertas clases de depresión y la ansiedad crónica. Sin embargo, cualquier persona con una enfermedad crónica, no únicamente fibromialgia, puede sentirse deprimida en ocasiones, al luchar contra el dolor y el cansancio. Los individuos con fibromialgia pueden presentar dificultades al concentrarse o al realizar tareas mentales sencillas. Estos problemas aparecen y desaparecen y a menudo son más marcados en momentos de agotamiento o ansiedad extremos. Se han notado problemas similares en personas con cambios en su estado de ánimo, disturbios del sueño u otras condiciones crónicas.

Otros problemas.

Los dolores de cabeza, especialmente aquellos causados por la tensión y las migrañas, son comunes en quienes tienen fibromialgia. De igual forma, la fibromialgia se asocia con dolor en los músculos de la mandíbula y de la cara (padecimiento de la articulación denominado temporomaxilar o síndrome TMJ, por sus siglas en inglés) o dolor miofascial (músculo esquelético) en una sola parte del cuerpo. En estos casos, la fibromialgia puede considerarse como regional, localizada o incompleta. El dolor de estómago, la hinchazón o distensión abdominal y el estreñimiento alternado con diarrea (llamado síndrome de colon irritable), también son síntomas muy comunes. La irritabilidad y los espasmos de la vejiga podrían provocar que el afectado orine más frecuentemente o que sienta la urgencia de orinar. El paciente también puede experimentar dolor pélvico agudo. Algunos de los problemas que pueden relacionarse con la fibromialgia incluyen mareos, piernas inquietas, endometriosis, cosquilleo y adormecimiento de las manos y de los pies.

2 Objetivos

- Contribuir a un mayor conocimiento de la FM, conocida también como la ‘enfermedad invisible’ por la dificultad de su diagnóstico.
- Comprender la repercusión de esta enfermedad sobre la calidad de vida de los pacientes a nivel físico, social y emocional.

3 Metodología

Para la elaboración de este documento sobre la fibromialgia se ha realizado una revisión bibliográfica amplia consultando informes y publicaciones del Ministe-

rio de Sanidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS), The Arthritis Foundation y la Sociedad Española de Reumatología (SER). También se han revisado estudios monográficos de especialistas, recogiendo la mayor información posible sobre todo lo que concierne a la enfermedad. Para comprender mejor la situación real de los afectados, se consultó información procedente de varias asociaciones de enfermos de FM.

4 Resultados

Nadie sabe con seguridad la causa de la fibromialgia. Los investigadores especulan que hay muchos factores diversos que, por sí solos o en combinación con otros, pueden provocar fibromialgia. Por ejemplo, una enfermedad infecciosa, un trauma físico o emocional, o cambios hormonales, pueden desencadenar el desarrollo de dolor generalizado, cansancio y trastornos del sueño que caracterizan a esta afección. Las investigaciones sugieren que las personas con fibromialgia tienen niveles anormales de químicos diversos en la sangre o en el fluido cerebroespinal, mismos que contribuyen a la transmisión y amplificación de las señales de dolor desde y hacia el cerebro. De igual manera, también hay evidencia de que en personas con este síndrome, el sistema nervioso central se encuentra incapacitado para inhibir el dolor. Además de los informes clínicos de los pacientes, los estudios de imagen cerebral han confirmado que cuando los pacientes con fibromialgia reciben cantidades pequeñas de presión o de calor, experimentan mucho más dolor, como si el “control del volumen” estuviera puesto muy alto en el procesamiento del dolor. De esta forma, los estímulos que no causarían dolor en la mayoría de las personas, provocan dolor en las que tienen fibromialgia.

El tratamiento de la FM es sintomático, ya que no se conoce la etiología. Al desconocerse el origen de la enfermedad, el tratamiento de la fibromialgia puede ser difícil ya que no hay un tratamiento curativo. Los tratamientos van encaminados básicamente a disminuir el dolor y la fatiga, a mejorar el sueño y los niveles de actividad, la adaptación y calidad de vida de las y los pacientes, así como a mantener la funcionalidad e incrementar la capacidad de afrontar la enfermedad y mejorar el bienestar psicológico. Los médicos de familia y los reumatólogos son, en general, los especialistas de referencia en el tratamiento de esta enfermedad. En ocasiones, el manejo de la FM requiere un tratamiento multidisciplinar en el que estén implicados varios profesionales de distintas disciplinas: reumatólogos, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, especialistas en nutrición, enfermeras especializadas, entre otros. No hay ningún fármaco aprobado por la Agencia Es-

pañola de Medicamentos y Productos Sanitarios ni por la Agencia Europea de Medicamentos con indicación específica para FM.

Se describen las principales alternativas:

Tratamiento farmacológico:

- Analgésicos, son medicinas que reducen el dolor. Se utilizan desde paracetamol hasta asociaciones de paracetamol más opioides.
- Antidepresivos: son los más usados para el tratamiento de la FM. Estos fármacos funcionan en los/las pacientes con FM con o sin depresión, debido a que los antidepresivos elevan los niveles de algunas sustancias químicas en el cerebro que participan en la modulación del dolor (incluyendo serotonina y noradrenalina) que están asociadas con la depresión, el dolor y la fatiga.
- Ansiolíticos: son medicinas que relajan los músculos y modulan/inducen el sueño y mejoran la ansiedad. Se emplean con frecuencia en la FM por dichas razones.
- Terapia psicológica. La terapia cognitivoconductual es parte importante del tratamiento de la enfermedad ya que permite que el/la paciente pueda gestionar mejor su condición de paciente. Consta de una serie de sesiones con un/a psicoterapeuta. Las sesiones se centran en discutir las creencias y comportamientos que pueden interferir en su curación. La terapia cognitivoconductual no le curará pero puede ayudarle a gestionar mejor sus síntomas.
- Ejercicio físico terapéutico. Es fundamental la práctica de ejercicio físico terapéutico. Siempre conviene adecuarlo a las posibilidades de cada paciente. Aunque el dolor y el cansancio pueden hacer muy difícil realizar ejercicio, se debe intentar ser lo más activo/a físicamente. Los estudios realizados indican que el ejercicio físico terapéutico es uno de los remedios más eficaces para mejorar los síntomas cuando se sufre de FM, aunque algunas veces el ejercicio físico puede hacer que los síntomas empeoren; una falta prolongada de ejercicio puede empeorar sus síntomas.

La FM produce con frecuencia una serie de consecuencias en la vida de los pacientes, las personas de su entorno y el medio en el que viven que se ha estudiado con detalle. La FM es una de las enfermedades reumáticas que tienen más impacto en la calidad de vida. Los pacientes refieren una gran repercusión en sus vidas en lo que se refiere a capacidad física, actividad intelectual, estado emocional, relaciones personales, carrera profesional y salud mental, de manera que requiere del paciente el desarrollo de múltiples estrategias de afrontamiento. La FM perjudica la vida familiar, incluida la vida en pareja(58). Los padres, los hermanos

y los cónyuges de los enfermos tienen peor calidad de vida que los parientes de los enfermos sin FM, especialmente en los aspectos funcionales del trabajo y el hogar, la independencia y la salud.

El impacto familiar se debe valorar por:

- El grado de ruptura familiar que produce desde el punto de vista psicoafectivo.
- Las cargas familiares secundarias a la aparición de la FM, como la redistribución de tareas y los roles en la familia y sociales.
- Las pérdidas económicas en relación con la inactividad laboral del paciente, así como los gastos relacionados con la enfermedad. A estos aspectos cabe añadir el efecto negativo que la estigmatización social pueda tener sobre el paciente.
- Discapacidad laboral.

Los factores que contribuyen a la importante repercusión sociolaboral de estos procesos incluyen su alta prevalencia, la percepción de dolor y malestar generalizado y la pérdida de función corporal. Es preciso reconocer que la evaluación de la discapacidad en los enfermos con FM es generalmente un proceso plagado de controversias, por razones tales como la incredulidad diagnóstica de algunos de los agentes evaluadores, la concurrencia de anomalías psicológicas, la dificultad en la objetivación de la incapacidad, las deficiencias en los instrumentos de evaluación y la escasa eficacia del tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Fibromialgia es una etiqueta controvertida para los profesionales. Para quien la padece es un estado objetivo, incuestionable, de sufrimiento, invalidez y desesperanza. El desconocimiento de la FM hace que se la etiquete como un proceso psicológico, la persona no está sana pero tampoco enferma y se supone que si el agente causal no se ha encontrado es porque no existe. Ello ocasiona que las personas no sean tomadas en serio tanto por sus amigos como por sus familiares y mucho más por profesionales sanitarios, ya que cuando se inicia el contacto con la medicina oficial hasta el diagnóstico puede transcurrir un período de hasta 7 años (período de total incertidumbre). La incompreensión del paciente en los diferentes entornos ocasiona una disminución de la autoestima, relacionándola con trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión al ver disminuida su calidad de vida. Pese a la controversia, la realidad es que existe un grupo de personas con un problema de salud con diferentes niveles de afectación y evolución generalmente crónica, lo que requiere enfocar la actuación sanitaria de tal forma que reciban una atención integral adecuada a sus necesidades basada en la mejor

evidencia científica disponible y en aquellos aspectos donde esta sea insuficiente, en el consenso de los expertos.

Finalmente, por ser una enfermedad poco socializada, las personas que padecen Fibromialgia tienden a disminuir sus relaciones sociales y personales y a vivirla sobre todo en el seno familiar. Por ello, a menudo dependen de su entorno más cercano, las relaciones se deterioran y aumenta la probabilidad de padecer situaciones de exclusión social y aislamiento.

6 Bibliografía

- Arthritis Foundation.org <http://espanol.arthritis.org>
- Ministerio de Sanidad <https://www.mscbs.gob.es>
- Sociedad Española de Reumatología (SER) <https://inforeuma.com>
- Sociedad Española de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica
- Asociaciones de Enfermos de Fibromialgia <https://www.fibromialgia-asturias.org/>.

Capítulo 290

UNA AYUDA PARA ERRADICAR EL TABAQUISMO

ENCARNACIÓN ARBESU GUTIÉRREZ

AIDA RODRÍGUEZ ORNIA

1 Introducción

El tabaquismo es la adicción al tabaco, provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: la nicotina. El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas para la salud de la persona que lo consume. Es factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, y es especialmente perjudicial durante el embarazo. Además, no solo perjudica a los fumadores, sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos). El tabaquismo es la principal causa de mortalidad, en la mayoría de los países desarrollados, a principios del siglo XXI.

2 Objetivos

- Describir una de las técnicas de educación para la salud de los profesionales de enfermería para disminuir la adicción al tabaco en la población.

3 Metodología

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

han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Las palabras claves utilizadas son: nicotina, adicción, mortalidad y tabaco.

4 Resultados

Una de las técnicas es realizar talleres con un grupo de personas que quieran dejar de fumar en el centro de salud. En estos talleres se realizaran entrevistas individualizadas para conocer a la persona y ofrecerle los métodos que puede utilizar el proceso para conseguir dejar de fumar. Estos métodos son parches, chicles y spray de nicotina, pastillas para reducir la ansiedad y el síndrome de abstinencia asociados con dejar de fumar. Después se realizaran sesiones grupales para generar herramientas para evitar la recaída en el tabaco, se marcará un día específico para dejarlo y se realizaran varias sesiones después para ver como evoluciona las personas.

5 Discusión-Conclusión

Lo primordial es que la persona debe conocer la situación real de su adicción al tabaco. El centro de salud debe ofrecerle toda la información y ayuda que pueda incluyéndolo en el grupo para dejar de fumar. La persona debe ser consciente de que su adicción le puede generar múltiples enfermedades, y en ese mismo momento ya ha perdido ciertas cualidades que pueden ser recuperadas como el gusto, olfato, capacidad respiratoria.

Desde que se creó este tipo de estrategias para abandonar el hábito tabáquico, ha disminuido mucho el porcentaje de personas fumadoras en la población, por este motivo es importante continuar con la educación para la salud.

6 Bibliografía

- www.Wikipedia.org, enciclopedia libre
- www.mscbs.gob.es

Capítulo 291

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

BRENDA CABO DIAZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo. Normalmente se forman dónde los huesos están más cerca de la piel, como la zona de los tobillos, los talones y las caderas. Hay un riesgo mayor cuando se trata de pacientes encamados, pacientes en silla de ruedas o pacientes que no pueden cambiar de posición.

Una úlcera por presión puede causar infecciones graves, en algunos casos puede ponerla vida en peligro. Un 95% de las úlceras se pueden prevenir.

2 Objetivos

- Definir las intervenciones para mantener la integridad de la piel.
- Enumerar los grados de úlceras por presión.

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

Hay que examinar la piel, como mínimo una vez al día con ello lograremos detectar rápidamente la aparición de la lesión. En su fase más temprana aparece un eritema cutáneo que no palidece en piel intacta tras treinta minutos de haber cesado la presión. Debemos actuar sobre ella de inmediato y evitar así que progrese. Ha de mantenerse en todo momento la piel limpia y seca, utilizar jabones o agentes limpiadores que no dañen la piel, evitando la fricción a la hora de realizar el secado. No se debe usar sobre la piel alcoholes, resulta conveniente aplicar cremas hidratantes procurando su absorción por completo. En los puntos de apoyo donde hay riesgo de desarrollo de UPP y la piel está intacta, se recomienda la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados. Ésta aplicación en las zonas de riesgo es una medida que forma parte de los protocolos de prevención. Por lo general si se previene la aparición de UPP de grado I, se está previniendo sus complicaciones posteriores, como son las UPP de grado II, III, IV.

- Úlceras de primer grado.

Eritema no blanqueante en una área localizada, generalmente sobre una prominencia ósea. Decoloración de la piel, calor, endurecimientos, dolor o edemas también pueden estar presentes.

- Úlceras de segundo grado.

Pérdida de espesor parcial de la dermis, suele presentarse como una úlcera abierta poco profunda en un tono rosado y rojizo, sin esfácelos. Pueden presentarse también como una ampolla intacta o abierta y rota.

- Úlceras de tercer grado.

Pérdida total del grosor del tejido, la grasa subcutánea puede resultar visible, pero los tendones, músculos o huesos no se encuentran expuestos. Puede incluir cavitaciones y tunelizaciones, éstas úlceras de grado III varía según su localización en la anatomía del paciente.

- Úlceras de cuarto grado.

Pérdida total del espesor del tejido con hueso, tendón o músculo expuesto. Suelen aparecer esfácelos o escaras.

Los resultados con una buena valoración de la piel, un buen cuidado, evitando humedades en zonas de riesgo, realizando movilizaciones y cambios posturales,

una buena higiene y un buen protocolo de prevención evitarían en un alto porcentaje la aparición de úlceras por presión. Es muy importante realizar una buena prevención en el paciente y adquirir conocimientos para llevar a cabo un proceso de prevención acerca de las úlceras por presión y todo el material necesario para llevarlo a cabo.

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal es determinar la necesidad de aplicar medidas de prevención, los resultados demuestran que la importante limitación de la movilidad que impide a los pacientes realizar cambios posturales significativos por ellos mismos y la incontinencia de esfínteres, son los principales factores de riesgo intrínsecos detectados. Son un grave problema sanitario, debemos tomar conciencia y responsabilidad de la gravedad potencial del problema, es decir: valorar la piel en su estado e integridad, actuar de forma protocolaria detectando la población de riesgo. Aplicar medidas básicas de higiene, hidratación, protección de los talones con taloneras, reconocer los signos de alarma y la UPP y sobretodo registrar las alteraciones de la piel y las actuaciones de prevención y tratamiento.

6 Bibliografía

- Prevención de úlceras por presión - mayo 2019-disponible en [www.codem.es/prevención úlceras por presión](http://www.codem.es/prevención%20úlceras%20por%20presión)
- Úlceras por presión - septiembre 2019- Mario Fernández

Capítulo 292

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE LA HIGIENE DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SU RELACIÓN CON LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ

MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ

NURIA GONZALEZ NORIEGA

MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO

1 Introducción

Una infección nosocomial puede ser definida como aquella que es contraída en un centro de salud por un paciente que se encuentra ingresado por una razón diferente, pudiendo manifestarse incluso con posterioridad a la obtención del alta hospitalaria por parte de los pacientes. El propio personal sanitario también puede sufrirla (1).

En las manos de cualquier persona pueden existir microorganismos residentes y microorganismos transitorios. La flora microbiana residente se localiza de forma permanente en las glándulas sebáceas, en las glándulas sudoríparas y en los folículos pilosos, soportando bastante bien los intentos de eliminación mediante

fricción mecánica. Estos microorganismos no suelen causar infecciones nosocomiales, aunque pueden provocar problemas si consiguen penetrar en determinados tejidos como consecuencia de traumatismos, en los ojos o en la piel no intacta (2). La flora residente, integrada principalmente por bacterias (*Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus hominis*, *estafilococos coagulasa negativos* y bacterias corineformes) y por hongos (*Malassezia*), cumple una función de protección muy positiva para la piel debido a la competencia que establecen entre sí los microorganismos que la integran por la obtención de los escasos nutrientes existentes sobre la misma (3). Por otro lado, la microbiota transitoria que puede existir en la piel está integrada por microorganismos adquiridos mediante el contacto directo con pacientes, personal sanitario y herramientas contaminadas o a través del medio ambiente, colonizando las capas cutáneas más externas (4). Estos microorganismos pueden transmitirse sin dificultad a personas u objetos del medio ambiente y presentan un tiempo corto de supervivencia sobre la piel, aunque su potencial patógeno es elevado, por lo cual son responsables de la mayor parte de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria. Sin embargo, pueden ser eliminados de forma relativamente fácil a través del empleo de determinados agentes de higiene de manos (4).

Para que se produzca una infección nosocomial entre pacientes como consecuencia de la transmisión de patógenos a través de las manos del personal sanitario, es necesario que tengan lugar una serie de circunstancias consecutivas (5):

- Presencia de microorganismos sobre la piel del paciente o en objetos del entorno inmediato.
- Transferencia de los microorganismos a las manos del personal sanitario.
- Supervivencia de microorganismos en las manos del personal sanitario.
- Omisión de la higiene de manos o realización inadecuada.
- Contacto de manos contaminadas del profesional sanitario con otro paciente o con objetos de su alrededor.

Momentos para la higiene de manos. La Organización Mundial de la Salud establece 5 momentos para la higiene de manos con el objetivo de servir de guía para la integración de esta práctica en la tarea de cuidado del paciente (5):

- Antes de tocar al paciente, previniendo la contaminación del individuo que está siendo atendido con microorganismos asociados al cuidado de la salud por transferencia a través de las manos del cuidador desde el entorno de otro paciente o desde el exterior del centro de salud.
- Antes de iniciar un procedimiento aséptico, incluyendo inyecciones, manipulación de catéteres o cuidado de heridas.

- Después de riesgo de exposición a fluidos corporales, reduciendo la posibilidad de contaminación del trabajador sanitario con agentes infecciosos y de transmisión de microorganismos desde un sitio colonizado a un sitio limpio del mismo paciente.
- Después de tocar al paciente, antes de que el cuidador abandone la zona del paciente, antes de tocar cualquier objeto externo a dicha zona y antes de exponer las manos a cualquier superficie del área de cuidado de la salud.
- Después de tocar el entorno inmediato del paciente, de forma similar al momento 4 aunque en este caso el trabajador sanitario no toca al paciente.

Después de la lectura del título y del resumen de cada artículo, se aplican los criterios de selección. Se tienen en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Duplicación: se descartan todos aquellos artículos que aparecen duplicados en la búsqueda como consecuencia de la utilización de las palabras clave mencionadas.
- Irrelevancia del tema de estudio: se descartan todas aquellas publicaciones que no guardan relación con el estudio de la higiene de manos y la seguridad de los pacientes ingresados en centros de salud.

En las publicaciones restantes se consideran los siguientes criterios de inclusión:

- Idioma de la publicación: se seleccionan publicaciones escritas en inglés o español, descartando los artículos redactados en cualquier otro idioma.
- Fecha de publicación: se seleccionan exclusivamente artículos publicados durante los últimos 10 años.

Lectura crítica y extracción de la información. Una vez aplicada la estrategia de búsqueda y seguidos los criterios de selección, se obtienen 9 artículos que son sometidos a una lectura crítica con el fin de extraer la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Determinar y analizar la influencia que tiene la conducta adecuada o inadecuada en relación con la práctica de la higiene de manos del personal sanitario sobre la frecuencia de infecciones nosocomiales.

Objetivos secundarios.

- Identificar los factores que pueden producir un impacto sobre el compromiso de los trabajadores de atención a la salud respecto a la higiene de manos y, por

tanto, sobre la aparición de infecciones intrahospitalarias.

- Analizar los efectos que tienen la visibilidad y la accesibilidad de los materiales necesarios para la higiene de manos sobre la adhesión del personal sanitario a su práctica.
- Determinar la influencia que tienen el seguimiento de programas de formación y la carga de trabajo del personal de enfermería sobre su predisposición a seguir las directrices relacionadas con la higiene de manos.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realiza una búsqueda de publicaciones en la base de datos PubMed (6), recuperando artículos recientes acerca del comportamiento del personal sanitario en relación con la higiene de manos y su influencia sobre la frecuencia de infecciones nosocomiales. La estrategia de búsqueda está basada en la utilización de diferentes combinaciones de palabras clave, empleando los términos "hand hygiene", "nursing care" y "nosocomial infection" y el operador booleano AND.

4 Resultados

La información más relevante de los artículos seleccionados es sintetizada y presentada a continuación.

Fox et al. (7).

Este estudio analiza la influencia que puede tener el seguimiento de un protocolo para la práctica de la higiene de manos de los pacientes, basado en el lavado de manos de los individuos ingresados en una unidad de cuidados intensivos con la asistencia proporcionada por los profesionales de enfermería, sobre la disminución de la aparición de infecciones nosocomiales y sobre la modificación de la actitud de los propios trabajadores sanitarios en relación con su propia higiene de manos (7).

Los autores del artículo observan que la implementación de este protocolo da lugar a una reducción de la frecuencia de infecciones nosocomiales asociadas al tracto urinario y a un aumento del cumplimiento del lavado de manos del personal sanitario con agua y jabón o con una solución basada en alcohol (7).

Además, la publicación demuestra un aumento en el cumplimiento del lavado de manos en el momento de entrar en la habitación del paciente (del 35% al 66%), y en el momento de salir de la habitación después de realizar los cuidados requeridos

(del 66% al 79%), indicando un cambio en la actitud del personal de enfermería analizado, que pasa de una tendencia a la autoprotección hacia una tendencia a la protección del paciente (7).

Flanagan et al. (8).

En este artículo se indica que, aunque la higiene de manos del personal de enfermería constituye la medida más efectiva y menos costosa para prevenir la transmisión de microorganismos patógenos que pueden originar infecciones intrahospitalarias, su cumplimiento es muy pobre, situándose entre el 30% y el 50%, siendo algunas de las razones que propician esta situación la irritación cutánea derivada del lavado de manos frecuente con agua y jabón y la escasez de tiempo disponible para su realización (8). Además, esta publicación demuestra que la introducción del uso de soluciones basadas en alcohol, complementando el lavado de manos con agua y jabón, permite una mejora significativa del cumplimiento de esta práctica y una reducción del nivel de infecciones nosocomiales (8).

Kampf et al. (9).

Este estudio analiza los efectos de la higiene de manos sobre la frecuencia de aparición de infecciones intrahospitalarias y los posibles efectos perjudiciales que pueden producirse en la piel de las manos como consecuencia de un excesivo lavado de las mismas, distinguiendo entre lavado de manos y desinfección higiénica de manos.

Así, respecto al lavado de manos (con agua y jabón) esta publicación establece que debe emplearse principalmente para eliminar suciedad visible y sólo ocasionalmente para reducir la colonización de la piel por parte de algunos microorganismos (esporas de *Clostridium difficile*), estando indicado, por tanto, para un número de situaciones bastante menor que el que suele ser asumido generalmente, y teniendo sentido su ejecución antes de iniciar el cuidado del paciente, al terminar dicho cuidado y después de visitar el baño (9). Los autores indican igualmente que para el resto de situaciones que requieren higiene de manos debe darse preferencia a la desinfección higiénica, con el fin de obtener una mayor eficacia y provocar menor irritabilidad cutánea (9).

Ferreira et al. (10).

Esta publicación pone de manifiesto que el compromiso del personal sanitario es esencial para que la higiene de manos prevenga infecciones nosocomiales, requiriendo para su consecución el acceso adecuado a dispensadores con preparaciones alcohólicas que permitan la higienización antiséptica en los puntos en los que deben llevarse a cabo los cuidados. (10).

Ferreira et al. (10).

Analizan en su estudio unidades de cuidados intensivos, cuya elevada carga de trabajo y complejidad en cuanto al cuidado de los pacientes puede provocar la disminución de la calidad de los cuidados y el aumento de la predisposición al desarrollo de enfermedades nosocomiales, siendo demostrado el hecho de que la incorporación de buenas prácticas sanitarias, como la higiene de manos, es primordial para favorecer el incremento de la calidad de los cuidados y la reducción de la frecuencia de enfermedades intrahospitalarias, principalmente después de la manipulación de catéteres venosos, de tubos que permiten la ventilación del paciente o de sondas del tracto urinario, aunque el profesional sanitario utilice guantes durante la realización de estas acciones.

Graveto et al. (11).

Esta publicación estudia la adhesión del personal sanitario al procedimiento de higiene de manos de forma efectiva después de haber recibido formación en este sentido y la identificación de estrategias que permitan un aumento la misma, demostrando que la formación de los profesionales sanitarios, basada en la asistencia a conferencias sobre el procedimiento de higiene de manos y la lucha contra las infecciones nosocomiales, la preparación de folletos y la exposición de pósters relacionados con el tema, produce un impacto directo sobre el incremento de la práctica correcta de la higiene de manos (11). Concretamente, la adhesión a la higiene de manos es más elevada entre el personal sanitario que recibe formación (76%) en comparación con aquellos que no la reciben (63%), provocando la adhesión a la higiene de manos una disminución de la frecuencia de infecciones nosocomiales (del 37% al 15%) (11).

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto que la razón principal que compromete la práctica correcta de la higiene de manos está representada por la elevada carga de trabajo (41%), existiendo además otras razones menos frecuentes: irritación cutánea, inaccesibilidad a materiales necesarios para la higiene de manos en el área de trabajo, ausencia de formación y de experiencia, la falta de valoraciones sobre la ejecución de la higiene de manos, desconocimiento sobre la importancia del procedimiento, falta de incentivación y ausencia de guías o modelos de conducta respecto a la higiene de manos (11). Musuuza et al. (12). Este artículo revisa un total de 100 estudios con el objetivo de llevar a cabo una evaluación de la fidelidad de las intervenciones que permita mejorar la higiene de manos de los trabajadores de atención a la salud, observando en todos los casos que la higiene de manos se organiza en una o más de las siguientes categorías: aproximaciones formativas, medida de la ejecución de la higiene de manos

y valoración directa del personal, campañas de comunicación, optimización del entorno y compromiso de liderazgo (12). En el artículo se observa que la formación del personal sanitario representa el elemento más común de los estudios revisados (80%), incluyendo discusiones generales sobre la higiene de manos, sus indicaciones y su importancia clínica, seguida de la medida de la ejecución de la higiene de manos y la valoración directa del personal (69%), que se refieren a los comentarios realizados sobre la calidad de la higiene de manos llevada a cabo, indicando si se cometen o no errores durante la práctica de la misma (12).

Esta publicación demuestra que prácticamente ninguno de los estudios analizados considera las 5 medidas de fidelidad comentadas con anterioridad, al contrario de lo que promueven las directrices de la Organización Mundial de la Salud, sugiriendo que este hecho podría explicar la baja adherencia a los protocolos adecuados de higiene de manos del personal de enfermería, dado que no existe un refuerzo durante el desarrollo de la actividad ni el personal se encuentra completamente comprometido desde su inicio (12).

Kirk et al. (13).

Este artículo pretende comparar el conocimiento, las actitudes y las prácticas del personal sanitario acerca de la higiene de manos en el punto en el que se llevan a cabo los cuidados mediante encuestas realizadas en los propios profesionales sanitarios, demostrando que éstos consideran que el principal obstáculo que encuentran para la práctica eficaz de la higiene de manos está constituido por la poca disponibilidad de dispensadores o de lavabos situados en localizaciones apropiadas, declarando una falta de acceso a productos de higiene de manos en la zona del paciente que impide la misma en el punto de cuidado (13). En el estudio, más de la mitad de los encuestados declara que resultaría más probable llevar a cabo un lavado de sus manos, siguiendo las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud, si los dispensadores de soluciones alcohólicas se encontraran más próximos a los pacientes (13). Kirk y colaboradores muestran en este estudio que las localizaciones deseadas por los encuestados para situar el material de higiene de manos son el pie de la cama del paciente y la pared junto a la cama del mismo, lo cual permitiría al cuidador cumplir completamente con los momentos para la higiene de manos promovidos por la Organización Mundial de la Salud (13). Además, el artículo refleja una preferencia del personal sanitario por el lavado de manos con agua y jabón (13).

Diwan et al. (14).

El artículo estudia las prácticas relacionadas con la higiene de manos y evalúa el conocimiento y las actitudes respecto a la misma declaradas por los propios

trabajadores sanitarios, poniendo de manifiesto una baja adhesión del personal sanitario a las prácticas de higiene de manos marcadas por las directrices de la Organización Mundial de la Salud (14). La mayor parte de los encuestados indican como razones principales para realizar higiene de manos conseguir su propia protección frente a posibles infecciones o lograr la prevención de la propagación de la infección entre pacientes (14). Los autores del artículo indican que, aunque los profesionales sanitarios que participan en su estudio conocen perfectamente el papel que juegan sus manos en la transmisión de enfermedades nosocomiales y su nivel de conocimiento acerca del tema es elevado, razones como la falta de tiempo y la escasez de recursos son aportadas para explicar la baja adhesión a las prácticas de higiene de manos comentada anteriormente (14). Además, este artículo muestra que los encuestados consideran que la formación en el ámbito de la higiene de manos es necesaria, esperando poder recibirla en el futuro, indicando que pueden existir beneficios sobre la adhesión a esta práctica derivados de la puesta en marcha de procesos formativos o de campañas de concienciación (14).

González et al. (15)

Esta publicación analiza los principales elementos que provocan una incenti-vación o una desmotivación del personal sanitario hacia el procedimiento ade-cuado de higiene de manos en una unidad de oncología pediátrica, identificando diferentes tipos de barreras para la correcta realización de la higiene de manos: insuficiencia de tiempo, reacción negativa de las familias de los pacientes, com-pañeros y superiores ante los recordatorios para llevar a cabo higiene de manos, presencia inconsistente de material necesario, formación insuficiente en relación con esta práctica y conocimiento limitado de los pacientes y de sus familias ac-erca de la prevención de infecciones (15). Además, el personal sanitario encues-tado en la publicación señala como principal motivo para la práctica de la higiene de manos la protección del paciente, mencionando la autoprotección en segundo lugar, lo cual puede justificarse por la elevada vulnerabilidad que presentan los pacientes de las unidades oncológicas pediátricas frente a infecciones graves (15).

5 Discusión-Conclusión

Las publicaciones incluidas en esta revisión bibliográfica estudian el compor-tamiento del personal sanitario en relación con la higiene de manos y su influ-encia sobre la frecuencia de infecciones intrahospitalarias, analizando factores que pueden comprometer la práctica adecuada de dicha higiene, los beneficios

que produce sobre la misma el acceso a los materiales necesarios y la influencia que ejercen tanto la carga de trabajo como la formación de los profesionales sanitarios sobre su motivación hacia el seguimiento de los protocolos correctos relacionados con la higiene de manos. Los resultados obtenidos por las publicaciones revisadas sugieren que los factores que influyen de forma más evidente sobre la realización adecuada de la higiene de manos están constituidos por la escasez de tiempo provocada por la carga de trabajo (8,10,11,14,15) y por la inaccesibilidad de dispensadores necesarios en los puntos de cuidado de los pacientes (10,13,15). Además, los resultados de algunos artículos revisados indican que existen otras razones menos frecuentes que pueden comprometer la buena práctica de la higiene de manos del personal sanitario, como son la irritación cutánea derivada del lavado de manos frecuente con agua y jabón (8,11), la falta de formación adecuada relacionada con el lavado correcto de las manos en ambientes sanitarios (11-15) y la ausencia de modelos de conducta o refuerzos positivos en este sentido (11,12,14). En cuanto a la irritación de la piel debida al uso de agua y jabón, algunos estudios sugieren que su sustitución por soluciones alcohólicas, que provocan menor daño cutáneo, podría favorecer el aumento del seguimiento de los protocolos adecuados de higiene de manos, consiguiendo a su vez una reducción de la frecuencia de infecciones nosocomiales (8,9,13).

La falta de formación mencionada anteriormente está asociada con los resultados descritos por algunos artículos, en los cuales se pone de manifiesto que la mayor parte del personal sanitario encargado de llevar a cabo los cuidados del paciente muestra una preferencia por el lavado de manos con agua y jabón (más irritante) sobre la higiene antiséptica con soluciones alcohólicas (menos irritante) (13), aunque ha sido demostrado que debe darse preferencia a esta última, la cual, además de producir un menor daño a la piel del individuo, resulta más eficaz para la eliminación de agentes patógenos (9). Por ello, como apuntan diferentes estudios analizados en esta revisión bibliográfica (11-15), la formación de los profesionales sanitarios, en materia de higiene de manos, resulta esencial para conseguir un incremento en el uso de soluciones alcohólicas que vaya unido a una menor irritabilidad cutánea y a una mayor eficiencia de la eliminación de microorganismos relacionados con la aparición de infecciones nosocomiales.

Por otro lado, algunos autores sugieren que tanto las actitudes de refuerzo positivo acerca de la técnica de higiene de manos específica realizada por los miembros del personal sanitario, como las conductas de los profesionales con mayor experiencia y formación, que puedan servir como modelos a seguir para aquellos menos experimentados, podrían permitir el aumento del seguimiento de las bue-

nas prácticas de higiene de manos, provocando una disminución de la frecuencia de infecciones intrahospitalarias (8,12,14).

Considerando en conjunto los resultados publicados por los artículos revisados, se pueden extraer una serie de conclusiones que se resumen a continuación:

- Las manos, enguantadas o no, de los trabajadores de atención a la salud constituyen un vehículo mediante el cual pueden transmitirse patógenos entre pacientes, provocando infecciones nosocomiales.
- La práctica de la higiene de manos por parte de los profesionales sanitarios, empleando agua y jabón o soluciones alcohólicas, permite reducir el riesgo de transmisión de microorganismos perjudiciales entre pacientes a través de sus manos, habiendo sido demostrada una eficacia superior de la higienización antiséptica mediante preparaciones basadas en alcohol.
- La adhesión del personal sanitario a la realización de la higiene de manos es favorecida por la colocación visible y accesible de soluciones alcohólicas, cuyo efecto perjudicial sobre la piel sea mínimo o inexistente, en los puntos de cuidado de los pacientes, como la pared situada junto a su cama o los pies de la misma.

Diferentes elementos como la disminución de la carga de trabajo del personal sanitario, el establecimiento de monitorizaciones rutinarias destinadas a comprobar el cumplimiento de la higiene de manos, el refuerzo regular de las conductas adecuadas relacionadas con esta práctica, la ejecución de programas formativos sobre la higiene de manos y la realización consistente de esta acción por parte de los profesionales sanitarios con mayor experiencia, sirviendo de modelos a seguir para los profesionales menos experimentados, favorecen de manera global el aumento del compromiso de los trabajadores de la salud en lo que se refiere a la higiene de sus manos en entornos sanitarios.

6 Bibliografía

- Duce G, Fabry J, Nicolle L. Prevención de las infecciones nosocomiales. Guía práctica 2ª edición. Organización Mundial de la Salud. 2012.
- Lark RL, VanderHyde K, Deeb GM, Dietrich S, Massey JP, Chenoweth C. An outbreak of coagulase-negative staphylococcal surgical-site infections following aortic valve replacement. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2001; 22(10):618-623.
- Santamaría-González V, Alvarado-Delgadillo A. Flora cutánea como protección y barrera de la piel normal. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2002; 11(1):18-21.
- Kampf G, Kramer A. Epidemiologic background of hand hygiene and evaluation of the most important agents for scrubs and rubs. *Clin Microbiol Rev*. 2004;

17(4):863-893.

- World Healthcare Organization. Guidelines on hand hygiene in health care. First global patient safety challenge clean care is safer care. Suiza, Ginebra. 2009. 270p.
- U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- Fox C, Wavra T, Drake DA, Mulligan D, Bennet YP, Nelson C, et al. Use of a patient hand hygiene protocol to reduce hospital-acquired infections and improve nurses' hand washing. *Am J Crit Care*. 2015; 24(3):216-224.

Capítulo 293

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA LITERARIA SOBRE EL MANEJO DEL DUELO PERINATAL.

MARÍA JESÚS PÉREZ RUBIO

NURIA GONZALEZ NORIEGA

MERCEDES QUINTANA FERNÁNDEZ

MARI PAZ GARCÍA GONZALEZ

1 Introducción

La etapa perinatal abarca el periodo comprendido desde la semana 22 de gestación hasta la finalización de la cuarta semana de vida del neonato después del parto, es decir, hasta el día 28 postparto (1).

La muerte perinatal puede ocurrir en cualquier punto del periodo indicado, considerándose muerte fetal, si se produce antes del parto, o muerte neonatal, si tiene lugar después del nacimiento. A su vez, la muerte fetal puede clasificarse como temprana (hasta 22 semanas de gestación y/o menos de 500 g), intermedia (22-28 semanas de gestación y/o 500-999 g) o tardía (28 semanas o más de gestación y 1 kg o más), mientras que la muerte neonatal puede ser temprana (desde el parto hasta los 7 días de vida) o tardía (desde el día 7 hasta el día 28 después de nacer) (2).

Cualquier pérdida de un ser querido da lugar a una respuesta denominada duelo, considerada una adaptación a la nueva realidad, durante la cual surgen sentimientos de tristeza, irritabilidad, trastornos del sueño y del apetito, rabia, apatía y nostalgia.

En nuestra sociedad la muerte es percibida como el final de una vida completa y plena en la que el ser fallecido ha disfrutado de relaciones sociales y ha alcanzado logros personales y profesionales. Sin embargo, la muerte perinatal no posee estas características, por lo cual durante muchos años ha existido el pensamiento de que la carencia de un fuerte vínculo de unión creado mediante tiempo compartido con el feto o el neonato fallecido, hace que su pérdida origine menor aflicción. De este modo la pérdida perinatal ha sido considerada durante mucho tiempo como una muerte de menor valor en comparación con la muerte de un adulto (3).

Hasta la década de los años 80 del siglo XX, el duelo perinatal no ha recibido la atención necesaria por parte de la comunidad científica. Desde entonces, se han obtenido evidencias que indican que las recomendaciones que permiten asistir de una manera más adecuada a los progenitores están basadas en la visión, en el contacto físico con el bebé fallecido y con la creación de recuerdos del mismo, que permitan aceptarlo como un miembro más de la familia (4).

En los países desarrollados, como España, los cambios sociales y la mejora de las técnicas de planificación familiar han favorecido que las parejas puedan elegir el momento más adecuado para comenzar su maternidad y su paternidad. Por tanto, el momento de tener hijos suele ser planificado y muy deseado, con lo cual la pérdida del futuro nuevo miembro de la familia de forma inesperada no suele ser aceptada ni comprendida (5).

Ser padre y madre representa un éxito para las parejas que desean tener hijos. Desde el momento en el que surge la idea de fundar una familia, se generan una serie de expectativas y planes de futuro con el fin de cambiar la vida de la pareja para siempre. La pareja suele imaginar que después del embarazo y del parto, nada puede impedir un desenlace que no sea el deseado, razón por la cual la pérdida perinatal resulta tan devastadora (5).

Aparecen sentimientos de fracaso, culpa y vergüenza en los progenitores, motivados por no haber conseguido traer al mundo a un bebé sano. En el caso de la madre se ha descrito que puede llegar a sentir que su propio cuerpo la ha traicionado, padeciendo una pérdida de identidad como mujer al no haber

cumplido con las expectativas generadas en torno al nacimiento del nuevo ser (6). Por otro lado, se ha señalado que el padre puede sentir la obligación de mostrarse más fuerte que la madre, con el propósito de poder servirle de apoyo, apartando sus propios sentimientos y quitándoles importancia. Además, el hecho de no haber sido portador del feto puede llevar al padre y a los que lo rodean al pensamiento erróneo de que éste no ha desarrollado ningún vínculo emocional con el bebé, y que, por tanto, su pesar es menos válido que el de la madre (6).

En este sentido ha quedado demostrado que aunque el proceso de duelo perinatal es vivido de diferente forma por parte de ambos progenitores, los dos presentan ansiedad y culpa en grandes dosis, por lo cual se requiere la proporción de atención sanitaria adecuada en ambos casos, con el objetivo de que puedan superar juntos la terrible pérdida (6,7).

La intervención adecuada del personal sanitario para ayudar a los progenitores durante la pérdida perinatal resulta de una gran importancia (7). Existen estudios que ponen de manifiesto que los gestos de apoyo, por mínimos que sean y en los momentos oportunos, pueden llegar a ser recordados durante años por los progenitores, del mismo modo que la indiferencia o la omisión de actitudes de ayuda adecuadas son percibidas de forma negativa por la pareja, pudiendo llegar a provocar daños emocionales que se suman a los derivados de la pérdida perinatal (8,9).

2 Objetivos

- Describir las funciones del personal de atención a la salud en situaciones de muerte perinatal.
- Determinar las labores específicas de los profesionales sanitarios para permitir la elaboración del duelo perinatal en los padres, dependiendo del momento en el que se produce la muerte del bebé dentro del periodo perinatal.

3 Metodología

Para la elaboración de esta revisión bibliográfica se realiza una búsqueda de publicaciones en la base de datos PubMed (10), recuperando artículos recientes acerca del manejo de las situaciones de duelo perinatal por parte del personal sanitario. La estrategia de búsqueda está basada en la utilización de diferentes combinaciones de palabras clave, empleando los términos "stillbirth", "perinatal

loss", "perinatal bereavement" y "perinatal death" en combinación con los términos "nursing care", "patient care" y "grief management", mediante el operador booleano AND.

Criterios de selección. Después de la lectura del título y del resumen de cada publicación, se aplican los criterios de selección. Se tienen en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Duplicación: se descartan todos aquellos artículos que aparecen duplicados en la búsqueda como consecuencia de la utilización de las palabras clave mencionadas.
- Irrelevancia del tema de estudio: se descartan todas aquellas publicaciones que no guardan relación con el estudio de la gestión de la pérdida perinatal.

En las publicaciones restantes se consideran los siguientes criterios de inclusión:

Idioma de la publicación: se seleccionan publicaciones escritas en inglés o español, descartando los artículos redactados en cualquier otro idioma. **Fecha de publicación:** se seleccionan exclusivamente artículos publicados durante los últimos 10 años.

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda y seguidos los criterios de selección, se obtienen 6 artículos que son sometidos a una lectura crítica con el fin de extraer la información necesaria para la elaboración de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La información más relevante de los artículos seleccionados es sintetizada y presentada a continuación.

Pastor-Montero et al. (11). Esta publicación expone los beneficios que tiene para los progenitores la notificación de una pérdida perinatal de forma realista, clara, precisa y empática, evitando tecnicismos y con apoyo de las pruebas que certifiquen el diagnóstico por parte del personal médico (11). Los autores demuestran que esta forma de proceder permite la comprensión adecuada de la información por parte de los padres y la elaboración adecuada del duelo. Además, la ausencia de interrupciones y la concesión de privacidad en el momento de la notificación son primordiales, con el objetivo de favorecer la expresión abierta del dolor por parte de los progenitores para el desarrollo adecuado del duelo perinatal (11).

Por último, el artículo indica que es muy importante la adopción de un lenguaje corporal adecuado (no cruzar brazos y mirar a los ojos) y el contacto físico (abrazo o mano en el hombro) hacia los padres para expresar pesar por la situación que

atraviesan (11).

Serrano-Diana et al. (12).

Este artículo analiza el proceso de duelo perinatal en diferentes parejas, encontrando evidencias de los efectos beneficiosos que tienen tanto la empatía mostrada por el personal sanitario ante el suceso acaecido, como la proporción de tiempo a solas para que los progenitores puedan asimilarlo en la intimidad, siendo conveniente que los profesionales sanitarios muestren interés hacia cómo está afrontando la pareja la situación de muerte del bebé en intervalos adecuados de tiempo (12).

Kenner et al. (13). Este artículo demuestra que en el caso de haber sido diagnosticada una enfermedad en el feto que provocará su fallecimiento a los pocos días del nacimiento, ofrecer a los progenitores la oportunidad de desarrollar un plan de nacimiento, integrado por sus deseos concretos acerca de cómo debe evolucionar y de los cuidados paliativos deseados, representa un beneficio para el duelo perinatal de los mismos (13). Los autores indican que la participación de los padres en este tipo de decisiones ayuda a proporcionar un sentido de control que resulta positivo para afrontar la muerte del bebé de la forma más adecuada (13). Además, el artículo señala que una vez que el nacimiento tiene lugar, los deseos de los progenitores acerca del desarrollo del mismo y de los cuidados paliativos posteriores deben ser cumplidos con independencia de los miembros del equipo sanitario que se encuentran presentes en ese momento (13).

En cuanto al apoyo emocional proporcionado por el personal sanitario cuando se produce la muerte del bebé, esta publicación demuestra que influye de manera notable y positiva sobre el desarrollo del duelo perinatal. Se indica que en estos casos suele existir un duelo anticipado en los progenitores, siendo necesario favorecer un ambiente privado e íntimo que facilite la despedida adecuada del bebé, además de llamarlo por su nombre y evitar referirse a él como "feto". Los autores demuestran que acciones como la colocación en la cuna del neonato de su tarjeta identificativa y de los datos de los progenitores y el tratamiento de la pareja por su nombre de pila, favorecen la comunicación y el acercamiento y permiten mejorar el duelo de los padres (13).

Por otro lado, en el artículo se observa que otro aspecto que debe tenerse en cuenta consiste en brindar a los padres la oportunidad de tomar recuerdos del bebé tales como fotos, huellas o pelo, con el fin de ayudar a largo plazo en la superación de la muerte del bebé, siendo muy importante que los padres no se sientan obligados en ningún momento a llevar a cabo estas acciones (13).

Steen (14). Este estudio analiza la influencia de diferentes actitudes de los profesionales de la salud cuando se produce una pérdida perinatal (14). El artículo enfatiza el papel del personal sanitario como responsable de la creación de un ambiente adecuado, en cuanto a intimidad, privacidad y ausencia de interrupciones para permitir a los progenitores la despedida adecuada del bebé recién fallecido (14). La autora demuestra que el contacto de los progenitores con el bebé, tomándolo en brazos el tiempo necesario, tiene efectos muy beneficiosos para el manejo del duelo perinatal.

Además, se indica que también produce efectos positivos el hecho de que los padres encuentren libertad para llevar a cabo ritos propios de su cultura o religión destinados al suceso acaecido, siendo el personal sanitario el encargado de encontrar el momento oportuno para preguntar por ellos a los progenitores (14).

Cassidy (15). Esta publicación analiza los cuidados que deben ser aplicados en el caso de muerte perinatal a los bebés fallecidos, determinando que la realización de los mismos con respeto y en presencia de los progenitores constituye el protocolo más útil para que éstos desarrollen un duelo perinatal adecuado. Concretamente, se indica que es conveniente que los progenitores se encarguen del vestido del cadáver, si así lo desean, y que el cuerpo sea retirado mediante la utilización de una manta en presencia de los padres (15).

El autor de esta publicación pone de manifiesto que el personal sanitario encargado del acompañamiento de la familia en los momentos posteriores a la muerte perinatal es responsable de facilitar un clima de comodidad para que los progenitores se sientan libres para expresar su dolor de la forma más libre posible, con el fin de manejar su duelo de la forma más adecuada (15).

Además, Cassidy (2018) observa que existe una influencia positiva sobre el duelo perinatal en los casos en los cuales el personal sanitario motiva a los padres a elaborar una caja de recuerdos con objetos relacionados con el bebé (pulsera de identificación, huellas de manos y pies o fotos) (15).

Rice et al. (16). Este artículo estudia aspectos relacionados con la asistencia a partos de fetos muertos. La publicación demuestra que en aquellos casos en los cuales se favorece que la madre experimente el proceso del parto, aunque el feto esté muerto, se consiguen mejores condiciones para una elaboración funcional del duelo perinatal. Además, se indica que la sedación durante el mismo afecta de forma negativa al desarrollo de este duelo, debido a que provoca una sensación de irrealidad (16).

Por último, los autores encuentran evidencias que apoyan el mantenimiento de los mismos miembros del equipo sanitario durante todo el proceso, con el fin de favorecer un ambiente de confianza y comodidad, así como el hecho de que todos ellos conozcan la situación de la pareja para evitar que se produzcan comentarios desafortunados (16).

5 Discusión-Conclusión

Las publicaciones incluidas en esta revisión bibliográfica aportan resultados relacionados con la gestión del duelo perinatal, teniendo en cuenta diferentes situaciones en las que éste puede producirse y con las cuales puede encontrarse el personal sanitario que presta asistencia a la pareja que sufre la pérdida perinatal (11-16).

Como sugieren diferentes publicaciones revisadas, para que el duelo perinatal sea elaborado de la mejor forma posible por parte de la pareja que ha padecido la muerte de un bebé, es recomendable que el personal sanitario muestre empatía por su situación y que les proporcione un clima de comodidad y privacidad, para que tanto el padre como la madre puedan expresar su dolor de manera abierta y así el duelo perinatal transcurra de forma correcta (11-13,15).

Algunos estudios revisados coinciden en sugerir que la elaboración de recuerdos relacionados con el bebé fallecido (fotos, pelo, huellas, etc.) por parte de los padres ayuda a éstos a soportar mejor la pérdida a largo plazo, siendo imprescindible que el personal sanitario anime a los progenitores a llevarla a cabo, sin forzarlos en ningún momento (13,15).

Considerando en conjunto los resultados publicados por los artículos revisados, se pueden extraer una serie de conclusiones que se resumen a continuación:

1. En cualquier situación de muerte perinatal, con el fin de que los padres puedan elaborar el duelo adecuadamente, el personal sanitario tiene la responsabilidad de crear un ambiente que facilite su comodidad, su privacidad y su intimidad, mostrando empatía hacia su situación, evitando el término "feto" al referirse al bebé, utilizando en su lugar el nombre elegido por los padres, llamando a éstos por su nombre también y utilizando un lenguaje corporal adecuado. Sin embargo, la aplicación de estos cuidados generales debe adaptarse a las preferencias y los deseos de los padres.
2. Dependiendo del momento concreto en el que se produce la muerte perinatal (antes del nacimiento o después), los profesionales de la salud deben aplicar

cuidados específicos para ayudar a los padres a desarrollar el duelo perinatal de la mejor forma posible.

6 Bibliografía

1. Van der Pal-de Bruin KM, Graafmans W, Biermans MCJ, Richardus JH, Zijlstra AG, Reefhuis J, et al. The influence of prenatal screening and termination of pregnancy on perinatal mortality rates. *Prenat Diagn.* 2002; 22(11):966-972.
2. Vogel JP, Lee AC, Souza JP. Maternal morbidity and preterm birth in 22 low-and middle-income countries: a secondary analysis of the WHO Global Survey dataset. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14(1):56.
3. Mendoza-Luján JE. Impacto social de la muerte perinatal: aspectos antropológicos. *Perinatol y Reprod Hum.* 2014; 28(2):108-113.
4. López-García de Madinabeitia AP. Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2011; 31(1):53-70.
5. Serrano PM. Morir antes de nacer. Experiencias de madres y padres en situación de muerte intraútero y de los profesionales en la atención al proceso de parto. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología.* 2011; 3(3):207-233.
6. Redondo PS, Mendiri MA. Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad. Salud SE de, editor. Extremadura: Gobierno de Extremadura. Consejería de Salud y Política Sociosanitaria; 2015.
7. Campbell-Jackson L, Bezance J, Horsch A. “A renewed sense of purpose”: Mothers’ and fathers’ experience of having a child following a recent stillbirth. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; 14(1):1-12.
8. Montesinos G. A, Román N. A, Muñoz M. M, Elías B. L. Asistencia al duelo neonatal: Diez años de experiencia en una Unidad de Neonatología. *Rev Chil Pediatr.* 2013;84(6):650-658.
9. Kamei L, Torres C, Kimelman M. Duelo en una unidad de neonatología: descripción de un taller grupal para una intervención adecuada. *Rev Chil Psiquiatr y Neurol la Infanc y Adolesc.* 2013; 24(2).
10. U.S. National Library of Medicine. PubMed [Internet]. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine; 2019.
11. Pastor-Montero SM, Romero-Sánchez JM, Paramio-Cuevas JC, Hueso-Montoro C, Paloma-Castro O, Lillo-Crespo M, et al. Tackling perinatal loss, a participatory action research approach: Research protocol. *J Adv Nurs.* 2012; 68(11):2578–2585.
12. Serrano-Diana C, López-del Cerro E, Castillo-Cañadas AM, Gómez-García MT, Amezcua-Recover AN, González-de Merlo G. Muerte fetal anteparto. Duelo

perinatal. *Progresos Obstet y Ginecol.* 2015; 58(8):368-372.

13. Kenner C, Press J, Ryan D. Recommendations for palliative and bereavement care in the NICU: a family-centered integrative approach. *J Perinatol.* 2015; 35(1):S19-S23.

14. Steen SE. Perinatal death: bereavement interventions used by US and Spanish nurses and midwives. *International Journal of Palliative Nursing.* 2015; 21(2):79-86.

15. Cassidy PR. Care quality following intrauterine death in Spanish hospitals: results from an online survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 18: 22.

16. Rice R, Nuzum D, O'Connell O, O'Donoghue K. Parents and clinicians: partners in perinatal bereavement research - experiences from the International Stillbirth Alliance Conference 2017. *Res Involv Engagem.* 2019; 5: 4.

Capítulo 294

IMPORTANCIA DE LAS TRANSAMINASAS. CONTROL Y PREVENCIÓN.

JULIA ROSA LÓPEZ ARANGO

ANA MARÍA GARCÍA SUÁREZ

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

Enzimas que catalizan reacciones de transaminación reversibles. Las más relevantes son la GPT y la GOT, la primera es específica del hígado y la segunda se encuentra también en otros órganos como el corazón, cerebro, riñones, páncreas, pulmones, leucocitos, hematíes y músculo esquelético. Su elevación no tiene relación directa con una lesión hepática, pero sí supone algo a controlar. Resulta imprescindible descartar una lesión hepática importante y una hipertransaminasemia real. Comprobando si:

- Se elevan las transaminasas por encima del doble de lo normal.
- Se observa un daño hepático en una exploración.
- Control de la serología vírica por ser frecuentemente causa de hepatitis A, B Y C (2).

Cuando se lleva a cabo un control sobre las transaminasas, habrá que valorar factores. que modifican el nivel de transaminasas sin daño hepático. Modificado de (1,2):

- Momento del día de la extracción. Más alto por la noche.
- Variación entre días.
- Diferencia con la edad. Más alto a mayor edad.
- Diferencia sexual. Más alto en hombres que en mujeres.
- Índice masa corporal. Variaciones porcentaje grasa.
- Comidas especialmente altas en grasa.
- Ejercicio en casos fatiga alta.
- Lesiones musculares.
- Hemólisis y anemias hemolíticas.
- Condiciones en el almacenamiento.

También resulta fundamental conocer los rangos y posibles enfermedades (1).

- 15-40 valores normales.
- 30-100 cirrosis.
- 50-200 hepatitis crónica.
- 120-500 hepatitis alcohólica.
- 300-3000 hepatitis vírica aguda.
- 500-10000 lesión tóxica o isquémica.

2 Objetivos

- Conocer la forma de control y prevención mediante los hábitos de vida saludables.

3 Metodología

Para llevar a cabo este trabajo se ha consultado fuentes como PubMed, Dialnet y Google Académico. Se han utilizado los términos, transaminasas y control transaminasas. Reduciendo la búsqueda a artículos y trabajos a partir del año 2000, siendo al final seleccionados 7 artículos del año 2001 al 2016.

4 Resultados

Prevención: evitar excesos de alimentos grasos, de productos con teína y cafeína y fármacos potencialmente hepatóxicos. Controlar obesidad y sobrepeso.

Tratamiento: el hígado es fundamental en el metabolismo de las grasas actuando en el catabolismo de los ácidos grasos, en la síntesis a partir de hidratos de car-

bono y proteínas, y en sintetizar otros lípidos. La elevación de las transaminasas está relacionado al síndrome metabólico y por lo tanto con los diferentes tipos de diabetes, obesidad, hígado graso y variaciones en la alteración del metabolismo de los lípidos, por lo que el control del peso y del tipo de alimentos será clave, pudiendo actuar de forma sinérgica con el ejercicio físico y el control de alcohol y fármacos.(3,4)

Actividad física. Prejuicio vs beneficio: cuando el ejercicio realizado tiene una magnitud excesiva (volumen-intensidad), se producirá una sobresolicitud del metabolismo, lo que es más grave cuando este está mermado por la patología, se producirá microroturas, lesión muscular y una predominancia del estado catabólico.

- Sobresolicitud metabolismo mermado.
- Microroturas.
- Lesión muscular.
- Predominancia estado catabólico.

Sin embargo, cuando el ejercicio moderado y bien orientado, se produce un estado anabólico con incremento de la masa muscular, reducción de la masa grasa, adquisición de hábitos saludables, y en ocasiones la mejora de los procesos metabólicos.

Medidas nutricionales

- Controlar sobre todo la obesidad y la subida brusca de peso principalmente mediante el control calórico.
- La reducción del porcentaje graso o la reducción de hidratos de carbono no parece tener relación directa con la elevación o reducción del peso. (5)
- Cuando no hay un daño hepático directo, intoxicación, consumo excesivo de alcohol o lesiones musculares. La causa principal es la ingesta de un exceso de grasas.
- La ingesta de omega 3 parece mejorar el metabolismo de las grasas y tener beneficios en el hígado graso. (6)
- Se ha visto relación entre la obesidad infantil y mayor porcentaje de presencia de hipertransaminasemia en la etapa adulta. (7)

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad hay una gran cantidad de información, alguna carente de apoyo científico o que se apoya en indicios derivados en parte de la dinámica de pub-

licar y publicar sin buscar en exceso la calidad. Surgen modas como las dietas desintoxicantes, el odio al azúcar, etc.

Sin embargo, los datos actuales indican que una sobrecarga sobre el hígado con exceso de calorías, proteínas y grasas, de suplementos y medicinas, y el ejercicio exagerado puede ser perjudicial. Mientras que una dieta equilibrada, moderada en grasas y proteínas, y rica en grasas insaturadas como las omega 3, a la vez que se realiza un ejercicio moderado y ajustado a cada persona, tendrá un efecto protector y preventivo sobre las enfermedades de tipo metabólico.

6 Bibliografía

- 1. Romero Fraix MJ. Elevación de transaminasas. En Guías para la consulta de atención primaria. Gestión de la información y el conocimiento en el punto de atención. 3ªed. A Coruña, Casitérides. 2008. pp 415-416.
- 2. García Martín M, Zurita Molina A. Transaminasas: Valoración y significación clínica. En Peña Quintana L, Armas Ramos HM, Sánchez-Valverde F, Camarena Grande C, Gutiérrez Junquera C, Moreno Villares JM. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNP-AEP. Ergon, Madrid; 2010. 267-75.
- 3. Díaz Otero D, de la Fuente Sánchez S, Castiñeira Pérez C, Costa Ribas C. Elevación de transaminasas. Grupo Fisterra. 2008. 1-6.
- 4. Guyton AC, Hall JE. Manual de fisiología médica. 10ªed. Madrid, McGrawHill. 2001. pp 533.
- 5. Olivera Fuster G, González-Romero S. Nutrición en el adulto. En Martínez de Victoria E, Maldonado J. Tratado de Nutrición. Tomo III. Nutrición Humana en el Estado de Salud. 2ªed. Madrid, Panamericana. 2010. 295-298.
- 6. He X-X, Wu X-L, Chen R-P, Chen C, Liu X-G, Wu B-J, et al. Effectiveness of Omega-3 Polyunsaturated Fatty Acids in Non-Alcoholic Fatty Liver Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS ONE. 2016;11(10): e0162368.
- 7. Dalmau Serra J, Vitoria Miñana I. Nutrición y prevención de enfermedad. En Martínez de Victoria E, Maldonado J. Tratado de Nutrición. Tomo III. Nutrición Humana en el Estado de Salud. 2ªed. Madrid, Panamericana. 2010. pp 286.

Capítulo 295

TABAQUISMO

ROSA MARIA CARNERO BESTEIRO

ABRAHAM FABIAN RODRIGUEZ

LAURA CAMPA CAMPA

MARTHA CECILIA GONZALEZ VARGAS

YARINA PRIETO ALCANIZ

1 Introducción

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes más activos: la nicotina. El consumo habitual de tabaco produce enfermedades nocivas para la salud de la persona que lo consume.

Según la Organización Mundial de la Salud, el tabaco es la primera causa de invalidez y muerte prematura en el mundo. En Europa el tabaquismo provoca cada año 1,2 millones de muertes. Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades, de las cuales 10 son diferentes tipos de cáncer y de más del 50 % de las enfermedades cardiovasculares. En España cada año mueren más de 50 000 personas debido al consumo de tabaco, más que por los accidentes de tráfico y el consumo de todas las drogas ilegales juntas.

2 Objetivos

- Analizar y describir los efectos nocivos del tabaco así como las fases del abandono tabáquico.

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

Según el Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), el tabaco provoca cerca de 50.000 muertes anuales en España por dolencias como la bronquitis crónica, el enfisema pulmonar y el cáncer de pulmón y faringe. Por si esto fuera poco, también es el factor de riesgo cardiovascular más importante, ya que la incidencia de la patología coronaria en los fumadores es tres veces mayor que en el resto de la población. La posibilidad de padecer una enfermedad de corazón es proporcional a la cantidad de cigarrillos fumados al día y al número de años en los que se mantiene este hábito nocivo. Hay dos factores por los que el tabaco puede producir una isquemia coronaria:

- Nicotina: desencadena la liberación de las catecolaminas (adrenalina y nora-drenalina) que producen daño en la pared interna de las arterias (endotelio), aumenta el tono coronario con espasmo, produce alteraciones de la coagulación, incrementa los niveles de LDL y reduce los de HDL. La concentración de nicotina en sangre depende más del grado de inhalación que del contenido de nicotina del propio cigarro.
- Monóxido de carbono: disminuye el aporte de oxígeno al miocardio y aumenta el colesterol y la agregabilidad plaquetaria (su capacidad de unirse y formar coágulos).

Por otro lado, dejar de fumar es un proceso de varias etapas:

- Precontemplación: tienes intención de dejar de fumar en el futuro.

- Contemplación: piensas dejar de fumar en los próximos seis meses, aunque dudas de tu capacidad para conseguirlo.
- Preparación: has pensado un plan de acción para dejar el tabaco el próximo mes. De hecho, ya estás intentando fumar menos.
- Acción: has dejado de fumar totalmente en los últimos seis meses.
- Mantenimiento: ya no tienes que realizar tantos esfuerzos para evitar la recaída. Este periodo abarca entre los seis meses y los cinco años desde el abandono del consumo.
- Recaída: la mayoría de los ex fumadores ha recaído alguna vez. Recaer no implica fracasar. El mayor peligro es no intentarlo nunca.
- Finalización: desaparece el deseo de fumar y no temes una recaída.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión sacamos que el tabaco es una de las grandes epidemias del siglo XXI causante de diversas patologías y muertes al año.

6 Bibliografía

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://es.wikipedia.org/wiki/Tabaquismo>
- <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular>
- <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/temas-especiales>
- <https://espanol.smokefree.gov/deje-de-fumar>

Capítulo 296

LIBRO DE VIDA

NATALIA IGLESIAS HEREDIA

1 Introducción

Me voy a centrar en la importancia de tener un documento biográfico de las personas que padecen un déficit de memoria, una guía que nos pueda contar lo que son y lo que fueron. Todos tenemos un pasado que forma parte de nuestro presente, aunque por circunstancias de la vida a veces no lo podamos recordar.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste y qué aporta el libro de vida a las personas con problemas de memoria.

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

Este documento (“Libro de la memoria: Historia de una vida”) está compuesto de diferentes páginas en las que encontramos información relevante sobre la persona; tanto sus datos personales básicos (nombre, apellidos, estado civil, lugar de nacimiento, etc.), como otros datos fundamentales de su biografía: si tiene hijos, nietos, quienes eran sus amigos de la infancia, su noviazgo, el matrimonio, estudios, trabajos, familia, aficiones, viajes, etc. En general recoge todo tipo de información sobre las distintas etapas de la vida y se puede acompañar con fotografías.

La principal ayuda es que permite recordar a las personas con déficit de memoria. Para que en situaciones de desorientación puedan sentir que la persona que les atiende también los conoce ,dándoles seguridad y tranquilidad.

Gracias a toda la información que manejamos sobre las personas con deficit de memoria , en gran parte contenida en los libros de vida, conseguimos hacer que las personas se puedan sentir como en casa en situaciones por las que esten en alguna institucion ya pudda ser un centro de día una residencia o un hospital dándoles la tranquilidad de encontrarse en un entorno seguro donde la gente les conoce y ayuda cuando no saben si están en el sitio correcto. Este documento es un buen soporte para guardar información relevante sobre cada usuario y tenerla registrada, pero lo importante de verdad es el interés por conocer a la persona que tenemos delante día a día.

5 Discusión-Conclusión

Un paciente tranquilo y seguro aunque este fuera de su entorno de seguridad, porque se encuentra acompañado de una persona que les conoce, este documento se puede usar en los residenciales y o en centros de día , donde el paciente pasara varias horas al día , o incluso vivirá allí .

6 Bibliografía

- Planes de atención personalizada de los centros de día del principado de Asturias , así como información de la gerontologa Teresa Martínez.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 297

TÉCNICAS DE CUIDADOS EN LA MUJER GESTANTE

LILIANA VIDAL IGLESIAS

ROCIO ALONSO FERNÁNDEZ

SANDRA ALONSO FERNÁNDEZ

MARIA ROSA NÚÑEZ LLAMES

1 Introducción

La gestación en la mujer, es el periodo que comprende desde la fecundación del óvulo, hasta que tiene lugar el parto, 40 semanas más tarde y contando la última fecha de regla.

2 Objetivos

- Enumerar las fases del embarazo.
- Describir los cuidados médicos de la mujer gestante.
- Definir los cuidados alimenticios.
- Detallar los beneficios del deporte y ejercicio en el embarazo y sus indicaciones.

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

Fases de un embarazo.

Un embarazo se divide en tres fases o trimestres. El primer trimestre es en el que existe más riesgo para el feto. Es el período que va desde la concepción hasta la semana 13-14. En este primer trimestre se forman los órganos del feto. En el segundo trimestre el feto crece y gana peso. Va de la semana 13-14 a la 26-28 semanas aproximadamente. En el tercer trimestre, el feto madura todos sus órganos y comprende la última etapa hasta el parto.

Cuidados médicos.

Durante el período de gestación, la mujer debe de realizar todas las revisiones médicas pertinentes, tanto para el cuidado y vigilancia de su salud como para el feto. Inmediatamente después de confirmarse el embarazo, el control médico tiene que ser periódico y regular para prevenir complicaciones posibles. El médico en primer lugar realizará una historia clínica, una exploración física de la embarazada. La primera consulta ginecológica será antes de la 12 semana. Será cuando se realice una primera ecografía (las siguientes suelen ser en cada trimestre). En esta primera consulta se hace analítica de sangre en la que se observa el grupo sanguíneo y RH, prueba importante para saber si hay incompatibilidad sanguínea con los padres.

Si la madre es mayor de 35 años, le ofrecerán la posibilidad de realizar una amniocentesis posterior, entre la 15 y 18 semanas o biopsia corial entre las 10 y 14 semanas para saber si el bebé presenta algún problema. También esta analítica sirve para detectar posibles enfermedades infecciosas que puedan afectar a la madre o el feto como pueden ser: hepatitis B, sífilis, VIH, toxoplasmosis. Ver la inmunidad contra la rubéola y la varicela, los parámetros sanguíneos: glucosa, proteínas, hierro, ácido fólico, etc.

Si fuese necesario en esta primera consulta se darán suplementos de ácido fólico, yodo y hierro. También se realizará una prueba de orina por si hubiese en ella proteínas o algo anormal. En todas las citas médicas, se pesará, medirá y se tomará la tensión arterial a la madre. En la semana 12, se hace la ecografía del primer

trimestre. En ella se ve si el embrión está vivo, si hay uno o más, el número de semanas de embarazo (edad gestacional), si hay malformaciones down, si está bien implantado en el útero y se puede saber la fecha del parto. En la semana 20, Se hace una ecografía para saber si hay malformaciones. También se mide el útero. Entre la semana 24 y 28 se hace el test de O'Sullivan para detectar posible diabetes gestacional. Entre la 35-36 se hace una analítica. Semana 36-38 se practica un cultivo vaginal para saber si es o no positivo para el estreptococo agalactiae.

Cuidados alimenticios.

La alimentación en la mujer gestante es muy importante para el desarrollo del feto y para la propia madre y su salud. Ahora la madre necesita más nutrientes: proteínas, vitaminas, grasas, carbohidratos, minerales y agua. También necesita más aporte de ácido fólico, sobretodo al principio del embarazo (evita defectos congénitos y es bueno para el desarrollo de los órganos y tejidos del bebé), más hierro, para el desarrollo cerebral y para la formación de glóbulos rojos calcio, que reduce el riesgo de preeclamsia. VitaminaD que ayuda ala formación de los dientes y huesos del bebé. Vitamina B12. La mujer gestante debe de evitar ciertos alimentos con los que puede contraer ciertas enfermedades que ponen en riesgo al bebé. Hablamos por ejemplo de listeriosis, toxoplasmosis, salmonella o bacterias ó parásitos como por ejemplo el anisakis. Alimentos prohibidos como: carnes, pescados o mariscos crudos o poco cocinados, los ahumados. Los huevos crudos, la leche, quesos frescos y lácteos sin pasteurizar.Los embutidos, que en su elaboración pueden haber sido contaminados con listeria o toxoplasmosis. Respecto a la toxoplasmosis, se hace un Toxo-test (prueba que se hace a la mujer gestante para saber si ha contraído antes o después del embarazo el toxoplasma gondii) determina si la mujer debe de evitar el consumo de todos los embutidos crudos o curados, como el chorizo, jamón serrano, o si puede consumir alguno cocido, como por ejemplo, la mortadela, la pechuga de pavo. Depende todo esto de si el resultado es negativo o positivo al toxo-test.

En general, la mujer gestante debe de tener una dieta equilibrada y saludable y tiene que contener en todas las comidas algo de los cinco grupos alimenticios: proteínas, hidratos de carbono, grasas, vitaminas y minerales.Debe de evitar los platos precocinados, las grasas, moderar el consumo de sal, esta última para evitar la retención de líquidos, la tensión arterial alta y otras complicaciones (como la preeclampsia), debe también moderar el consumo de los azúcares.No se debe de beber alcohol, no tomar medicamentos sin prescripción médica, no tomar demasiado café, ni refrescos con cafeína y excitantes.Las bebidas de este tipo se pueden sustituir por zumos, infusiones, agua...

Deporte y ejercicio en el embarazo.

Antes incluso del embarazo, es conveniente realizar algún tipo de ejercicio y llevar una vida activa. Si el embarazo no tiene ningún tipo de riesgo o se tienen otras patologías previas (hipertensión, abortos previos, cardiopatías...) que lo prohíban, es conveniente y beneficioso practicar algún deporte o actividad. Esto ayuda a la mujer gestante a una mejor circulación sanguínea, un mejor ritmo intestinal, aumenta y mejora la capacidad pulmonar, la prepara para un mejor parto, refuerza la zona pélvica, elasticidad en los músculos, tonificar el cuerpo. En los aspectos psicológicos por ejemplo aumenta la autoestima. Aunque es buena la actividad y el deporte, si que hay muchos que no se deben de realizar por el riesgo que conllevan. Los deportes de contacto (boxeo, artes marciales, etc) son un claro ejemplo, los golpes, patadas, están prohibidos en el embarazo.

También deportes en los que se pone en riesgo la vida del bebé y de la madre. Deportes extremos en los que se pueden sufrir caídas, golpes, accidentes, como por el ejemplo el alpinismo, esquí. Los deportes que si son beneficiosos y siempre si son controlados son por ejemplo, la natación, bicicleta estática, pasear, yoga, la gimnasia suave. Estos deportes deben de realizarse sin que haya mucha humedad en el ambiente y que tampoco que haya demasiado calor. La mujer embarazada nunca puede llegar al cansancio extremo, ni hacer deporte durante un largo periodo de tiempo. Debe de beber agua para estar hidratada. Controlar siempre el pulso y la tensión arterial. En general hacerlo con precaución para evitar complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Un embarazo conlleva la vigilancia de la salud tanto de la madre como del bebé, conlleva unos buenos hábitos alimenticios y buenos hábitos para mantenerse en forma, un buen control médico. Debemos siempre cuidarnos hombres y mujeres para tener una buena calidad de vida. Importancia son muchos factores que nos rodean y de los que nombré antes alimentación, deporte pocos ejemplos, pero hay muchos más. En definitiva, una mujer embarazada debe de poner más atención y realizar estos cuidados más estrictamente, para que ella y su bebé estén sanos.

6 Bibliografía

- Vivir el embarazo.Salvat Editores
- Obstetricia y Ginecología .Editorial Ariel

- Medineplus.Kidshealth-org
- Advance Medical.Natalia García Montaner
- Salud más deporte.Grupo Belman

Capítulo 298

PREVALENCIA DE CAIDAS EN LA TERCERA EDAD

MARIA NIEVES PEQUEÑO VERDIN

MAR VALDES RODRIGUEZ

1 Introducción

La caída es el resultado de cualquier cuerpo que se precipite al suelo de manera involuntaria. Las caídas, es uno de los síndromes más frecuentes, entre la población de edad avanzada, debido a las consecuencias que se derivan de esas caídas que les afecta tanto física como psicológicamente. La prevención es uno de los mejores remedios para evitar la pérdida de calidad de vida de las personas de la tercera edad, ya sea en hospitales, residencias o en su propia casa, adaptando programas que ayuden a saber valorar y evaluar el riesgo de caídas. En los hospitales una de las metas debe ser la reducción de caídas por el bien de los pacientes (Joint Commission international, 2011).

Las caídas en personas mayores, apenas se toman en cuenta y algunas pasan desapercibidas, ya que no conlleva riesgo para la salud, aunque sean repetitivas, lo que nos lleva a establecer, criterios de que estamos ante un anciano inestable, y solo se lleva a estadísticas aquellas caídas que han requerido una atención hospitalaria urgente.

Las personas mayores de 65 años que viven en su domicilio, suelen tener más riesgo de caída, y por media, este riesgo es de una vez al año como mínimo, incrementándose a medida que van cumpliendo años (OMS, 2014). Los ancianos en residencias y hospitales, el riesgo de caída se multiplica por tres.

En un informe emitido España (ONU, 2001), será uno de los países más viejos del mundo en un futuro, con una media de vida más alta que el resto de países, superando la media de 65 años ampliamente, situándose las mujeres en 82 años y los hombres en 75 años. Debido a que las tasas de natalidad disminuyen y la calidad de vida es mejor, disminuyendo la tasa de mortalidad, haciendo una población más envejecida. El 30%-35% mayor de 70 años sufren alguna caída (Sanitas, 2015).

Muchas veces antes de una caída una persona no siente nada, la caída es de forma accidental aunque muchas veces las caídas son motivadas por mareos y otros síntomas.

Las caídas son los accidentes más frecuentes en la persona mayor, y algunos de ellos pueden tener un mal pronóstico, ya que influye la edad, el tiempo que permanecen en el suelo, tener muchas patologías, tomar muchos medicamentos. Ante una caída se debe hacer un estudio si existió o no algún otro factor que haya contribuido a la caída.

Pocos estudios nos hacen referencia a los factores de riesgo, por no fijar el tiempo entre la acción y el suceso. Algunos estudios destinados a cotejar a personas que cayeron y no cayeron pueden mostrar algún factor de riesgo (Antonia Gómez, 2008).

Las caídas pueden traer como resultado fracturas y contusiones. Las caídas pueden dar lugar a lesiones graves, como la fractura, el hematoma, el desgarramiento grave y la consecuencia más grave de todas la muerte. La prevención es uno de los pilares para evitar las caídas tomando precauciones tanto en el hogar como en el entorno. Las caídas pueden ser el conjunto de varios factores: físicos (falta de movilidad, visión), del entorno (tropezar con una alfombra), o situaciones peligrosas (ir abrir la puerta rápidamente, nada más suena el timbre). Llegados a cierta edad, el cuerpo se ve afectado por los cambios debido al envejecimiento, las patologías adquiridas y los fármacos utilizados. Las alteraciones al caminar, puede ser una de las causas para observar y valorar como marcador precoz de diagnóstico de demencia. Un sistema fácil y simple para valorar el riesgo en ancianos con demencia de caída, es la utilización de pruebas duales, donde función motora y cognitiva se relacionan. (Alvaro Casas, 2015).

Seguramente el mayor riesgo de caídas es el deterioro físico, más que las situaciones externas. Limitaciones que según vamos cumpliendo años se van notando, no solo al aumentar el riesgo de caídas, sino que también afecta en como actuamos ante una caída. Los medicamentos también afectan la capacidad de atención: analgésicos, ansiolíticos y algunos fármacos antidepresivos, antihelmínticos.

cos, diuréticos... Pueden aumentar el riesgo de caídas. Los riesgos del entorno, pueden darse cuando una persona no ve un peligro o no responde con la rapidez que debiera. Los riesgos del entorno que aumentan el riesgo de caídas son:

- Poca iluminación, cables sueltos.
- Alfombras que se mueven.
- Suelos que resbalan.
- Caminos irregulares.
- No conocer el entorno.

Gran parte de las caídas suceden en casa, al levantarse de la cama, de una silla, en la ducha, en el cuarto de baño, subiendo y bajando escaleras, la persona en movimiento, pero algunas se suceden cuando esta quieta y de pie, por el desgaste de los huesos. Cualquier movimiento puede ser un peligro y este peligro aumenta cuando estamos distraídos o hay algo que nos hace perder el equilibrio, se deben diseñar programas para la mejora de la movilidad, fuerza muscular y marcha.(Marina Canelles, 2017,).

A mayor edad la fragilidad del anciano se incrementa, sexo mujer es un factor mas enfermedades, discapacidades y deterioro cognitivo, entre otros motivos, y entre sus causas se han identificado factores genéticos, hormonales, inflamatorios,de estrés (Estudio prevención fragilidad y caídas, 2014).

Una consecuencia de las caídas el síndrome de la post caída, una persona que cae una vez tiene miedo a que vuelva a suceder.(aul@bierta, 2013) Después de una rotura de cadera, personas que anteriormente andaban con libertad, a raíz de la caída no vuelven a caminar o si lo hacen ya no lo hacen con la ligereza con que lo hacían lo que provoca un miedo y a pesar del tratamiento y de la rehabilitación, les cuesta volver a sus quehaceres diarios, y llegan abandonar actividades, como salir con los amigos, dar paseos, por temor a una nueva caída, quitando les confianza en sí mismos y llegando a quedarse en casa por miedo a salir.

Puede que algunas caídas puedan ser tan graves, que pueden acabar en muerte, que bien por una mala caída, con golpe en la cabeza, o bien la muerte puede llegar más tarde debido a las complicaciones derivadas de la caída. Hay factores por los cuales tras una caída la evolución no es lo favorable que quisiéramos, esto sucede en personas con edad avanzada (más de 85 años), sexo femenino, permanecer en el suelo largo tiempo, y con ello, asociamos hipotermia, polifarmacia, pluripatología, deterioro cognitivo.

Las caídas causan grandes costes económicos, sobre todo las fracturas de cadera, por ello debemos abordar las medidas necesarias de prevención con el fin de

evitarlas. El primer eslabón de la prevención, es que la propia persona mayor intente estar en la mejor forma posible, tarea esta que debe ser supervisada por sus familiares directos, en caso de que ellos no sean capaces de hacerlo por sí solos:

- Manteniéndose en buena forma haciendo ejercicio con regularidad.
- No descuidando su dieta que debe incluir calcio y vitamina D porque son muy buenos para la calcificación de los huesos y ayudara a disminuir el riesgo de fracturas óseas; de esta forma todos los derivados lácteos deben incluirse en la dieta y también los pescados grasos, como la sardina y el atún, así mismo la yema de huevo. Además, tomar el sol con moderación es bueno porque la vitamina D, el sol es una fuente de ella.
- En casa elimine los obstáculos, manteniendo todo lo que utiliza habitualmente, a mano, sin tener que utilizar escaleras.

Hay una prevención secundaria en la cual debemos valorar al paciente, en el nivel que le corresponda de asistencia geriátrica con el fin de prevención y disminuir el riesgo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar los estudios que reflejen el riesgo de caídas en pacientes de la tercera edad en ambos sexos y determinar su prevalencia en las caídas.

Objetivos secundarios:

- Valorar el buen resultado de actuación en la prevención de caídas de personas mayores en el hogar, en hospitales y residencias.
- Destacar la formación del equipo, siendo muy importante para la prevención, unida a identificar una visión del problema desde el punto de vista individual, de diferentes factores y disciplinas.

3 Metodología

Es un trabajo con investigación teórica tomando como base, libros, artículos de revistas científicas como Diposit Digital, Dialnet, Pubmed... Y algunas direcciones de Internet buscando los mejores textos. Con el fin de identificar los factores de riesgos y analizar las mejores pautas para su seguimiento y evitar el riesgo de caídas mediante la prevención (Proceso de atención de enfermería en las caídas

del paciente geriátrico, Victor Balbás, Agustín Laso, 2003). Se han buscado estudios en los cuales se han incluido pacientes que padecían o eran potencialmente precursores de padecer la enfermedad, y excluidos el resto de la población. Para realizar el trabajo, las palabras clave empleadas han sido: caídas, riesgo, síndrome, tercera edad, prevención.

4 Resultados

Para hacer una valoración clínica del riesgo de caídas se debe detectar otros factores y reconocer otros síndromes geriátricos (incontinencia urinaria). (sanitas, 2015) Existe una relación entre los trastornos de la marcha y el equilibrio, factores determinantes en las caídas. Así mismo el equilibrio y la marcha depende de otros órganos como el visual, oído (el equilibrio) y situación de nuestra posición. La exploración se debe realizar aunque no haya una afección neuromuscular y para ello nos basaremos en una serie de pruebas, las más usadas son Test de Romberg y Test de Tinetti. (aula abierta, 2013) Las alteraciones cognitivas, nos dan a entender que los ancianos con demencia no son conscientes del riesgo, ni del peligro, a ellos. (Nicolas Martinez, 2013) También debemos valorar la situación social del paciente: Si vive solo, tiene cuidador, situación de la vivienda Las caídas son un problema de salud pública, la mayoría de los hospitales, la planta de traumatología, el 50% de las camas están ocupadas por ancianos, y más de la mitad con fracturas de caderas.

Como consecuencia de la inmovilidad se produce un incremento de las necesidades de cuidados y recursos sanitarios. Las mujeres sufre más que los hombres, el síndrome de las caídas, al igual que a mayor edad se cae más, y a medida que se cumplen años, más de 85 años, se reduce las caídas debido a la menor movilidad. (intramed.net, s.f) Las caídas se pueden prevenir mediante visitas al médico que les valore, la visión y el oído, porque este tipo de deficiencia afecta al equilibrio y así evitar el riesgo de caídas En su entorno más cercano el hogar, se analizan los factores para hacer más agradable favoreciendo la vida cotidiana, eliminando alfombras, teniendo una iluminación adecuada, interruptores cerca de la cama, barras de sujeción en el baño.

Las personas mayores deben consultar al médico si notan disminución en el sentido del equilibrio y coordinación, pero nunca dejar de tomar el tratamiento que estén tomando. Y debe hacer uso correcto de la toma de medicamentos, ya que un uso incorrecto o una automedicación, puede elevar el riesgo de caídas. (msd manuals, 2016) También, hay que animar a las personas de la tercera edad, a re-

alizer todas las tareas que puedan desempeñar, las tareas domesticas, actividades cotidianas, mantener relaciones sociales con amigos y familiares, llamar por teléfono, son actividades que ayudan a tener un buen equilibrio emocional y estado de ánimo.

5 Discusión-Conclusión

El estudio nos marca la trascendencia de las caídas ocurridas como algo accidental y no intencionado, ya que son la segunda causa de muerte a nivel mundial. Valorar la incidencia y realizar las medidas oportunas aplicables para que no sucedan. Las personas mayores generan un gran gasto a la sanidad, y debe ser tomado en cuenta , y considerarse una prioridad en la salud pública a nivel europeo. La primera causa de coste hospitalario en Europa, son las fracturas de cadera, de rodilla, traumatismos craneoencefálicos, heridas abiertas, por ello se debe valorar y prevenir todo este tipo de lesiones. Una de las principales causa de una caída es levantarse y acostarse de la cama, de una silla, tropezar con objetos o resbalar por llevar un calzado no adecuado para caminar. La mitad de las personas mayores que tuvieron una caída en un año, tienen miedo volver a caer, y por ello sus actividades diarias quedan mermadas debido a que vuelva a suceder. Prevenir dichas caídas es la solución, para evitar el riesgo haremos todo lo que este en nuestras manos ,tanto en el hogar como en el entorno, utilizando las medidas necesarias con carácter preventivo para reducir los riegos de caídas. Debemos crear entornos más seguros para reducir las caídas, creando espacios más estables y evitando todo aquello que podría ser la causa de una caída, hacer hogares seguros y no llenos de trampas que originan una caída. La educación sanitaria es muy importante y se debe informar al anciano y a sus familiares (entorno) de las consecuencias de las caídas y como evitarlas .Esto se debe hacer de una manera prudente sin alarmar, porque a veces se consigue el efecto contrario, creando miedo u obsesión con el tema. La reducción de lesiones podrían evitar muchas muertes, para ello las intervenciones eficaces consisten en una la concienciación de caída, seguido del cambio del lugar y además de la estimulación con el ejercicio y la marcha. La propia persona mayor y sus familiares, además de los responsables sanitarios necesitan trabajar conjuntamente en este campo y llegar a poder reducir aún más la carga sanitaria y social que provocan las caídas.

6 Bibliografía

- www.msmanuals.com.(2016).

- www.intramed.net (2016).
- wwwmuy.saludable.sanitas.es 2015.
- Eficacia de las intervenciones de prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. Revisión sistemática y metaanálisis Autor: Torres Egea, M^a Pilar , Sánchez Castillo, Pablo David 2007.
- Epidemiología de caídas de ancianos en España Antonia Gómez Conesa y Marta Sobral Ferreira 2008.
- Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años: Ignacio Martín, Óscar Ribeiro, Rosa Almeida, Angela Santos 2013.
- Deterioro cognitivo y riesgo de caída en el anciano. Nicolás Martínez Velilla, Francisco Javier Alonso Renedo 2013.
- Valoración de las causas de las caídas en ancianos Autores: Marina Cristina Canelles Bergua, Silvia Barrachina Martorell 2017.
- Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor Pedro Abizanda Soler. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología y otros 2014.
- Joint Commission international(2011).
- Vol 13 N 2 Envelhecimento e quedas. Caídas. Revisión de nuevos conceptos. Esteban Cruz, Mariana Gonzalez, Mirian Lopez y otros 2014.
- wwwmuy.saludable.sanitas.es 2015.
- Epidemiología de caídas de ancianos en España.Martín, Ribeiro, Almeida y Santos (2013).
- Caídas y temor a caer en los mayores de 75 años Martinez y Alonso Renedo (2013).
- Deterioro cognitivo y riesgo de caída en el anciano. Canelles y Borrachina (2017).
- Valoración de las causas de las caídas en ancianos .Abizanda Soler "et al," (2014).
- Adolfo Posada. aul@bierta IAAP Principado de Asturias (2013). Grandes Síndromes Geriatricos.

Capítulo 299

CUIDADOS Y ATENCIÓN DEL AE/TCAE A LA POBLACIÓN INMIGRANTE

M^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

RAQUEL GALVAN MARTINEZ

IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ

MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

1 Introducción

La perspectiva multicultural y globalizada de nuestra sociedad en pleno siglo XXI afecta indudablemente al desarrollo de cualquier actividad o proceso de la vida diaria, como puede ser el uso de la asistencia sanitaria. Esto conlleva una serie de dificultades a la hora de interactuar y realizar la labor asistencial, como por ejemplo, las diferencias lingüísticas y culturales que dan lugar a la creación de una serie de barreras comunicativas e incluso personales. En palabras de Moreno-Preciado (2005), hay que reflexionar sobre cómo les vemos nosotros, pero también, y sobre todo, sobre cómo nos ven ellos. Este autor concluye que la clave está en superar el hábito de generalizar.

Por otro lado, para poder abordar correctamente esta cuestión es necesario conocer las diferentes fases de todo proceso migratorio, para así poder actuar en con-

secuencia, dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente. Según Ros-Collado et al., basándose en lo establecido por la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), dichas fases son las siguientes: origen, tránsito, destino y retorno. Asimismo, es necesario derribar las barreras autoimpuestas por la propia población migrante (como por ejemplo, la propia decisión de asistir o no al centro de salud u hospital), que se ven aumentadas por restricciones externas, como pueden ser dificultades de carácter legal o administrativo. Estas autoras proponen una serie de programas o protocolos de actuación para, como fin último, mejorar los cuidados y la atención a la población inmigrante. Entre estos programas y protocolos destacan: acciones específicas conjuntas para inmigrantes recién llegados, servicio de traductores e intérpretes, formación específica para los equipos de salud, etc. En definitiva, serían necesarios programas de apoyo y ampliación del equipo sanitario para mejorar las prestaciones del servicio de salud.

2 Objetivos

- Mejorar los cuidados sanitarios a la población inmigrante por parte del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

3 Metodología

Se va a llevar a cabo un proyecto de investigación basado en analizar los conocimientos de la población en general y de los sanitarios en particular sobre la calidad de los cuidados a la población inmigrante. El principal objetivo de este trabajo es analizar el uso de los servicios sanitarios por parte de la población inmigrante para así poder establecer un protocolo de actuación por parte del TCAE. Asimismo, sería necesario tener una visión realista sobre el fenómeno de la inmigración, acorde con la situación social y cultural en la que vivimos para así, y poder actuar para ofrecer un cuidado integral.

4 Bibliografía

- Moreno-Preciado, M. La relación con el paciente inmigrante: perspectivas investigadoras
- Index Enferm., 14 (2005), pp. 25-29.

- Fuertes MC, Elizalde L, de Andrés MR, García Castellano P, Urmeneta S, Uribe JM et al. Atención al paciente inmigrante: realidad y percepción de los profesionales de 6 zonas de Atención Primaria de Navarra. *An Sist Sanit Navar* (2010) 33: 57-68.
- Ros-Collado M, Ollé-Rodríguez C. Acceso y utilización de los servicios de salud: atención al paciente inmigrante, dificultades y posibles soluciones. Capítulo 7. En: *La prevención de la infección del VIH/sida en la población inmigrante* (2006). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Capítulo 300

LOS BENEFICIOS DE UNA BUENA HIGIENE PERSONAL EN LOS PACIENTES DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS.

MARIA DEL PILAR RUIZ ESPINA

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

M^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

RAQUEL GALVAN MARTINEZ

IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La higiene la podemos definir como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas (Rodríguez S, 2017). La higiene es una necesidad básica; es decir, que debe ser satisfecha para que el individuo pueda conseguir un completo estado de bienestar no solo físico sino también psíquico y social.

La falta de una correcta higiene personal facilita la aparición de procesos patológicos que pueden agravarse debido a una mayor vulnerabilidad y menor resistencia del organismo (Bastidas M, 2019) de ahí lo importante que es el papel

que nosotros como personal sanitario le debemos prestar a la misma en todos aquellos pacientes que por sí solos no pueden efectuarla de forma autónoma. La higiene del paciente es fundamental para poder evitar la aparición de complicaciones potenciales como las infecciones y las escaras (Carrascal G, 2015).

2 Objetivos

- Conocer cuales son los beneficios que aporta la higiene y el aseo en los pacientes, más en concreto en aquellos que no son autónomos para realizarla por sí mismos.
- Describir cómo realizar el lavado a un paciente encamado.

3 Metodología

Este capítulo se ha realizado mediante el estudio de distintos textos encontrados después de realizar una búsqueda en distintas bases de datos como: Scielo, Pubmed, Dialnet, Elsevier, así como buscadores como Google. Como criterios de inclusión se han escogido: estudios avalados científicamente, textos completos. Publicaciones en idioma Inglés y Español. Las palabras claves empleadas para su búsqueda han sido: higiene, paciente dependiente, la piel, hidratación.

4 Resultados

A través de la higiene y el aseo personal (Vix ,2011) se obtienen una serie de beneficios:

- Con ella evitamos una excesiva proliferación bacteriana, que se pueden acumular en la piel por la suciedad y el polvo del ambiente.
- Con el aseo se eliminan las células muertas que se acumulan en la epidermis y se facilita que la piel realice correctamente sus funciones (barrera de protección con mundo exterior, regulación de la temperatura, receptora de sensaciones, formar parte del sistema inmune).
- La higiene es importante para limpiar las secreciones que se producen por medio de la sudoración, tanto de las glándulas ecrinas como por las apocrinas.
- Mejorar la autoestima y el estado de ánimo del paciente.
- Es importante realizar una exhaustiva valoración física de la piel, comprobar si el paciente presenta indicios de aparición de las úlceras por presión, erupciones u otros problemas relacionados (Micó M, Bosch J, 2009). Además, mientras que estamos efectuando al paciente nuestros cuidados para la realización de la higiene

y el aseo, debemos perseguir, no solo el logro de los objetivos inherentes a estas actuaciones, sino también: fomentar la comunicación con el paciente; observar cualquier signo que pueda ser indicativo de un problema de salud; estimular la circulación sanguínea por medio de masajes; efectuar movilización de los miembros y de las articulaciones; usar la temperatura del agua para modificar la del propio paciente como la fiebre; transmitir técnicas de cuidados, proporcionar educación para la salud fomentando el autocuidado posterior.

Aseo del paciente encamado.

Cuando se realiza la higiene del paciente se debe de respetar su privacidad en todo momento ya que es uno de sus principales derechos (Guevara M, 2016). Debemos tener en cuenta que en este tipo de pacientes dependientes suelen tener algún tipo de dispositivo como sonda vesical, sonda nasogástrica, drenaje, etc, lo que requiere de un minucioso cuidado a la hora de movilizarlos (Fundación hospital de Jove, 2016) cuando realicemos el aseo. La higiene debe realizarse con agua templada y con un jabón con pH neutro (Naturaleza S, 2014) para minimizar la irritación de la piel. El orden ideal para la higiene del paciente es: ojos, cara, cuello y hombros, brazos, manos, axilas, tórax y mamas, abdomen, piernas y pies, espalda y nalgas y por último la región genital. Posteriormente se ha de aclarar y hacer un secado meticuloso.

El secado hay que hacerlo sin frotar, sino más bien con toques suaves para evitar dañar la piel. No se deben olvidar los pliegues cutáneos (ingles, axilas, bajo las mamas) y los espacios entre los dedos, ya que si se quedan húmedos pueden generarse lesiones por humedad o incluso hongos. Si bien toda la piel del cuerpo ha de hidratarse para conservar sus funciones (Bazán M, 2019) y favorecer su elasticidad, se ha de prestar especial atención a las zonas de apoyo, que son las que permanecen mucho tiempo apoyadas sobre la cama, y las prominencias óseas, es decir, zonas en las que el hueso está muy superficial (talones, zona sacra, tobillos, lateral de las rodillas, codos, hombros, caderas).

Debido a la presión que reciben, estas zonas son más propensas a sufrir lesiones denominadas úlceras por presión que pueden llegar a ser uno de los problemas más comunes y que pueden llegar a alargar el proceso de hospitalización. El aseo debe de efectuarse en este tipo de pacientes tantas veces como sea necesario ya que pueden presentar incontinencia urinaria o fecal favoreciendo la humedad y llegando a provocar complicaciones. No debemos olvidarnos de realizar también una higiene bucal para evitar la proliferación de bacterias y un lavado del cabello.

5 Discusión-Conclusión

La higiene personal es una necesidad fundamental para cualquier persona pero en el ámbito hospitalario triplica su importancia, llegando a convertirse en algo necesario para evitar posibles infecciones, tanto del propio paciente como de los propios profesionales.

Debemos tomar conciencia de la enorme importancia que tiene la higiene corporal en los pacientes encamados, tanto por la información que recibimos sobre su estado de salud y su estado de ánimo (Ortiz J, 2014) como por los múltiples beneficios que le podemos proporcionar al paciente.

Levar a cabo estos cuidados es clave para conseguir una mejora en la calidad de vida del paciente y para evitar infecciones (Flored C, 2014) que son las causantes de complicaciones importantes en su estado de salud. Es indispensable que como personal sanitario nos aseguremos de llevar a cabo la satisfacción de las necesidades de higiene de los pacientes, así como de proporcionar seguridad, comodidad y bienestar.

6 Bibliografía

- Rodríguez, S. La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería.
- Bastidas, M. CUIDADOS DE HIGIENE EN UN PACIENTE HOSPITALIZADO.
- Carrascal, G. Higiene: cuidado básico que promueve la comodidad en pacientes críticos.
- Vix. La importancia de la higiene personal.
- Micó, M, Bosch, Z. Higiene del paciente encamado ¿Ha perdido la importancia que realmente tiene? Enfermería Integral. [En línea] 2009 ; 87 (ISSN 0214 a 0128)
- Fundación hospital de Jove. PROTOCOLO DE HIGIENE PERSONAL DEL PACIENTE.
- Guevara, M. Aplicación de la teoría de la comodidad en el baño en cama.
- Bazán, M. Aseo del paciente encamado: protocolo de actuación del cuidador.
- Naturaleza, S. El Ph de la piel y los jabones.
- Ortiz, J. Escuela de Enfermería de Palencia. Importancia de la higiene en el paciente encamado.
- Flored, C. Servicio Andaluz de salud. Higiene del paciente en cama. Weblog

Capítulo 301

INFLUENCIAS Y CONSECUENCIAS DE LA CONTAMINACIÓN

PIEDAD MELISSA OYOLA NAGUA

FANNY PIEDAD NAGUA NAGUA

1 Introducción

La contaminación atmosférica está presente en nuestro día a día y nos afecta a todos de diversas maneras. Los efectos más graves se producen en las personas que ya están enfermas, además de las que forman parte de los grupos más vulnerables como niños y ancianos. Estos impactos dependen del tipo de contaminante:

- Contaminantes comunes en el aire: se procede a seguir y analizar las partículas que lo componen. Presente en áreas urbanas.
- Contaminantes peligrosos o tóxicos: los efectos de estos son más localizados en la naturaleza.
- Ausencia de agua y su saneamiento: este problema está disperso en el mundo y asociado a la pobreza.

2 Objetivos

- Reducir en nuestra vida diaria aquellas actividades que causan mayor producción de contaminantes.
- Apoyar políticas que prevengan la contaminación y conserven el medio ambiente.
- Investigar cuáles son el resto de posibles amenazas o enfermedades causadas por la contaminación del 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: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

A finales de 2017, la Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) y la Comisión Europea (CE), pusieron en marcha un nuevo Índice europeo de Calidad del Aire (ICA), que permite a los usuarios comprobar su calidad en las más de 2.000 estaciones de medición repartidas por toda Europa. Este índice, que proporciona información actualizada sobre la calidad del aire en los 33 países miembros de la AEMA. Estas mediciones vigilan los estándares de calidad del aire y controlan los niveles de ozono (O₃), de dióxido de nitrógeno (NO₂), de dióxido de carbono (CO₂), de dióxido de azufre (SO₂) y toda la contaminación generada por partículas que pueden representar serios riesgos para la salud.

Existen dificultades para saber identificar con exactitud la relación causal entre el medio ambiente y la salud, sin embargo sabemos que ciertas sustancias ambientales, por debajo o por encima de un nivel específico, son peligrosas.

El 95% de la población mundial vive en áreas que no cumplen las pautas de un aire sano, según el informe State of Global Air, del Health Effects Institute. Las ciudades, donde viven más de la mitad de los casi 7.500 millones de habitantes del planeta, son el caldo de cultivo de la contaminación, un importante factor de mortalidad, al que sólo superan la hipertensión, la dieta no saludable y el tabaco.

Los principales efectos de la polución del aire sobre la salud son:

- Trastornos cardiovasculares.
- Afecciones pulmonares.
- Irritaciones oculares.

5 Discusión-Conclusión

Tras el análisis de esta investigación se puede ver que aunque sea difícil correlacionar las causas directas entre la salud social y el medioambiente como si de una fórmula matemática se tratase, está más que claro los efectos que pueden producir la contaminación en nuestra salud. En conclusión, no solo debemos cuidar nuestra salud, sino también la del medio que nos rodea.

6 Bibliografía

- https://www.who.int/phe/health_topics
- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- <https://www.insst.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline>
- <https://www.iberdrola.com/medio-ambiente/contaminacion-calidad-aire>

Capítulo 302

CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMOS TERMINALES

MARÍA CELIA CABO SUÁREZ

CLARA MARIA GARCIA HERRERO

MARÍA ISABEL GARCÍA GARCÍA

1 Introducción

La palabra paliativo viene originariamente de la palabra latina “pallium” que significa manto o cubierta, que hace referencia a la acción de aliviar síntomas y sufrimiento. La OMS define cuidados paliativos como, el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento.

La asistencia paliativa no debemos verla como una alternativa al fracaso del tratamiento si no como los cuidados prestados al paciente desde el comienzo del tratamiento de la enfermedad hasta su fallecimiento. En 1992 se creó la sociedad española de cuidados paliativos con el objetivo de fomentar una correcta atención al enfermo terminal. Según la SECPAL Sociedad Española de Cuidados Paliativos la enfermedad terminal queda definida por los siguientes elementos:

- Existencia de enfermedad avanzada.
- Sin ninguna respuesta al tratamiento prescrito.
- Síntomas diversos, intensos, cambiantes y con problemas.
- Repercusión emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia de la muerte.
- Pronóstico de vida corto, no superior a los seis meses.

Un ejemplo de estas enfermedades son el cáncer, el VIH y las insuficiencias cardíaca hepática, etc. Ante un paciente agonizante se debe procurar que se sienta acompañado, ayudado y cuidado en todas sus necesidades. Aunque parte importante de las decisiones que han de tomar los equipos de salud en la atención de enfermos terminales corresponde al médico o al equipo médico, no es menos cierto que las consecuencias de esas decisiones afectan de manera muy clara al quehacer diario y la conciencia de las enfermeras y auxiliares de enfermería que deben de cuidar y atender a estos pacientes

2 Objetivos

- Conocer los cuidados del técnico auxiliar de enfermería y demás personal sanitario en la atención de cuidados paliativos.

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: Google Académico, Scielo, Dialnet, World Wide Science, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Una de las principales consideraciones del enfermo terminal es que el paciente sufre una enfermedad sin posibilidades de curación recibiendo únicamente tratamientos paliativos y su muerte es próxima. Es importante discernir entre el paciente terminal y el paciente en fase final. Este último es el que presenta signos evidentes de muerte inmediata. Paciente terminal no es sinónimo de paciente encamado, ni de persona incapacitada para el trabajo o las relaciones familiares. Muchos de estos pacientes mantienen una situación de autocuidado y son capaces de desarrollar las actividades de la vida diaria (AVDS).

Gran parte de los enfermos en situación terminal atraviesan una fase de deterioro anterior a su fallecimiento y se denomina agonía: es el periodo con cargas de dolor, deterioro físico, angustia, que evidentemente disminuye la vida de los pacientes. El proceso de la agonía va en aumento con el paso del tiempo. Este tipo

de deterioro y la rapidez con que evoluciona depende de la enfermedad, siendo la fase final muy similar en todos los pacientes.

Las particularidades de la enfermedad terminal son: diagnóstico patología confirmada (enfermedad avanzada incurable y progresiva); sin respuesta al tratamiento curativo (Presencia de síntomas: intensos, multifactoriales y cambiantes); generación de gran impacto emocional en paciente, familia y en el equipo asistencial; pronóstico de vida menor a seis meses.

Los mayores problemas en el paciente terminal son:

Físicos:

- Dolor: síntoma más frecuente en el paciente paliativo y el que más miedo produce.
- Insomnio: relacionado con el dolor y angustia espiritual.
- Náuseas y vómitos: frecuentes en la fase final de la enfermedad.
- Disnea: dificultad para respirar. Es el síntoma principal en la fase adaptada (pronóstico grave a corto plazo).
- Alteraciones de la mucosa bucal: sequedad de la boca, por la escasa ingesta líquida por vía oral.
- Riesgo de afectación del tejido viene al en los ojos: relacionado con el estado de conciencia y disminución de la secreción lágrimas. Riesgo de úlceras por presión: la inmovilidad, la afectación a nivel de conciencia y la humedad de la piel, favorecen la presencia de escaras.

Los cuidados físicos a realizar por enfermería son:

- Higiene e imagen: mantener la piel limpia e hidratada, cuidar la limpieza de la cama, cuidados frecuentes de ojos, pies, etc, estimularle a mantener buen aspecto (vestido, peinado).
- Alimentación: adaptarla a los gustos del paciente, buscar alimentos apetecibles, aportar líquidos, toma frecuente de comida en número y horario que desee la persona, no forzar la ingesta, dieta blanda, no olvidar los cuidados de la boca.
- Eliminación: favorecer la intimidad, colaborar en la eliminación de fecalomas, observar la regularidad de las eliminaciones.
- Movilización: estimular la movilización fuera de la cama en la medida de lo posible.
- Descanso y sueño: favorecer el descanso durante la noche y actividad durante el día, técnicas de relajación, cuidar el entorno(ventilación, ruido), etc.
- Dolor: aplicar el tratamiento farmacológico, masajes, frío, calor, compañía y afecto.

- Atender otros síntomas concretos como disnea tranquilizando al paciente, movilización de secreciones (proporcionar pañuelos, colocar en posición de Fowler, etc), aparición de vómitos (sujetar la cabeza mientras se le proporciona una palan-gana, higiene).

Psicológicos:

Desde el punto de vista psicológico, normalmente se producen situaciones co-munes entre los pacientes como la negación, soledad, ira, enfado o depresión. Pero no todos los enfermos reaccionan de la misma forma, aunque existan dos sentimientos caracterizados en toda enfermedad siendo mas intenso el caso de una enfermedad terminal: son el miedo y la ansiedad.

La doctora Kubler-Ros describe cinco etapas por las q pasan la mayoría de los pacientes en la aceptación de la muerte:

- Negación y aislamiento: "no puede ser cierto", "se han equivocado". La mayoría de los pacientes reaccionan rechazando el diagnóstico. A menudo buscan otras opiniones médicas hasta q aceptan la realidad.
- Rebeldía e ira: "por qué yo", quejas dirigidas a sus familiares y al personal san-itario. El paciente se rebela contra la sensación de impotencia para controlar su destino.
- Negociación: intenta pactar con cualquier medio una solución desesperada q le permita un cambio de destino, ya sea con "Dios " o con nuevos tratamientos, intervenciones quirúrgicas, etc.
- Depresión: a medida q el paciente toma conciencia gradual de que va a morir y no puede hacer nada para evitarlo, aparece un estado de depresión. La doctora Kubler-Ros identifica dos periodos de depresión: depresión reactiva, el paciente piensa en las cosas q ha perdido, se preocupa de su familia, como se las arreglarán sin el; depresión preparatoria: señala la transición entre la lucha por la vida y la aceptación de la muerte. Está más tranquilo.
- Aceptación y paz: desprovista de sentimientos y de interés por el entorno. Du-rante este proceso tiene lugar la deatexis (depresión preparatoria, esta última fase pone fin a toda comunicación).

Los cuidados psicológicos son: ante todo se debe tener una buena disposición para comunicarse con el paciente, cuidando mucho la comunicación no verbal y la verbal. La actitud debe ser de empatía y comprensión poniéndonos en su lu-gar, para desde ahí actuar de la forma más adecuada. Debe mostrarse disponibi-lidad, sin interrumpirle. Deben permitirse las manifestaciones de tristeza y llanto .Es muy importante demostrar una actitud de escucha. No debe darse sensación de tener prisa, o de apatía y despreocupación. No evitar la conversación si el

paciente necesita hablar. Promover actividades de ocio(tele, leer, etc) así como encuentros entre familiares y amigos. La espiritualidad y la religiosidad tienen mucha importancia en estos momentos. Si el paciente lo demanda, se le facilitará la atención espiritual.

5 Discusión-Conclusión

Como conclusión de este trabajo y lo que pretendemos es dejar claro que hay que tratar al enfermo terminal desde una perspectiva humana, con el máximo respeto en esta fase tan dolorosa y triste. Hay que apoyarlo, estar ahí para él y atenderlo correctamente.

Es un punto muy importante también la atención a sus familiares, que se encuentren arropados y nunca solos. Proporcionarles toda la información de la que somos conocedores que les pueda ayudar. En estas cuestiones es imprescindible el trabajo del auxiliar de enfermería que es el que más contacto tiene con el enfermo.

6 Bibliografía

- MEDICA-CUID, A. R. S.; PALIA, ADOS; TERMIN, OS EN EL ENFERMO. Cuidados paliativos en el enfermo terminal.
- HILARIO QUISPE, Rosmery. Conocimientos y actitudes hacia el cuidado paliativo del paciente con enfermedad terminal de los estudiantes de IV ciclo de la especialidad de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. 2016.
- BÁTIZ, Jacinto; LONCÁN, Pilar. Problemas éticos a final de la vida. Gaceta Médica de Bilbao, 2006,
- LUEZAS, Paula Martínez. Calidad de cuidados y paciente terminal. 2016.
- BORJABAD HERRANZ, Cristina. Cuidados paliativos y la comunicación enfermera/o Paciente terminal. revisión narrativa. 2016.

Capítulo 303

LA EVOLUCION DE LA ATENCION PRIMARIA EN LA SALUD

ELLEN CARLOS DO AMARAL

YOLANDA FERNANDEZ CAMINO

ANA SANCHEZ UGARTE

JAVIER LOPEZ ALLER

1 Introducción

La APS reconoce antecedentes en los diversos programas y actividades que se estaban llevando a cabo en el mundo en la década de los setenta. Es necesario proponer un trabajo conjunto para que se pueda tener una comprensión completa del problema, una solución suficiente y sustentable, una competencia interinstitucional, sumatoria de esfuerzos y aprovechamiento de recursos.

La APS exige que la programación sea concertada con la comunidad y los demás sectores institucionales, pues dado que los problemas de salud tienen determinantes y condicionantes multifactoriales y sólo una programación local e integrada podrá proveer una respuesta eficaz.

Necesita de trabajadores del primer nivel (profesionales, técnicos, agentes sanitarios, etc) convencidos de sus principios. Que sean capaces de aceptar el desafío que implica incorporar nuevos saberes y cambiar estructuras. Dado que son las personas quienes llevarán a cabo la transformación propuesta por la EAPS, es importante orientar el financiamiento hacia la formación del recurso humano

reforzando los conocimientos para el trabajo participativo, interdisciplinario e intersectorial.

2 Objetivos

- Conocer los accesos básicos en atención primaria, la utilización de los servicios de salud a la población.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de salud pública, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, pública, sociedad, promoción de la salud, servicios, accesos, puerta de entrada.

4 Resultados

La atención primaria de la salud se apoya en tres pilares fundamentales:

- Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud.
- Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios.
- Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.

Así, se escalona la atención según niveles ascendentes de complejidad, desde los primeros que son las unidades y centros de salud hasta los niveles más altos como son los hospitales especializados o de máxima complejidad. Que implica Estimular el uso de los servicios básicos de salud, valorando las conductas de autocuidado desarrolladas en el propio núcleo familiar y la implementación de actividades de promoción y prevención con base en la comunidad y formar a los integrantes del equipo de salud, propiciándose la capacitación de técnicos y profesionales para aumentar sus competencias en la resolución de problemas básicos de salud.

La Atención Primaria de la Salud (APS) entendida como primer nivel de asistencia o de atención, lo que se traduce habitualmente como puerta de entrada al sistema. Es decir, como la zona de contacto inicial de individuos y comunidades con el sistema de salud, cuyo carácter descentralizado está destinado a aumentar las posibilidades de acceso de la población a los recursos disponibles en cada área

sanitaria. Esta “puerta de entrada” implica establecer una comunicación continua y sistemática con:

- La comunidad que está bajo la responsabilidad del centro, con o sin necesidad explícita de un servicio de salud.
- Referentes territoriales ubicados en otros niveles del sistema como así también redes formales e informales que apoyan el sistema (organizaciones sociales, instituciones barriales y educativas).

Las acciones deben abarcar a toda la población garantizando la equidad horizontal en el acceso a los servicios básicos de salud, es cierto que la presencia de grupos con mayores necesidades de atención obliga a satisfacer prioritariamente sus necesidades. Esto no implica que la atención deba limitarse solamente a grupos focalizados mediante el suministro de un paquete básico de servicios, sino que es necesario ampliar o extender la cobertura de los programas y servicios de salud. Muchas de las actividades sanitarias esenciales comprometidas en la Declaración se encuentran expresadas como programas de salud: educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes.

- Un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.
- Asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.
- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.
- La promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada.

5 Discusión-Conclusión

El poder desarrollar actividades de promoción y prevención a la vez de dar alivio al sufrimiento cotidiano de las personas. La atención primaria de la salud debe ser integral porque la realidad misma de la salud y de la enfermedad es integral. La integralidad en el sistema nacional de salud requiere estar reflejada en recursos humanos competentes, existencia de estrategias eficientes, expresadas en acciones consecuentes que estén en correspondencia con la voluntad política. Grodos y Berthune nos dicen que la integralidad implica que se tome a cargo a la vez el alivio del sufrimiento cotidiano de las personas (su demanda de atención) y los aspectos de prevención y promoción de la salud. Es decir, se propone un modelo de atención “que integra las actividades de medicina curativa, de prevención

y promoción sanitaria”.

Se incrementa la responsabilidad individual en todo lo que podrá ser la estrategia de promoción y prevención de la salud, tales como los estilos de vida, cambios de hábitos y cuidado de la salud, que tradicionalmente la salud pública ha señalado como las más efectivas para mejorar la calidad de vida de la población. En este sentido, las estrategias de la atención primaria y la participación comunitaria mejoran la responsabilidad individual y activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica

6 Bibliografía

- AUSTIN MILLAN Tomás R. Comunicación Intercultural: conceptos y consecuencias. Diálogos en la acción. Primera etapa, 2004.
- CASTELLANOS, P: Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista Epidemiológico. Cuadernos médicos Sociales N° 42 CESS, 1987.
- GRODOS, D. Y de BETHUNE, X. Las intervenciones sanitarias selectivas. Una trampa para las políticas del tercer mundo. Pag. 72 y 73 en Cuadernos Médico Sociales N0 46. Rosario, Santa Fe. Argentina.
- OPS- OMS Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de los Recursos Humanos (1998).
- OMS - Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005.
- OPS/OMS -Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición - Julio 2005
- OMS (2003) Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO-Europe.

Capítulo 304

LAS IDEAS DE LA CULTURA EN LA SALUD

ELLEN CARLOS DO AMARAL

ANA SANCHEZ UGARTE

JAVIER LOPEZ ALLER

YOLANDA FERNANDEZ CAMINO

1 Introducción

A lo largo de nuestra vida construimos creencias, saberes y teorías que guían nuestras prácticas de salud cotidiana. Estos saberes, son en general compartidos con la comunidad en que vivimos y trabajamos. Aquello que aceptamos como habitual para cuidar la salud, no es necesariamente lo que para otras culturas y comunidades es habitual o natural. Por eso, es importante que como trabajador de la salud puedas saber aquello que las personas cuentan acerca de sus creencias y comportamientos respecto de los problemas de salud, como así también observar las prácticas que realizan para conservarla. Comprender la mirada que los otros tienen sobre su propia salud y enfermedad es el primer paso para establecer un vínculo sólido de respeto mutuo.

La cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones que, son compartidas entre un grupo de personas. Existen comunidades en las que confluyen una gran variedad de subgrupos, producto de migraciones (internas o de otros países) y de distintos grupos étnicos locales. Cada uno de estos

grupos aporta un conjunto de conocimientos, saberes, mitos, prejuicios y creencias elaboradas en torno a la idea de salud y las causas de la enfermedad que se entranan y se comparten en un proceso de encuentro y articulación construido a lo largo de la historia de una comunidad o grupo étnico.

2 Objetivos

Conocer la historia de la cultura de la salud y las creencias de las salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar , Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de cultura de la salud, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, creencias, sociedad, cultura de la salud.

4 Resultados

Estas ideas, conocimientos y creencias, muchas veces fundados en la experiencia de los grupos, coordinan toda una gama de prácticas sociales que van desde las formas de nacer, crecer, aparearse o estar en pareja, producir en la economía familiar, envejecer y morir, presentándose a través de diversos comportamientos humanos. Por su capacidad para organizar la vida de las personas, estas creencias se transmiten de generación en generación. Cuando planteamos trabajos con grupos y comunidades, necesitamos tener en cuenta cómo juega la cultura y las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en esas comunidades y grupos, y también cómo juega el contexto social y económico, cómo juegan las instituciones de salud y los profesionales frente a esos mismos problemas. Los saberes colectivos, las prácticas locales, los sanadores y los recursos de la comunidad, si bien son de gran valor en el contexto del mantenimiento general de la vida y la cultura de la gente, no siempre son suficientes a medida que se hace más complejo el perfil epidemiológico.

Además de los cuidados necesarios para conservar la salud en general, fomentando un ambiente saludable y mejores condiciones de vida, en el caso de la tuberculosis se requieren insumos y terapéuticas para abordar integralmente este problema de salud y para obtener resultados efectivos.

Aceptamos la noción de cultura como forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar de cada pueblo, construida a lo largo de su historia, entonces habría culturas y no una sola cultura porque cada pueblo tiene historias diferentes.

De la misma manera que nuestra salud y la salud de nuestros niños está dañada por desnutrición, sarna, diarrea y otras enfermedades y necesita medicamentos. Ya no se puede tener solamente la asistencia de los ginecólogos y los curanderos, aunque ellos nos curan con cuidado, con respeto, paciencia y cariño.

Aceptamos la noción de cultura como forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar de cada pueblo, construida a lo largo de su historia, entonces habría culturas y no una sola cultura porque cada pueblo tiene historias diferentes.

5 Discusión-Conclusión

En cada pueblo hay una forma de pensar, sentir y ya hay una cultura creada de la cual algunos de estos pueblos conservan su lengua originaria en el ámbito familiar y comunitario, si bien la mayoría entiende y habla el español. Todos los pueblos reivindican el derecho a la educación e información en su lengua y la necesidad de resguardarla como parte sustantiva de su patrimonio cultural e identidad, actuando como miembros de pueblos distintos, aunque insertos en la comunidad nacional.

6 Bibliografía

1. OMS - Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005.
2. OPS/OMS -Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición - Julio 2005
3. OMS (2003) Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO-Europe.
4. OPS - Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas, D.C: OPS, © 2008.
5. OPS- OMS Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de los Recursos Humanos (1998).
6. PAYAN, SANDRA ISABEL- MONSALVO JULIO – La salud de los ecosistemas-

Capítulo 305

EL TCAE Y LA DEMENCIA SENIL

JAVIER LOPEZ ALLER

ELLEN CARLOS DO AMARAL

YOLANDA FERNANDEZ CAMINO

ANA SANCHEZ UGARTE

1 Introducción

La demencia senil es un síndrome en el que el sujeto afectado va perdiendo sus capacidades cognitivas. Es un grupo de síntomas generados por diversas causas, todas ellas asociadas con cambios en el funcionamiento del sistema nervioso tal y como analizaremos más adelante.

El deterioro de las funciones cognitivas viene dado por el envejecimiento de las células cerebrales, pudiendo provocar confusión mental, dificultad en la toma de decisiones, desorientación espacial, dificultades de comunicación, deterioro intelectual, pérdida de memoria. Así, con el transcurso del tiempo, suele ser común que el afectado presente dificultades para reconocer un rostro o para expresar y pronunciar ideas.

Otro síntoma que se manifiesta a menudo es el deambular errático provocado por la desorientación espacial. Además, se da un aumento de conductas agresivas, de desinhibición extrema, negatividad, intrusividad, alteración del estado de ánimo. El cambio de personalidad de la persona a su cargo, suele ser uno de los puntos más complicados para el auxiliar de enfermería.

2 Objetivos

- Conocer la enfermedad de la demencia senil, sus causas y cuidados generales.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos científicos relacionados con el tema a tratar. Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de demencia senil, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, demencia, cuidados, estado de ánimo.

4 Resultados

La causa más común, hoy en día, suele ser el Alzheimer, siendo responsable de casi la mitad de los casos de demencia senil. La principal causa de la demencia senil es el Alzheimer, seguido por la demencia vascular, el Parkinson y la demencia frontotemporal. La segunda causa más común de la demencia senil es la demencia vascular. En estos casos las arterias del cerebro se obstruyen haciendo que el flujo sanguíneo no llegue correctamente a las células del cerebro. El colesterol alto, la diabetes y las enfermedades cardiocirculatorias pueden también participar en esta pérdida de memoria.

Otra causa que conduce a los síntomas de la demencia es el Parkinson, conocido trastorno neurodegenerativo que afecta al movimiento. El 40% de las personas que padecen la enfermedad presentan síntomas de demencia senil, manifestando problemas en la percepción visual y la toma de decisiones, no obstante, la memoria queda intacta en estos casos. La demencia frontotemporal, sin embargo, tiene como causa el deterioro de los lóbulos frontales y temporales del cerebro y se caracteriza por el desarrollo de conductas socialmente inapropiadas y la pérdida del lenguaje.

Existen varias acciones que el auxiliar de enfermería puede llevar a cabo tanto para asegurar una buena calidad de vida de la persona cuidada como para prevenir la progresión de la enfermedad. En la mayoría de veces el auxiliar de enfermería debe tomar el control paulatino de aspectos diarios, como la administración del dinero o conducción del automóvil del anciano. Esto debe hacerse gradualmente conforme avance la enfermedad y con especial cuidado para no interferir

en la autonomía, autoestima o dignidad del anciano. La clave está en encontrar el equilibrio entre la independencia del anciano y su seguridad, velando por los dos aspectos simultáneamente. Podemos llevar a cabo diversos ejercicios para estimular su desarrollo cerebral, mejorando la memoria, la atención y el lenguaje. Desde adivinanzas, actividades físicas o el baile, hasta el relato de cuentos y reuniones sociales con familiares y amigos. A medida que la enfermedad avanza, el tcae como cuidador deberá tomar las riendas de ciertos aspectos de la vida del anciano, buscando siempre el equilibrio entre su independencia y seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El cuidado de la demencia senil suele venir acompañado de una serie de emociones difíciles de gestionar, especialmente cuando se trata de un familiar. La persona deja de reconocernos y su personalidad cambia por completo, desarrollando nuevas conductas a menudo negativas hacia nosotros. Esto nos genera emociones de tristeza o de pérdida, experimentando un proceso similar al del duelo. Es normal que estas emociones nos afecten, por lo que no debemos negarlas. Asimilarlas y comprenderlas será clave para cuidarnos también a nosotros mismos.

6 Bibliografía

- (Centro de Educación y Referencia Sobre el Alzheimer y las Demencias Relacionadas).
- Alberca R, Lopez Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Ed. Panamericana, 2002.
- Boada M, Tárraga L. La memoria está en los besos. Barcelona: Ediciones Mayo, 2002.
- CEAFA. Atender a una persona con Alzheimer. Madrid: Obra Social Caja Madrid. Madrid, 2008.
- Casquero R, Selmes J. Cómo entender, actuar y resolver los trastornos de conducta de su familiar. Madrid: Editorial Meditor, 2003.

Capítulo 306

LA DIGNIDAD DEL ANCIANO

JAVIER LOPEZ ALLER

YOLANDA FERNANDEZ CAMINO

ELLEN CARLOS DO AMARAL

ANA SANCHEZ UGARTE

1 Introducción

Las conquistas de la ciencia, y los correspondientes progresos de la medicina, han contribuido de forma decisiva, en los últimos decenios, a prolongar la duración media de la vida humana. La tercera edad abarca una parte considerable de la población mundial: se trata de personas que salen de los circuitos productivos, disponiendo aún de grandes recursos y de la capacidad de participar en el bien común. A este grupo abundante de "ancianos jóvenes", como definen los demógrafos según las nuevas categorías de la vejez a las personas de los 65 a los 75 años de edad, se agrega el de los "ancianos más ancianos", que superan los 75 años, la cuarta edad, cuyas filas están destinadas a aumentar cada vez más.

La prolongación media de la vida, por un lado, y la disminución, a veces dramática, de la natalidad, por el otro, han producido una transición demográfica sin precedentes, en la que la pirámide de las edades está completamente invertida con respecto a como se presenta no hace más de cincuenta años: crece constantemente el número de ancianos y disminuye continuamente el número de jóvenes. El fenómeno, que comenzó durante la década de 1960 en los países del hemisferio norte, llega ahora también a las naciones del hemisferio sur, donde el proceso de envejecimiento es aún más rápido.

2 Objetivos

- Conocer el respeto y la dignidad a las personas mayores.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Medline, Pubmed, y se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados dignidad en el anciano, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: demencia, cuidados, estado de ánimo, dignidad, respeto, anciano.

4 Resultados

La dignidad humana es un valor intangible de todas las personas, que parte de la libertad, inteligencia y autonomía inherente a todo ser humano. Los seres humanos tenemos la habilidad de modelar, cambiar y mejorar nuestras vidas gracias a nuestra capacidad de libertad y de toma de decisiones, lo que nos cubre de un cierto valor e importancia. Esa capacidad de mirar y estudiar el mundo como objeto, de trascenderlo e incluso cambiarlo nos permite entender ese valor especial del ser humano, que radica precisamente en su dignidad.

La dignidad humana es aquello que reconoce la condición única del ser humano; su libertad, inteligencia y capacidad de autonomía. En el primer artículo de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 ya se hace referencia al concepto de la dignidad humana al decir que “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Todas las personas deben ser respetadas sea cual sea su condición por el mero hecho de su naturaleza humana. Los principios que se desprenden de la dignidad humana son: respeto, estima hacia uno mismo, benevolencia, justicia, utilidad e integridad.

También encontramos otros principios como el de benevolencia, que nos enseña a buscar el bienestar de los demás en cada una de nuestras acciones, o el de la justicia, que hace referencia al trato justo e igualitario. El principio de utilidad también nos invita a realizar siempre las acciones que produzcan el mayor beneficio para la mayor cantidad posible de personas. Otro de los principios que pueden resultar especialmente interesantes para un cuidador (y en realidad para cualquier profesional) es el de la integridad. Refiriéndose a basar todas nuestras

decisiones en la honestidad y el respeto hacia nosotros mismos, ya que solamente así lograremos vivir nuestra profesión con plenitud.

Les debemos permitir que el anciano siga tomando sus propias decisiones incluso en materias clínicas. Todos tenemos derecho a ser correctamente informados sobre nuestro estado de salud, además de los tratamientos y alternativas que tenemos a nuestra disposición para poder tomar una decisión bien fundamentada.

Como auxiliares de enfermería que somos no debemos interferir en la decisión final del anciano, respetando siempre su criterio. Sólo en los casos en los que el deseo del anciano viole nuestros principios éticos o deontológicos podremos mostrarnos reticentes a cumplirlos. Solamente en casos extremos de enfermedades neurológicas o psíquicas que anulen la autonomía y capacidad de decisión del anciano, podremos dedicarnos a la toma de decisiones en su tratamiento médico, eso sí, siempre focalizados en su bienestar.

5 Discusión-Conclusión

La dignidad de la persona mayor se mantiene durante toda la vida. Ni las limitaciones que acompañan el proceso de envejecer, ni las diversas formas de agresión a que puede verse sometido el colectivo de más edad constituyen argumentos suficientes para una pérdida de dignidad. La sociedad y los individuos deberemos asumir actitudes positivas. A menudo, ya sea como familiares o profesionales clínicos, tendemos a violar esta autonomía del anciano omitiéndole información desagradable sobre su estado de salud o tomando las decisiones clínicas por él. Aunque lo hagamos con buena intención, se trata de un paternalismo que atenta directamente contra su dignidad humana. Siempre hay que tener un respeto por la persona mayor a la que estamos cuidando, ayudándole a tomar sus propias decisiones.

6 Bibliografía

- Centro de Educación y Referencia Sobre el Alzheimer y las Demencias Relacionadas).
- Alberca R, Lopez Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Ed. Panamericana, 2002.
- Organización Mundial de la Salud. División de Salud Mental Ginebra. CIE-10. Decima revisión de la clasificación de las Enfermedades, Trastornos Men-

tales y del Comportamiento Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.
Ed.Meditor. Madrid, 1994.

- Fernández Ballesteros R. Gerontología Social. Madrid:Ed. Pirámide, 2005.
- Crespo M, Lopez J. El estrés en cuidadores de mayores dependientes. Cuidarse para cuidar. Ed. Pirámide. Madrid,2003.

Capítulo 307

EL DERECHO A LA SALUD

ANA SANCHEZ UGARTE

ELLEN CARLOS DO AMARAL

JAVIER LOPEZ ALLER

YOLANDA FERNANDEZ CAMINO

1 Introducción

En la mitad del siglo pasado, en torno a 1950, surgieron a nivel internacional diversas declaraciones que defendían los derechos fundamentales del ser humano, esto es, derechos positivos, inherentes a la propia naturaleza del hombre, que bajo ningún concepto debían ser cuestionados y que todos los seres humanos debían gozar. El derecho a la salud fue indiscutiblemente uno de esos derechos fundamentales y básicos. Sin él, es difícil o imposible acceder a otros derechos más complejos como es el social y el político.

Es por ello que no sólo en las declaraciones universales el derecho a la salud aparece entre los primeros derechos fundamentales, sino también en las constituciones o cartas magnas que vertebran las distintas normativas nacionales y que finalmente acaban asumiendo las distintas estructuras de gobiernos regionales y locales, más cercana al usuario de todo servicio de salud. El derecho a la salud (o a su protección) es uno de los derechos sociales por antonomasia. Se trata de un derecho complejo que se despliega en una amplia serie de posiciones jurídicas fundamentales para los particulares y para el Estado.

2 Objetivos

- Conocer el derecho y protección a la salud.
- Describir los derechos fundamentales del ser humano.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de derecho a la salud, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, derecho, declaración de salud.

4 Resultados

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966, en su Artículo 12, se describe así: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para:

- La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños.
- El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente.
- La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas.
- La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Siguiendo a nivel internacional, en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se establece explícitamente que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.”

Así, es lógico que en el proyecto de Constitución europea presentado en Roma en el año 2003, y que por cuestión de jerarquía legislativa incide como norma de rango superior sobre las constituciones nacionales, incorpore en sus 3 primeros artículos los referentes a la dignidad humana, al derecho a la vida y el derecho de

la integridad personal, de los cuales se derivan los distintos derechos de la salud del ciudadano.

Sin nombrar otras normativas de índole internacional que insisten y subrayan sobre los puntos destacados, ya en nuestra Constitución de 1978 se desarrolla la salud como uno de los derechos fundamentales, aplicado después para elaborar la posterior Ley General de la Sanidad.

En general, todas estas normas, comenzando desde las de rango superior para ir incidiendo en las de rango nacional y local, tienen como objeto conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud, mediante la promoción y protección de este derecho, a lo largo de toda la vida, y tratando de reducir la incidencia de las principales enfermedades, así como el sufrimiento que las origina. Esto puede resumirse en tres valores fundamentales:

- La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- La equidad, en materia de salud y solidaridad de acción entre todos los países.
- La participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las comunidades, en el desarrollo continuo de la salud.

Todo ser humano tiene derecho no sólo a ser asistido por los servicios de salud para su curación y rehabilitación, sino también a ser el objeto de políticas de información para la prevención de las enfermedades. Es por ello que los recursos económicos destinados a los servicios de salud han de ser específicos y transparentes, y no sólo han de cubrir las necesidades sanitarias de los ciudadanos, sino procurar un desarrollo sostenible del sistema sanitario con un adecuado fomento de la investigación clínica y la formación continua de todo el personal sanitario, para mantener constante una calidad en la asistencia.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad se intenta que los poderes públicos compartan su responsabilidad en la custodia de la buena salud con los titulares de los derechos de la salud, los propios ciudadanos, promoviendo la salud pública, estilos de vida sanos y un medio ambiente saludable. Esto es, actuar antes de que se produzcan patologías que con una adecuada información podrían evitarse.

El ciudadano, o el titular del derecho de salud, por tanto, no sólo ha de manejar información adecuada sobre asistencia y prevención, sino también sobre su derecho a recurrir al Defensor del Paciente o a las distintas asociaciones de pacientes

para mejorar con ello el sistema sanitario tanto a nivel local como regional, autonómico o nacional. Tomar conciencia de todos estos aspectos derivados del derecho de la salud procuran un adecuado rendimiento de los recursos, permitiendo que el sistema de salud pueda a medio plazo reducir sus presupuestos asistenciales con una adecuada política de información preventiva y de derechos del paciente, y proporcionando así al ciudadano un sistema de bienestar que se acerque a los objetivos marcados por todas las normativas mencionadas al principio.

6 Bibliografía

- OMS. Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005.
- Soberanes Fernández, José Luis, “La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos”, en Muñoz de Alba Medrano, Marcia (coord.).
- Temas selectos de derecho y salud, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002, pp. 182 y 183.
- Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en la Conferencia Internacional de Salud de 1946, y que entró en vigor el 7 de abril de 1948. Glosario de Promoción de la Salud. Traducción del Ministerio de Sanidad. Madrid (1999).
- Institute of Medicine (US) Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy. Washington (DC): National Academies Press (US).
- Web Organización Mundial de la Salud.(OMS

Capítulo 308

LA INTERCULTURALIDAD Y LA SALUD

ANA SANCHEZ UGARTE

JAVIER LOPEZ ALLER

YOLANDA FERNANDEZ CAMINO

ELLEN CARLOS DO AMARAL

1 Introducción

La interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de saberes y prácticas, entre ellas las prácticas de salud locales. La incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales es una herramienta para la aceptabilidad y consolidación de un sistema más equitativo y participativo.

La salud de calidad permitiría conocer los problemas prioritarios, los contextos específicos de estos pueblos y, mejorar la calidad de la atención de la salud. Las acciones deben tomar en cuenta el ámbito geográfico de los pueblos indígenas, urbano, rural, fronterizo, el perfil epidemiológico, las condiciones de vida y los determinantes sociales presentes para el desarrollo de estrategias curativas, y acciones de prevención de las enfermedades, de rehabilitación y promoción de la salud. La interculturalidad es entendida y practicada como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, lingüístico y de género.

2 Objetivos

- Conocer qué es la interculturalidad.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Google Scholar, Medline, Pubmed y, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de derecho interculturalidad, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, población, interculturalidad, promoción de la salud, prevención.

4 Resultados

La incorporación de la dimensión intercultural en el cuidado de la población, la detección de problemas y el diseño de las intervenciones con la participación de la comunidad. La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejorar la competencia técnica y humana de los equipos de primer nivel de atención, incidir en el respeto, en los vínculos y en el trato entre personas, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en la atención de la salud con equidad a los distintos grupos étnicos, generando mayor inclusión. Las comunidades se encuentran habitualmente alejadas de los centros asistenciales y hospitales. En general, cada comunidad tiene designado un médico para que los visite periódicamente. La mayoría cuenta con un consultorio de atención donde recibe el médico una vez por semana. La relación con el profesional de la salud se deteriora cuando se deriva a los integrantes al hospital o cuando faltan de remedios o de medios para curar, ya que estas dificultades son interpretadas como una falta de interés para atenderlos.

Una figura a considerar es la de enlace intercultural. Es decir, la preparación de personal comunitario hablante que recibe capacitación intercultural en salud, para acompañar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado de la persona y la comunidad. La interculturalidad puede ser entendida como un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el re-

conocimiento y respeto por la diversidad cultural. Una de las herramientas reconocidas y aceptadas son las consultas previas, libres e informadas que dan lugar a un amplio apoyo por parte de las comunidades.

Por consultas previas, libres e informadas se entiende un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, de toma de decisiones. Consultas de buena fe y participación informada respecto del diseño, preparación, implementación, ejecución, y evaluación de toda política de salud que los involucre sea directa o indirectamente.

5 Discusión-Conclusión

La interculturalidad en salud supone reconocer que en el proceso de salud enfermedad atención cuidado se están produciendo y reproduciendo valores, creencias, formas de pensar y de abordar la realidad. Por todo ello es importante trabajar para lograr mayor complementariedad en la organización de los servicios, los horarios de atención, la disposición física y, la disposición de los equipos de la salud al diálogo entre distintas culturas. Diseñar y proponer acciones, desde una perspectiva intercultural, orientadas a identificar y sortear barreras que condicionan el acceso de la población al sistema de salud, es un desafío para los equipos de salud del primer nivel de atención. Este desafío nos invita desde nuestros espacios de trabajo, a facilitar el acceso universal de la población a los servicios de salud, a poner énfasis en la promoción y prevención de la salud y a promover la participación activa y organizada de la población en las decisiones referidas al cuidado de su salud.

6 Bibliografía

- OMS Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de los Recursos Humanos (1998)
- PAYAN, SANDRA ISABEL- MONSALVO JULIO – La salud de los ecosistemas- 2003
- SECRETARIA TECNICA DE CSDH, “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health”, Abril de 2007.
- SONIS ABRAAM, BELLO JULIO, DE LELLIS MARTIN- Salud y Sociedad- Módulo
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación- 2005
- TARLOV, A: Social determinants of health: the sociobiological translation, 1996.

- OMS - Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005.
- Soberanes Fernández, José Luis, “La protección de la salud en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos”, en Muñoz de Alba Medrano, Marcia (coord.).

Capítulo 309

PREVENCIÓN DE CAÍDAS ACCIDENTALES HOSPITALARIAS POR EL PERSONAL SANITARIO

FRANCISCA TORRU BEJAR

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

ESTEFANÍA LLORENTE ALBAL

ROSA MAR NIETO MORAN

1 Introducción

Las caídas de pacientes en edad avanzada que se encuentran en centros de cuidado, como los geriátricos, y hospitales son bastante más frecuentes de lo que se piensa y pueden causar pérdida de la independencia, lesiones y a veces la muerte como resultado de la lesión. Son importantes ciertas intervenciones conocidas por el personal sanitario para prevenir las caídas.

Estas incluyen ejercicio, la revisión de los fármacos que los pacientes están tomando; tecnología de asistencia o del entorno, como alarmas en la cama o silla o el uso de camas especiales (muy bajas), las intervenciones del entorno social dirigidas al personal y cambios en el sistema institucional, y las intervenciones de conocimiento. Un tipo especial de intervención es la intervención multifactorial, en que la selección de intervenciones únicas, como el ejercicio y los suplementos de vitamina D, se basa en una evaluación de los factores de riesgo de caídas en el paciente.

Según la OMS, la caída, es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad. La estancia hospitalaria supone un riesgo añadido al motivo de ingreso, intercediendo en la seguridad del paciente.

Internacionalmente las lesiones son la principal causa de muerte de ancianos y las caídas constituyen una alta proporción de estas muertes accidentales. Aproximadamente un 30% de las personas mayores de 65 años que se encuentran en viviendas comunitarias sufren caídas al año y el número es mayor en instituciones. Al menos 1 de cada 10 caídas causan fractura (normalmente de cadera) y 1 de cada 5 requiere atención médica.

2 Objetivos

- Analizar la incidencia de caídas, el perfil de los pacientes que sufren caídas en el hospital e identificar las posibles causas y efectos de la misma.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda bibliográfica en varias bases de datos de uso español obteniendo diferentes artículos en castellano sobre las caídas y su prevención. Se han incluido datos de estudios epidemiológicos y estadísticos desarrollados en hospitales españoles.

4 Resultados

Como podemos observar, la mayoría de las caídas han sido por causas funcionales y/o motoras, siendo la alteración de la marcha y el mareo los principales factores del paciente que influyen en ellas seguido de la inmovilización prolongada. El segundo gran motivo de caídas han sido las alteraciones cognitivas, siendo la confusión-desorientación la gran causa de las mismas y el factor más importante de todas, asumiendo él sólo más del 30% del total de las mismas. En cuanto a la medicación que tomaban los pacientes que han sufrido caídas nos encontramos que un 41,7% de los pacientes que sufren caídas estaban tomando psicofármacos y un 58,3% otro tipo de medicamentos. Las causas relacionadas con el entorno suponen casi un 20% de las mismas. Casi una de cada cinco de estas caídas se han producido a pesar del uso de barandillas, seguido de la iluminación inadecuada o el suelo deslizante.

Las medidas de prevención generales sobre los factores de riesgo extrínsecos deben planificarse y aplicarse a todos los/las pacientes hospitalizados/as desde el ingreso y a lo largo de su estancia. En caso de producirse una caída, la enfermera realizará una valoración del estado del paciente y posibles lesiones que se puedan haber producido, aplicará los cuidados pertinentes y avisará al facultativo responsable del paciente, en caso necesario, según su criterio.

5 Discusión-Conclusión

No hay seguridad sobre si la fisioterapia específica para la reducción de las caídas además de la rehabilitación habitual en la sala tiene un efecto sobre la tasa de caídas o reduce el riesgo de caídas. No hay seguridad sobre el efecto de las alarmas en la cama sobre la tasa o el riesgo de caídas. Las intervenciones multifactoriales pueden reducir la tasa de caídas, aunque este hecho es más probable en un geriátrico o en un centro de rehabilitación (evidencia de baja calidad).

No hay seguridad acerca del efecto de estas intervenciones sobre el riesgo de caídas. El problema de las caídas en los pacientes ingresados en el hospital es de gran relevancia debido a la repercusión que tiene en la calidad de vida de los enfermos. También está presente en las políticas de atención sociosanitaria de las administraciones.

6 Bibliografía

- Rodríguez-Rieiro C, Velasco-Gago MC, Chacón-García A, Izquierdo-Membrilla I, Sanchidrián-de Blas C, Rodríguez-Pérez P. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(3):128-32 "Caídas en el hospital: registro del año 2005".
- Protocolo de valoración y medidas de prevención a pacientes adultos con riesgo de caída en la atención hospitalaria. Osakidetza. 2009.
- Urruela M, Gómez Ahedo E, Iglesias Astorga C, Valtierra M, González Molina Y, Escobar A y cols. Caídas en un hospital de agudos: características del paciente. Rev Mult Gerontol 2002

Capítulo 310

ADICCIÓN A LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ

MARÍA DAGMAR GUIASOLA DÍAZ

NORMA LORENA BUYO AVALOS

ANA VIOR LÓPEZ

1 Introducción

Cada día más, las tecnologías están teniendo un papel muy influyente en nuestras vidas. El servicio que nos prestan así como las facilidades y comodidades que nos aportan hace que se nos haga difícil prescindir de ellas.

La adicción a las nuevas tecnologías supone hablar de una problemática con muy baja percepción de riesgo, que puede pasar desapercibida. Es poco frecuente que una persona reconozca que es adicta a algo, y más si ese algo, son cosas tan nuevas y generalizadas como videojuegos, internet, teléfono móvil... Tenemos tecnologías a nuestro alcance las 24 horas del día, sirven como instrumentos útiles para la vida cotidiana, televisión, teléfono, ordenador, internet, videojuegos, chats... lo determinante es el grado de alteración de la vida cotidiana: hay un uso excesivo asociado a una pérdida de control. Las nuevas tecnologías son excelentes porque mejoran la vida de las personas. El problema surge a partir del uso nocivo que puede hacerse de internet.

La adicción a las nuevas tecnologías es una fuerte necesidad del sujeto para mantenerse interactuando con los aparatos electrónico: internet, redes sociales, smartphones, videojuegos... Cuando hablamos de adicción estamos hablando de descontrol de la persona afectada, sobre determinada conducta que al principio es placentera. Cuando comenzamos a practicar una actividad de forma compulsiva que nos genera satisfacción nuestro cerebro segrega un neurotransmisor (serotonina). Mientras más tiempo pasamos realizando dicha actividad, nuestro cerebro segrega más cantidad de serotonina haciéndonos más dependientes.

En ocasiones las personas tienden a buscar un refugio en la tecnología y a otras realidades alternativas. INTERNET se crea en los años 60 del siglo XX, a raíz de una necesidad militar. Más adelante su uso se extiende a toda la población civil y en la actualidad, es un componente fundamental en las telecomunicaciones, los negocios, la educación y el entretenimiento.

La definición de RED SOCIAL es: plataforma digital de comunicación global que pone en contacto a gran número de usuarios. Muchos jóvenes son nacidos en la era digital, tienen integrados la tecnología en su vida cotidiana. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento y potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual, el contexto social puede tener una influencia determinante, de ahí la importancia de controlar el uso que hacen los adolescentes de las redes sociales. Las Tic (tecnologías de la información y la comunicación) constituyen avances tecnológicos que han impactado especialmente a las personas jóvenes, pero algunas personas llegan a estar obsesionadas con internet, se muestran incapaces de controlar su uso, y pueden poner en peligro su trabajo y sus relaciones.

Las redes sociales constituyen una nueva forma de interacción, en el ámbito de las relaciones personales y profesionales. Sienten pánico a desconectarse de las redes sociales. Se trata de una adicción sin sustancia, pero tan grave como las drogas o el cigarrillo. Las redes sociales como Twitter o Facebook han cambiado la forma de relacionarnos, y han llegado a influir en algunos casos en nuestro comportamiento. El estado afectivo depresivo favorece el acceso a internet con el fin de mejorar las relaciones sociales. En el fondo la adicción a las redes sociales muestra una necesidad que no está cubierta. El abuso de las redes sociales provoca alejamiento de la vida real, induce ansiedad, afecta a la autoestima y hace perder capacidad de autocontrol. Las redes sociales y los sistemas de mensajería son atractivos para los jóvenes porque su sistema de funcionamiento implica la respuesta rápida, las recompensas inmediatas y la interactividad. Se puede hablar

de adicción cuando su utilización supone una pérdida de control, una absorción a nivel mental y una alteración grave en el funcionamiento diario de la persona afectada. La adicción acaba por consolidarse cuando se produce un uso abusivo descontrolado, y deriva en consecuencias negativas para la vida cotidiana, depresión, intranquilidad, necesidad creciente de aumentar el tiempo de conexión, meterse en internet nada más levantarse mientras come o pasar la noche sin dormir conectado.

La adicción a los VIDEOJUEGOS consiste en el uso excesivo o compulsivo de videojuegos hasta interferir con la vida personal y las actividades diarias del sujeto. La OMS reconoce esta adicción como un desorden de salud mental y lo incluyó en la clasificación internacional de enfermedades, dentro de los desórdenes relacionados con comportamientos adictivos. Su tratamiento puede variar, pero normalmente consiste en concienciar al paciente acerca de los problemas ocasionados en su vida por el uso excesivo de videojuegos y la elaboración de horarios en los cuales el paciente pueda administrar mejor su tiempo entre sus deberes y sus pasatiempos. La adicción a los videojuegos es lo que ocurre cuando la dependencia hacia las partidas de videojuegos se vuelve tan intensa que se dedica al menos cuatro horas diarias suponiendo esto la desatención de las obligaciones y responsabilidades. Entre los síntomas está el aislamiento social, el empeoramiento del rendimiento académico, pérdida de la noción del tiempo, dolores y enfermedades posturales, ira ante limitaciones para jugar.

Se conoce como NOMOFOBIA al miedo irracional a salir de casa sin el móvil o no llevarlo encima. Las personas con adicción al teléfono móvil, sufren problemas físicos y psicológicos como ansiedad, palpitaciones y sudores cuando no disponen de su teléfono móvil, ya sea por su saldo, cobertura, batería, ...se convierten en auténticos móvil-dependientes, al no poder estar ni un minuto sin su teléfono. Todos conocemos muchas personas enganchadas a su móvil para poder estar comunicado constantemente. El uso del móvil, se convierte en adicción cuando pasa a ser una conducta repetitiva y que nos produce placer. Es un impulso que no se puede controlar, usa el móvil una y otra vez. Las nuevas tecnologías han pasado a formar parte de las denominadas adicciones psicológicas o adicciones sin drogas. Este trastorno comparte grandes similitudes con otros trastornos como pudiera ser el de dependencia de sustancias, como la dependencia y la pérdida de control por no usarlo. Hablamos de dependencia cuando su uso es excesivo, inadecuado y cuando existe una necesidad patológica de estar pendiente de él.

2 Objetivos

Describir el problema de la adicción a las TIC y definir la actuación de la TCAE en relación con tal adicción en jóvenes. Identificar la prevalencia de la adicción entre los adolescentes y los hábitos de consumo y uso de los TIC. Estudiar la incorporación del trastorno de adicción a las TIC en los sistemas de clasificación de enfermedades. Definir las actuaciones del TCAE dirigidas a la prevención y tratamiento de los trastornos asociados a las TIC.

3 Metodología

Para el análisis del problema se recurrió a una revisión sistemática bibliográfica de la evidencia ya publicada en las principales bases de datos científicas: Pubmed, Medline, Lilacs; Cuident, Dialmet, Cochrane, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron publicaciones, ensayos clínicos, revisiones y revistas científicas y para obtener una visión más amplia, se amplían los criterios de búsqueda a estudios descriptivos, revisiones narrativas y ensayos relacionados con el tema objeto del estudio.

4 Resultados

Llamar por teléfono es algo tan natural y cotidiano que pocas personas son de verdad conscientes de que también existe el riesgo adictivo. Esta adicción muestra unos síntomas de alarma muy concretos: el aumento del precio de la factura, o no dejar el móvil de lado ni estando en grupo. No se separa del teléfono móvil ni para comer, ir a clase o ir al baño. El móvil se convierte en un entretenimiento constante más que en un objeto para un fin: telefonar. Las nuevas tecnologías son buenas cuando se hace un uso positivo de ellas. Ante cualquier posible señal de adicción importante la orientación con un profesional adecuado.

Lo que caracteriza a una adicción es la pérdida de control y la dependencia. Todas las conductas adictivas están controladas inicialmente por reforzadores positivos (el aspecto placentero de la conducta en sí), pero terminan por ser controladas por reforzadores negativos (el alivio de la tensión emocional). Es decir, una persona normal, puede hablar por el móvil o conectarse a internet por la utilidad o el placer de la conducta en sí misma, una persona adicta, por el contrario, lo hace buscando el alivio del malestar emocional: aburrimiento, soledad, nerviosismo...

Abordaje terapéutico: algo que coincide en todos los trastornos adictivos es la

negación a la dependencia. La conducta adictiva perdura porque el beneficio que obtiene el individuo es mayor que el coste generado. Cuando la persona sienta que tiene un problema real, que los inconvenientes de seguir con la conducta son mayores que las ventajas, o que no pueda salir solo del problema, es ahí cuando estará realmente motivado para el cambio. El profesional debe ayudar al sujeto a mostrar su situación real y a mostrarle las soluciones disponibles. En el ámbito de las adicciones químicas o la ludopatía es más sencillo establecer objetivos e identificar los beneficios del cambio de conducta. Sin embargo, en la adicción a internet, o las redes sociales, la meta de la abstinencia resulta implanteable. Se trata de conductas descontroladas, pero que se vuelven necesarias en la vida diaria. El objetivo terapéutico debe focalizarse en el re-aprendizaje del control conductual. Se puede cuestionar si lo que se pretende es una abstinencia completa o bien un uso adaptativo de los usos de internet. El tratamiento inicial de choque se centra en el aprendizaje de adecuadas respuestas de afrontamiento antes situaciones de riesgo (control de estímulos) y en una segunda fase, la exposición programada a las situaciones de riesgo. Después de estas fases el sujeto adquiere confianza en su capacidad de autocontrol antes las diversas situaciones cotidianas. Una vez reasumido el control de la conducta, se requiere actuar sobre la prevención de recaídas, lo que implica identificar las situaciones de riesgo; aprender respuestas adecuadas para su afrontamiento y modificar las distorsiones cognitivas sobre la capacidad de control del sujeto. Hay que actuar sobre los problemas específicos de la persona, planificar el tiempo libre e introducir cambios en el estilo de vida. Otra estrategia es la terapia familiar.

Puesto que el apoyo social de la red contribuye a la adicción de aquellos con estilos de vida solitarios, sería conveniente ayudarles a encontrar un grupo de apoyo que se refiera a su situación. Potenciación de la autoestima. Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía. Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su imagen Potenciación de la socialización. Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás. Favorecer la cohesión y unidad familiar. Control y manipulación del ambiente físico para disminuir la posibilidad de conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente. Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida. Apoyo al cuidador principal. Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario. Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales. Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente. Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de

conducta específico.

5 Discusión-Conclusión

El mayor reto al que nos tenemos que enfrentar con las nuevas generaciones nacidas en la era digital, es la complacencia generalizada sobre su adicción a internet. Se cree que el uso extensivo y continuo de las nuevas tecnologías, al estar ya tan arraigada en la sociedad actual, hace menospreciar el problema. No obstante, como se ve de forma cada vez más reiterada, los adolescentes están perdiendo la capacidad de comunicar y de interactuar con otras personas, debido a la introducción masiva de dispositivos electrónicos como forma de entretenimiento y comunicación, que producen que estas acciones se hagan de manera telemática. En esta sociedad, donde prevalece cada vez más, el número de imágenes y videos en las redes sociales, se debe fomentar un uso moderado, particularmente del teléfono móvil, y educar a los jóvenes en una cultura del compañerismo, tolerancia, respeto, donde el hecho de compartir sentimientos, opiniones, experiencias de forma directa cara a cara sea la que prevalezca a la hora de hacerlo. Los profesionales sanitarios, y más concretamente enfermería, tiene un gran abanico de intervenciones para propiciar una adaptación saludable de las nuevas tecnologías a unos jóvenes cada vez más cegados en sus vidas virtuales, poniendo en valor la importancia del rol de las familias, docentes y cuidadores para conseguir los objetivos marcados. Ayudando a estos últimos a ser los ojos de los profesionales sanitarios cuando no están presentes y empoderándoles para contribuir a un mejor vínculo familiar, donde los jóvenes sean partícipes de la mejora del mismo.

La terapia familiar debe concienciar a las familias de lo adictivo que puede ser el juego online y a darse cuenta de las cuestiones latentes que llevan a sus hijos a refugiarse ante el ordenador, móvil o consola de videojuegos. Puesto que el apoyo social de la red contribuye a la adicción de aquellos con estilos de vida solitarios, sería conveniente ayudarles a encontrar un grupo de apoyo que se refiera a su situación. Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

En un mundo cada vez más conectado a internet y con mayor número de adolescentes con adicción al uso de las TIC, el papel de la enfermería es crucial a la hora de la detección temprana de los factores de riesgo de la adicción con el fin de prevenir un mayor número casos de adicción y para conseguir una mayor eficacia en el tratamiento en aquellos casos ya confirmados. El papel del profe-

sional de enfermería dentro del equipo multidisciplinar es de gran relevancia ya que trabaja desde un enfoque coordinando con otros profesionales sanitarios y no sanitarios.

Las sesiones de prevención de la adicción pueden darse tanto en los centros de salud, como en los centros educativos y son una buena oportunidad para que todos los factores relacionados: jóvenes, personal docente y familiares estén presentes. Las acciones van destinadas a una potenciación de la autoestima del paciente y de su imagen corporal, control de impulsos, aprendizaje de interacción social, etc. Por otra parte, el creciente uso de internet ha hecho aumentar la prevalencia de adolescentes que sufren ciberbullying. El seguimiento en las consultas de atención primaria y la coordinación con los centros docentes por parte de la enfermería son muy importantes, ya que se disponen de mecanismos para su detección temprana y tratamiento. Las familias juegan un papel primordial debido a que son los encargados de gran parte de la educación de sus hijos y se les recomienda compartir actividades de ocio con sus hijos, establecer límites a la hora del uso del móvil, así como, educarles, haciéndoles ver la importancia del contacto con otros jóvenes para compartir gustos y aficiones con uso responsable de la tecnología. Las diversas opciones de tratamiento (proceso ambulatorio, ingreso hospitalario y centros de día). Todas ellas no van encaminadas hacia una abstinencia total, ya que está demostrada que es imposible según las circunstancias sociales actuales, sino a que los jóvenes aprendan técnicas para un uso saludable del teléfono móvil y ordenador, superando la ansiedad al estar lejos del dispositivo y generando cambios de actitud, con el fin de incorporar a su día a día actividades lúdicas que permitan disfrutar de la vida de una forma más plena.

La prevención y la educación son la mejor manera de disminuir el riesgo de la adicción a las nuevas tecnologías. La fundación Mapfre, ha puesto en marcha un programa educativo: Controla Tic, con el que han llegado a muchos colegios a muchos jóvenes, mediante guías didácticas en las que se establecen las pautas para tratar los síntomas y reducir la dependencia. Este programa pretende sensibilizar sobre las consecuencias del abuso de las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) y promover una vida saludable. Proporcionar conocimientos para que los utilicen de forma responsable. Además hay talleres impartidos por psicólogos para informar de que hacer, como resolver situaciones conflictivas en la red.

6 Bibliografía

- Adicción a internet y las nuevas tecnologías, qué es [actualizado 19 julio 2018].
- Adicción a las nuevas tecnologías: síntomas, causas.
- Adolescentes y adicciones a las nuevas tecnologías [actualizado 16 marzo 2018]
- Nuevas tecnologías: ¿por qué está aumentando la adicción? [actualizado 17 abril 2019]
- Adicción a los videojuegos: síntomas, causas y tratamiento.
- La adicción a los videojuegos, una realidad clínica. [actualizado 7 agosto 2019].
- Adicción al teléfono móvil-consecuencias y soluciones- Psicología-online.
- Adicción al móvil o Nomofobia, dependencia del móvil-Psicoadapta.
- La adicción a las redes sociales la mente es maravillosa.
- Adicción a las redes sociales: causas, consecuencias y soluciones. [actualizado julio 2018]

Capítulo 311

SONDAJE: INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL Y PAPEL DEL TCAE

JONATAN MARTÍNEZ TOLEDANO

SANDRA MARINERO GONZÁLEZ

CLARA EUGENIA GUTIERREZ GONZALEZ

LAURA SANCHEZ MONTEIRO

MARGARITA FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

1 Introducción

En sondaje vesical es una técnica invasiva consistente en la introducción de una sonda a través de la uretra hasta la vejiga, con el objetivo a corto o largo plazo de generar una ruta de drenaje de la orina que puede ser desde temporal hasta permanente. Sus finalidades son múltiples, desde permitir la cicatrización tras una cirugía, pasando por la necesidad de recolectar muestras estériles, introducir medicación por causas clínicas o exploratorias, o la aplicación de contratiempos de patologías como las úlceras o la dermatitis (Serrato, 2016).

El sondaje vesical suele cursar con complicaciones y contraindicaciones que hay que tener en cuenta antes de llevar a cabo el procedimiento. Por un lado, acerca de las contraindicaciones, se encuentra que las más habituales son las referidas a

malformaciones del tracto urinario o a otras patologías asociadas al mismo. Por otro lado, las complicaciones más frecuentes suelen ser aquellas relacionadas con una perforación de la uretra, una infección urinaria, una obstrucción de la sonda que provoque retención de la orina, incomodidad continua del paciente y otras más graves que han de ser valoradas (Torres-Alaminos, 2013; Torres-Camarillo, 2015).

Por todo ello, el sondaje vesical debe evaluarse de forma asidua mediante una serie de indicadores de calidad, que permitirán detectar problemas, fallos en el procedimiento y buscar medidas adecuadas a implantar a corto y medio plazo. Dichos indicadores suelen estar relacionados con el propio proceso de sondaje, pero también con los procesos comunicativos, de intimidad o de satisfacción del usuario con la atención recibida durante el proceso. En este sentido, las figuras del personal enfermero y TCAE serán fundamentales, ya que sus actuaciones determinarán en buena medida los resultados obtenidos en los citados indicadores (Medina-Sánchez, 2009).

2 Objetivos

- Analizar los indicadores de calidad asistenciales en procesos de sondaje, diferenciando en indicadores de comunicación, de intimidad, de seguridad, de continuidad asistencial y de satisfacción.
- Describir el papel a desempeñar por el TCAE en este proceso.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2000-2019 y combinando los siguientes descriptores: sonda, sondaje vesical, valoración, evaluación, indicadores, calidad, auxiliar, enfermería. A través de estos tópicos, se encontraron 17 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 8 salidas de la web. En primera instancia se seleccionaron, por lo tanto, 9 artículos que recogían los criterios de inclusión de la investigación (de los que, una vez estudiado el texto completo, se debieron eliminar 3 por no corresponderse con los tópicos buscados). Por todo esto, el total de

documentos analizados fue de 6.

4 Resultados

Tras realizar el análisis de los datos, se encuentran los siguientes resultados:

Indicadores de calidad. Dentro de los indicadores, los primeros a analizar son aquellos referidos a la comunicación con el paciente. En este sentido, se debe siempre informar a la persona acerca de los procedimientos a realizar, de forma simple y clara. La información transmitida ha de ser de calidad, pudiendo este hacer preguntas y siendo solventadas todas las dudas que les pudieran surgir. Este proceso de información debe ser registrado debidamente. Por otro lado, se deben valorar los indicadores de intimidad, especialmente acerca de la cantidad de personal presente durante el proceso de sondaje, así como del aislamiento durante el procedimiento (si se realizó en una habitación aislada, si se hizo mediante biombos o cortinas...)

Con relación a los indicadores de seguridad, deben ser tenidos en cuenta los que siguen:

- Desarrollo de ITUS directamente asociadas con el sondaje vesical.
- Valoración de que no haya acodamientos en el catéter y sonda.
- Prevención del retorno de la orina, estando la bolsa por debajo del nivel de la vejiga.
- Determinar que la sonda se ha unido adecuadamente a la zona corporal correspondiente.
- Que la sonda vesical se cambie o retire cuando deba, con la fecha inscrita del día de su inserción.
- Que la bolsa colectora se cambie o retire cuando deba, con la fecha inscrita del día de su inserción.
- Realizar el vaciado de la bolsa las veces al día que se haya determinado previamente.
- Que los materiales utilizados durante el proceso sean los adecuados, que el procedimiento no se haya demorado y que se haya llevado a cabo sin contratiempos.

Finalmente, también han de ser tenidos en cuenta indicadores de continuidad en la asistencia médica y de satisfacción del paciente con la atención recibida durante todo el proceso.

Influencia del TCAE en los indicadores de calidad.

La atención asistencial del TCAE será determinante a la hora de obtener altos resultados en la evaluación de la mayoría de los indicadores previamente mencionados, especialmente en los relacionados con la satisfacción del usuario, ejerciendo un efecto indirecto en los indicadores restantes ya que su función principal será funcionar como un apoyo al personal enfermero o médico encargado del procedimiento.

Por otro lado, el TCAE llevará a cabo la aplicación de técnicas no estériles, pudiendo ser por ello un factor que determine el indicador de seguridad en caso de no realizarse de forma adecuada las mismas. Este profesional se encargará, por lo tanto, de aquellas funciones que pueden suponer una pérdida de intimidad en el paciente, con lo que deberán aplicar herramientas de comunicación adecuadas a la situación, explicando en todo momento los procedimientos a realizar para que la persona se sienta lo más cómoda posible.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que la técnica del sondaje vesical ha avanzado en los últimos años, estando sobradamente estudiadas sus complicaciones y contraindicaciones, tales como las infecciones de las vías urinarias. Esto avala la importancia de las evaluaciones continuas de la calidad asistencial en este tipo de procesos que, aunque no son complejos de realizar, si pueden complicarse en caso de no desarrollar unas normas de higiene y seguridad controladas y ejecutadas de forma rigurosa.

Por otro lado, añadir medidas no solo de satisfacción con el procedimiento, sino a posteriori, podría otorgar información acerca de la continuidad del proceso del sondaje vesical, que en muchas ocasiones no finaliza con la introducción de la sonda en la vejiga del paciente, sino que se alarga de forma permanente.

Finalmente, la figura del TCAE debe ser de sobra conocedora de las técnicas a aplicar, no solo de las no estériles, sino también de las estériles, pues será la principal figura de referencia de cara a solventar las dudas del paciente durante su ingreso.

6 Bibliografía

- Torres Camarillo, I., Villanueva Velazquez, M. E., Luna Lázaro, M., & Ordaz Contreras, M. (2015). Nivel de cumplimiento del indicador: prevención de infec-

ciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada. Proyectos institucionales y de vinculación, 3(5), 70-78.

- Medina Sánchez, A. (2009). Cumplimiento del indicador Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de Nuevo León).
- Torres Alaminos, M. (2013). Medidas preventivas para evitar complicaciones de salud derivadas del uso de sondajes vesicales en pacientes lesionados medulares. *Enfermería Global*, 12(30), 370-378.
- Ortiz Luis, S. R. (2017). Educar para mejorar en la prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada. *Rev Enferm IMSS*, 25(2).
- Vituri, D. W., & Matsuda, L. M. (2009). Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43(2), 429-437.
- Ortiz Luis, S. R. (2017). Educar para mejorar en la prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada. *Rev Enferm IMSS*, 25(2).
- Magalhães, A. M. M., Mantovani, V. M., da Rosa, D. S., & Echer, I. C. (2016). Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(4), 684-690.
- Wieck, L., King, E. M., & Dyer, M. (1996). *Técnicas de enfermería*. Interamericana-McGraw-Hill.
- LONG, U. T. I. F. O. (2007). INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PACIENTES CON SONDA VESICAL DE DEMORA INTERNADOS EN UNA UNIDAD DE VIGILANCIA INTENSIVA EN RECIFE (PE), BRASIL. *Enfermería Global*, (11), 1.
- Serrato, I. M. (2016). Cuidados de Enfermeria al paciente portador de sondaje vesical.

Capítulo 312

REEDUCACIÓN DE LA CONTINENCIA FECAL EN UNA ANCIANA

VERÓNICA LORENZO GARCÍA

ISABEL MARÍA PELÁEZ ONÍS

ERNESTINA CAÑIZARES RODRÍGUEZ

1 Introducción

Las incontinencias tanto urinarias como fecales suponen un riesgo para la integridad de la piel de quienes lo sufren, además de un gasto sanitario de gran magnitud y un problema grave de generación de residuos peligrosos para el medio ambiente.

En ocasiones, cuando el ratio de personal no es el adecuado parece mucho más sencillo realizar rápidos cambios de pañal que dedicar tiempo y esfuerzo a trabajar en la línea de conseguir mayores cotas de continencia, se trata a los ancianos como si fuesen números en vez de darles la oportunidad y el tiempo necesario de mantenerse limpios de forma autónoma.

2 Objetivos

- Aumentar el nivel de continencia fecal en una anciana institucionalizada.

3 Caso clínico

Una señora de 87 años ingresa en un centro residencial tras una larga estancia hospitalaria. Antes de su ingreso en el hospital era continente fecal con pérdidas ocasionales de orina. Durante todo el tiempo que estuvo hospitalizada se le pudo pañal, con cambios cada tres horas, a su llegada a la residencia se la clasifica como incontinente total. Tras una charla con ella y su familia se decide intentar la opción de reeducar su continencia. Se la lleva al baño cada hora y media, dejándola al menos diez minutos con total respeto a su intimidad en ese tiempo. También se le deja un timbre de aviso inalámbrico para que ella pueda solicitar por su propia iniciativa visitas al baño fuera de las horas establecidas

4 Resultados

En apenas cinco semanas se logró una continencia fecal completa y una franca disminución de la humedad por pérdidas de orina. La autoestima de la residente mejoró, así como su nivel de integración en el centro con sus compañeros y con los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Puede parecer que el nivel de dedicación a estos procesos de reeducación en continencia es una carga laboral inasumible para la mayoría de los centros residenciales, pero ese tiempo dedicado a ajustarse al ritmo de los residentes a la larga ahorra mucho tiempo y recursos, así como repercute muy positivamente en el estado de ánimo de los pacientes haciéndoles sentirse protagonistas de su propia recuperación.

6 Bibliografía

1. Beneficios de un programa de reeducación vesical en ancianos hospitalizados. S del Rey Contreras, MG González, MLR de Prada... - 28 - researchgate.net.
2. ESTREÑIMIENTO, DIARREA E INCONTINENCIA ANAL EN LAS PERSONAS DE EDAD AVANZADA. MB JIMÉNEZ - catedraemeritos.com.
3. La incontinencia urinaria y fecal en las personas mayores. CV Bravo, AG Cuesta - manual de buena práctica en cuidados a las ... - genil.dipgra.es.
4. La incontinencia fecal no es una situación irremediable. DD Acosta, EMR Adams, JCM Torres... - Investigaciones ..., 2012 - revcimeq.sld.cu.

5. Estudi dels mecanismes fisiopatològics de la incontinència fecal. S Llorca Cardenosa - 2012 - ddd.uab.cat
6. Repercusión de la hospitalización en la pérdida de capacidad funcional y cognitiva en el anciano. S Merino - 2008 - core.ac.uk.

Capítulo 313

INFLUENCIA DEL TCAE EN LA LACTANCIA MATERNA

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

REBECA RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La lactancia materna es un acto fisiológico, instintivo, es específica de cada especie y herencia biológica adaptativa de los mamíferos. La leche materna es tan antigua como la humanidad, de hecho durante milenios ha sido el único recurso para la alimentación de los lactantes y los que se vieron privados de ella han sido condenados a desaparecer en un plazo breve de tiempo. Gracias a ella la humanidad ha subsistido y se ha probado su eficacia a lo largo de generaciones como sistema para alimentar al bebé en los primeros meses de vida.

Muchos se plantean que el avance de las técnicas y de la alimentación han hecho que la mujer deje de lactar a sus hijos, al crearse fórmulas de leche capaces de cubrir las capacidades de nutrientes en los niños pequeños, sin embargo también es conocido que la lactancia materna es una de las relaciones más gratificantes

que puede experimentar una madre y los beneficios de la leche materna y la lactancia son claramente superiores al resto de formas de alimentación. (González Méndez 1)

2 Objetivos

- Analizar y determinar los beneficios, ventajas, complicaciones y los cuidados y seguimientos que el personal de enfermería debe llevar a cabo con la madre lactante y el recién nacido para el establecimiento y permanencia de una lactancia materna exclusiva y prolongada.

3 Metodología

Se han realizado diversas búsquedas en bases de datos y revistas de medicina tales como Univadis, Elsevier, OMC, MIMS, medicina infantil, AEPAP, salud hospitalaria, PubMed/Medline, slideshare. También son utilizadas otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico y publicaciones de otros hospitales españoles y extranjeros.

Utilizando como palabras clave: “lactancia materna”, “cuidados del auxiliar de enfermería”, “puerperio”, “alimentación del recién nacido”, “cuidados de enfermería”, “lactancia materna exclusiva”, “ventajas de la lactancia”, filtrando fechas entre 2000 y 2019. Analizamos textos de bibliografías y estudios donde se habla sobre la lactancia, sus beneficios, ventajas y posibles complicaciones así como los cuidados a seguir por el auxiliar de enfermería.

4 Resultados

Los principales beneficios de la lactancia materna para el bebé son los siguientes:

- Nutrición optima. La lactancia materna proporciona al bebé unos nutrientes de alta calidad que este absorbe de manera fácil. Gracias a que la leche materna contiene todo el agua que el bebé necesita este no requiere tomar ningún otro líquido ya que con la leche ya está hidratado. La leche materna se adapta a las necesidades del bebé dado que es un fluido cambiante. La composición de la leche depende de la edad gestacional (leche prematura distinta de la leche a término), del momento de la lactancia (el calostro es distinto de la leche de transición y de la leche madura) y el momento de la mamada (es distinta la inicial de la final).

- Inmunidad. La leche materna protege al lactante contra las infecciones o su contenido en células, factores antiinflamatorios, específicos, antibacterianos, antivíricos, antiprotazoanrios y por la naturaleza interactiva de las inmunoglobulinas.
- Menor riesgo de otitis y meningitis. Hay estudios que demuestran que los niños tienen menos otitis con la lactancia materna que con la artificial.
- Menor riesgo de diarrea. Diversos estudios demuestran que la lactancia artificial provoca mas diarreas que la lactancia materna exclusiva.
- Menor riesgo de infección respiratoria. Los bebes alimentados con lactancia artificial tienen un riesgo mucho mas alto de morir por pulmonía que los que lactan naturalmente
- Menos riesgo de enfermedad atópica.

Las principales ventajas de la lactancia materna para el hospital son (Blázquez, 2):

- Aspectos psicosociales. La lactancia materna favorece el vínculo madre-hijo/a, los bebés lloran menos, las madres responden mejor a las necesidades de sus hijos. La leche materna favorece el desarrollo intelectual y mental.
- Ventajas de la lactancia materna para la madre. Pérdida de peso y reducción de la circunferencia de la cadera. Reducción de la hemorragia postparto recuperación más rápida del útero por la liberación de oxitocina durante la lactancia. Además dar el pecho reduce el riesgo de padecer cáncer de mama y de útero, protege frente a la osteoporosis y la fractura de cadera en edad avanzada y reduce el riesgo de artritis reumatoide.
- Ahorro económico para la familia asociado a la lactancia.

Dependiendo del estado de salud, hay unas pequeñas restricciones que justifiquen que la madre no de el pecho al recién nacido de forma temporal o permanente que son las siguientes:

- Enfermedades metabólicas: galactosemia, fenilcetonuria o lactantes muy prematuros con bajo peso al nacer.
- Afectaciones maternas: VIH-SIDA, Herpes, medicación materna o el uso de sustancias tóxicas.

Aunque la lactancia materna es vital para el recién nacido, puede haber una serie de posibles complicaciones en la madre por las que esta pueda verse interrumpida, estas pueden afectar a la mama, al pezón o rechazo del pecho.

- Dermatitis en pezón o areola.
- Pezón doloroso.

- Grietas en pezones.
- Mastitis.
- Galactoforitis mamario.
- Ausencia de producción de leche.
- Ingurgitación mamaria.

Además de las complicaciones que afectan a la madre hay otras complicaciones por las que la lactancia puede ser interrumpida y que son las que afectan al recién nacido.

- Bebé dormilón.
- Difusión motora oral.

Cuando hablamos de cuidado de enfermería, estamos hablando de la prestación asistida que realiza un profesional con las capacidades, estrategias, habilidades, conocimiento y práctica a otro ser vivo que lo necesita, al no poder el hacerlo de manera autónoma o por desconocimiento. En la lactancia materna deben prestarse minuciosamente los cuidados de enfermería, dado la importancia y los beneficios que amamantar presenta tanto para la madre como para el hijo debiendo valorarse las respuestas humanas y necesidades básicas comprometiéndose tanto con la madre como con el recién nacido durante la lactancia. Los cuidados del profesional de enfermería serán directos tanto en el niño como en la madre en los primeros días del post-parto, comunicando, reforzando el conocimiento sobre la lactancia materna.

Las principales actividades de enfermería necesarias para que un establecimiento y mantenimiento de la lactancia materna sean correctos son las siguientes (Quirola Vilela 4):

- Apoyará y favorecerá el inicio de la lactancia en la sala de partos tan pronto como sea posible.
- Apoyo profesional personalizado y humanizado, activo y oportuno respetando siempre la decisión materna.
- Facilitar el contacto madre-recién nacido tan pronto como sea posible en los primeros momentos de vida de acuerdo al estado de bienestar del recién nacido, el estado de la madre y su deseo de amamantar.
- Apoyar y aconsejar en la primera toma sobre la colocación del recién nacido al pecho.
- Trasferencia efectiva de la leche dando el tiempo necesario para la alimentación en cada caso.
- Favorecer la lactancia materna durante la estancia en el hospital.

- Alojamiento conjunto de la madre y el niño lo antes posible para aprovechar el calostro y evitar que se le administren otros suplementos.
- Dar información de apoyo a través de charlas educativas, material de difusión, demostración de técnicas...
- Favorecer la lactancia materna en el momento del alta.
- Orientar a la madre sobre los controles en su centro de salud.
- Mantenimiento de la lactancia materna, contacto y asesoramiento permanente a la madre durante la lactancia.

5 Discusión-Conclusión

Los beneficios de la lactancia materna son varios, además de que no presenta ni una desventaja. Es por esto que el personal de enfermería debe ayudar a la madre para el fomento de la lactancia materna. Esta ayuda se ofrece desde el hospital en las primeras horas de vida y en el centro de salud para el mantenimiento de esta.

El personal de enfermería así como sus conocimientos, ayuda a la madre y las rutinas hospitalarias juegan un papel muy importante en el inicio de la lactancia materna. Los cuidados realizados por el personal de enfermería durante el puerperio a la mujer y al recién nacido van a ser decisivos en el inicio y la permanencia de la lactancia natural. Durante el embarazo la madre recibe mucha información sobre los beneficios y ventajas de amamantar al bebé, pero menos información, una vez la madre da a luz en el hospital allí se invierte la relación, se le da más información sobre la técnica.

6 Bibliografía

- 1. González Méndez, Iraida, and Berenies Pileta Romero. Lactancia materna. *Revista Cubana de Enfermería* 18.1 (2002): 15-22.
- 2. Blázquez, María Jesús. Ventajas de la lactancia materna. *Medicina naturista* 1 (2000): 44-51.
- 3. Sesma, María Luisa Jiménez, et al. La influencia del profesional sanitario en la lactancia materna. *Medicina naturista* 3.2 (2009): 77-85.
- 4. Quirola Vilela, Adela Geraldine. *Principales complicaciones del binomio madre e hijo en la lactancia materna durante la atención de enfermería en el postparto.* (2017).

Capítulo 314

FUNCIONES DEL TCAE EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

MARIA JOSEFA FERNANDEZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La educación para la salud es una forma concreta de trabajo de profesionales sanitarios (tcaes, enfermería y doctores), orientada hacia la adquisición, por parte de la población, de conocimientos y habilidades para intervenir en las decisiones que tengan efectos sobre la Salud.

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones del Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) en educación para la salud.

3 Metodología

El estudio se diseñó como un análisis bibliométrico de la producción científica sobre el papel de los tcaes y enfermería comunitaria en salud ambiental. Como ámbito de estudio se seleccionaron las siguientes bases de datos: Medline express, CINAHL, CSIC (IME e ICYT), SERLINE, DISSERTATION ABSTRACTS, RUECA y TESEO. Los sujetos de estudio han sido los registros finales de la búsqueda bibliográfica, que se obtuvieron en base a las etapas descritas por M. Arranz. La limitación temporal de la revisión se fijó en un principio en los últimos cinco años y posteriormente se amplió hasta 1983. La evaluación de la revisión bibliográfica

se realizó conforme a los siguientes criterios de eficacia: relevancia, pertinencia, tasa de precisión y tasa de ruido.

Se obtuvieron los siguientes registros pertinentes: Medline: 21, tasa de precisión (TP): 45%; CINALH: 14, TP: 67%; CSIC-ICYT: 5, TP: 33%; Dissertation abstracts: 1, TP: 9%. La estrategia de búsqueda más eficaz fue «community health nursing and environmental health». El 90% de los registros pertinentes se publicaron a partir de 1990. Con el análisis de la información obtenida hemos realizado una aproximación a la evolución histórica del rol de TCAE y Enfermería en salud ambiental.

4 Resultados

Los principales objetivos de la Educación para la Salud para el TCAE y equipo sanitario, van dirigidos a:

- Informar a la población sobre la salud, la enfermedad, la invalidez y las formas mediante las cuales los individuos pueden mejorar su propia salud.
- Motivar a la población para que consiga hábitos más saludables.
- Ayudar a la población a adquirir los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para mantener un estilo de vida saludable.
- Propugnar cambios en el medio ambiente que faciliten unas condiciones de vida saludables y una conducta hacia la Salud positiva.
- Promover la enseñanza, formación y capacitación de todos los Agentes de Educación para la Salud de la Comunidad.
- Incrementar, mediante la investigación y la evaluación, los conocimientos acerca de la manera más efectiva de alcanzar los objetivos propuestos.

5 Discusión-Conclusión

El papel de los TCAES y Enfermería en salud ambiental no surge hasta 1990. Tras décadas de trabajo aún sería necesario operativizar las estrategias de desarrollo del rol, a través de programas y guías de actuación, siendo necesario consolidar estrategias docentes, para que TCAES y Enfermeros se sensibilicen sobre aspectos medioambientales y puedan transmitirlo a la sociedad. Aún queda trabajo por hacer, dando relevancia a la Educación para la Salud.

6 Bibliografía

- http://www.fundacionindex.com/blog_oebe/?page_id=100
- <http://gacetasanitaria.org/es-medio-ambiente-y-salud>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 315

“EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y TCAES”

M^a JESÚS CEPEDA FERNÁNDEZ

ARACELI FERNÁNDEZ LOPEZ

MARIA TERESA PRADOS ALVAREZ

MARIA CARMEN GRUESO GARCÍA

1 Introducción

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como el malestar de nuestra civilización, afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: el síndrome de Burnout. Diversos autores han documentado que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una «filosofía humanística» del trabajo, es decir aquéllas que necesitan altas dosis de entrega e implicación como el personal enfermero y los técnicos de cuidados en auxiliar de enfermería (TCAE).

Maslach y Jackson definieron el Burnout como “una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización”. Para que aparezca el Burnout es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés junto a la presión laboral en el ambiente de trabajo. En este marco el personal sanitario, y

muy especialmente la enfermería y los TCAE, sería particularmente vulnerable al Burnout. Así, según estudios epidemiológicos recientes realizados en el personal de enfermería, hasta un 25% del mismo estaría afectado por el síndrome.

Las consecuencias sobre los trabajadores son demoledoras, aparecen síntomas psicosomáticos, psicológicos y problemas sociales. Sin embargo las actuales clasificaciones diagnósticas no establecen unos criterios diagnósticos claros. La clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima edición, lo considera como “un diagnóstico adicional no especificado”. En el estudio Amutio et al. Se observaron que hay unas personas más propensas que otras a sufrir burnout. Las más propensas tienen bajo nivel de dureza emocional, bajo autocontrol y altos niveles de ansiedad, por lo que afrontan de forma inadecuada las situaciones. En contraposición, las menos vulnerables al estrés son aquellas que poseen un bienestar psicológico.

Situaciones como el exceso de burocratización sin apoyo específico, falta de tiempo para organizar las tareas (que llevan a que el trabajador nunca salga a su hora y tenga que llevarse trabajo a casa), así como no contemplar las sustituciones por bajas temporales pueden elevar los niveles de estrés y, a la larga, propiciar el Burnout.

2 Objetivos

- Identificar la presencia del síndrome de Burnout en el personal sanitario
- Describir las causas principales de su aparición.
- Detallas las medidas a adoptar para combatirlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se va a llevar a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará 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

- Maslach C, Jackson S. Maslach Burnout inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press; 1986
- Amutio A, Ayestarán JC. Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. Madrid. 2008. 24
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. Rev Esp Salud Pública 1997; 71: 294-303

Capítulo 316

COMUNICACION EN EL MEDIO HOSPITALARIO

BEGOÑA MARCOS MENDEZ

JOSE MANUEL CUENDIAS LUEJE

MARÍA FILOMENA GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se define la comunicación como un proceso de intercambio de información, en el que el emisor transmite un mensaje a un receptor a través de un canal esperando que se produzca una respuesta por parte del receptor.

2 Objetivos

- Establecer pautas para la comunicación con el paciente.

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 comunicación entre pacientes y personal sanitario puede verse perjudicada por diferentes motivos: idioma, problemas auditivos, problemas en el habla, condiciones sociales. A la hora de comunicarnos con un paciente debemos de tener presente una serie de cuestiones:

- Debemos de comunicarnos con el paciente dirigiéndonos a él por su nombre.
- A la hora de comunicarnos debemos buscar un sitio adecuado en el que haya una privacidad y no seamos interrumpidos.
- Debemos de dar una información clara utilizando un lenguaje sencillo ya que no todo el mundo entiende los tecnicismos médicos.
- Debemos asegurarnos que el paciente ha entendió la información que le hemos dado.
- Escuchar a los pacientes y resolver todas las dudas.
- Nuestra comunicación verbal tiene que ir de la mano de nuestra comunicación no verbal.
- Tener empatía con el paciente definiendo empatía como la capacidad de ponernos en el lugar de otros.

5 Discusión-Conclusión

Cuando existe una buena comunicación entre el paciente y el personal sanitario, el paciente tendrá más confianza del personal sanitario aumentando su satisfacción consiguiendo así que haya una mayor colaboración entre ambos.

6 Bibliografía

- www.topocomunicacion.com
- www.aeesme.org
- www.gacetasanitaria.org

Capítulo 317

CARCINOMA DE MAMA. CASO CLÍNICO

ROSA MARÍA ROSENDE CASAL

MARTA GARCIA ANTON

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

1 Introducción

Un cáncer de mama es una enfermedad que se produce cuando hay un crecimiento descontrolado de las células mamarias. Puede aparecer en distintas zonas de la mama: los lobulillos (glándulas que producen la leche), los conductos (glándulas que transportan la leche al pezón) y en el tejido conectivo que es el rodea y sostiene ala mama.

Lo pueden padecer tanto hombres como mujeres siendo mucho más frecuente en mujeres y su incidencia aumenta con la edad. El cáncer de mama puede diseminarse al exterior de la mama a través de los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos dando lugar a una metástasis. Algunos tipos de de carcinoma de mama son:

- Carcinoma ductal infiltrante: el más frecuente sería el carcinoma ductal infiltrante.
- Carcinoma ductal in situ.
- Carcinoma lobulillar infiltrante.
- Carcinoma lobulillar in situ.

2 Objetivos

- Determinar los beneficios que se obtienen con el cribado poblacional del cáncer de mama (sceening).

3 Caso clínico

Mujer de 68 años acude a la consulta de cirugía general remitida desde screening de mama (mamografía rutinaria) por nódulo en mama izquierda sugestivo de carcinoma y confirmado por PAAF (Punción Aspiración con Aguja Fina). Exploración Física: mamas simétricas. A nivel retroareolar izquierdo se palpa pequeño nódulo. No se palpan adenopatías. Mama derecha y resto dentro de la normalidad.

Juicio Clínico:

- Cáncer de mama.
- La paciente ingresa para completar preoperatorio y con fecha para una cirugía programada.

4 Resultados

Intervención: se le realiza biopsia intraoperatoria de nódulo retroareolar de mama izquierda: maligno. Se prosigue intervención realizándole mastectomía izquierda con linfadenectomía axilar. Resultados de Anatomía Patológica: carcinoma mamario mixto ducto lobulillar infiltrante de 2x1x1,5cm. Invasión de vasos linfáticos y perineural. Ausencia de tumor residual en el resto de la mama con piel, pezón y areola negativos y 14 adenopatías con infiltración metastásica masiva.

El curso postoperatorio es favorable y es dada de alta con las recomendaciones indicadas y citada para controles periódicos.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es un importante problema de salud con repercusiones físicas, psicológicas y económicas. El poder detectar la enfermedad antes de su manifestación clínica nos permite iniciar el tratamiento de forma precoz, aumentando así las posibilidades de curación.

6 Bibliografía

- ¿Qué es el cáncer de mama? [Internet]. Breastcancer.org. 2018 [citado 3 de enero de 2020].
- ¿Qué es el cáncer de mama? | CDC [Internet]. 2019 [citado 4 de enero de 2020].
- .
- www-clinicalkey-es.bugcsalud.a17.csinet.es.
- Prevención del cáncer - SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica © 2019 [Internet].
- https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm.

Capítulo 318

ESTUDIO ESPECIFICO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA EL PERSONAL SANITARIO

MELISA ROBLES SANDINO

MARIA DEL ROSARIO FERNANDEZ RODRIGUEZ

LAURA GARCIA MARTINEZ

ANDREA MANJÓN SÁNCHEZ

SANDRA LÓPEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La prevención de los riesgos laborales se conoce como la disciplina que promoverá la mejora en la seguridad y la salud de los propios trabajadores dentro del puesto de trabajo, mediante la aplicación de las medidas y el desarrollo de las actividades que sean necesarias en manera de prevención de todos aquellos riesgos delimitados de las condiciones de trabajo y teniendo en cuenta como herramienta y manera fundamental a la evaluación de riesgos que se elaborará y se desarrollará en cada empresa.

La mayoría de los procesos que se desarrollan en el sector de la salud, normalmente están enfocados a mejorar la atención del paciente; sin embargo, no podemos dejar de lado al personal sanitario ofreciéndole de este modo un ambiente de

trabajo seguro, que los proteja de posibles riesgos y además proporcionándoles una situación más confortable para que el trabajo se considere más eficaz.

Uno de los objetivos que deben de tener prioridad dentro de cualquier centro sanitario es la relacionada con la protección de la salud, para que esto ocurra es necesario una vigilancia, prevención y un control de los posibles riesgos que pueda sufrir el personal sanitario, pues si ocurriera un accidente dentro del puesto de trabajo esto daría lugar a ciertas complicaciones sociales, laborales, legales e incluso económicas para los propios centros de trabajo.

Podemos considerar riesgo laboral aquella posibilidad donde un trabajador sufra cualquier accidente derivado de su trabajo, considerándose estos daños como enfermedades patológicas e incluso como lesiones siempre que sea derivado del puesto de trabajo. El personal sanitario está expuesto a la mayoría de los peligros que surgen dentro del entorno laboral, ya que estos centros cuentan con lavanderías, talleres, laboratorios, centrales de esterilización, quirófanos, radiología, consultas, almacenes, hospitalización.

El personal sanitario en los lugares anteriormente mencionados puede llegar a tener accidentes dentro del puesto de trabajo debido a caídas, golpes, incendios, explosiones, atrapamientos, cortes, pinchazos, salpicaduras. Existe la posibilidad que dentro del entorno sanitario se puedan encontrar enfermedades profesionales, ya sean a consecuencia por agentes físicos (ruidos, vibraciones, radiaciones), agentes biológicos, agentes químicos... Y también acarrear otro tipo de enfermedades de origen ergonómico y también psicosocial.

De esta manera, nos damos cuenta de que el personal sanitario está expuesto a un amplio abanico de riesgos laborales: riesgos de seguridad, biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y sobre todo los psicosociales que la mayoría de las veces quedan en momentos de olvido, pero finalmente son los que pueden llegar a producir la mayoría de los efectos nocivos para la seguridad y también para la salud.

2 Objetivos

- Dar a conocer los diferentes riesgos laborales en los que se encuentra el personal sanitario dentro del centro sanitario.
- Identificar las medidas necesarias para proporcionar la seguridad en el puesto de trabajo.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este artículo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de forma sistemática de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Cuiden, Dialnet y el buscador Google Académico, además de consultar en ediciones de manuales y revistas, tanto en papel como digitales, así como en la propia Ley 54/2003, de 12 de diciembre de Prevención de Riesgos Laborales, introduciendo términos de búsqueda combinados con los filtros y palabras claves. Los descriptores utilizados han sido relacionados con el tema a tratar y se han establecidos criterios de inclusión y exclusión para obtener los mejores resultados posibles.

4 Resultados

El personal sanitario dentro de su puesto de trabajo está expuesto diariamente a riesgos y en ocasiones no es consciente ni de reconocerlos y tampoco de poder valorarlos. Los riesgos laborales del personal sanitario están relacionados con el ámbito biológico, químico, ergonómico y psicológico. Existe otro tipo de riesgos, pero los riesgos biológicos están considerados como los más importantes puesto que, son los riesgos más frecuentes.

Los riesgos químicos son específicos ya que se presentan en algunas áreas de trabajo, especialmente aparecen en las centrales donde se procesa el material, es ahí donde son utilizados la mayor parte de los productos químicos que pueden llevar a poder tener algún riesgo para la salud. Tenemos también los riesgos ergonómicos que los podemos situar en todas las áreas de trabajo, puesto que también los podemos relacionar con los hábitos adquiridos de manera personal, como podría ser la postura que se adopta en la infancia, la condición muscular y todas aquellas patologías que pueden surgir del trabajo diario.

Los riesgos psicológicos son todas las patologías que están consideradas por el estrés y esto se presenta con mayor frecuencia sobre todos en las áreas quirúrgicas y de cuidados intensivos. Para tener conciencia de todos los riesgos, es necesario un programa de salud y dentro de este que existan medidas preventivas donde se mejore la calidad de vida del personal sanitario. El objetivo principal de este programa que más adelante vamos a detallar es el de prevenir enfermedades laborales y accidentes, educando y tomando todas las medidas necesarias para la prevención y el manejo de los distintos elementos.

- Caídas de objetos en manipulación. Es la circunstancia imprevista y no deseada donde el origen está en la caída de un objeto, cuando éste es manipulado por el personal sanitario y a consecuencia de ello puede llegar a originar contusiones, heridas, fracturas, etc. Como medida preventiva es necesario que cuando se manipulen ciertas cargas el personal sanitario conozca y utilice todas las recomendaciones conocidas sobre las posturas y movimientos correctos y tener en cuenta que no se debe manipular cargas excesivas. También es importante que se utilice equipos de protección individuales como puede ser los guantes.

- Pisadas sobre objetos. Es la acción de colocar el pie encima de alguna cosa y es considerada como una situación anormal dentro del puesto de trabajo. Como medida preventiva será necesario tener el conocimiento que no se puede dejar ningún obstáculo; disponiendo así de espacio suficiente para realizar un trabajo más cómodo y seguro. Dentro de cada área de trabajo, el personal sanitario dispone de materiales, herramientas y utensilios y estos deberán estar ordenados en sus sitios previstos para tener más fácil el trabajo diario.

- Choques y golpes contra objetos móviles e inmóviles. Son aquellos encuentros violentos de una persona o una parte de su cuerpo con un objeto que puede estar en movimiento o en reposo. La mayoría de los accidentes de estas causas se deben a un desorden y a una desorganización. Como medida preventiva debemos mantener las zonas de trabajos limpias, ordenadas puesto que estos factores son fundamentales para evitar cualquier tipo de accidente. Las zonas de paso es importante que estén libres de cualquier obstáculo y debe ser de relevancia prestar la suficiente atención a la ubicación de cualquier obstáculo que pueda interferir en el trabajo diario del personal sanitario.

La separación de los equipos de trabajo deberá tener como mínimo 0,80m para que el trabajo sea desarrollado sin ningún tipo de riesgo y que todos los equipos que puedan entrañar riesgo. Será de vital importancia que todas las zonas de tránsito estén iluminadas.

- Golpes o cortes con herramientas. Sería el encuentro repentino y violento con un material inanimado o con un utensilio con el que se está trabajando. Se propone como medida preventiva que todas las herramientas deben de ser las apropiadas, en forma y tamaño y adecuadas para el trabajo que vamos a realizar. La legislación vigente nos dice que todos los materiales deben de ser resistentes y que la unión de sus elementos sea firme. Debe existir un mantenimiento y limpieza de todas las herramientas de trabajo y mantenerlas siempre en las condiciones adecuadas para el uso que han de estar destinadas. Es importante que todo el

personal sanitario esté debidamente formado y esto evitará la mayor parte de los accidentes.

- Sobreesfuerzos. Se trata de la realización de un esfuerzo superior al que podemos considerar normal, bien sea porque el objeto pese demasiado o se esté manipulando incorrectamente. La mejor medida de prevención que se puede aplicar en estos casos es la utilización de medios mecánicos para la manipulación de las cargas. En el caso de no poder utilizarlos medios mecánicos, se debe comprobar el peso de la carga y tener presente que el mejor medio para que la carga se sujete es la colocación de los dedos hacia la palma de la mano y sobre todo que las cargas a manipular estén limpias. Se colocarán los pies a unos 50cm de separados y apoyados firmemente en el suelo. Tener dobladas las rodillas y mantener la espalda recta en todo momento y mantener codos y carga lo más pegados al cuerpo que sea posible. Con estas medidas evitaremos la fatiga muscular, contracturas y roturas de fibras.

- Contactos por sustancias químicas. La presencia de reactivos y sustancias químicas agresivas es frecuente dentro del ámbito sanitario y están clasificados por su peligrosidad (inflamables, tóxicas, corrosivas). Como medida preventiva se debe verificar que los proveedores de los productos hayan realizado un etiquetado correcto y que contengan su ficha de seguridad y además de todo ello que los trabajadores tengan una formación adecuada. Dentro de la zona de almacenamiento se deben conservar dichos productos en su envase original, realizar una limitación de cantidad almacenada, no colocar productos que sean incompatibles entre sí cerca, tener suficiente ventilación en el almacén y sobre todo el acceso a estos productos debe ser controlado. Cuando se vaya a manipular un producto de estas características hay extremar las precauciones y evitar el vertido del producto libremente. Se utilizarán medios de protección adecuados y que exista la colocación de lavaojos y duchas en los lugares donde se manipulen estos productos.

- Incendios y explosiones. Se trata de la reacción química de combustión por la se asocia tres componentes necesarios para que se produzca (combustible, comburente y fuente). Como medida preventiva será necesario conocer las causas que puede llegar a provocar un incendio en cada área de trabajo. Será necesario mantener orden y limpieza en las instalaciones y eliminar todos los residuos como pueden ser las cajas o embalajes vacíos. Ser consciente que para realizar las tareas peligrosas donde se pueden producir estos focos se debe ser exigente con las normas de seguridad. Se extremará la seguridad en la manipulación y almacenaje de estos productos siguiendo las recomendaciones que nos establece el fabricante.

En cada centro de trabajo se debe tener un plan de emergencia.

- Contaminantes químicos. Son aquellas sustancias que están presentes en el medio de trabajo, las cuales se liberan al ambiente en forma de polvos, gases y vapores como consecuencia de su manipulación. Como medida preventiva se puede señalar y revisar los productos y solamente en el caso que puedan estar defectuosos, sustituirlos. Se procurará mantener una limpieza exhaustiva en el medio donde se encuentren dichos productos, se harán revisiones de los sistemas de alarma y se hará una ventilación si sucediera la dilución de los productos. El trabajador deberá estar formado e informado en todo momento para el manejo de estos productos.

- Contaminantes biológicos. Serán todos aquellos microorganismos que pueden causar daño como pueden ser los virus, bacterias, hongos, parásitos. Como medida preventiva se puede implantar un plan de limpieza y desinfección periódica con un control de las posibles plagas que puedan existir dentro de los lugares de trabajo. Se deben manipular de forma segura aquellos mecanismos contaminantes como pueden ser los líquidos, residuos sólidos y herramientas o utensilios que estén potencialmente contaminados. Se recogerán y se clasificarán los residuos en los contenedores adecuados y además se utilizarán medios de protección individual.

- Radiaciones ionizantes. Es cuando se liberan la energía acumulada en una fuente. Como medida preventiva debemos aislar la fuente de la emisión, disminuir el tiempo de exposición al mínimo posible, alejarse del foco emisor todo lo que sea necesario existiendo un mínimo de seguridad, utilizar los medios de utilización adecuados (material aislante, gafas, ropa de trabajo), señalar bien las zonas según estés.

- Fatiga física. Es el cansancio producido por todos los esfuerzos que se realizan en el trabajo. Como medida preventiva se deberá evitar todos aquellos trabajos que requieran posturas forzadas o mantenidas en el tiempo, los movimientos repetitivos y continuos... se realizará un plan de trabajo donde las tareas pautadas no resulten perjudiciales para el trabajador.

- Fatiga mental. Es el cansancio producido por todos aquellos requerimientos mentales en el puesto de trabajo. Como medida preventiva se diseñarán tareas de tal forma que está asegurada la información que reciba el trabajador de forma clara y concisa para que de esta manera el trabajador entienda e interprete las órdenes y pautas de trabajo y de esta forma obtenga una buena respuesta por parte de

este. La necesidad de la evaluación de riesgo sobre los que se requiere una justificación: es técnica y legalmente el diagnóstico ineludible que sirve de base para toda la acción preventiva; sin embargo, para que esto se pueda llevar cabo es necesario que la empresa lo realice. La acción preventiva ha de estar planificada y esto supone establecer una prioridad. El sistema de la evaluación de riesgos contempla la utilización de herramientas diferentes: Método general que lo aplicaremos en los riesgos de accidentes y a aquellos que puedan ser higiénicos donde no se admiten evaluaciones detalladas cuando una persona está expuesta. También está el método en dos fases donde si es posible aplicar los riesgos higiénicos y ergonómicos donde su evaluación la puede hacer susceptible a la exposición. Podemos hablar también del método para identificar aquellas deficiencias mediante cuestionarios donde se parte de un difícil interés en la realidad del método en general. Para ello existe la ley de prevención de riesgos laborales donde en ella se diseña un modelo de actuación preventiva para la organización.

En general se observa muy poco interés por los cursos de formación relacionados con la prevención, en cambio es fácil ver como el personal se declina por aquellos cursos que dan una formación más profesional. Se observa también, que tanto los trabajadores como la empresa consideran que la prevención de riesgos laborales solo puede resultar meramente atractiva si está vinculada a alguna actividad o incluso a aquellas tareas específicas que estos deben desarrollar, descartando todo aquello que concierne a las condiciones del lugar de trabajo, a aquellos que se pueden presentar tanto medioambientales como psicosociales. Podemos afirmar que el trabajador, la idea que tiene es que ya está lo suficientemente formado. Debe ser algo imprescindible y obligatorio anticiparse a cualquier riesgo que pueda anticipar, y esto se podría atajar con cursos de formación y también con acciones donde se tomarán las medidas necesarias de protección para que se puedan prevenir los riesgos laborales y poder conseguir unos resultados buenos.

Para que todo esto suceda sería necesario tener programas de salud personal que mejoren la calidad de vida del personal sanitario, así como poder valorar los riesgos específicos de este personal en concreto y ofrecerles así unas medidas de prevención de riesgos laborales con un resumen de recomendaciones claras y concisas. Si tenemos en cuenta cada una de las medidas preventivas citadas anteriormente y con una formación adecuada habrá menor riesgo de tener algún accidente en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Sin duda una de las actividades más importantes para evitar los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales es la información y La formación. Como consecuencia del deber de protección se debe garantizar a los trabajadores una formación teórica y práctica suficiente y adecuada en materia preventiva, tanto en el momento de la contratación como cuando se produzcan cambios en las funciones, introduzcan nuevas tecnologías, etc. Las horas de formación se considerarán efectivas de trabajo y a costa del empresario. El incumplimiento por los trabajadores de las obligaciones en materia de prevención dará lugar a falta laboral.

El sector sanitario es uno de los sectores laborales donde más riesgos y de diferente naturaleza se concentran en un lugar de trabajo. En la mayoría encontramos riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, psicosociales, etc. Riesgos que se relacionan en gran medida, con unos de los aspectos peor tratados y más difíciles de atajar y prevenir en el ámbito laboral de nuestro país y comunidad, como son las enfermedades profesionales, donde las consecuencias no suelen aparecer de manera inmediata, sino a veces años después de haber desempeñado una determinada actividad.

6 Bibliografía

- Ley 31/95, de 8 de noviembre, ley de Prevención de Riesgos laborales.
- Real Decreto 39/97, de 17 de enero. Reglamento de Servicios de Prevención.
- Cooper CL, Robertson IT, editors. International Review of Industrial and Organizational Psychology. Vol.19. Chichester: John Wiley & Sons; 2004.
- World Bank. World Development Report: Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993.
- World Bank. Las prioridades de la salud. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento – Banco Mundial; 2006.
- García García, J.F., Salud Laboral y medio ambiente en centros hospitalarios. Experto en gestión de unidades clínicas. Instituto de Salud Carlos III, E.N.S. 2001:37-76.
- Unión General de Trabajadores de la Región de Murcia (2004). Manual de prevención de Riesgos laborales en centros sanitarios.
- Comisiones Obreras de Castilla y León (2011). Guía básica de riesgos laborales específicos en el sector sanitario.

- Instituto Nacional de Seguridad y salud en el trabajo (2015). VI encuesta nacional de condiciones de trabajo.
- FREMAP Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (2010). Manual de Seguridad y salud en el sector hospitales.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas dRiesgos del Trabajo del Personal Sanitario. J.J. Gestal Otero. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. 2003.
- Guía de Prevención de Riesgos Laborales en el Sector Sanitario. Secretaría de Salud Laboral de CCOO de Madrid. 2007
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo
- Ingrid Carolina. Salud laboral: una revisión a la luz de las nuevas condiciones del trabajo. Universitas psychologica, 2007, vol. 6, no 1, p. 105-113.
- Mariela. Factores psicosociales de riesgo laboral: ¿nuevos tiempos, nuevos riesgos? Observatorio laboral revista venezolana, 2009, vol. 2, no 3, p. 127-141.
- E. N. La salud laboral. 2007.
- Eduardo. Prevención de riesgos laborales en la movilización de pacientes. 2016.
- Paloma Burgos, et al. Influencia de las variables laborales en la presencia de morbilidad de los trabajadores sanitarios.

Capítulo 319

RESIDUOS HOSPITALARIOS Y CLASIFICACIÓN

NOELIA DÍAZ GERAS

MARIA LUISA PERERA SIMÓN

BORJA GARCÍA FERNÁNDEZ

PAULA FERNANDEZ MARTINEZ

ALBA COITO DIAZ

1 Introducción

Son residuos todos los deshechos que provienen de cualquier establecimiento o servicio en el que se desarrollen actividades relacionadas con la atención a la salud. Hay varios tipos de residuos y se clasifican en:

NO PELIGROSOS:

- TIPO I: Son los que se originan fuera de la actividad sanitaria y no necesitan actuaciones especiales para su tratamiento, como por ejemplo: restos de alimentos, papel, cartón, vidrio, plástico, ropa, tejidos, etc.
- TIPO II: Son los que se producen dentro de la actividad asistencial. Se gestionan de diferente manera que los tipo I, a fin de evitar riesgos para los trabajadores y para el medio ambiente. Algunos ejemplos son: Restos de curas, yesos, bolsas de orina vacías, vendajes, vacunas inactivas, objetos cortantes y punzantes no infectados, medicamentos caducados, etc.

PELIGROSOS:

- TIPO III: Son los residuos que se producen como resultado de una actividad sanitaria y conlleva un riesgo para los trabajadores expuestos y el medio ambiente, por ello requiere una medida de gestión específica. Estos se dividen en 3 subgrupos:
 - Biológicos: son aquellos residuos infecciosos, agujas y material punzante y cortante, residuos infecciosos de animales, vacunas vivas y atenuadas, residuos anatómicos, fluidos corporales, sangre y derivados...
 - Citostáticos: Son restos de medicamentos anticancerosos no aptos para tratamiento y aquel material utilizado para la preparación del fármaco, así como la protección del trabajador (bata, guantes, mascarilla) y del paciente (gasas, agujas,...). Este tipo de residuos, son altamente contaminantes y deben de llevar una forma de eliminación de forma que no sea perjudicial ni para el medio ambiente ni para las personas.
 - Químicos: Son todos aquellos procedentes de productos químicos como cloruro de metilo, cloroformo, disoluciones acuosas, ácidos, mercurio, etc.

RESIDUOS PELIGROSOS DE ORIGEN NO SANITARIO:

- TIPO IV: Este tipo de residuos son pilas y baterías, toners, pinturas, aceites industriales usados, grandes y pequeños electrodomésticos, etc.

RESIDUOS RADIATIVOS:

- TIPO V: Son los que abarcan elementos químicos radiactivos.

2 Objetivos

- Conocer los distintos residuos que hay y cómo se clasifican.
- Comprender los riesgos que representan estos residuos.
- Minimizar el riesgo de infecciones.
- Analizar los riesgos laborales y ambientales que puede provocar un mal uso.

3 Metodología

La metodología empleada para este trabajo ha sido la búsqueda de diferentes bases de datos como Madrimasd, Chopab, Astursalud, Ceupe.

4 Bibliografía

- <https://www.madrimasd.org>.
- <http://www.chospab.es>.
- <https://www.astursalud.es>.
- <https://www.ceupe.com/blog/gestion-de-los-residuos-hospitalarios.html>

Capítulo 320

NARCOLEPSIA O SINDROME DE GELINEAU. CASO CLÍNICO

MONTSERRAT MARTINEZ RODRIGUEZ

MARÍA SOL FERNÁNDEZ ARBESÚ

SONIA HUERTA COTO

ISABEL GARCÍA AGUDIN

1 Introducción

La narcolepsia es un trastorno crónico del sueño de carácter neurológico, caracterizada clínicamente por una somnolencia diurna excesiva y por manifestaciones derivadas de la regulación del sueño REM (movimiento ocular rápido, en español) en las que se encuentra la cataplejía como el síntoma mas específico de la enfermedad (crisis de hipotonía muscular: parcial o total) así como: parálisis del sueño, fragmentación del sueño, alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas, episodios de comportamiento automáticos, visión borrosa, trastornos del estado de animo entre otras.

Se desconoce qué es específicamente lo que causa la narcolepsia y los que la padecen no tienen los mismos síntomas en el sueño REM. La narcolepsia es una enfermedad crónica originada por la perdida de células productoras de la hipocretina/orexina en el cerebro y se desconoce cual es la causa exacta de esa perdida y los especialistas creen que su etiología tiene carácter de enfermedad autoinmune.

Para hacer un buen diagnóstico de la misma en un enfermo con antecedentes que sugieren dicha enfermedad hemos de tener en cuenta la historia clínica completa, sobre todo para descartar que se trate de otra afección neurológica y además de realizar las siguientes pruebas:

- Una analítica general y estudio genético.
- Una polisomnografía nocturna.
- Un test de latencias múltiples.
- Un recuento de los niveles de hipocretinas en líquido cefalorraquídeo (mediante punción lumbar).

El tratamiento de la narcolepsia es sintomático. Los accesos de sueño diurnos se tratan con estimulantes y la catapleja, la parálisis del sueño y las alucinaciones hipnagógicas con antidepresivos tricíclicos.

2 Objetivos

- Conocer cual es el tratamiento mas eficaz que se adapta al paciente con el fin de mejorar su calidad de vida y uno específico que será fomentar una buena higiene del sueño: un horario de sueño regular, evitando el alcohol y los fármacos depresores, realizar ejercicio físico, aumentar el numero de horas de sueño nocturno y realizar micro-siestas durante el día, así como también otros objetivos como: evitar el mal entendimiento que se tiene sobre la enfermedad, evitar los riesgos por daños físicos, la obesidad etc.

3 Caso clínico

Mujer de 37 años paciente de consulta de neurología desde el año 2005 en que acude por hipersomnia a estudio, realizándose en ese momento estudio analítico sin encontrar alteraciones, realizándose también estudio polisomnográfico que no fue concluyente.

Desde entonces sigue revisiones en nuestra consulta refiriendo mantener esta misma sintomatología. No refiere episodios de catapleja y sigue contando somnolencia diurna sin claro predominio precisando siestas reparadoras para mantener una actividad normal. Cuando se acuesta no tiene problemas para dormirse, aunque despierta al cabo de 2-3 horas refiriendo importante dificultad para conciliar de nuevo el sueño.

A pesar de tener un estudio polisomnográfico poco concluyente del año 2006, dada la persistencia de la clínica con un índice de Epworth de aproximadamente 16, solicita de nuevo este estudio con test de latencias múltiples así como estudio genético.

4 Resultados

La valoración tipaje de HLA-DR2 fue positiva y el estudio polisomnográfico con test de latencias múltiples demostró una latencia media en los 5 ensayos de aproximadamente 2.6 minutos presentando sueño REM en el 80% de ellos antes de los 20 min y en uno de ellos iniciando en sueño REM.

5 Discusión-Conclusión

Los hallazgos, por tanto, van a favor de Síndrome Narcoleptico. Se informa al paciente en este sentido y se recomienda como tratamiento sintomático modafinilo, un comprimido al desayuno y/o comprimido comida si fuera necesario, así como mantener las micro-siestas tal y como se había comentado y mantener revisiones periódicas.

6 Bibliografía

1. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual. Third Edition (ICSD-3). AASM, 2014. American Academy of Sleep Medicine.
2. American Academy of Sleep Medicine. The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual. Second Edition (ICSD-2). AASM, 2005. 2nd Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine.
3. Martínez- Orozco FJ. Narcolepsia- cataplejía y comorbilidad con enfermedades inmunopatológicas. Estudio caso- control de una muestra. Dirigida por Dra. Ma Rosa Peraita Agrados y Prof. Jorge Matias- Guiu Guía. Tesis doctoral inédita. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, 2015.

Capítulo 321

CIRUGÍA PARA LA OBESIDAD

ELISABET GRANDA GONZÁLEZ

LAURA RAMOS LLANO

MARIA TERESA DIAZ DIAZ

1 Introducción

La obesidad se trata de un problema cada vez más presente en nuestra sociedad. Se asocia a una gran comorbilidad y coste sociosanitario y favorece la aparición de otras muchas enfermedades asociadas, como la diabetes, la hipercolesterolemia, hipertensión, hígado graso, enfermedades vasculares y coronarias, apnea del sueño y problemas óseos y articulares. Cuando existen problemas asociados o se ha fracasado en los intentos de perder peso reiteradamente, la solución para tratar el problema puede ser la cirugía bariátrica. Con la cirugía se pretende ayudar a perder peso a las personas que tienen algún problema de salud asociado a su obesidad y no han conseguido hacerlo mediante otros métodos tradicionales como la dieta y el ejercicio.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento a llevar a cabo en el caso de elegir como tratamiento la cirugía barbárica.

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. Utilizando los descriptores: cirugía bariátrica, obesidad, cirugía para perder peso y problemas asociados a la obesidad.

4 Resultados

Una vez contemplada la cirugía como solución para la obesidad, se realizan diversas pruebas tales como analíticas completas, electrocardiograma, ecografía abdominal, radiografía de tórax, gastroscopia, apnea del sueño, exámenes psicológicos.

Superada esta fase, se procede a una valoración por parte de los cirujanos que van a realizar la intervención, ya que existen distintos tipos de cirugía. Sirven para limitar los alimentos a ingerir y algunas de ellas afectan a la digestión de los alimentos y a la absorción de nutrientes.

Algunas de las técnicas utilizadas son el balón intragástrico y la manga gástrica, que sirven para restringir la cantidad de alimentos que podemos introducir en el estómago. La más utilizada en pacientes con una obesidad extrema es el bypass gástrico, que se considera de tipo mixta, ya que es restrictiva porque limita la cantidad de alimento a ingerir y malabsortiva, ya que reduce la cantidad de nutrientes que se absorben.

Es muy importante que el paciente que se somete a este tipo de intervenciones se comprometa a realizar un cambio de conducta respecto a sus hábitos alimenticios y a su estilo de vida tras la intervención, siguiendo una serie de pautas médicas para que los resultados obtenidos perduren en el tiempo. Para la realización de esta reeducación nutricional es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinar que se hagan cargo del paciente, tales como, psiquiatras, psicólogos, endocrinos, dietistas, etc.

5 Discusión-Conclusión

La cirugía bariátrica puede ser la solución a una obesidad extrema y a los problemas asociados a dicha enfermedad, siempre y cuando el paciente esté dispuesto a cambiar su alimentación y a realizar ejercicio físico tras su intervención, ya que sino se consigue mantener una serie de hábitos saludables, los resultados obtenidos no perdurará y se volverá a recuperar el peso perdido.

6 Bibliografía

- Medline.
- Wikipedia.
- Diario Médico.
- Scielo.
- Masendocrino.
- Top doctors.

Capítulo 322

IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

PATRICIA GARCÍA MARTÍN

LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Los cambios posturales tienen como objetivo el alivio de la presión en las prominencias óseas en personas encamadas. Los profesionales sanitarios relacionamos los cambios posturales como una de las medidas preventivas ante la aparición de las úlceras por presión (upp), su realización depende de las medidas que se adopten ante el problema de las upp, siendo la falta de personal una de las mayores dificultades para su realización según los estudios realizados.

El Grupo Europeo de Úlceras por Presión (EPUAP) define a las úlceras por presión (UPP) como el conjunto de lesiones que están causadas por la presión, fricción, cizalla o una combinación de las mismas, dando lugar a un área de daño localizado en la piel y los tejidos subyacentes. Las UPP constituyen un importante problema de salud pública.

Se conoce como cambio de postura o reposicionamiento al cambio en la posición de sentado o acostado de la persona, con el propósito de aliviar la presión o la redistribución y el aumento de la comodidad, realizados a intervalos regulares.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es: valorar el grado de riesgo que presentan los pacientes de desarrollar UPP mediante una escala; la primera medida es la identificación de los pacientes susceptibles de desarrollar UPP, por lo que es de gran utilidad el uso de escalas que midan este riesgo, de este modo se podrán instaurar precozmente los cuidados apropiados.

Identificar los pacientes con UPP y analizar si existe relación con el grado de riesgo obtenido en dicha escala; analizar los cuidados aplicados para su prevención.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una búsqueda de información, en diferentes soportes (tanto digitales, como libros y prensa), de la importancia de los cambios posturales en pacientes encamados, para profundizar en este tema.

Para ello se ha acudido a diversas fuentes entre ellas diversas plataformas y buscadores de internet, entre los utilizados destacan: google académico, redalyc y dialnet.

Las palabras clave utilizadas en la red fueron las siguientes: “úlceras por presión”, “adulto mayor”, “programas de prevención”, “lesiones”, “valoración del riesgo”, , etc..

Los descriptores que prevalecieron en las búsquedas fueron: “cambios posturales”, y “plan de cuidados” y “pacientes encamados”, además de las palabras clave señaladas anteriormente.

4 Resultados

La edad es un factor de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (upp), pero no el único ni el más importante; de ahí que debamos desarrollar programas de prevención dirigidos a todos los pacientes que pasen largos periodos de tiempo en sedestación o en cama. Los programas de prevención de upp deben basarse en la mejor evidencia disponible y abordar la valoración del riesgo de: padecer lesiones por presión; los cuidados específicos de la piel, el control de la incontinencia y el exceso de humedad; el manejo de la presión mediante el aumento de

la movilidad y actividad del paciente, los cambios posturales y la utilización de superficies especiales para el manejo de la presión y dispositivos locales reductores de la misma; así como la atención a determinadas situaciones especiales. Todas estas intervenciones tienen que desarrollarse en un entorno de continuidad de cuidados entre instituciones y niveles asistenciales.

5 Discusión-Conclusión

Los cambios de posición son actividades y ejercicios que deben realizarse diariamente con el fin de movilizar la anatomía de una persona que no puede hacerlo por sus propios medios. De este modo, no solo es posible garantizar su comodidad, sino que también tiene múltiples beneficios físicos, emocionales y biológicos.

- Mejora la circulación sanguínea en zonas de contacto: piernas, glúteos, espalda.
- Proporciona comodidad y descanso.
- Evita y/o reduce las probabilidades de úlceras por presión.
- Evita inflamación y esfuerzo en articulaciones.
- Beneficia el movimiento y la expulsión de mucosidad.
- Fortalece el estado anímico.
- Evita cualquier bloqueo de sangre por presión y contacto directa entre el cuerpo y la capa.
- Permite movilizar a la persona más fácilmente ya que los cambios de posiciones del paciente encamado se complementan entre sí.

El alivio de la presión es imprescindible para la prevención de las úlceras por presión y para lograr el completo alivio de dicha presión, lo que siempre se ha enseñado y luego se ha llevado a la práctica ha sido el cambio de postura.

6 Bibliografía

- https://www.researchgate.net/profile/Pablo_Lopez_Casanova/publication
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862105711086>
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239905734027>
- <https://pdfs.semanticscholar.org/bffb/>

Capítulo 323

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN EL ADULTO MAYOR

PATRICIA GARCÍA MARTÍN

RAQUEL FERNÁNDEZ GONZÁLEZ

LORENA ALVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La incidencia de las caídas en la población anciana es mucho mayor que en el resto de la población. Los ancianos normalmente, lo aceptan como parte inevitable del envejecimiento y por ello dejan de consultar al médico sobre este hecho. Las caídas y las fracturas suponen sin dudas un importante problema tanto médico como social, dada la gran incidencia entre la población anciana, los problemas que de éstas se derivan y el aumento progresivo de personas mayores de 60 años.

Las caídas provocan lesiones importantes y fracturas que en los pacientes de edad avanzada conllevan una larga y difícil rehabilitación, pudiendo llegar a ser en ocasiones fatales; además traen consigo, por leves que sean, factores físicos o psicológicos, pérdida de la movilidad y para las personas ancianas, esto es tan precioso como la vida misma.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo, de caídas, así como su prevención en el adulto mayor.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha hecho una búsqueda de información, en diferentes soportes (tanto digitales, como libros y prensa), de la prevención de las caídas en el adulto mayor, para profundizar en este tema. Para ello se ha acudido a diversas fuentes entre ellas diversas plataformas y buscadores de internet, entre los utilizados destacan: google académico, redalyc y dialnet.

Las palabras clave utilizadas en la red fueron las siguientes: “factores de prevención”, “factores de riesgo”, “programas de prevención”, “lesiones”, “valoración del riesgo”, “caídas”, etc.

Los descriptores que prevalecieron en las búsquedas fueron: “caídas”, y “adulto mayor” y “prevención”, además de las palabras clave señaladas anteriormente.

4 Resultados

- Los ancianos residentes en instituciones están más propensos a las caídas, pues, generalmente, son más frágiles y pueden sufrir incapacidades funcionales, teniendo menores niveles de fuerza, equilibrio, flexibilidad y resistencia física. En los ancianos residentes en los índices de caídas son más frecuentes y presentan causas multifactoriales.
- Destacan entre los factores de riesgo para ocurrencia de esas caídas la edad avanzada, presencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la inmovilidad. Las caídas se destacan entre los factores que contribuyen a agravar las condiciones de salud y vida de la persona anciana. Estos eventos constituyen la primera causa de accidentes en ancianos y, además de causar daños motores, fisiológicos y psicológicos, también acaban representando un gran gasto para la salud pública, para ellos mismos y sus familiares.
- Como principales consecuencias de los accidentes por caídas destacan: la morbilidad, el declive en la capacidad funcional, la hospitalización, el consumo de servicios sociales de salud y la mortalidad.
- Es recomendable mantener una iluminación adecuada en el área donde se mueve el anciano, evitar colocación de objetos de baja altura con los que el anciano

pueda tropezar, las alfombras deben estar bien colocadas, no dejar en el suelo herramientas o juguetes, los animales domésticos no deben circular por las habitaciones, colocar barandillas a ambos lados de las escaleras, etc.

- Otro elemento importante es el ajuste de las actividades del paciente para compensar sus incapacidades, tales como: el uso de bastón, collarín cervical, andadores, etc. Se debe recomendar rehabilitación con ejercicios que mejoren el tono muscular, la flexibilidad y la agilidad del anciano sobre todo después del encamamiento; al igual que la rehabilitación psicológica para intentar devolver al anciano la confianza en sí mismo, tras una caída.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el objetivo de este trabajo consiste en identificar el mejor método por el cual el personal sanitario reconoce la vulnerabilidad de la población anciana para sufrir caídas y, por tanto, las causas más relevantes, para de ese modo desarrollar estrategias de prevención a este gran síndrome geriátrico.

Lo más importante de las caídas es su prevención, pues de hecho, al evitar una caída estamos evitando sus consecuencias y dado el envejecimiento poblacional, es necesario el conocimiento de esta situación por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 324

CUALIDADES NECESARIAS EN UN TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA

ALEJANDRA ALVAREZ RODRIGUEZ

SHEILA MARTINEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Para todo aquel que decida trabajar en este ámbito de la rama sanitaria resulta conveniente e incluso necesaria la posesión de ciertas cualidades tanto personales como profesionales para el día a día, con el objetivo de realizar las funciones propias de este cargo de manera óptima. Por tanto, el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) debe cumplir unos requisitos necesarios que le proporcionen una base sólida para realizar los cuidados de forma integral.

2 Objetivos

- Estudiar las cualidades personales y profesionales que debería poseer el técnico de auxiliar de enfermería (TCAE) para realizar su trabajo de manera excelente.

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 primeras de las cualidades que un técnico auxiliar de enfermería debe tener son la amabilidad y la empatía. Es importante tratar a los demás del mismo modo que nos gustaría que nos trataran a nosotros. Por eso, en momentos o situaciones delicadas es preciso intentar adoptar la posición del paciente y ser lo más cordial o amable posible. Además, los pacientes en ocasiones plantearán sus problemas y el auxiliar debe ser capaz de comprenderlos con el fin de lograr que el paciente se sienta bien, ya que ninguno de ellos está ahí por voluntad.
- En segundo lugar, otras dos cualidades son la disciplina y la profesionalidad para cumplir órdenes.
 - . El auxiliar tendrá que responder ante un superior por lo que acatar órdenes nunca podrá suponerle un problema. Además, tendrá que llevar una disciplina y orden para ejecutar sus funciones y cumplir rigurosamente las normas sanitarias.
- También es importante que el auxiliar sepa trabajar en equipo ya que es un trabajo que tendrá que realizar junto a compañeros de la rama sanitaria como enfermeros o doctores.
- El tacto, la delicadeza y la discreción son características imprescindibles ya que el auxiliar se encargará de tareas que puede provocar reparo o pudor en los pacientes.
- Por último, la comunicación entre paciente y auxiliar ha de ser fluida por lo que será necesario que el auxiliar sea comunicativo.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo del técnico auxiliar de enfermería es un trabajo vocacional ya que este tratará en su día con personas que necesitarán su ayuda tanto física como psicológica, y se encontrará con situaciones que no siempre resultarán agradables para uno mismo. Es por eso que el técnico auxiliar ha de estar concienciado de que reuniendo las cualidades expuestas anteriormente el trabajo será más agradable tanto para auxiliar como para paciente.

6 Bibliografía

- <https://www.fp-santagema.es/cualidades-auxiliar-enfermeria/>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 325

SUPERVISIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

CRISTINA RODRÍGUEZ BOTO

MARTA GARCIA ANTON

ANA RODRÍGUEZ ARANGO

1 Introducción

La sociedad en la que vivimos hoy en día impone unos estereotipos de belleza muy exigentes, dando lugar a que nosotros los tomemos como referencia e intentemos parecernos a ellos. Nos bombardean por todos los medios de comunicación y no hacemos nada por parar estas discriminaciones que se hacen a diario. Todo esto, nos hace tener ideas erróneas en nuestra mente sobre tener la perfección en todos los ámbitos y lucir esta perfección para ser aceptado por la sociedad. Lo que conlleva graves consecuencias que desencadenan en enfermedades de trastornos alimenticios, o trastornos psíquicos.

2 Objetivos

- Llevar un seguimiento de la persona, con analíticas semanalmente y supervisión por el médico y en la unidad en la que se encuentre, a propósito de un caso.

3 Caso clínico

Una joven cuenta en un blog de Internet que todo empezó cuando ella era una niña, al estar un poco rellenita los niños del colegio no la aceptaban y esto hizo que tuviera una infancia muy solitaria. En la adolescencia empezó a hacer dieta y adelgazó, y así logró que los jóvenes la aceptaran. Nos cuenta que empezó vomitar por primera vez después de haber ido a un restaurante y que después de vomitar se sintió aliviada por eso repitió esto muchas veces. Con el tiempo, en lugar de vomitar dejó de comer, ya que vomitar le lastimaba la garganta.

Con el tiempo llegó a olvidar cómo se masticaba, llegó a pesar 48 kilos. Tuvo intentos de suicidio y empezó a percibir olores que nunca había conocido. Después de esto, sus familiares la internaron en una clínica para que pudiera recuperarse, aunque la recuperación fue difícil y le quedaron secuelas. Nos dice que el psicólogo fue clave en su recuperación y que la ayudó mucho al escucharla y darle consejos.

4 Resultados

La paciente evoluciona favorablemente al tratamiento establecido en la clínica que fue ingresada.

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la modificación de los hábitos alimenticios, junto con el aprendizaje de nuevas dietas saludables y la ayuda de terapia, tanto psicológica como farmacológica, se consigue cubrir sus necesidades.

6 Bibliografía

1. www.webconsultas.com/salud-al-dia/anorexia/diagnostico-de-la-anorexia.
2. www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anorexia-nerviosa.
3. www.cuidateplus.com.
4. analimatlima.blogspot.com.es.
5. enfamilia.aeped.es.
6. www.monografias.com.
7. www.adieta.com.

Capítulo 326

HIGIENE DE OJOS PARA UN PACIENTE ENCAMADO

LUCIA FUERTES SIERRA

1 Introducción

El paciente encamado es toda aquella persona, ingresada o no, que debe permanecer en cama como medida terapéutica o debido a un proceso patológico, y que tiene su capacidad de movilidad limitada. Como auxiliar de enfermería debemos de realizar todas las tareas relativas al aseo del paciente ya que esté no las puede realizar por sí mismo y son de vital importancia para el mantenimiento de su salud, en este caso vamos a hablar de la higiene de los ojos.

2 Objetivos

- Describir cómo realizar el procedimiento de la higiene de ojos en un paciente encamado.

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

Material necesario para el lavado de ojos: gasas estériles, jeringas de 10cc estériles, guantes de un solo uso (no necesitamos que sean estériles), suero fisiológico y una batea.

Procedimiento a seguir:

- Lavado de manos y ponerse guantes.
- Preparar el material y llevarlo a la habitación o box del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento y preservar su intimidad en la medida de lo posible.
- Colocar al paciente en decúbito supino o en posición de Fowler.
- Cargar las jeringas con suero fisiológico. (Una para cada ojo)
- Con una mano abrir los párpados del paciente y con la otra realizar la limpieza del ojo, echando el suero desde el lagrimal hacia afuera.
- Secamos con una gasa estéril cada ojo. Usar una gasa diferente para cada uno, para evitar contagios.
- Cerrar los párpados del paciente de forma suave.
- Dejar al paciente de nuevo en una posición cómoda para él, recoger el material usado y quitarnos los guantes, realizando de nuevo el lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

Con la elaboración de esta revisión, hemos obtenido información de como debe realizarse una higiene de ojos en un paciente encamado. Es importante usar guantes y hacer el lavado de manos previamente, así como de usar una gasa diferente para cada ojo para evitar la transmisión de enfermedades nosocomiales como la conjuntivitis.

Por tanto, el trabajo de la auxiliar de enfermería es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado>
- https://mural.uv.es/vipenfer/tecnicas_cuidados_higieneOftamica.html

Capítulo 327

¿QUÉ ES LA FAMOSA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS? ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA

LUZ PEREZ GONZALEZ

ANGELA HERNANDO TEMPRANA

1 Introducción

Socialmente el anticonceptivo de emergencia (AE) ha creado y crea en la actualidad gran controversia, debido al mal entendimiento de su uso como inducción al aborto. Esta situación recibe una valoración negativa por parte de la sociedad más conservadora.

La realización de prácticas de un aborto en condiciones de riesgo y los embarazos no deseados, más frecuentemente en mujeres muy jóvenes, conllevan un riesgo para la salud de la mujer, su ámbito social y consecuencias psicológicas.

Originalmente el anticonceptivo de emergencia fue creado para prevenir el embarazo después de una violación, y en la actualidad contribuye positivamente a minimizar los riesgos de esas mujeres que por alguna circunstancia no deseaban quedarse embarazadas. (1)

El tema del uso del anticonceptivo de emergencia crea aún a día de hoy una polémica social, debido al debate sobre si forma parte de la práctica abortiva o no. Aunque propiamente dicho, como veremos en este repaso bibliográfico, no se considera un método de aborto, divide a nuestra sociedad entre los que están a favor o en contra. Pero, ¿qué más sabemos de la famosa píldora del día después?

¿está bien aplicado ese término al referirnos al anticonceptivo de emergencia?
¿De qué se compone? ¿Cuál fue su finalidad original y cuál es su utilidad a día de hoy?

2 Objetivos

- Analizar el contexto de la píldora como anticonceptivo de emergencia, composición y utilidad.

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 del anticonceptivo de emergencia. 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 anticonceptivo de emergencia surge en los años 60, con la finalidad de evitar embarazos no deseados después de una violación. (1)
Se comenzaron usando altas dosis de un estrógeno y fueron reemplazadas por combinaciones de anticonceptivos orales que contienen etinilestradiol y levonorgestrel, la llamada pauta de Yuzpe. (2) Según la pauta de Yuzpe se administran dos dosis de 0.1 mg de etinilestradiol y 0.5 mg de levonorgestrel por separado y que deben tomarse con 12 horas de diferencia. (3)
- En la actualidad la píldora del día después contiene levonorgestrel en una sola dosis de 1,5 mg o dos dosis de 0.75 mg que deben tomarse con 12 horas de diferencia. El levonorgestrel solo (LNGS) es una hormona esteroidea que impide la ovulación, y ha sido comparado con la pauta de Yuzpe en un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiriendo mayor fiabilidad al uso de LNGS. (4)
- En la actualidad el anticonceptivo de emergencia está aprobado por la OMS y la Federación internacional de Planificación de la Familia.
- El término con el que nos referimos coloquialmente al anticonceptivo de emergencia como “la píldora del día después”, sería erróneo, ya que el LNGS no es

sólo eficaz durante las primeras 24 horas. Su mayor eficacia está en las primeras 72 horas, pudiendo ser efectiva hasta las 120 horas posteriores al coito. (5)

La tasa de éxito según el momento de administración después del coito:

- 95% dentro de las primeras 24 horas
 - 85% entre 24 y 48 horas después
 - 58% entre 49 y 72 horas después
 - De 15 a 29% entre 73 y 120 horas después
- Según los estudios comparativos, la píldora de LNGS presenta diferentes ventajas frente a la pauta de Yuzpe. La tasa de embarazos con LNGS representa un 1.1 % frente al 3.2 % que se obtiene con la pauta de Yuzpe, por lo que se considera más eficaz. (6)
- El LNGS no presenta apenas efectos secundarios, y cuando aparecen, son poco relevantes sin llegar a causar ningún riesgo grave para la salud de la mujer. No es teratógena, es decir, cuando no cumple su función como anticonceptivo, no provoca defectos congénitos al feto. (7)
- El uso del anticonceptivo de emergencia está indicado en relaciones sexuales sin anticonceptivos o haciendo un uso incorrecto de ellos, y en caso violación. (1)
- Habitualmente se relaciona erróneamente el uso del anticonceptivo de emergencia con un método abortivo.
- Las acciones del anticonceptivo de emergencia ocurren antes de la implantación, por lo que no puede considerarse método abortivo al entender que la gestación comienza a partir de la implantación, no con la fertilización. (8)

5 Discusión-Conclusión

En la búsqueda bibliográfica sobre la famosa “píldora del día después” se pueden encontrar datos de su origen y su finalidad, de sus compuestos químicos y la metodología para tomarla; estudios comparativos entre las distintas pautas médicas como el método de Yuzpe y el LNGS. Lo que no ofrece datos concretos ni una conclusión clara, concisa y unificada, es la polémica social que genera esta medida contra los embarazos de emergencia. No obstante, no sólo a nivel social, sino que en el ámbito sanitario, se sigue dividiendo la opinión sobre la clasificación del anticonceptivo de emergencia dentro del método abortivo.

No se registran estudios concluyentes sobre riesgos para la salud de la mujer al tomar esta medida, ni que sea un precursor de mayor número de relaciones no protegidas. Además, la falta de información, el desconocimiento, la influencia de

los valores sociales y morales impuestos en la sociedad crean un tabú sobre este tema.

6 Bibliografía

- 1 - International Planned Parenthood Federation (Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF). Declaración del Panel Médico Asesor (IMAP) sobre Anticoncepción de Emergencia. IPPF Med Bull 2004; 38 (1):1-2
- 2 - Haspels AA. Postcoital estrogens in 3,016 women. Contraception 1976; 14:37581
- 3 - Ellertson C, Evans M, Ferden S, Leadbetter C, Spears A, Johnstone K, Trussell J. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. Obstet Gynecol 2003; 101:1168-71
- 4 - World Health Organization (Organización Mundial de la Salud). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352:428-33
- 5 - Organización Mundial para la Salud (octubre 2005). Levonorgestrel para anticoncepción de emergencia (en español). Programa Especial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana.
- 6 - Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998;352:428-33.
- 7 - Kubba AA. Hormonal postcoital contraception. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997;2:101-4.
- 8 - Trussell J, Rodríguez G, Ellerston C. Update estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. Contraception 1999;59:147-51.

Capítulo 328

SINDROME DE BURNOUT

PAULA GARCIA MIRANDA

DAVID MARTÍNEZ NIETO

LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ

LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El síndrome de burnout , es un trastorno emocional relacionado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.

2 Objetivos

Los principales objetivos de esta búsqueda sistemática bibliográfica han sido:

- Conocer la importancia de un trastorno laboral, que cada día es mas habitual y tiene graves consecuencias.
- Identificar los síntomas del síndrome de burnout.
- Tratamiento del síndrome.
- Mejorar la calidad del trabajo laboral

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed desde el 2011 hasta la actualidad, revistas científicas y en buscadores como Google académico.

4 Resultados

Los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, motivos de la gran mayoría de las bajas laborales. El síndrome de burnout suele aparecer, en la mayoría de los casos, en las personas que han elegido su oficio de manera vocacional (es muy frecuente en enfermería, medicina y el profesorado). Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, la vida social y familiar del trabajador afectado.

La causa del síndrome de burnout es el entorno laboral y las condiciones de trabajo.

El empleado que está expuesto de manera continua a:

- Altos niveles de estrés
- Carga de trabajo excesiva
- Poca autonomía del trabajador
- Malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno laboral
- Falta de formación para desempeñar las tareas, etc

Las causas suelen ser exigencias excesivas que originan tensiones, pero existen una serie de factores de riesgo:

- La organización de la empresa: Situaciones como el exceso de burocratización sin apoyo específico, falta de tiempo para organizar las tareas
- Expectativas interpersonales: Todos los trabajadores tienen unas expectativas respecto a su actividad laboral que muchas veces no se ajustan a la realidad cotidiana. Si esas expectativas son muy altas y no se cumplen, el trabajador puede desarrollar síntomas como ansiedad, apatía o tristeza, entre otros.
- Cualidades personales: Aunque no existe un perfil de la persona que puede padecer esta afección, sí existen algunas cualidades y rasgos personales que si los tiene una persona indica que ese trabajador es más propenso a tener el síndrome. Así, las personas conformistas, inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir depresión y ansiedad si tienen que enfrentarse a situaciones estresantes.

Síntomas:

- Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
- Baja autoestima.
- Poca realización personal.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dificultad para concentrarse.
- Comportamientos agresivos.
- Dolor de cabeza.
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Bajo rendimiento.
- Absentismo laboral.
- Aburrimiento.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Comunicación deficiente.

La prevención del síndrome del trabajador quemado debe comenzar en la empresa del empleado. Se deben evaluar las situaciones que generan el estrés y la ansiedad en el trabajador y tomar las decisiones y las medidas adecuadas para intentar reducirlo. Además, el trabajador puede adquirir una actitud asertiva, estableciendo una relación comunicacional, sin discutir, ni someterse a la voluntad del resto de compañeros y defendiendo sus convicciones. Es recomendable que los trabajadores modifiquen las expectativas que tienen en el trabajo..

El síndrome del trabajador quemado puede dividirse en dos tipos:

- Burnout activo: El empleado mantiene una conducta asertiva. Se relaciona con elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo: Suele tener sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.

Las estrategias para tratar el burnout van encaminadas a reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout se caracteriza porque es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo. Esto puede provocar que el desgaste laboral evolucione y alcance otros aspectos como los ideales y la

percepción de los logros. A medida que avanza, el trabajador puede tener dificultades para resolver problemas y ejecutar tareas que antes le resultaban sencillas.

La frustración comenzará a estar presente de manera constante, permanecerá en un estado continuo de agotamiento y los síntomas podrán evolucionar a estados más graves. En algunos casos, los trabajadores pueden llegar a abusar de los psicofármacos, del alcohol y las drogas. Algunos pueden llegar a tener síntomas depresivos, de psicosis e incluso tener ideas de suicidio.

6 Bibliografía

- Diversos artículos publicados en la base de datos: Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed
- Revistas científicas

Capítulo 329

USO ADECUADO DE LOS GUANTES NO ESTÉRILES POR EL PERSONAL SANITARIO

ANA VIOR LÓPEZ

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

1 Introducción

Los guantes constituyen una medida de protección cuyo uso se generalizó en el medio sanitario a partir de la década de los ochenta con la implantación de las precauciones universales. La historia ha alabado el uso de guantes y de higiene de manos porque desde su aparición, se ha visto disminución de las infecciones quirúrgicas y nosocomiales. Es por eso que merece el desarrollo de este capítulo para facilitar de forma resumida indicaciones, condiciones de uso, ventajas y posibles efectos adversos de los guantes utilizados habitualmente en la asistencia sanitaria.

2 Objetivos

- Establecer la finalidad del uso de guantes estériles en el ámbito sanitario.
- Analizar el uso de los guantes así como momentos de cambio de los mismos.

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 sobre el uso de guantes no estériles. 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

- Con su uso adecuado se pretende evitar que la flora del trabajador se transmita al paciente, que las manos del personal transmitan microorganismos de un paciente a otro (infecciones cruzadas), reducir el riesgo del personal de contraer alguna infección de los pacientes. El uso de guantes jamás debe sustituir la higiene de manos.

Los guantes no estériles se utilizan en:

- Curas de heridas y procedimientos invasivos que implique la penetración quirúrgica en tejidos, órganos o cavidades.
- Contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones, membranas mucosas y piel no intacta.
- Siempre que el trabajador sanitario presente cortes, heridas o lesiones cutáneas.

El cambio de guantes se hace:

- Entre procedimientos distintos realizados en un mismo paciente.
- Después de tocar material contaminado.
- Al cambiar de paciente.
- Siempre que se produzcan salpicaduras, los guantes se rompan o perforen.
- Contacto con cremas de base hidrocarbonada u oleica (incompatibles con los guantes de látex).

No se utilizará guantes:

- Para trasladar pacientes, repartir y recoger comidas, cambiar o recoger ropa de cama (salvo que esté manchada de fluidos corporales), tomar constantes, cambio de goteos, administración de medicación oral, realización de ECG, manipulación de material limpio, etc.

5 Discusión-Conclusión

Los guantes si son usados apropiadamente proveerán a los profesionales sanitarios y a sus pacientes de una protección adicional contra los patógenos sanguíneos y otras enfermedades infecciosas. Es trabajo de todo el personal sanitario hacer buen uso de los mismos, en cada momento oportuno y buscando la excelencia como método complementario al lavado de manos, para disminuir la transmisión de infecciones y realizar un cuidado integral del paciente.

6 Bibliografía

- <https://usageuniquepro.com/diferencia-entre-guante-esteril-no-esteril/>
- <http://masquemayores.com/magazine/conoces-los-tipos-de-guantes-que-existen-y-cual-es-su-uso-correcto/>
- <https://es.slideshare.net/mobile/alemaida/uso-de-guantes-no-esteriles>
- <https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 330

LA IMPORTANCIA DE LA VIGILANCIA DE LA GRIPE

ANA VIOR LÓPEZ

GEMA MARIA BERNAL ALONSO

1 Introducción

La gripe es una enfermedad infecciosa aguda de las vías respiratorias, causada por un virus. Entre sus características más importantes está su elevada capacidad de transmisión de una persona a otra. Se presenta generalmente en invierno y de forma epidémica. Cada año nos enfrentamos a una temporada (de noviembre a marzo) en la que puede producirse una gran actividad y circulación del virus de la gripe.

La gripe es un importante problema de salud, tanto por la mortalidad que puede provocar como por las complicaciones que puede ocasionar y los costes económicos y sociales que origina. La proporción de población afectada durante las epidemias anuales oscila entre el 5 y el 15% en poblaciones grandes y es superior al 50% en grupos de población cerrados como escuelas y residencias de ancianos. La población infantil es la más afectada por la enfermedad, aunque los casos más graves afectan principalmente a mayores de 65 años y a personas con enfermedades crónicas. En la UE se cree que cada año mueren unas 38.500 personas de media debido a la enfermedad o sus complicaciones. Respecto el impacto económico, durante la temporada gripal, la demanda asistencial aumenta considerablemente. Según diferentes estudios, el coste asociado a una temporada de gripe en un país como España, podría superar los 1000 millones de euros. De

esta cantidad una cuarta parte correspondería a gastos sanitarios directos y el resto a costes laborales.

En general existe una baja percepción del riesgo de infección del virus de la gripe y la gravedad de la enfermedad, así como una falta de información precisa sobre la efectividad de las vacunas. Es necesario y urgente concienciar e implicar a los profesionales sanitarios y los farmacéuticos como agentes de información, para que se vacunen y recomienden la vacunación.

Este virus, tiene una elevada capacidad de sufrir variaciones en sus antígenos de superficie (proteínas que tienen especial relevancia en la capacidad de infección del virus y frente a las que las personas producimos anticuerpos que nos protegen). Estas variaciones implican la aparición de nuevos virus gripales frente a los que el ser humano no tiene protección. Actualmente existen vacunas antigripales con una alta efectividad y seguridad para controlar la gripe, pero debido a estas variaciones la vacuna debe actualizarse cada temporada y administrarse anualmente.

La fuente de la infección está constituida por las personas enfermas. La transmisión se produce fundamentalmente por vía aérea mediante gotitas que son originadas al hablar, toser o estornudar por la persona enferma y que alcanzan a una persona sin gripe pero capaz de padecerla. El virus entra en la nariz, garganta o pulmones de una persona y comienza a multiplicarse causando los síntomas de la gripe. También puede transmitirse por contacto directo aunque menos frecuente, por ejemplo tocar a un enfermo y posteriormente tocarse la nariz o la boca.

Las personas enfermas son capaces de transmitir la enfermedad desde un día antes del comienzo de los síntomas hasta unos 3 a 7 días después del comienzo de la enfermedad. Los niños pueden transmitir la gripe incluso durante más de 7 días tras el comienzo de los síntomas. Los síntomas de la enfermedad comienzan de 1 a 4 días después de que el virus entra en el organismo. Algunas personas son infectadas por el virus de la gripe pero no desarrollan síntomas de la enfermedad, otras sí que pueden transmitir la enfermedad a otros.

2 Objetivos

- Analizar la enfermedad de la gripe en su globalidad, así como sus costes económicos y sociales.

- Estudiar la vigilancia del virus y la prevención de una posible epidemia de gripe.

3 Metodología

Para este estudio se efectúa una revisión sistemática mediante búsquedas en bases de datos de la evidencia ya publicada en: Pubmed, Medline, Lilacs; Cuident, Dialmet, Cochrane, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron publicaciones, ensayos clínicos, revisiones y revistas científicas y para obtener una visión más amplia, se amplían los criterios de búsqueda a estudios descriptivos, revisiones narrativas y ensayos relacionados con el tema objeto del estudio. También se consultan los datos del Ministerio de Sanidad español.

4 Resultados

Actualmente la gripe es la enfermedad inmunoprevenible más frecuente en los países desarrollados. Es difícil estimar la mortalidad debida a la gripe, habitualmente se hace de forma indirecta a través de modelos estadísticos.

Existen tres tipos de virus gripales: A, B y C. El tipo A es el principal causante de las epidemias que se producen cada año, el B se da en brotes localizados y el C son casos aislados. Los virus tipo A se dividen en subtipos basándose en dos proteínas de la superficie del virus. La capacidad de los virus de la gripe para producir epidemias deriva de su facilidad para sufrir variaciones en las proteínas. La consecuencia de estas pequeñas variaciones es que la vacuna antigripal debe ser modificada anualmente adaptándola a las cepas que se estima circularán en cada temporada. Las actuaciones van dirigidas antes la posible aparición de una nueva mutación en el virus y la posibilidad de que ésta produzca una pandemia. En este punto juega un papel fundamental la vigilancia nacional e internacional de la gripe, que tiene como objetivo caracterizar los virus circulantes y su difusión entre la población.

Los objetivos de la vigilancia de la gripe son:

- Hacer un seguimiento de las cepas del virus que circula en cada momento para permitir determinar la composición de las vacunas.
- Disponer de datos que permitan estimar la incidencia de la gripe así como la mortalidad y las complicaciones que produce, y a partir de esta información tomar las medidas necesarias para proteger a la población.

- Tener sistemas que sean capaces de detectar de forma precoz la aparición de cepas nuevas capaces de dar lugar a una pandemia.
- Permitir diferenciar la gripe de otras epidemias ocasionadas por otros agentes causantes de enfermedades de vías respiratorias altas.

La OMS aconseja sobre el momento de iniciar las campañas de vacunación y presta apoyo a los estados miembros en la elaboración de estrategias de control. Siguiendo las directrices de La Organización Mundial de la Salud (OMS) , España y la mayoría de los países de nuestro entorno, han desarrollado planes nacionales de actuación ante una posible pandemia de gripe, y desde la Unión Europea, se han elaborado un Plan comunitario con el fin de coordinar las actuaciones entre países. El ministerio de sanidad y consumo ha participado en la elaboración del Comité y de los grupos de trabajo que están realizando el seguimiento de dicho plan. En España se ha constituido el comité ejecutivo nacional para la prevención, el control y el seguimiento de la evolución epidemiológica del virus de la gripe.

A nivel mundial, hace más de 50 años la Organización Mundial de la Salud (OMS), instauró un programa internacional de vigilancia epidemiológica de la gripe. Hoy 112 Centros Nacionales de gripe distribuidos en 83 países recogen e identifican cepas gripales. Su misión es aislar y caracterizar los virus gripales circulantes. Estos virus son luego comparados entre sí a nivel mundial en cuatro centros colaboradores de investigación en gripe (Atlanta, Londres, Melbourne y Tokyo), a fin de evaluar la importancia de las nuevas variantes detectadas. En base a estos datos, cada año la OMS establece la composición de la vacuna para la siguiente temporada, que incluye las cepas que con más probabilidad van a circular. España participa en este programa con tres centros nacionales de gripe ofrecidos por nuestro país.

Aquí en España y Europa, la vigilancia de la gripe se realiza a través de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en la que la información es suministrada por las comunidades autónomas, mediante el sistema de enfermedades de declaración obligatoria. Según este sistema todos los médicos en ejercicio, tienen obligación de declarar determinadas enfermedades, entre ellas la gripe, a su comunidad autónoma, y posteriormente las comunidades declaran las enfermedades a nivel central, al centro nacional de epidemiología del instituto de salud Carlos III que recoge y gestiona toda la información a nivel nacional. Además en España, existe un sistema de vigilancia epidemiológica especial para la gripe mediante redes de médicos centinelas y laboratorios con capacidad de aislamiento del virus de la gripe en algunas comunidades autónomas, que permanecen activos

durante la temporada gripal. Esta red suministra semanalmente datos de incidencia de la gripe y actualmente está funcionando en 16 comunidades autónomas, cubriendo aproximadamente un 90% de la población española. Esta red tiene entre sus objetivos disponer de una forma rápida de información clínica y virológica que sirva para detectar precozmente el inicio de la actividad de la enfermedad e identificar los virus circulantes.

Asimismo, los países de la Unión Europea (UE), incluida España, integran un sistema de vigilancia denominado EISN (European influenza Surveillance Network) que facilita información semanal sobre la actividad de la gripe en Europa.

5 Discusión-Conclusión

En determinadas circunstancias puede producirse un intercambio genético entre los virus humanos y animales, que puede hacer que estos virus nuevos para el hombre sean capaces además de transmitirse de una persona a otra. Estas situaciones pueden dar lugar a las denominadas pandemias, que se caracterizan por afectar a población de todo el mundo. Actualmente no es posible saber cuándo se producirá la próxima pandemia, dónde o cual será el subtipo que la ocasione, lo que incide en la necesidad de disponer de sistemas de vigilancia de la gripe que permitan una rápida detección e intervención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) trabaja para reforzar las capacidades nacionales, regionales y mundiales de respuesta a la gripe, en particular el diagnóstico, el seguimiento de la sensibilidad a los antivíricos, la vigilancia de la enfermedad y la respuesta a los brotes, así como para aumentar la cobertura vacunal entre los grupos de alto riesgo y la preparación ante la próxima pandemia. Durante muchos años la OMS viene actualizando sus recomendaciones sobre la composición de las vacunas. La OMS recomienda la vacunación anual en la población con mayor riesgo de tener complicaciones como consecuencia de la infección gripal:

- Mayores de 65 años.
- Mujeres embarazadas.
- Niños menores de 2 años y mayores de 6 meses.
- Personas con enfermedades crónicas cardíacas, hepáticas, renales, pulmonares, sanguíneas metabólicas e inmunodeprimidas.
- Pacientes que conviven o cuidan a pacientes con riesgo.
- Profesionales sanitarios.

Además de la vacunación y el tratamiento antivírico, la gestión desde el punto de vista de la salud pública incluye medidas de protección personal para detener la propagación de gérmenes y prevenir la gripe como: lavarse las manos frecuentemente y secárselas bien, mantener una buena higiene respiratoria, cubriéndose la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos y desechándolos correctamente, autoaislarse rápidamente en caso de malestar, fiebre u otros síntomas gripales, evitar el contacto con personas enfermas y evitar tocarse la nariz ojos y boca.

Cuando la coincidencia entre los virus circulantes y los vacunales es alta, la vacuna previene entre el 70 y el 90% de la gripe en sujetos sanos menores de 65 años. En personas mayores de 65, y personas con enfermedades crónicas es efectiva en la prevención de complicaciones derivadas de la gripe. Se pueden evitar entre un 50-60% de hospitalizaciones y el 80% de fallecimientos derivados de estas complicaciones. En estos grupos la eficacia para prevenir la enfermedad es entre un 30-40% pero es importante tener en cuenta que aunque se pueda adquirir la infección, la enfermedad será con mucha probabilidad, menos grave si ha habido vacunación anterior.

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la salud. Gripe [actualizado enero 2018], disponible en : <https://www.who.int/mediacentre/factsheets>
- Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad. La gripe.
- Centro nacional de Epidemiología: Instituto de Salud Carlos III. Informe de vigilancia de la gripe en España.
- Vacunación antigripal- Comité asesor de vacunas. [actualizado en 29 octubre 2018]
- La vacuna contra la gripe también previene y frena la neumonía .
- Importancia de la vacunación contra la gripe. [actualizado en 17 de enero de 2018]
- Sanidad recuerda la importancia de la vacunación de la gripe. [actualizado el 22 octubre de 2018]
- Gripe: Medlineplus en español. [actualizado en 7 noviembre de 2019]
- Gripe I tratamiento, síntomas y prevención en cuídatePlus. [actualizado en 31 octubre de 2019]
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Seasonal influenza vaccination and antiviral use in Europe.

Capítulo 331

CUÍDATE, PREVENCIÓN DEL MELANOMA

ELIZABETH IGLESIAS SUAREZ

DAVID SÚAREZ

VANESA PRADA DÍAZ

BEATRIZ ALONSO RODRIGUEZ

1 Introducción

El melanoma es un tipo de cáncer de piel, una neoplasia maligna cada vez más frecuente de los melanocitos. Los melanocitos son un tipo de células que se encuentran en la epidermis y son las responsables de producir melanina, pigmentación de la piel, la causante del color del cabello, de la piel y del iris del ojo. (1) El melanoma puede comenzar a desarrollarse como un lunar, en tejidos pigmentados como en el ojo (melanoma intraocular u ocular) o en los intestinos.

En los hombres generalmente se desarrolla en tronco, cabeza y cuello mientras que en las mujeres se forma con mayor frecuencia en las extremidades (2). Tiene peor pronóstico en los hombres ya que las zonas de aparición son menos visibles, lo que empeora su diagnóstico precoz. El retraso del diagnóstico de melanoma conlleva un pronóstico desfavorable. (3) Se pueden definir varios tipos de melanomas como de extensión superficial (70-80%), nodular (10.15%) lentigo maligno (5-10%), y lentiginoso acral (7%), ordenados respectivamente de mayor a menor frecuencia en la que los podemos encontrar. (4)

Los factores que pueden influir en su desarrollo se clasifican en factores ambientales y genéticos. (5, 6, 7) Como factores ambientales destacar:

- Exposiciones a radiaciones ultravioleta de forma intermitente o a una intensidad suficiente con la que se produzcan quemaduras solares, especialmente en las primeras décadas de vida. Dicha radiación favorece tanto el inicio como la progresión del melanoma. (5, 6)
- Fenotipo, es mayor en individuos con piel blanca o escasamente pigmentada, ojos y cabello claro. (5,6,7)
- Presencia de nevus inofensivos que se vuelven con los años malignos.(6)
- Edad, afecta más a las personas menores de 30 años. (6)
- Sexo, en general tiene una tasa mayor de sufrir melanoma las mujeres antes de los 30 años. A partir de los 30-40 años el riesgo aumenta en los varones. (6)
- Sistema inmunológico debilitado, personas tratadas con fármacos inmunosupresores.(5)
- Presencia en niños o adolescentes de quemaduras de sol severas, con ampollas. (7)

Y los factores genéticos:

- Existencia de antecedentes familiares, es hasta 12 veces mayor el riesgo de padecerlo.(6)
- Diferentes mutaciones genéticas implicadas en la patogenia del melanoma, individual o familiar, y que además se asocian a la presencia de múltiples nevus melanocíticos atípicos o a otros tumores viscerales.(5)
- Presencia de los nevus pigmentocelulares adquiridos en la primera infancia. (5)
- Presencia del gen autocromosómico INK4A. (5, 7)
- Mutación del gen MC1R, receptor 1 de la melanocortina, su afectación es baja pero es la más frecuente. (5)
- Mutaciones de los genes CDKN2A (cyclin-dependent kinase inhibitor 2^a), y p16ARF (proteína p16 + cinasas dependientes de ciclina 4). (5)
- Mutaciones del gen BRAF en nevus melanocíticos adquiridos, melanomas primarios, metástasis de melanoma y cultivos celulares de melanoma en una proporción similar. (5)
- Presencia de Xerodermia pigmentosa (XP), desorden genético que evita la reparación del daño inducido por la sensibilización a la luz ultravioleta sobre el ADN (6).

2 Objetivos

- Analizar la situación actual del melanoma, así como sus métodos de prevención.

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. P. Habif; J.L Campbell; M. Shane; J.G.H. Dinulos; K.A. Zug. Enfermedades de la piel diagnóstico y tratamiento. 2ª edición, Madrid: Elsevier; 2006. P (472- 481).
- 2. Información general sobre el melanoma. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos nacionales de la Salud de EE.UU.
- 3. Ferrándiz Foraster; I. Bielsa Marsol; E. Fonseca Capdevila; L. Puig Sanza; M. Ribera Pibernat. Dermatología Clínica. 3ª edición; Barcelona: Elsevier; 2009. P (386-389).
- 4. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572009000300006&script=sci_arttext
- 5. Avilés, J.A; Lázaro, P. Predisposición genética en el melanoma cutáneo. Actas dermo-sifilográficas. Academia Española de dermatología y venerología. Vol. 97. Núm 4. 2006.
- 6. Melanoma Skin Cancer. American Cancer Society.
- 7. González, M.; Ordóñez, A.; Feliu, J.; Zamora, P.; Espinosa, E. Tratado de medicina paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer. 2ª edición, Madrid: Panamericana; 2007. P (197-203).
- 8. Cáncer de piel: melanoma. Asociación Española contra el Cáncer.
- 9. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000850.htm>
- 10. Melanoma: una guía para pacientes. European Society for Medical Oncology.

Capítulo 332

PROFILAXIS DEL PERSONAL SANITARIO.

ELISA VALLINA GONZÁLEZ

ESPERANZA VELASCO CAMPA

1 Introducción

La profilaxis, también se denomina prevención, y está conformada por todas aquellas acciones de la salud que tienden a evitar la aparición o transmisión de enfermedades o agravamiento de las mismas, en personas susceptibles de padecerlas, evitando así que haya una infección. Es importante luchar contra las infecciones que rodean el ámbito hospitalario donde está el paciente, y más aún tomar medidas preventivas para evitar un agravamiento de su situación.

La profilaxis se realiza principalmente a través de la vacunación, ante las principales enfermedades, es un protocolo que siguen todos los centros sanitarios, además de tomar medidas a través de la limpieza, desinfección y esterilización de materiales y objetos, sin olvidar la asepsia y antisepsia dirigida a los pacientes y al propio personal sanitario como medidas profilácticas para el control de infecciones, entre otras.

El personal sanitario suele presentar una inquietud ante el desconocimiento de las diferentes enfermedades transmisibles, por ello son tan importantes las medidas preventivas, ya que hay personal que debe manipular sustancias orgánicas, corporales, residuos, etc, teniendo que tener cuidado también a la hora de la manipulación de objetos y materiales contaminados. Para ello hay que poner en práctica las precauciones universales establecidas en los centros hospitalarios.

2 Objetivos

Conocer las principales medidas profilácticas que debe de llevar a cabo el personal sanitario para no transmitir enfermedades.

3 Metodología

En este trabajo, hemos consultado diferentes libros y revistas sobre profilaxis en el entorno hospitalario, además de buscar artículos con el buscador de Google Académico. Hemos hecho uso de nuestra experiencia personal como TCAES y de cómo actuamos día a día en nuestro puesto de trabajo.

4 Resultados

El riesgo de infección se evalúa según la cantidad y la naturaleza del fluido implicado, según la exposición y la sospecha o certeza de que la fuente de la exposición sea positiva a alguno de los gérmenes de transmisión por fluidos, lo cual determinará la actitud a tomar después. Todos los accidentes y sus características deben ser registrados, tanto por motivos de posible repercusión legal, como con el fin de definir y atajar las situaciones de mayor riesgo.

El control de la población sana, ante determinadas enfermedades transmisibles, se determina por la prevención, es decir, la profilaxis, apoyada principalmente en la inmunización, sobre todo de los grupos de riesgo, de forma activa o pasivamente.

No se debe olvidar tampoco la educación para la salud, como un valor a seguir en muchas de las enfermedades transmisibles que nos rodean, y de las que no se tiene una inmunización activa y eficaz, así como también las medidas higiénicas individuales fundamentales y de máximo interés para todos. Cuando se determina un programa de profilaxis hay que tener en cuenta algunos aspectos como son:

- Categoría de las personas que hay que cubrir, edad, factores de riesgo.
- Los fármacos que han de utilizarse, las dosis, duración del tratamiento.
- Algo imprescindible a tener en cuenta son los efectos adversos, secundarios o tóxicos del fármaco.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que es fundamental una buena profilaxis en el personal sanitario, porque así se puede evitar el agravamiento que en otro caso llevarían incluso a la muerte de las personas. Las precauciones universales se basan en medidas simples, de fácil aprendizaje y que van a disminuir gran parte de las infecciones. El personal sanitario utilizará de manera rutinaria estas precauciones de barrera destinadas a prevenir la exposición a la sangre y a los líquidos orgánicos indicados. Debe evitarse el contacto directo con los líquidos orgánicos (sangre, secreciones vaginales, líquido amniótico, leche materna, semen, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial...) de toda persona atendida en el centro sanitario.

Es muy importante, por lo tanto, seguir unas medidas profilácticas que se han de llevar a cabo siempre, las principales son:

- Lavarse las manos después de estar en contacto con un paciente.
- Usar guantes limpios o estériles cuando la situación lo requiera.
- No utilizar los mismos guantes para distintos pacientes.
- No reutilizar los guantes desechables.
- Aplicar las medidas preventivas universales, en relación a la manipulación de residuos biológicos, corporales, sangre, etc.

Para asegurar que todos los profesionales tengan capacidad y actitud para evitar la transmisión de enfermedades por fluidos orgánicos, es imprescindible el difundir las formas de prevención, a través de programas de formación continuada. En estos programas se debe considerar una serie de factores, como puede ser el riesgo profesional de contagio de estas enfermedades, la importancia de respetar siempre las precauciones estándar, vacunarse contra la hepatitis B, saber actuar en caso de sufrir un accidente con material contaminado adoptando una serie de medidas como son:

- Tratamiento local de la zona afectada.
- Evaluación de las características del accidente, y selección de la profilaxis post-exposición adecuada.
- Registro del accidente y seguimiento de la persona expuesta.

Tras el contacto, se debe lavar la piel en la zona afectada con agua y jabón, sin haberse demostrado que el uso de jabones antisépticos suponga una mayor protección frente al VIH. Si se debe evitar emplear agentes irritantes como la lejía, y las mucosas afectadas deben aclararse abundantemente con agua.

6 Bibliografía

- Medicina preventiva y Salud pública. Piedrola Gil, G. 11ª edición. Masson-Salvat Medicina. Barcelona, 2008.
- Aplicación de los cuidados en las especialidades de enfermería. García Meyorga, A y Villaseñor Rosa, L.A. Manuales Funden. 2008.
- Control de la infección en el personal sanitario I: inmunización. Enfermedades vehiculadas por sangre y secreciones. F.J. Lameiro; F. Repáraz; G. Tiberio; A. Pavón y J. Gost.

Capítulo 333

EJERCICIOS BASADOS EN EL MÉTODO PILATES PARA EL DOLOR DE ESPALDA INESPECÍFICO EN LOS PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA

MARIA SÁNCHEZ GARCÍA

CINTIA CUBILLAS ALONSO

MARTA TIZÓN GARCÍA

1 Introducción

El dolor lumbar se suele clasificar en dolor lumbar patológico específico de la médula espinal, dolor lumbar de la raíz nerviosa y dolor lumbar inespecífico. Este se refiere al dolor o malestar que persiste de forma continua durante al menos 12 semanas en el área entre el margen inferior del arco de la doceava costilla y la cadera, que se acompaña o no por esa sensación de dolor o malestar.

El dolor lumbar inespecífico supone el 85% del dolor lumbar, afectando notablemente a la calidad de vida y a la vida laboral

2 Objetivos

Elaborar una guía con ejercicios para aquellas personas que sufren dolor inespecífico de espalda, basado en el Método Pilates.

3 Metodología

Mediante algunos medios bibliográficos se han conseguido una serie de resultados y conclusiones para poder analizar más en profundidad.

4 Resultados

EJERCICIOS DECUBITO LATERAL

Ejercicio: Side leg lift - serie de patada (subir una pierna)

- Explicación: estiro un brazo y me giro para colocarme de lado. Posición de lado, piernas apoyadas en las esquinas de la colchoneta, el hueso de la cadera, el tronco y el brazo bien estirado apoyando los dedos y la cabeza en esta. Cojo aire y expulsando contrayendo bien los abdominales y glúteos subo una pierna a la altura de la cadera, cojo aire y expulsando bajo. Vuelvo otra vez, cojo aire hincho los pulmones, expando las costillas, y expulsando, contrayendo bien glúteos y abdomen subo una pierna.
- Palabras clave: Cojo aire y expulsando subo, abajo y arriba.
- Errores comunes: echar el cuerpo hacia delante, realizar una hiperlordosis y sacar culo, llevar la mirada hacia las piernas y no al frente, el hombro superior llevarlo hacia delante.
- Facilitar: Si se desequilibra mucho puede flexionar la pierna inferior. El brazo inferior ponerlo a modo de almohada. Si molestase en la cadera inferior, en caso de no aguantar, colocar una toalla para amortiguar.
- Dificultar: Al realizar la ascensión llevar el pie a flexión dorsal. Cambiar la posición de los brazos, entrelazando las manos tras la nuca y apoyando el codo del brazo inferior en el mat.

Ejercicio: Side kick

- Explicación: elevo el tronco, ángulo de 90° brazo, intento no apoyarme en el hombro, si no que voy alargando para que la oreja y el hombro queden alineados, quedándonos alineados con todo el tronco, separando los oblicuos de la colchoneta. Desde ahí subo la pierna al altura de la cadera, cogiendo aire voy hacia delante lo que puedas y expulsando vuelvo pudiendo ir un poco hacia atrás. La palma de la mano debe quedar mirando al frente (misma dirección mirada).
- Palabras clave: Cojo aire, expando las costillas e hincho los pulmones, adelante, expulsando contraigo glúteos y abdomen y lo llevo hacia atrás, vuelvo al centro y bajo.

- Errores comunes: se suele caer el tronco, apoyamos excesivamente en el hombro, arqueamos la espalda.
- Facilitar: Llevar las piernas un poco hacia delante. Flexionar la de abajo para que haya más base de sustentación.
- Dificultar: igual pero con el codo. Apoyo en el codo las manos en la nuca, el control abdominal debe ser mucho mayor que antes para no desequilibrarnos, si queremos podemos llevar las piernas un poco hacia delante. Desde ahí cojo aire y expulsando elevo la pierna. Cojo aire y la llevo hacia delante y expulsando la llevo hacia atrás, siempre alargando. Puedes hacerlo igual pero con los dos codos.
- Flex y estabilizadores laterales columna: oblicuo interno y externo, cuadrado lumbar, erectores columna (epiespinoso, dorsal largo, iliocostal), semiespinoso, grupo espinal posterior profundo, recto y transversos abdominales.
- Abd cadera: glúteo mediano, <, TFL, sartorio.

Ejercicio: Side kick kelling

- Explicación: flexión de rodillas, estas abiertas la anchura de la cadera, con el control abdominal, tirando bien de la coronilla, expulsando me voy a ir buscando el suelo. Apoyo una mano y estiro una pierna para que se quede alienada con el tronco. Cojo aire y expulsando llevo la pierna hacia delante me quedo en el centro y vuelvo otra vez arriba muy despacio para trabajar bien el abdomen.
- Palabras clave: cojo aire me dejo caer sobre un brazo estirando la otra pierna, cojo aire y la llevo hacia delante, cojo aire y vuelvo.
- Errores comunes: no queda bien alineado ni el tronco, ni la cabeza ni la pierna.
- Facilitar: no llevar la pierna hacia delante.
- Dificultar: flexión dorsal tobillo, hacer un círculo con la pierna con > abducción, patada con rebotes.
- Ms diana: Flex y estabilizadores laterales columna: oblicuo interno y externo, cuadrado lumbar, erectores columna (epiespinoso, dorsal largo, iliocostal), semiespinoso, grupo espinal posterior profundo, recto y transversos. Abd cadera: glúteo mediano, <, TFL, sartorio.
- Ms acompañamiento: Flex cadera: psoas iliaco, recto femoral. Ext cadera: glúteo >, isquiotibiales. Ext rodilla: cuádriceps. Flex plantar tobillo: gemelos, soleo. Abd hombro: fibras anteriores deltoides, supraespinos. Depresor escapula: porción inferior trapecio, serrato anterior (fibras inferiores). Abd escapula: serrato anterior. Ext codo: tríceps braquial. Abdomen.

DECUBITO PRONO

Ejercicio: Front support

- Explicación: cojo aire y expulsando estiro una pierna apoyando el pie, sin mover la pelvis cojo aire y expulsando estiro la otra. Vigilando que nuestros hombros estén conectados. Cojo aire y expulsando flexiono una pierna y luego la otra hasta volver a la flexión de 90°. Las piernas abiertas a la anchura de las caderas. Conectamos de nuevo los hombros y otra vez, cojo aire, hincho los pulmones y expando las costillas y expulsando contrayendo glúteos y abdomen estiro una pierna y luego la otra. Alargo bien la cabeza, hombros conectados hundo el ombligo, cojo aire y expulsando flexiono una pierna y luego otra. Cuidado con la pelvis (posición neutra) y no mover la cadera.
- Palabras clave: Cojo aire y elevo la cadera, cojo aire y elevo la pierna, cambio, elevo bajo, y descanso.
- Errores comunes: descenso de las caderas y tronco. Dejar caer las piernas bruscamente al suelo.
- Variantes:
- Facilitar: estirar solo una pierna de cada vez.
- Dificultar: estirar las dos a la vez o hacer el front support II.

Ejercicio: Front support II

- Explicación: cojo aire y expulsando estiro una pierna y luego la otra, para buscar front support I (anterior) Desde esta posición cojo aire y tiro de la pierna alargando, cojo aire y expulsando bajo, y sobre la otra pierna, Cojo aire y expulsando bajo una pierna y luego otra.
- Palabras clave: cojo aire y elevo, cojo aire y abajo.
- Errores comunes: tirar del cuello y lumbar, elevar los hombros.
- Facilitar: Para descansar me llevo hacia atrás y estiro un poco. Quedarse en front support I o hacer de cada vez la elevación de una sola pierna.
- Dificultar: combinar con la flexión dorsal de pie.
- MS diana: Estabilizadores anteriores columna: recto y transversos abdomen, oblicuo interno y externo. Estabilizadores posteriores columna: erectores columna(epiespinoso, iliocosta, dorsal largo), semiespinoso, grupo espinal posterior profundo. Flex cadera: psoas iliaco, recto femoral, sartorio, tensor de la fascia lata, pectíneo. Ext cadera: glúteo >, isquiotibiales (semimembranoso, semitendinoso, bíceps femoral). Ext hombro: dorsal ancho, redondo mayor, pectoral mayor (porción clavicular). Ad escapula: trapecio, romboides. Depresor escapula: porción inferior trapecio, serrato anterior.
- Ms acompañamiento: Ext rodilla: cuádriceps femoral. Flex plantar pie: gemelo, soleo. Ext codo: tríceps braquial.

Ejercicio: Push up

- Explicación: para hacer este ejercicio desde posición anterior, nos colocamos en bipedestación, cojo aire y expulsando voy bajando vertebra a vertebra, enrollo la cabeza, voy curvando las dorsales, las lumbares y voy intentando apoyas la manos ene l suelo, ando con ellas a la posición de la pirámide, hombros hacia tras, cabeza hacia delante para buscar el front suppor y ahí hago flexiones de codo, flexiono el codo y alargando 3, y el ultimo, flexiono estiro, subo buscando la pirámide y voy andando por la colchoneta enrollando bien l cabeza y subo vertebra a vertebra para terminar.
- Palabras clave: cojo aire y expulsando flexiono, estiro y flexiono.
- Errores comunes: alteración de la posición de cabeza y tronco.
- Facilitar: menos repeticiones o con las rodillas flexionadas (push on knees).
- Dificultar: Despegar una pierna del suelo o hacerlas solo con una mano o con palmada entre una y otra.
- MS diana: bestabilizadores anteriores columna: recto y transverso abdomen, oblicuo.

Ejercicio: side to side with opening

- Explicación: DS, flexiono las dos piernas a 90°. Cojo aire y expulsando estiro las dos piernas, desde ahí solamente abro una, cada uno donde pueda sin mover la cadera y expulsando vuelvo. Cojo aire y expulsando abro cojo aire y expulsando vuelvo.
- Para bajar flexionamos primero las piernas a 90° y bajo primero una y luego otra.
- Palabras clave: expulsando abro, cojo aire y al centro, expulsando hacia el otro lado y cojo aire y al centro.
- Errores comunes: despegar la lumbar, no apoyas bien los brazos.
- Facilitar: la otra pierna flexionada o apoyada en el suelo, con la rodilla ligeramente flexionada.
- Dificultar: flexión dorsal del pie, abrir las dos a la vez.

Ejercicio: chest lift

- Explicación: las manos cercas del pull, donde está el occipital, cojo aire y al expulsar hundo el ombligo y elevo el tronco, codos siempre abiertos con una buena distancia entre la barbilla y el esternón. Cojo aire y al expulsar sigo alargando hasta apoyar.
- Ejercicio: Oblicuos.
- Explicación: cojo aire y expulsando elevo el tronco y miro hacia un lado, separando la paletilla. Cojo aire al centro y expulsando bajo siempre alargando la cabeza. Es importante girar la cabeza con el tronco. No juntéis las rodillas.

- Errores comunes: tirar de la cabeza en vez de activar el abdomen y elevar hombros hacia las orejas.

Ejercicio: Single leg stretch

- Explicación: elevo una pierna a 90 y la otra, desde ahí te agarras las rodillas y elevas el tronco. Posición de inicio una pierna a 45 grados y otra estirada, cojo aire y expulsando cambio, siempre a 90°, cojo aire y cambio o variando con la rodilla hacia el pecho para estirar más.
- Palabras clave: Cojo aire y expulsando cambio.
- Facilitar: pierna flexionada cerca del pecho, la pierna estirada no bajarla hasta el suelo.
- Dificultar: bajar todo lo posible la pierna en extensión; muslo de la pierna flexionada casi vertical en vez de cerca del pecho. Ambas manos se encuentran sobre esa rodilla, con la parte inferior de la pierna flexionada paralela a la colchoneta. Esta posición alternativa puede utilizarse para poner énfasis en elevar más el tronco a fin de someter a una mayor exigencia los abdominales.
- Ms diana:
- Flex columna: recto abdomen, oblicuo ext e interno.
- Ms acompañamiento.
- Estabilizador anterior de la columna: transverso del abdomen.
- Flex cadera: psoas iliaco, recto femoral.
- Ext cadera: glúteo mayor, isquiotibial.
- Ext rodilla: cuádriceps femoral.
- Flex plantar pie: gemelos, sóleo.
- Flex hombro: fascículo anterior del deltoides, pectoral mayor (porción clavicular).
- Ext hombro: dorsal ancho, redondo mayor, pectoral mayor (porción esternal).
- Ext codo: tríceps braquial.

Ejercicio: Gaterin in

- Explicación: posición de sentado con la espalda bien recta y las escapulas conectadas subo una pierna y luego la otra a 90°(flexion de rodilla), voy bajando el tronco llevando los brazos hacia atrás, te quedas en las escapulas, hago un círculo con los brazos y me elevo de nuevo.
- Hay que intentar que las rodillas estén a 90°
- Palabras clave: bajo, círculo y arriba.
- Facilitar: bajar todo el tronco y llevando los brazos abajo y arriba, sin hacer el círculo.

- Ejercicio: Criss cross.
- Explicación: DS, manos en la nuca, subo una pierna, subo la otra pierna, y elevo el tronco, el movimiento es, estirando una pierna y llevando el tronco al lado contrario, cojo aire al centro y expulsando, estiro la otra pierna y giro el tronco hacia el lado contrario.
- Palabras clave: Aire al centro, expulso y giro.
- Facilitar: no girar.
- Dificultar: bajar más la pierna para que trabaje más el abdominal, flexión dorsal del pie.

SEDESTACION

Ejercicio: Spine stretch

- Explicación: subo los brazos hacia arriba, hombros conectados hacia atrás y hacia abajo, mientras presionas hacia abajo creces hacia arriba. Desde ahí cojo aire y al expulsar voy hacia delante, cojo aire y expulsando vuelvo.
- Palabras clave:
- Errores comunes:
- Facilitar: relajar los pies, flexionar un poco las rodillas, emplear una pared como punto de partida, al ir hacia delante flexionar la espalda y bajar los brazos en dirección a los pies y al suelo(columna redondeada).
- Dificultar: pies en flexión dorsal, puedes descender un poco con la espalda recta y luego subir.
- Ext columna: erectores columna (epiespinoso,dorsal largo, iliocostal), semiespinoso, grupo espinal posterior profundo.
- Flex columna: recto abdomen, oblicuo externo e interno.
- Ms acompañamiento: Estabilizador anterior columna: transverso abdomen.
- Ext cadera: glúteo > e isquiotibiales.
- Flexor dorsal tobillo-pie: tibial anterior, ext largo dedos.
- Flex hombros: fascículo anterior del deltoides, pectoral >(porción clavicular).
- Ext codo: tríceps braquial.

Ejercicio: Saw - La sierra

- Explicación: Desde ahí giro a un lado y ahora corto por el exterior 3 veces, alargando una, alargando dos y alargando tres. Cojo aire y me vuelvo al centro. Cojo aire y expulsando voy al otro lado y corto por el exterior 3 veces, uno, dos y tres, sin rebotes, cojo aire y al centro.
- Palabras clave: cojo aire giro, flexiono, corto 1, 2, 3 y vuelvo.

- Errores comunes: tirar del cuello, elevar los hombros hacia las orejas, doblar la espalda.
- Facilitar: poca abertura de piernas, menos corte, flexión ligera de rodillas.
- Dificultar: flexión dorsal tobillo. Para reducir el énfasis principal en flexionar la parte superior de la espalda y hacer mayor hincapié en estirar los isquiotibiales, mantener la columna torácica extendida mientras se pone mayor énfasis en realizar la flexión en la articulación de la cadera, alargándose hacia atrás las tuberosidades isquiáticas al mismo tiempo que la columna se alarga hacia delante. En esta variante, durante el regreso a la vertical se recalca la extensión torácica y de la cadera, no una articulación gradual de la columna.

Ejercicio: Roll up

- Explicación: Ds, piernas estiradas y brazos estirados por detrás de la cabeza, cojo aire y expulsando voy subiendo los brazos hasta quedar verticales en dirección al techo, empiezo a enrollar la cabeza y continuo subiendo los brazos hacia delante a la vez que voy despegando el tronco vertebra a vertebra, llevando las manos hacia los pies hasta tocarlos, cojo aire y expulsando vuelvo a la posición inicial.
- Palabras clave: cojo aire y expulsando me enrollo hacia delante, cojo aire y expulsando vuelvo a la colchoneta vertebra a vertebra.
- Facilitar: rodillas flexionadas.
- Dificultar: flexión dorsal de tobillo, apertura de las piernas, palmas enfrentadas, detenerse, con los hombros en la vertical de las caderas.

Ejercicio: Roll down

- Explicación: sedestación, rodillas flexionadas y separadas el ancho de la cadera. Vas bajando vertebra a vertebra, apoyando las lumbares, las dorsales y las cervicales.
- Palabras clave: bajo vertebra a vertebra y subo.
- Errores comunes:
- Variantes:
- Facilitar: pies en el aire.
- Dificultar: Alguna variante de III nivel.

Estiramiento del gato:

- Posición de 4 puntos.
- Espirar: colocar la pelvis en retroversión y redondear la columna como se muestra.

- Inspirar: volver a la posición inicial.
- Espirar: extender la parte superior columna.
- Inspirar: volver a la posición inicial.
- Ms diana:
- Ext columna: erectores columna (epiespinoso, dorsal largo, iliocostal), semiespinoso, grupo espinal posterior profundo
- Flex columna: recto abdomen, oblicuo externo e interno.
- Ms acompañamiento.
- Estabilizador anterior columna: transverso abdomen.
- Ext columna: glúteo >, isquiotibiales.
- Flex hombro: fibras anterior deltoides, pectoral > (porción clavicular).
- Ext hombro: dorsal ancho, redondo >, pectoral > (porción esternal).
- Abd excapula: serrato anterior.
- Ext codo: tríceps braquial.
- Es un ejercicio muy bueno para trabajar las destrezas necesarias para el resto de ejercicios. Su beneficio no es tanto el fortalecimiento de los extensores columna como una activación minuciosa de los mismos con la apropiada contracción de los abdominales.

Los extensores se activan al arquear la espalda en el último paso, mientras que la cocontracción de los abdominales limita la anteversión de la pelvis. Este empleo de los abdominales es necesario para proteger la región lumbar en ejercicios más complejos que implican fuerzas mayores. Mover la columna en dirección contraria es una oportunidad para practicar más la activación de los abdominales para hacer hincapié en redondear la región lumbar (flexión). Esta posición proporciona un estiramiento dinámico de los extensores de la columna y ofrece un valioso paréntesis entre ejercicios que se centran en usar los extensores de la espalda.

Estos ejercicios se deben realizar en primer lugar con un fisioterapeuta especializado en fisioterapia traumatológica y a ser posible mas concretamente en el campo del dolor, así como en el método Pilates. A posteriori estos ejercicios deberán ser realizado por los pacientes en su domicilio con una revisión periódica para realizar las correcciones pertinentes e ir modificando los ejercicios, pues estos son de nivel básico.

5 Discusión-Conclusión

Habiendo realizado previamente una revisión bibliográfica sobre la fisioterapia en el dolor inespecífico de espalda, el Ejercicio terapéutico es un gran aliado, pero eso no exime del uso de las técnicas de terapia manual pertinentes, por lo tanto se debe realizar un tratamiento global combinando la terapia manual con el Ejercicio terapéutico, siendo esta guía una actualización de posibles ejercicios a emplear en una primera instancia, con ordenes claras y precisas de la progresión de estos, así como de los errores mas comunes, facilitando su corrección.

6 Bibliografía

- Chang WD, Huang WS, Lee CL, Lin HY, Lai PT. Efectos de las cadenas cinéticas abiertas y cerradas de la terapia con ejercicios de cabestrillo sobre la actividad muscular del vasto medial oblicuo y el vasto lateral. *J Phys Ther Sci*. 2014; 26 (9): 1363-6.
- Mau-Moeller A, Behrens M, Finze S, Bruhn S, Bader R, Mittelmeier W. El efecto del movimiento pasivo continuo y el entrenamiento con cabestrillo sobre los resultados clínicos y funcionales después de la artroplastia total de rodilla: un estudio clínico aleatorizado con control activo. *Resultados de salud de calidad de vida*. 2014; 12: 68.
- Li L, Chen FJ. Observación clínica de los tratamientos de suspensión cansada para la espondilopatía cervical tipo cervical. *Reumatismo y artritis*. 2015; 4 (1): 26-7.
- Wang SQ, Chen M, Wei X, Gao XX, Zhao GD. Clinical research on lumbar oblique-pulling manipulation in combination with sling exercise therapy for patients with chronic nonspecific low back pain. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2019 Jul 22;65(6):886-892.
- Suh JH, Kim H, Jung GP, Ko JY, Ryu JS. The effect of lumbar stabilization and walking exercises on chronic low back pain: A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Jun;98(26):e16173.
- Nejati P, Safarcherati A, Karimi F. Effectiveness of Exercise Therapy and Manipulation on Sacroiliac Joint Dysfunction: A Randomized Controlled Trial. *Pain Physician*. 2019 Jan;22(1):53-61.
- Garaud T, Gervais C, Szekely B, Michel-Cherqui M, Dreyfus JF, Fischler M. Randomized study of the impact of a therapeutic education program on patients suffering from chronic low-back pain who are treated with transcutaneous electrical nerve stimulation. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Dec;97(52):e13782.

- Suni JH, Kolu P, Tokola K, Raitanen J, Rinne M, Taulaniemi A, Parkkari J, Kankaanpää M. Effectiveness and cost-effectiveness of neuromuscular exercise and back care counseling in female healthcare workers with recurrent non-specific low back pain: a blinded four-arm randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2018 Dec 17;18(1):1376.
- Taradaj J, Rajfur K, Shay B, Rajfur J, Ptaszkowski K, Walewicz K, Dymarek R, Sopel M, Rosińczuk J. Photobiomodulation using high- or low-level laser irradiations in patients with lumbar disc degenerative changes: disappointing outcomes and remarks. *Clin Interv Aging*. 2018 Aug 21;13:1445-1455.
- de Carvalho RC, Parisi JR, Prado WA, de Araújo JE, Silva AM, Silva JRT, Silva ML. Single or Multiple Electroacupuncture Sessions in Nonspecific Low Back Pain: Are We Low-Responders to Electroacupuncture? *J Acupunct Meridian Stud*. 2018 Apr;11(2):54-61.
- Nambi G, Kamal W, Es S, Joshi S, Trivedi P. Spinal manipulation plus laser therapy versus laser therapy alone in the treatment of chronic non-specific low back pain: a randomized controlled study. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2018 Dec;54(6):880-889.
- Taradaj J, Ozon M, Dymarek R, Bolach B, Walewicz K, Rosińczuk J. Impact of selected magnetic fields on the therapeutic effect in patients with lumbar discopathy: A prospective, randomized, single-blinded, and placebo-controlled clinical trial. *Adv Clin Exp Med*. 2018 May;27(5):649-666.
- Evans R, Haas M, Schulz C, Leininger B, Hanson L, Bronfort G. Spinal manipulation and exercise for low back pain in adolescents: a randomized trial. *Pain*. 2018 Jul;159(7):1297-1307.
- McCaskey MA, Wirth B, Schuster-Amft C, de Bruin ED. Postural sensorimotor training versus sham exercise in physiotherapy of patients with chronic non-specific low back pain: An exploratory randomised controlled trial. *PLoS One*. 2018 Mar 9;13(3):e0193358.
- Teodorczyk-Injeyan JA, McGregor M, Triano JJ, Injeyan SH. Elevated Production of Nociceptive CC Chemokines and sE-Selectin in Patients With Low Back Pain and the Effects of Spinal Manipulation: A Nonrandomized Clinical Trial. *Clin J Pain*. 2018 Jan;34(1):68-75.
- Dengler JD, Kools D, Pflugmacher R, Gasbarrini A, Prestamburgo D, Gaetani P, van Eeckhoven E, Cher D, Stureson B. 1-Year Results of a Randomized Controlled Trial of Conservative Management vs. Minimally Invasive Surgical Treatment for Sacroiliac Joint Pain. *Pain Physician*. 2017 Sep;20(6):537-550.
- Magalhães MO, Comachio J, Ferreira PH, Pappas E, Marques AP. Effectiveness of graded activity versus physiotherapy in patients with chronic nonspecific low

back pain: midterm follow up results of a randomized controlled trial. *Braz J Phys Ther.* 2018 Jan - Feb;22(1):82-91.

- Xia T, Long CR, Vining RD, Gudavalli MR, DeVocht JW, Kawchuk GN, Wilder DG, Goertz CM. Association of lumbar spine stiffness and flexion-relaxation phenomenon with patient-reported outcomes in adults with chronic low back pain - a single-arm clinical trial investigating the effects of thrust spinal manipulation. *BMC Complement Altern Med.* 2017 Jun 9;17(1):303.

- Li H, Zhang H, Liu S, Wang Y, Gai D, Lu Q, Gan H, Shi Y, Qi W. Rehabilitation effect of exercise with soft tissue manipulation in patients with lumbar muscle strain. *Niger J Clin Pract.* 2017 May;20(5):629-633.

- Marini M, Bendinelli B, Assedi M, Occhini D, Castaldo M, Fabiano J, Petranelli M, Migliolo M, Monaci M, Masala G. Low back pain in healthy postmenopausal women and the effect of physical activity: A secondary analysis in a randomized trial. *PLoS One.* 2017 May 10;12(5):e0177370.

Capítulo 334

EVALUACIÓN ARTICULAR, MUSCULAR, NEUROLÓGICA, DE LA POSTURA, RESPIRATORIA Y CARDÍACA EN LA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE.

CINTIA CUBILLAS ALONSO

MARTA TIZÓN GARCÍA

MARIA SÁNCHEZ GARCÍA

1 Introducción

La Distrofia muscular de Duchenne es la más prevalente de todos los tipos de distrofias musculares en la infancia, además es de las enfermedades hereditarias más comunes en el hombre, afectando a 1 de 3500 sujetos(1). Esta patología se encuentra ligada al gen que codifica la distrofina en el cromosoma X.

Hasta los 2 años el sujeto no refiere ningún tipo de sintomatología, para producirse el diagnóstico de esta patología es necesario analizar la enzima creatina quinasa. A partir de los 2 años se evidencia una dificultad para mantener la estabilidad en sedetación, hipotonía cervical, retraso en los ítems del desarrollo motor e imposibilidad de llevar a cabo una marcha adecuada(2).

2 Objetivos

Evaluar al sujeto con una perspectiva global, desde:

- Sistema músculo-esquelético.
- Sistema nervioso.
- Sistema postural.
- Sistema respiratorio y cardiovascular.

3 Caso clínico

Paciente de 3 años de sexo masculino diagnosticado con Distrofia muscular de Duchenne, que aparece en consulta junto a su madre, la cual relata que acude a fisioterapia por el gran empeoramiento que percibe en su hijo en los últimos tres meses. Se le explica que se le realizará una valoración para conocer el estado físico actual del niño. La exploración física comprende una valoración articular, muscular, de la postura, respiratoria y cardíaca.

VALORACIÓN ARTICULAR

- Hombro derecho/izquierdo:
Abducción: 145° /130°.
- Codo derecho/izquierdo:
Extensión: 3°/9°.
- Muñeca derecha/izquierda:
Flexión palmar: 70°/50°.
Desviación cubital: 20°/14°.
Desviación radial: 17°/9°.
- Cadera derecha/izquierda:
Extensión: 22°/16°.
- Rodilla derecha/izquierda:
Extensión: 2°/6°.
- Tobillo derecho/izquierdo:
Extensión: 13°/9°.

VALORACIÓN MUSCULAR

- Músculos 1/2/3/4/5:
Trapezio superior: 4.
Dorsal ancho: 3.
Pectoral menor: 4.

Pectoral mayor: 3.
Infraespinoso: 2.
Subescapular: 3.
Deltoides posterior: 2.
Supraespinoso: 3.
Bíceps braquial: 3.
Tríceps braquial: 2.
Palmar mayor: 2.
Cubital posterior: 4.
Cuadrado lumbar: 3.
Glúteo mayor: 2.
Psoas ilíaco: 2.
Glúteo menor: 2.
Cuádriceps: 3.
Isquiotibiales: 2.
Aductores: 3.
Tibial anterior: 4.
Tríceps sural: 2.

VALORACIÓN DE LA POSTURA

- Cabeza: en inclinación derecha, flexión y adelantada.
- Mandíbula: maloclusión y protusión.
- Hombros: en antepulsión (más acentuado el derecho).
- Tórax: restringido en la respiración.
- Abdomen: severa ptosis abdominal.
- Pelvis: moderada atrofia y anteversión.
- Rodillas: valgo.
- Gemelos: hipertróficos.
- Tobillos: anteriorizados por dedos en ligera garra.
- Columna vertebral: hiperlordosis lumbar y escoliosis dorsal izquierda.

VALORACIÓN NEUROLÓGICA:

- Evaluación del trofismo: leve atrofia en el miembro superior, moderada atrofia en las caderas y muslos e hipertrofia en gemelos.
- Signo de Gowers: positivo (estando de rodillas se ayuda con las manos y los brazos).
- Evaluación Segmental del Control de Tronco: nivel 3, no tiene control del tronco inferior.

- Prueba talón-rodilla: no realiza el recorrido de forma continuada, lo que demuestra una propiocepción incorrecta.
- Prueba de clavijas con nueve agujeros: coordinación motora deficitaria.
- Prueba de Jebsen-Taylor: no es capaz de realizar la escritura y la alimentación simulada con armonía en los movimientos; le cuesta el levantamiento de objetos pequeños y es incapaz de hacer el de objetos grandes .
- Reflejos: tricipital y rotular disminuidos, bicipital abolido y estiloradial y aquileo normal.

VALORACIÓN RESPIRATORIA Y CARDÍACA

- Frecuencia respiratoria: taquipnea y disnea.
- Examen dinámico de tórax: alteración evidente de los movimientos costales superior e inferior, y, respiración costal superior (emplea musculatura accesorio inspiratoria).
- Movilidad diafragmática: pobre amplitud del diafragma con asimetrías (no consigue hacer inspiraciones y espiraciones máximas).
- Espirometría forzada: FVC y PEF disminuidos (no aguanta 3 segundos en ninguna de las repeticiones, es incapaz de coger aire de manera profunda y de espirar con fuerza).
- Percusión: sonido mate (ocupación de masas sólidas).
- Auscultación respiratoria: sibilancias (posible acumulación de mucosidad).
- Auscultación cardíaca: soplos cardíacos entre la punta del corazón y el borde esternal izquierdo (posible miocardiopatía).
- Electrocardiograma: ondas Q en derivaciones inferiores, PR corto, trastornos de la conducción y del ritmo y ensanchamiento del complejo QRS.
- Tensión arterial: 150/90.

4 Resultados

Los resultados expuestos en el caso clínico mediante la realización de distintos tipos de evaluaciones y pruebas empleadas arroja que el paciente posee un déficit en los rangos articulares, en el tono muscular, en la postura, y, en los parámetros respiratorios y cardíacos.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación en la Distrofia muscular de Duchenne desde distintas especiales y ámbitos es necesaria y beneficiosa para evaluar todas las deficiencias que poseen

los pacientes, ya que aunque al principio de la patología las más evidentes son a nivel músculo-esquelético, las alteraciones se originan a todos los niveles, articular, muscular, en la postura, neurológico, respiratorio y cardíaco. De ahí la importancia de abordar en la evaluación todos los sistemas que son afectados para así plantear un tratamiento acorde a los déficits.

6 Bibliografía

- Suthar R, Sankhvan N. Duchenne Muscular Dystrophy: A Practice Update. *Indian J Pediatr.* 2018;85(4):276-81.
- Annexstad EJ, Lund-Petersen I, Rasmussen M. Duchenne muscular dystrophy. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2014;134(14):1361.
- Jansen M, de Groot IJ, van Alfen N, Geurts AC. Physical training in boys with Duchenne Muscular Dystrophy: the protocol of the No Use is Disuse study. *BMC Pediatrics.* 2010;10 (1): 55-70.
- Batista CR, Costa AA, Pizzato TM, Souza FB, Mattiello-Sverzut AC. Postural alignment in children with Duchenne muscular dystrophy and its relationship with balance. *Braz J Phys Ther.* 2014;18(2):119-26.
- Sá CD, Fagundes IK, Araújo TB, Oliveira AS, Fávero FM. The relevance of trunk evaluation in Duchenne muscular dystrophy: the segmental assessment of trunk control. *Arg Neuropsiquiatr.* 2016;74(10):791-5.
- Mayer OH, Finkel RS, Rummey C, Benton MJ, Glanzman AM, Flickinger J, et al. Characterization of pulmonary function in Duchenne Muscular Dystrophy. *Pediatric Pulmonol.* 2015;50(5):487-94.
- Fayssoil A, Abasse S, Silverston K. Cardiac Involvement Classification and Therapeutic Management in Patients with Duchenne Muscular Dystrophy. *J Neuromuscul Dis.* 2017;4(1):17-23.

Capítulo 335

INCONTINENCIA URINARIA EN EL ANCIANO

INES GARCÍA LAMUÑO

EMMA CABEZA VALDÉS

1 Introducción

En este tema abordaremos un problema muy frecuente en el anciano cuya repercusión física, psíquica y social es bastante significativa. Desafortunadamente los ancianos que sufren incontinencia urinaria se muestran reacios a mencionar su problema y tienden a ocultarlo por creer que no tiene solución y que es una parte más del proceso de envejecimiento.

La International Continence Society define la incontinencia urinaria como la pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, que genera problemas higiénicos y sociales. Este problema casi siempre responde a múltiples factores, razón por la cual la reeducación debe ser multidisciplinaria y global.

2 Objetivos

- Explicar la fisiopatología de la incontinencia urinaria.
- Exponer el problema de la incontinencia urinaria, diagnóstico y medidas terapéuticas.

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 de la incontinencia urinaria. 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 solución de la incontinencia pasará por la solución de la causa/enfermedad que la produce y ello no es siempre posible. La meta ideal de todo tratamiento de incontinencia es restablecer la micción completa, espontánea y voluntaria con intervalos secos entre micciones. Aunque este ideal es alcanzable, en algunas personas nos conformamos con conseguir una mayor retención y evitar que estén mojadas.

Al plantear el tratamiento que puede ser médico-quirúrgico y/o paliativo con dispositivos que mantengan al paciente seco, debemos tener en cuenta otras circunstancias que van a determinar la solución que adoptemos; así:

- Limitaciones físicas del paciente: Un paciente con problemas de desplazamiento y que se mueve con dificultad o no puede moverse tiene difícil seguir unas pautas de horario para vaciar su vejiga, aún se complica más si tiene afectados los movimientos de los brazos o manos.
- Inteligencia: Puede estar alterada por la enfermedad que causa la incontinencia, así ocurre en la demencia senil y en personas que han sufrido un daño cerebral, en estos casos es imposible contar con la colaboración del paciente, dependiendo sus cuidados de la familia y de las instituciones.
- El nivel de colaboración: Muchas personas estarán deprimidas por la enfermedad y sus consecuencias y no pueden colaborar a su propio tratamiento, esto nos obliga siempre a buscar soluciones en los que no sea precisa la colaboración del paciente.
- Posibilidades de colaboración familiar: En ocasiones muy limitados por las características del estilo de vida actual y obligaciones: muchos mayores tienen su domicilio a gran distancia de los hijos, el horario laboral limita posibilidades a los hijos, existencia de otros problemas que resolver. independencia, nula relación...
- Factor económico: Cuando la incontinencia no se puede solucionar y se ha de

seguir un tratamiento paliativo con dispositivos como son las sondas, colectores, bolsas y absorbentes, el coste puede ser muy elevado para pacientes con una economía limitada.

- Nivel de información: Para que el paciente pueda decidir cuales la solución que mejor se adapta a su problema y asuma la necesidad de colaborar con sus tratantes es preciso que esté bien informado.

Los diferentes colectivos de personas afectadas de incontinencia corresponden a sectores sociales que por sí mismos y las consecuencias de su enfermedad tienden al aislamiento y marginación, sin buscar la solución a su problema. La O.M.S. y el Consejo de Europa reconocen la responsabilidad de la Atención Primaria como eje fundamental del tratamiento, en el que se precisa la participación de los colectivos con incontinencia para conseguir:

- Información suficiente sobre la incontinencia.
- Información respecto a los autocuidados.
- Información sobre la solución del problema.
- Información para prevenir complicaciones.
- Ayuda para rehabilitarse en lo posible.
- Aumento de cobertura asistencial.

La teoría que las sostiene es que toda conducta se aprende y que está condicionada por el ambiente en el cual se desarrolla. En lo que respecta al funcionamiento vésicoesfinteriano, el concepto de aprendizaje de la continencia en la infancia es evidente: al mismo tiempo que se desarrolla el funcionamiento neurológico y psicomotor, el niño aprende a socializar su vejiga y a seguir las normas comúnmente admitidas por la sociedad en la que vive.

Este condicionamiento precoz puede desaprenderse en la edad avanzada y por otra parte, cuanto mayor es la persona más fragilizados están los mecanismos de continencia, y más importante será mantener a la persona en sus esquemas habituales de micción para conservar la continencia. Por lo tanto, la reeducación conductista debe hacerse lo más cerca posible de los esquemas psicomotores de la persona y de su entorno habitual.

Son tres las técnicas más utilizadas:

- Bladder training o reprogramación miccional. Se caracteriza por la instrucción al paciente acerca del origen de sus trastornos, luego por micciones impuestas fuera de los deseos, a ritmos fijos progresivamente crecientes (desde 60 minutos a 4 horas). No se hace entrenamiento nocturno. Se recomienda al paciente resistir

en situaciones de urgencia sin orinar, y a orinar a hora fija aun cuando no sienta deseos. Este tipo de reeducación se emplea sobre todo en personas sin deficiencia funcional ni cognoscitiva.

- Habit retraining. Es una reprogramación personalizada: a un primer tiempo, los horarios se copian de los hábitos miccionales de la persona, intentándose después un ajuste con intervalos intermiccionales más amplios o más cortos.
- Timed voiding. La micción a horas fijas impuestas (timed voiding) o el pedido regular, acompañando a la persona durante la micción, solamente si el deseo es manifestado (prompted voiding), son dos terapias conductistas destinadas particularmente a personas físicamente y, sobre todo, psíquicamente disminuidas, generalmente alojadas en instituciones, que requieren el contacto frecuente del personal sanitario con el paciente.

Las teorías conductistas consideran ante todo el individuo en su ambiente, debiéndose facilitar al máximo el domicilio del mismo: trabajando sobre las capacidades reales de las personas, mejorando lo más posible los componentes externos a la persona (iluminación de retretes, bancos de apoyo, elevadores...). Para que estas técnicas tengan éxito es necesario que no exista trastorno mayor del comportamiento, estado de postración crónica y por supuesto que no haya retención.

Fisioterapia perineal

La incontinencia de las personas ancianas es más a menudo mixta que pura, con asociación de insuficiencia esfinteriana y diversos grados de inestabilidad y, con frecuencia, un componente funcional, ambiental o psicológico añadido.

Cuanto más avanzada es la edad, más global y pluridisciplinaria debe ser la reeducación, con participación de todos los recursos de las diferentes técnicas posibles.

La edad en sí no es un criterio de elección o exclusión, pero está claro que la integridad de las funciones cognoscitivas es discriminatoria. Cualquier sesión con un anciano incluye explicaciones reiteradas, la presencia constante del terapeuta, con paciencia y comprensión de las circunstancias psicológicas, miedos, tabúes y otras implicaciones. La cantidad de sesiones, su ritmo, duración y protocolo no son diferentes a las del adulto a lo sumo hay que tener en cuenta la mayor fatiga muscular y emocional de la persona anciana. Es frecuente que la mujer de edad tenga atrofia vaginal anestrogénica, que puede hacer que el uso de sondas vaginales provoque dolor: es preferible comenzar la reeducación tras algunas semanas de aplicación local de estrógenos.

La fisiología perineal o terapia física del suelo pélvico, es conocida desde que, en los años 50, un ginecólogo llamado Kegel diseñara los primeros programas de ejercicios específicos para restaurar la fuerza de la musculatura perineal. Sin embargo, hoy día, la fisioterapia perineal, gracias al soporte tecnológico y al diseño de técnicas modernas de potenciación muscular, abarca no sólo las problemáticas de la esfera urogenital femenina sino también la masculina, en un amplio abanico de edades que va desde la infancia hasta la tercera edad:

- Trastornos sexuales.
- Disfunciones urológicas: incontinencia urinaria de esfuerzo, de urgencia, mixta.
- Prolapso genital, recuperación gestante, secuelas de cicatrices dolorosas (episiotomía).
- Incontinencia fecal, estreñimiento terminal.
- Recuperación postcirugía vaginal.

La terapia física englobará los elementos que a continuación vamos a mencionar, pudiendo utilizarse todos ellos a la vez, varios combinados o sólo uno, en función de cada patología y de las características de cada paciente.

Fase de información:

Se explicará al paciente por qué se le ha prescrito una rehabilitación para su dolencia y qué se espera obtener de dicha reeducación. Es importante comunicar al paciente que la realización de un tratamiento fisioterapéutico no excluye otras posibilidades terapéuticas, si fuesen necesarias, se le informará de los distintos elementos que componen el tratamiento, y con la ayuda de láminas o diapositivas aclarar qué es el periné.

Ejercicios del suelo pélvico (pueden realizarse en el gimnasio, bajo la supervisión del fisioterapeuta, o en casa, siendo el paciente el que los lleva a cabo después de haber recibido las correspondientes instrucciones verbalmente y por escrito).

Ejercicios perineales activos-asistidos (digitalmente): se realizan con el paciente en decúbito supino piernas en flexión y doble abducción. Se le pide al paciente que coloque cada una de sus manos en aquel o aquellos grupos musculares parásitos; así por ejemplo, puede poner una mano en la parte baja del abdomen y la otra en la cara interna del muslo, en los aductores. De esta forma, cuando el paciente nota que se tensa la zona donde tiene la mano, debe inhibir o relajar esa tensión. El terapeuta con su mano, lleva a cabo el control vaginal o anal. En esta posición se hacen series de 10 contracciones cada una, pudiendo alternar una serie de contracciones lentas (6 segundos de trabajo, 12 segundos de descanso) con una serie

de contracciones rápidas (2 segundos de trabajo, 4 segundos de descanso). La duración total de la sesión puede alcanzar los 30 minutos. Las primeras sesiones son más cortas ya que a músculos poco entrenados y muy débiles aparece enseguida la fatiga y el temblor de piernas. Se realizan de 2 a 3 sesiones semanales.

Cuando el fisioterapeuta apenas percibe un ligero aumento de tono al solicitar la contracción perineal, cuenta con tres técnicas para facilitar el reclutamiento muscular y la percepción de dicha contracción por parte del paciente:

- Técnica del stretch relex: Con los dedos en la posición de tacto vaginal, paralelos, separados y con las dos falanges distales flexionadas, el terapeuta lleva a cabo una depresión o estiramiento de la pared posterior de la vagina y sus músculos al máximo de su recorrido. En este punto el fisioterapeuta realiza una sacudida breve de su mano que provoca una contracción releja del periné. Se pide a la paciente que cuando note esa contracción releja, se sume a ella tratando de tensar voluntariamente esos mismos músculos.
- Técnica de puesta a tensión de los elevadores del ano: Igual a la anterior.
- Técnica de Kabat: La micción está asociada a un patrón de flexión de la parte baja del tronco y de las extremidades inferiores. Por lo tanto, el patrón facilitador será una combinación de extensión, aducción y rotación externa.

Ejercicios activos contra resistencia manual:

- Ejercicios isométricos: Igual que en la técnica de puesta en tensión de los elevadores, pero al solicitar a la paciente que contraiga, los dedos del terapeuta ejercen una resistencia que permite el aumento de tono pero impide el desplazamiento muscular. Los ejercicios isométricos desarrollan la fuerza muscular rápidamente pero con escaso aumento de volumen.
- Ejercicios isotónicos: Igual que la anterior pero la resistencia opuesta a la contracción es menor y flexible, con lo que el desplazamiento muscular se produce en todo su recorrido, con el mismo nivel de resistencia de principio a fin. Con este ejercicio la fuerza se desarrolla más lentamente pero perdura más en el tiempo y se obtiene mayor grado de hipertrofia.

Ejercicios perineales activo-asistidos instrumentalmente:

Esta es la segunda fase, una vez que existe un control perineal adecuado, sin participación de ningún otro grupo muscular y con un mínimo de fuerza. En esta etapa, a diferencia de la anterior que sólo permite el trabajo en decúbito supino, nos ofrece la posibilidad de trabajar en cualquier posición. La posición de trabajo se establece en función de la incidencia que queramos que tenga la fuerza de gravedad; cuanto más a favor de la misma, menor grado de dificultad tiene el

ejercicio.

La progresión normal sería:

- Cuadrapedia.
- Decúbito supino.
- Sedestación.
- Bipedestación.
- De cuclillas con las piernas separadas.

La principal técnica para realizar los ejercicios con control instrumental es el biofeedback o con dispositivos intravaginales.

Biofeedback

Es un sistema de retroalimentación que capta información de un proceso fisiológico que sucede normalmente de forma inconsciente para el individuo; dicha información es amplificada y devuelta en forma de señal visual o sonora para que pueda ser captada por el paciente. La señal puede ser cuantificada, por lo que se instruye al paciente para que la altere, bien incrementándola bien disminuyéndola, en función del objetivo que se persiga. Los ejercicios con esta técnica son la base para una potenciación muscular correcta que permita posteriormente trabajar en casa sin necesidad de un control instrumental que indique si se hace bien o mal el ejercicio. Existen varios tipos de biofeedback: video, EMG, manométrico, térmico...

La duración de cada sesión es variable, pero por regla general oscila entre 15-20 minutos. Los ejercicios perineales mediante biofeedback pueden tener dos objetivos:

- Biofeedback positivo: Busca mejorar la fuerza, resistencia, elasticidad y velocidad del periné. Se pide al paciente que practique contracciones perineales estables y aisladas de cualquier otra manifestación muscular.
- Biofeedback negativo: Busca el relajamiento muscular cuando el problema a tratar es la hipertonía perineal.

Dispositivos intravaginales

Bien los tubos de Pyrex o los conos vaginales el objetivo a conseguir es el reforzamiento máximo de los músculos del suelo pélvico. En el caso de los conos el aprendizaje es fácil y el protocolo simple: colocación de pesos crecientes alrededor de 15 minutos 2 veces por día; hay varios tipos de conos de 10 a 90 gramos.

Electroestimulación

Es una técnica bien conocida que se emplea fuera del periné por sus tres efectos: antiálgico, trófico y de fortalecimiento muscular. La electroestimulación responde a las dos indicaciones del conjunto de la reeducación perineal: la insuficiencia esfinteriana, para la cual se busca la activación muscular, y la inestabilidad vesical, en las que se trata de inhibir las contracciones del detrusor.

Ejercicios corporales globales

Se incluyen en este apartado todos aquellos ejercicios complementarios en un entrenamiento perineal. En función de las características y necesidad de cada caso, pueden ser:

- Ejercicios respiratorios.
- Ejercicios flexibilizantes de columna lumbar.
- Estiramientos.

Masoterapia:

El masaje de los músculos del cuello pélvico se emplea para mejorar la elasticidad, ablandar posibles induraciones, evitar las adherencias cicatriciales y mejorar la vascularización local.

Relajación:

Elemento muy útil en aquellos procesos que requieren además del enfoque perineo-esfinteriano una terapia comportamental. Las técnicas de relajación utilizadas son las clásicas de Jacobson o Schultz. Evidentemente para realizarlas se requiere la plena participación del paciente, por tanto en el anciano no siempre es posible ponerla en práctica.

Otros tratamientos:

- Medicamentos.
- Cirugía.
- Sonda urinaria.

Teniendo en cuenta las medidas coadyuvantes tales como un buen equilibrio hídrico, la dieta y uso de laxantes y su entorno.

5 Discusión-Conclusión

En el organismo de los mayores se producen una serie de cambios hacia el deterioro. Se pierde agilidad física, rapidez, aparecen poco a poco durante este proceso, normal dentro de la última etapa de la vida, cambios y fallos, de cada sentido y cada aparato de nuestro cuerpo. Este proceso es individual, por ello cada individuo envejece de forma personal y las alteraciones que en él se dan no son las mismas que en los otros, así unos tendrán problemas de visión por cataratas, otros artrosis por transformaciones en sus articulaciones, problemas en el corazón, en los pulmones, en el oído, etc. Dentro de este cuadro de envejecimiento el aparato urinario sufre también sus consecuencias.

Las causas más frecuentes de incontinencia en la tercera edad son:

- La relajación del suelo pélvico que facilita la presentación de incontinencia urinaria genuina de esfuerzo en la mujer.
- La pérdida del control voluntario sobre la micción por envejecimiento y alteración del sistema nervioso. La persona percibe que va a orinar pero no lo puede impedir.
- En los hombres es frecuente que se produzca el crecimiento de la próstata, que al aumentar su volumen la comprimirá dificultando la micción. Puede ocurrir que la vejiga no tenga fuerza para vaciar su orina a través de una uretra comprimida por la próstata, en este caso se distenderá al máximo, la orina que le sigue llegando y que no cabe producirá un escape gota a gota. Este tipo de incontinencia recibe el nombre de incontinencia por rebosamiento.

6 Bibliografía

- Bates CP. Continence and incontinence. Ann R. Col. Surg. Angla. 1971: 49; 18.
- Courier, a. Et Cols. Le planchar pelvi en. Exploraciones Fonctionnelles et réadaptation. Ed. Vigot. 1991. 2ª parte, Cap. 1: 91- 101.
- Grosshans C., Peter B. Reeducción de la incontinencia urinaria en el anciano. Enciclopedia Médico Quirúrgica de Kinesiterapia y Reeducción funcional. 26-590-A-20. 1997
- Martínez Agullo E, Conejero Sugranes J. Información, soluciones y consejos prácticos ante la incontinencia urinaria. Edit. Indas. Madrid, 1994.
- Pena Outeriño JM., León Dueñas E., Leal López A. Reeducción vesical. Tratado de reeducción en urogineproctología, Ed. Hollister Ibérica S.A. Madrid. 1998: 237-246.

- Serra Llosa, L. Fisioterapia Perineal. Tratado de reeducación en uroginoproctología. Ed. Hollister Ibérica S.A. Madrid. 1998: 263-242.
- Castiñeiras J. Aplicación de las mallas protésicas sintéticas de diseño propio en el prolapso vesical y en la incontinencia urinaria de esfuerzo. Universidad de Sevilla. 2014.
- Naranjo C. Incontinencia urinaria femenina. Editorial académica española. 2013.

Capítulo 336

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO SEGÚN TÉCNICA QUIRÚRGICA EN AUTOINJERTO PARA RECONSTRUCCIÓN DE LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR

SARA ESCUER LORENZO

JESSICA BUENO FERNANDEZ

1 Introducción

El ligamento cruzado anterior (en adelante: LCA), está formado por dos haces, uno es anterior y medial y otro posterior y lateral. Se proyecta desde el cóndilo femoral lateral hacia la parte anterior de la tibia. Su función es dar estabilidad a la rodilla y para ello evita el desplazamiento anterior de la tibia sobre el fémur. Es frecuente su rotura total o parcial en el deporte al realizar una postura forzada en varo , valgo, extensión forzada o rotación de la rodilla.

En las roturas completas del LCA que son las que nos ocupan en esta revisión y sobretodo en pacientes jóvenes no suele haber duda de que deben ser intervenidos quirúrgicamente. Cuando se realiza un auto-injerto, hoy en día existen dos técnicas bien diferenciadas y conocidas: la técnica quirúrgica hueso-tendón-hueso y la técnica de los isquiotibiales.

En la técnica hueso tendón hueso se toma la parte central del tendón rotuliano

con un ancho aproximado de 10 mm y con la técnica de los isquiotibiales se toma un trozo del músculo semitendinoso.

2 Objetivos

Valorar que tipo de tratamiento fisioterápico y qué tener en cuenta como fisioterapia para la total recuperación e incorporación a la vida diaria y sobretodo deportiva según la técnica quirúrgica utilizada.

3 Metodología

Se han tomado y estudiado dos grupos de personas operadas con diferente técnica a las que se ha realizado el mismo tratamiento fisioterápico consistente en : medidas antiinflamatorias y antiálgicas mediante electroterapia, isométricos las dos primeras semanas y poco a poco isotónicos sin resistencia y mas adelante incrementando la misma. Ejercicios de propiocepción según tolerancia que se irán dificultando según evolución del paciente y alrededor de la 12 semana postcirugía se incluye el trote, sentadillas bi y monopodales , bicicleta , saltos y cambios de dirección a diferente velocidad.

4 Resultados

Un tratamiento fisioterápico completo y precoz en principio y si la cirugía ha ido bien, hace que el paciente activo se incorpore a su vida normal alrededor de los 4 meses postcirugía y al deporte hacia los 6 meses, teniendo en cuenta diferentes factores como puede ser el tipo de deporte y siempre hablando aproximadamente.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante tener en cuenta desde el principio el tipo de cirugía que se le ha realizado al paciente ya que con la técnica hueso tendón hueso se altera el aparato extensor (cuádriceps) , por lo que deberíamos de centrarnos y vigilar muy de cerca tal músculo. La cicatriz es mayor en esta cirugía por lo que puede provocar restricciones en la flexión de rodilla, así que es importante un trabajo de flexibilización de la misma.

En la técnica del semitendinoso se altera la biomecánica de los isquiotibiales, un músculo bi articular que ya de por sí, es susceptible a roturas en deporte como el fútbol por ejemplo. Atenderemos por ello a su flexibilización y potenciación controlada para evitar roturas musculares del mismo durante la práctica de actividad. Será importante centrarse en esta musculatura , flexibilizarla lo máximo posible para evitar indeseables lesiones.

En ambas técnicas es muy importante el trabajo de la musculatura isquiotibial, ya que ayuda al ligamento cruzado anterior a estabilizar la rodilla y así protegeremos la plastia. Toda la musculatura que se inserta en la rodilla debe potenciarse, para que así haga un efecto de rodillera fisiológica.

6 Bibliografía

- Aglietti P, Buzzi R, Zaccherotti G, De Biase P. Patellar tendon versus doubled semitendinosus and gracilis tendons for anterior cruciate ligament reconstruction. Am J Sports Med 1994; 22(2): 211-7; discussion 217-8. Medline
- Aglietti P, Buzzi R, Andria S, Zaccherotti G. Patellofemoral problems after intraarticular anterior cruciate ligament reconstruction. Clin Orthoepy 1993; 288:195-204. Health Star
- Sveinbjörn Brands son E, Faxén Bengt I, Eriksson Peter K. Closing patellar tendon defects after anterior cruciate ligament reconstruction: absence of any benefit. Knee Surg Sports Traumatol Arthroscopy 1998; 6 (2): 82-7.
- Gentleman MH, Friedman MJ. Revision anterior cruciate ligament reconstruction surgery. J Am Acad Orthop Surg 1999; 7(3): 189-98. Ligercat
- Lysholm J, Gill Quist J. Evaluation of knee ligament surgery results with special emphasis on use of a scoring scale. Am J Sport Med 1982; 10: 150-4.
- Finsterbush A. Secondary damage to the knee after isolated injury of the anterior cruciate ligament. Am J Sports Med 1990; 18:475-9. Pubmed

Capítulo 337

ENFERMEDADES RARAS Y DISCAPACIDAD: ASPECTOS SOCIALES.

ÁNGELA FERNÁNDEZ IGLESIAS

CARMEN PÉREZ FONSECA

1 Introducción

El término enfermedades raras (EE.RR), se acuña por primera vez en Estados Unidos en los años 80. Rápidamente este término se extiende a otros países como Australia y Japón. A Europa llega de forma oficial en el año 1999, con la promulgación del Plan de Acción de Enfermedades poco Comunes de la Comunidad Europea (Programa de acción comunitaria sobre las enfermedades poco comunes 1999-2003. Decisión n 1295/99/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril de 1999. DOL 155 de 22.6.199,p.1). Todos estos países agrupan bajo el concepto de ER las enfermedades de baja prevalencia, utilizando en cada uno de ellos una definición de prevalencia distinta. Mientras que en los EE.UU se utiliza la cifra de 7,5 casos por cada 10.000 habitantes, en Europa 5 casos por cada 10.000 habitantes y en Japón 4 casos por cada 10.000 habitantes.

La Unión Europea también incluye en esta definición las condiciones raras (evolución clínica especial o fenotipo diferente) de enfermedades frecuentes y añade un aspecto no ligado a la cifra de prevalencia consistente en que tanto si es una enfermedad como una condición, debe tener un alto impacto en la mortalidad y/o generar deficiencias funcionales importantes (M. Posada 2008).

Bajo el término de EERR se incluyen de forma mayoritaria las enfermedades de origen genético, y dada la aparición de nuevos hallazgos y variantes genéticas, no es extraño que se hable de cifras de entre 5.000 y 7.000 enfermedades diferentes (FEDER). Aunque muy diferentes entre sí en cuanto a la sintomatología que presenta cada una de ellas, comparten características comunes como la afectación de varios órganos vitales, su inicio en la edad infantil y un alto índice de mortalidad y morbilidad, un elevado grado de discapacidad y dependencia, cronicidad y complejidad diagnóstica (Lugones y Ramírez, 2012), que permiten la consideración de los afectados como un colectivo con necesidades sociales y sanitarias específicas (estudio ENSERIo 2009).

Por otro lado, y a pesar de las características comunes, las EERR individualmente presentan características muy dispares y una gran diversidad de manifestaciones que pueden producir discapacidades de todo tipo. La repercusión social y sanitaria que producen estas enfermedades afecta a todos los ámbitos de la vida de estos pacientes y sus familias. Se extienden a su red social-familiar por la gran necesidad de ayuda que precisan y por otro lado la carga socio-sanitaria que representan.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Identificar y describir el impacto del diagnóstico de una enfermedad rara en el ámbito familiar y social.

Objetivos específicos:

Para la consecución del objetivo principal del presente estudio se definen los siguientes objetivos específicos, dirigidos a la revisión del impacto de las enfermedades raras en diferentes dimensiones tales como:

- Diagnóstico.
- Grado de discapacidad y dependencia.
- Atención sanitaria.
- Impacto en la vida diaria.
- Situación educativa.

3 Metodología

Para la realización de este estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos (MEDLINE, PubMed, Biblioteca Cochrane plus, SciELO Analytics, Dialnet), utilizando los descriptores: enfermedades raras, impacto social, carga sociosanitaria, discapacidad, calidad de vida y dependencia.

Además para completar el estudio se realizó una búsqueda de literatura gris donde se recuperaron artículos, documentos y tesis que fueron analizados y se incluyeron en el presente estudio. Así mismo se ha recurrido a la consulta de portales web oficiales de instituciones (FEDER, Orphanet, Daño cerebral).

4 Resultados

En el estudio se revisaron diferentes dimensiones dentro de las enfermedades raras que a continuación pasamos a describir.

- El diagnóstico en las enfermedades raras.

El proceso de diagnóstico de una ER se caracteriza, entre otras cuestiones, por un largo periodo de espera entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico definitivo. Durante este periodo se produce un impacto emocional en el que es muy habitual que aparezcan sensaciones de incertidumbre, impotencia, angustia y temor, tanto en la persona afectada como en sus familiares. Sentimientos de incertidumbre debidos a la falta de información y conocimiento acerca de este tipo de enfermedades, así como de recursos de apoyo específicos. Y de impotencia ante la imposibilidad de hacer nada al respecto (Salinas y otros, 2012). El estudio sobre situación de necesidades Sociosanitarias de las Personas con Enfermedades Raras en España (ENSERIo 2017) muestra que el promedio de tiempo estimado que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas hasta la consecución del diagnóstico es de 5 años. En 1 de cada 5 casos (el 18,65 %) transcurren 10 años o más hasta lograr el diagnóstico adecuado, y un porcentaje similar (el 18,08%) entre 4 y 9 años. El retraso en el diagnóstico tiene diversas consecuencias. La más frecuente es no recibir ningún apoyo ni tratamiento (40,9 %).

Por otra parte, el 39,78 % tuvieron un diagnóstico antes del primer año de vida (incluido el 1,84% que tuvo un diagnóstico prenatal). A pesar de las mejoras en los procedimientos y medios puestos al servicio del diagnóstico prenatal, parece que los problemas que conlleva detectar y diagnosticar algunas o muchas EERR dificultan que mejore esta situación.

En cuanto a las causas del retraso o demora en el diagnóstico, la principal (en un 72% de los casos) es el desconocimiento de la enfermedad. Otras causas son las administrativas (6,77%), la evaluación económica en el hospital (3,19 %), y muy residualmente, la evaluación económica en la Comunidad autónoma (1,92 %). La situación de retraso del diagnóstico tiene graves consecuencias sobre el curso de la propia enfermedad a nivel fisiológico, pero también influye sobre la situación psicológica y emocional del paciente.

- Grado de discapacidad y dependencia.

Discapacidad:

Según la OMS y la CIDDM “La discapacidad es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, género...). Estas pueden ser: de conducta, de la comunicación, del cuidado personal, locomotoras y de destreza”.

Las EERR se acompañan de un elevado porcentaje de discapacidad. A menudo coexisten varias discapacidades, lo que acarrea múltiples consecuencias funcionales (la denominada multidiscapacidad o pluridiscapacidad). Estas discapacidades refuerzan la sensación de aislamiento y pueden ser una fuente de discriminación y reducir o destruir oportunidades educativas, profesionales o sociales. Según el estudio ENSERIo 2017 “el 84,68 % de los pacientes con ER tienen algún tipo de discapacidad. De ellas, casi la mitad (el 48,99 %) tiene una discapacidad física, el 13,72 % intelectual; el 10,50 % visual y el 3,76 % auditiva”.

Respecto al grado de discapacidad reconocido, el 35,80 % asegura que no están satisfechos, normalmente debido porque consideran que no se les hizo una valoración adecuada por falta de conocimiento acerca de la enfermedad.

Por lo general, necesitan apoyos para desarrollar actividades básicas y avanzadas de la vida diaria, principalmente en su vida doméstica, desplazamientos o movilidad. Sólo 1 de cada 10 no necesitaría ningún tipo de apoyo. Lo más habitual es que los apoyos que se requieran sean dispensados por los propios familiares residentes en el hogar, principalmente los padres, hermanos, esposos o abuelos. Un 41 % de los casos han perdido oportunidades laborales. En un 37 % se ha tenido que reducir la jornada laboral y en un 37 % se han perdido oportunidades de formación.

Dependencia.

Según la Ley 39/2006, del 14 de diciembre, la autonomía personal es la “capaci-

dad de controlar, adoptar y tomar por propia iniciativa decisiones personales, así como desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”, y la dependencia el “Estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”. El Consejo de Europa define la situación de dependencia como la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana, o de forma más específica y amplia como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica e intelectual, tienen necesidad de asistencia o ayudas importante a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria, y de forma particular, los referentes al cuidado personal. El estudio ENSERio 2017 concluye que el 25,44% de pacientes ya dispone de la valoración de su grado de dependencia, mientras que el 22,34% lo ha solicitado, pero está en proceso de tramitación. Finalmente, el 42,51% no lo ha solicitado, pero tiene intención de hacerlo.

El 62,41% están de acuerdo con la valoración obtenida, mientras que el 27,95% está en desacuerdo con ella. Respecto al tiempo transcurrido desde la solicitud de la valoración hasta la llegada de esta, en el 29,48% tardó menos de 6 meses; el 44,47% entre 6 y 12 meses; y el 26,04% tardó más de 12 meses. Y, finalmente, el tiempo que transcurrió entre la concesión y la llegada de la ayuda, el 47,25%, (casi la mitad de los solicitantes) tardó más de un año en recibir la ayuda.

En general los servicios de dependencia no cubren las necesidades del paciente o ni siquiera se reciben, aunque los necesiten. Así, se cubren satisfactoriamente por debajo del 10% de las personas que responden servicios como el de prevención de las situaciones de dependencia, prestación económica de asistencia personal, cuidado a largo plazo, cuidado de relevo, cuidado en días festivos o adaptación del hogar. Los mejor cubiertos son las consultas médicas, las ayudas para las adaptaciones de la escuela y del transporte, y la devolución de impuestos. El resto de los servicios se cubren satisfactoriamente por debajo del 20%. Comparativamente se ha reducido el grado de conformidad con la valoración de Dependencia ya que en 2009 fue el 73,64 % el número de personas que se mostró de acuerdo con la valoración y sin embargo en 2017 tan solo el 62,41 % de las personas se mostraron de acuerdo con la valoración obtenida.

- Atención sanitaria.

El 40,42 % de los pacientes no se sienten satisfechos con la atención sanitaria que reciben por motivo de su enfermedad. En concreto el 50,14 % perciben que el abordaje multidisciplinar de las ER es bastante malo o muy malo y un cuarto (el 26,06) cree que es bueno o muy bueno (ENSERIo 2017). Para más del 40 % de las personas las razones es que reciben un tratamiento que consideran inadecuado o bien no disponen del tratamiento que necesitan. El 72 % considera que alguna vez ha sido tratado de un modo inadecuado por algún profesional sanitario principalmente por falta de conocimientos sobre la enfermedad (56%). La carga económica y social que producen las EERR hace difícil su abordaje por parte del sistema sanitario. Además, la investigación y el desarrollo de medicamentos no generan interés en la industria farmacéutica por la escasa rentabilidad que produce (Chaves 2011).

Estas enfermedades precisan atención a las complicaciones que puedan surgir y que se añaden a las necesidades de cuidado de sus síntomas y rehabilitación habituales (Posada 2008). Pero el sistema sanitario no está diseñado para realizar un tratamiento adecuado a estos pacientes. Los profesionales sanitarios tienen cierta resistencia hacia estos pacientes debido a la complejidad del cuadro clínico (FEDER 2009) lo que se traduce en escasa información, poca sensibilidad hacia el paciente y su familia, falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, ausencia de protocolos y una inadecuada interacción médico paciente. Se requiere una mayor preparación para el tratamiento y seguimiento de estos pacientes, así como una adecuada coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en el proceso. La coordinación entre los distintos servicios sanitarios (atención primaria, especializada, hospitales, etc.) la percibe como bastante mala o muy mala el 59,14%, al tiempo que casi un tercio (el 29,41%) cree que es buena o muy buena (ENSERIo, 2017).

- Impacto en la vida diaria.

Las enfermedades raras tienen un grave impacto en la vida diaria de más del 80% de pacientes y familias. El tiempo empleado en la coordinación de la atención y en el cuidado de los pacientes con enfermedades raras y familias es considerable. El 62 % de los cuidadores emplean más de dos horas al día en tareas relacionadas con la enfermedad mientras que casi un tercio emplean más de 6 horas en el cuidado de un paciente. Al menos el 64 % de los cuidadores son mujeres (EURODIS, 2017). La enfermedad de un hijo altera las relaciones sociales de la familia. El aumento de tiempo de dedicación al hijo enfermo hace que disminuya el tiempo de aten-

ción hacia el resto del grupo familiar (Moreno y otros, 2008; FEDER 2009).

Principalmente se describen problemas en la relación de pareja, disminución del cuidado y la atención hacia el resto de los hermanos así como sobreprotección hacia el enfermo. La enfermedad produce una serie de consecuencias que alteran la comunicación entre sus componentes, producen alteraciones emocionales y, en ocasiones, no se comunica el diagnóstico por temor a ser rechazado y provoca que se pueda perder el contacto con otras personas relevantes del entorno como familiares y amigos (Chaves 2011) y también por la falta de tiempo para mantener dichas relaciones puesto que en ocasiones este cuidado es casi continuo.

Además del ámbito personal y familiar, las EERR implican también consecuencias en el ámbito social, en las relaciones con los otros miembros de la comunidad, que influyen en la calidad de vida de las personas con estas enfermedades. De ahí la importancia que tiene para las personas con EERR encontrar otras personas con la misma enfermedad, con las que compartir experiencias, conocimientos, sentimientos y expectativas.

En este sentido, las familias suelen buscar apoyo en otros padres en su misma situación y con sus mismos problemas, por lo que recurren a asociaciones que les proporcionan información sobre muchos aspectos de la enfermedad y en ocasiones les ofrecen grupos de padres y ayuda psicológica. Las fundaciones y asociaciones interpretan un papel fundamental porque pueden ayudar a estas personas y sus familias a adquirir conocimientos muy útiles, así como una perspectiva más positiva y sosegada para afrontar la enfermedad y sus síntomas o dotarles de ámbitos de “respiro” que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes y de las personas de su entorno más próximo. Además, estas entidades, y el movimiento social que suponen, son el motor fundamental de los cambios sociales que van produciéndose conforme van afrontándose las dificultades que implican estas enfermedades.

- Situación educativa.

Las enfermedades raras pueden afectar al área lingüística, sensorial, cognitiva o motriz y condicionar por lo tanto la escolarización y los aprendizajes de las personas con EERR. El sistema educativo actual tiene por objetivo la atención de todos los alumnos en las condiciones de mayor integración posible, pero sin olvidar que para determinados alumnos la atención educativa de mayor calidad requiere unas condiciones especiales que no siempre están disponibles en los centros ordinarios. Respecto a la escolarización del alumno que presenta necesi-

dades educativas especiales, como lo son numerosos menores con enfermedades raras, ésta se regirá por los principios de normalización e inclusión y asegurará su no discriminación y la igualdad efectiva en el acceso y la permanencia en el sistema educativo, pudiendo introducirse medidas de flexibilización de las distintas etapas educativas cuando se considere necesario. La escolarización de este alumnado en unidades o centros de educación especial, que podrá extenderse hasta los veintiún años sólo se llevará a cabo cuando sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios.

Respecto a la modalidad de escolarización, un 44,02% de las personas que se encuentran en edad escolar estudia en un centro ordinario, y un 31,20% estudia en un centro ordinario con apoyo, frente a un 12,82% que realiza su formación en un centro de educación especial. Un 5,13% estudia en un centro ordinario con aula específica y, exactamente el mismo porcentaje, lo hace en un centro ordinario preferente. Finalmente, un 1,71% realiza su formación en un centro de escolarización combinada. Respecto a la necesidad de asistencia personal, el 60,3% reconoce no haberla requerido; un 30,22% indica que sí la necesita y se la presta el centro educativo; y únicamente un 9,48% indica que el centro en cuestión no le presta este apoyo. Un 55,77% de las personas dice no necesitar profesionales especializados para el aprendizaje, mientras que un 30% indica que sí que los necesita y que el centro educativo dispone de esta ayuda. Frente a ellos, el 14,23% afirma necesitar apoyo de un profesional especializado, pero que el centro educativo no lo cubre o no dispone de él. Un 56,71%, declara no necesitar recursos técnicos en materia educativa, mientras que un 26,84% dice que sí necesita de estos recursos y es el centro educativo el que se los presta.

Finalmente, un 16,46% necesita de estos recursos y el centro educativo no se los presta (ENSERIO 2017). Existen muchos problemas administrativos que tienen que ver con el desconocimiento que los centros tienen de algunos recursos que podrían utilizarse o por falta de flexibilidad a la hora de aplicar las normas que prevén determinadas situaciones. No obstante, en términos generales, se percibe una evolución hacia la integración educativa.

5 Discusión-Conclusión

El estado de salud de la persona condiciona su relación con el entorno social, y este a su vez influye en el nivel psicológico del paciente y en la forma de dar una respuesta institucional a sus problemas, que en este caso es deficitaria tanto en

recursos como desde el punto de vista del conocimiento de la enfermedad, así como la incompreensión de la sociedad hacia la problemática del paciente (Vivancos 2011).

Las Enfermedades Raras plantean un gran desafío para nuestra sociedad en diferentes ámbitos: sanitario, social y educativo. Un problema social y de salud pública que debe abordarse con programas de atención sociosanitarios, tal y como recomienda la Unión Europea (2007). Las EERR no solo afectan a la persona diagnosticada, sino que produce consecuencias en las personas que le rodean, fundamentalmente en su familia más próxima que asumirá gran parte de su cuidado (Vaquiro & Stiepovich, 2010), pero también repercutirá en el resto de la sociedad que deberá elaborar políticas sociosanitarias, educativas y laborales adecuadas para estas personas (Sánchez-Valverde & García-Fuentes, 2008).

Es importante la integración de los cuidadores informales en el sistema asistencial así como la aportación de ayudas para realizar los cuidados (Rivera 2010) y evitar o minimizar los problemas producidos como consecuencia de este trabajo intensivo en cantidad y calidad para los cuidadores (Puente- Ferreras y otros, 2011): efectos en la salud física y psíquica, así como efectos en su vida social y laboral (Tobío y otros, 2010), fundamentalmente en las mujeres que son las que llevan la responsabilidad en la tarea del cuidado, lo que también ocasionará repercusiones en el propio sistema sanitario.

Es necesario que la adaptación escolar signifique adaptar la escuela al niño, no el niño a la escuela. Los niños afectados por EERR deben tener todos los apoyos necesarios para minimizar las consecuencias que un inadecuado desarrollo educativo pueda tener en su integración social, actual y futura, que tendrá que ver con todas las potencialidades que tiene como ciudadano de pleno derecho. Esto puede conseguirse a través de los modelos de Atención Temprana y favoreciendo “medidas flexibles, ágiles y efectivas” que permitan permanecer en su domicilio cuando sea necesario (Elosegui y otros, 2012) sin desatender su formación.

Existe la necesidad de aumentar la conciencia social y una política pública apropiada. Es necesario que exista un conocimiento de las enfermedades raras. La creación de jornadas, encuentros y cursos facilita la difusión de conocimientos que sensibilicen a la sociedad en general y ayuden a complementar la formación de los profesionales de diferentes áreas (sanitaria, psicológica y educativa).

La adquisición y difusión de conocimiento es la base vital para la identificación de las enfermedades, y lo más importante, para la investigación en nuevos diag-

nósticos y procedimientos terapéuticos.

Considerando que existen entre 5.000 y 7.000 EERR reconocidas, esto supone un problema social y de salud pública de primer orden que debe abordarse con programas de atención sociosanitarias, tal y como recomienda la Unión Europea (Avellaneda y otros, 2007).

El diagnóstico de una ER plantea un cambio radical de la trayectoria vital (Huerta y otros 2012) por la discapacidad que causan estas enfermedades y que afecta a todos los aspectos de la vida cotidiana: físicos, biológicos, laborales, emocionales, sociales y familiares (Salinas y otros, 2012), y que presenta por tanto dificultades para su integración en todos los procesos sociales.

El 84,68 % de las personas con enfermedades raras padecen algún tipo de discapacidad y el 35,80 % no están satisfechos con la valoración por falta de conocimiento a cerca de la enfermedad. Necesitan apoyos para desarrollar las actividades de la vida diaria, y son los familiares residentes en el hogar los que brindan principalmente estas ayudas. En general los servicios de dependencia no cubren las necesidades del paciente.

La atención sociosanitaria influye de manera determinante en la calidad de vida de las personas con EERR. Las enfermedades raras afectan a todas las esferas de la vida y provocan una carga sociosanitaria importante (Puente-Ferreras y otros, 2011) convirtiéndose en un problema de salud pública relevante. Debido a su cronicidad y a la discapacidad precisan medidas permanentes a lo largo de la existencia del afectado y en todas las esferas afectadas.

Se deben cubrir las necesidades del grupo familiar como la importante soledad y aislamiento que afectan a su día a día, prevenir el estigma que perciben como consecuencia de la escasa sensibilidad social relacionada con la falta de conocimientos sobre estas enfermedades (Allué 2004).

El papel de las asociaciones de pacientes es muy importante porque les proporciona apoyo emocional y terapéutico (Huerta y otros, 2012) al compartir experiencias comunes, así como información relevante a cerca de la enfermedad. También realizan acciones e iniciativas para que se mejore la asistencia y se aumente la investigación, EURODIS (European Organization for Rare Diseases) proporciona “apoyo organizativo y estratégico” a las asociaciones de todos los países integrantes (Avellaneda y otros, 2007) por lo que es importante su fortalecimiento y desarrollo.

Las Administraciones Públicas deben conocer las necesidades específicas de los escolares con EERR y dotar con recursos humanos y técnicos adecuados para poder llevar a cabo una educación inclusiva y que haga efectiva la igualdad de oportunidades de aprendizaje. Estos problemas de aprendizaje tendrán consecuencias futuras en la vida adulta puesto que es probable que no puedan integrarse al mundo laboral sino adquieren una preparación adecuada o ésta es insuficiente, lo que aumentará aún más su aislamiento y estigmatización social.

Si bien las EERR presentan múltiples signos y síntomas fisiopatológicos que dificultan la vida de los pacientes, éstos junto con los efectos sociales negativos que provocan se retroalimentan entre sí, agravando los aspectos que sobre la biología y el psiquismo del individuo están presentes.

Por tanto, atender a las necesidades de los pacientes con EERR supone un abordaje integral, como el propuesto por la OMS, atendiendo al individuo como un ser biopsicosocial, como unidad indivisible y que como tal debe ser tratado.

6 Bibliografía

- Allué, X. (2004). "Los problemas psicosociales en las discapacidades infantiles". Mono- grafías de Pediatría (Ejemplar dedicado a las Enfermedades Raras II) 145: 64-74.
- Avellaneda, A., Izquierdo, M., Luengo, G. A., & Ramón, J. R. (2006). "Necesidades de formación en enfermedades raras para atención primaria". Atención Primaria 38 (6): 345- 8.
- Avellaneda, A., Layola, M., Izquierdo, M., Guilera, M., Badía, X., & Ramón, J. R. (2007). "Impacto sociosanitario en pacientes con enfermedades raras (estudio ERES)". Medicina Clínica 129 (17): 646-651.
- Chaves, A. P. (2011). "El problema social y de salud de las Enfermedades Raras: transitan- do de la invisibilidad a la visibilidad". Federación Colombiana de Enfermedades Raras.
- CRE Enfermedades Raras, Burgos. (2010). "Enfermedades raras y medicamentos huérfanos". Burgos: CRE. Recuperado el 8 de Julio de 2016.
- Elosegui, E., Goñi, M. J., & Elizalde, B. (2012). Necesidades sociosanitarias y propuesta de acciones a desarrollar dirigidas a personas con enfermedades raras y sus familias. Guipuzkoa: Departamento de Sanidad y Consumo de Guipuzkoa.
- EURORDIS. European Organization for Rare Disorders. (2005). Enfermedades raras: el conocimiento de esta prioridad de la salud pública. Recuperado el 30 de Agosto de 2016.

- FEDER. (2009). Estudio sobre situación de Necesidades Sociosanitarias de las personas con Enfermedades Raras en España. Estudio ENSERio. (C. M. Social, Ed.)
- Huerta, B., Fernández, B., Gallardo, C., & Hernández, L. (2012). "El rol del trabajador social en la atención de las personas afectadas por enfermedades raras. La enfermedad de Huntington". *Documentos de Trabajo Social* (51): 243-258.
- Lugones, M., & Ramírez, M. (2012). "Enfermedades raras" *Revista Cubana de medicina general integral* 28 (3):340. Recuperado el 5 de Febrero de 2016.
- Moreno, I., Antequera, R., Aires, M. d., Colado, S., & Díaz, S. (2008). "Demanda de apoyo psicosocial en cuidadores de niños con enfermedades de baja prevalencia". *Apuntes de psicología* 26 (2): 349-360.
- Posada, M. (2008). "Las enfermedades raras y su impacto en la gestión de los servicios de salud". *Revista de Administración Sanitaria* 6 (1): 157-78.
- Puente-Ferreras, A., Barahona-Gomariz, M. J., & Fernández-Lozano, M. P. (2011). "Las enfermedades raras: naturaleza, características e intervención biopsicosocial". *Portularia* XI (1): 11-23.
- Rivera, J. (2010). "La problemática social en las enfermedades minoritarias: el caso de la Enfermedad de Huntington". Ponencia presentada en el X Congreso Español de Sociología, editado por Federación Española de Sociología. Navarra: Asociación Navarra de Sociología.
- Salinas, V., Rogero, P., Oña, A. M., & Vergara, M. L. (2012). "Descubriendo el significado de los fenómenos de cronicidad". *Index de Enfermería* 21 (3): 126-130.
- Sánchez-Valverde, F., & García Fuentes, M. (2008). "Enfermedades raras: el reto de la medicina en el siglo XXI". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 31 (Suplemento 2): 5-8.
- Tobío, C., Agulló, M. S., Gómez, M. V., & Martín, M. T. (2010). *El cuidado de las personas. Un reto para el siglo XXI* (Vol. No 28; Colección Estudios Sociales). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Aquiro, S., & Stiepovich, J. (2010). "Cuidado informal, un reto asumido por la mujer". *Ciencia y enfermería* XVI (2): 9-16.
- Vivancos, M. J. (2011). "Situación de los pacientes con enfermedades raras ante la investigación biomédica en España". Recuperado el 21 de Mayo de 2016.

Capítulo 338

FISIOTERAPIA EN LUXACIÓN DE HOMBRO EN JUGADOR DE BALONMANO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

JESSICA BUENO FERNANDEZ

SARA ESCUER LORENZO

1 Introducción

En el ámbito deportivo, sobre todo en los deportes de contacto o en aquellos que implican movimientos amplios o bruscos de hombro, resulta bastante frecuente que se produzcan luxaciones de esta articulación.

La luxación de hombro es la más frecuente de las luxaciones del organismo, con una incidencia de 17 por 100.000 habitantes al año. Esta incidencia está determinada por la gran amplitud articular y las múltiples combinaciones de movimiento que posee el hombro, en donde se pone en juego la estabilidad de la articulación versus el movimiento. En pacientes que practican deporte a nivel competitivo y, más aún, en aquellos en los que se requiere tanta participación por parte de la articulación gleno-humeral, la incidencia aumenta aún más.

En general se considera que el 10% de las lesiones de los deportistas corresponden a lesiones del hombro. De ellas, el 96% corresponden a lesiones traumáticas y 4% a lesiones no traumáticas debido al sobreuso, entre otras causas.

En el balonmano el hombro sufre, en el lanzamiento de pelota, una aceleración brusca acompañada de movimientos que pueden ser luxantes, como la abducción combinada con rotación externa con el miembro superior por encima de la horizontal. Por otra parte, si se bloquea el hombro en contra de toda la inercia del movimiento en un lanzamiento, se genera una desaceleración violenta que puede lesionar el aparato capsulo-ligamentoso. Por todo ello, las luxaciones de esta articulación son las más habituales en la práctica de este deporte.

2 Objetivos

- Demostrar eficacia del tratamiento conservador en luxación anterior de hombro en jugador de balonmano.

3 Caso clínico

Se presenta un caso clínico de un varón, de 25 años de edad, el cual acude a la consulta de Fisioterapia tras sufrir una luxación anterior de hombro derecho, mientras participaba en un partido de la Federación de Balonmano del Principado de Asturias, hace cuatro días. Nos explica que la lesión se produce al realizar un pase a uno de sus compañeros.

Como antecedentes personales, mencionaremos que no es el primer episodio de estas características que sufre el paciente, pues hace dos años se lesiona de la misma forma en otro partido. Desde ese primer episodio hasta hoy, tras el periodo de inmovilización correspondiente, realiza los entrenamientos al mismo nivel que el resto de sus compañeros, refiriendo molestias en el hombro en ciertos gestos de su actividad deportiva.

Tras esta segunda luxación, acude al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias, donde le realizan, entre otras pruebas, radiografías en dos proyecciones para confirmar la sospecha diagnóstica. Posteriormente, intentando demorarse el menor tiempo posible, proceden a reducir dicha luxación mediante la técnica de Kocher. Se le coloca un sling, que le recomiendan mantener durante cuatro semanas, y se le pauta tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios. Asimismo, le recomiendan aplicar hielo en el hombro tres veces al día.

1. EXPLORACIÓN FÍSICA:

Antes de comenzar con la exploración de hombro propiamente dicha, debemos tener en cuenta ciertos puntos:

- Observar la postura del paciente, cómo se mueve y cómo se desviste: en este caso apreciamos la soltura que presenta éste a la hora de retirar el sling. Sin embargo, a la hora de quitarse la camiseta presenta gesto doloroso.
- Mantener al paciente cómodo: necesitamos que esté relajado para hacer una buena evaluación.
- Comparar ambos hombros: realizaremos la exploración en ambos hombros para valorar, entre otras cosas, la laxitud de ambos.

1.1 Inspección estática:

Colocamos al paciente en bipedestación y con los brazos colgando a lo largo del cuerpo (lo valoramos tanto de frente como de espaldas a nosotros). Observamos restos de hematoma en muñón de hombro, así como cierta actitud en elevación y rotación interna que podría corresponderse con postura antiálgica. Se evidencia bastante inflamación en comparación con hombro contralateral.

1.2 Inspección dinámica:

Limitación en los movimientos de hombro, sobre todo rotaciones y gestos por encima de la horizontal. Presencia de dolor considerable en todos ellos.

Al deambular, observamos disminución de balanceo en miembro superior derecho con respecto al izquierdo.

1.3 Palpación:

Encontramos dolor a la palpación tanto en el muñón del hombro como en región cervical y dorsal derecha (sobre todo en fibras superiores y medias de trapecio).

1.4 Pruebas específicas:

- Prueba de Sulcus negativa.
- Prueba de Cajón: anterior positiva y posterior negativa.
- Prueba de Aprehensión: positiva.
- Test de Fuerza (Daniels): se valoran los músculos principales del hombro:

Deltoides anterior, supraespinoso y coracobraquial para flexión: 4.

Dorsal ancho, redondo mayor y deltoides posterior para extensión: 4.

Deltoides medio y supraespinoso para abducción: 3.

Pectoral mayor para aducción: 4.

Infraespinoso y redondo menor para rotación externa: 4.

Subescapular para rotación interna: 4.

2. OBJETIVOS Y TRATAMIENTO

2.1 OBJETIVOS:

2.1.1 Objetivo general:

- Conseguir retomar actividad deportiva en jugador de balonmano tras sufrir luxación anterior de hombro, en 4 semanas, para acabar temporada evitando intervención quirúrgica hasta este momento.

2.1.2 Objetivos específicos:

- Disminuir dolor e inflamación.
- Evitar pérdida de amplitud articular y atrofia muscular.
- Fortalecimiento progresivo musculatura del hombro.
- Reeducación propioceptiva.
- Facilitar retorno actividad deportiva.
- Prevenir recidivas.

2.2 TRATAMIENTO:

Se planificaron 20 sesiones de fisioterapia diarias de Lunes a Viernes a lo largo de 4 semanas.

- Sesiones 1-5: Fase Aguda.
- Sesiones 6-10: Fase Intermedia.
- Sesiones 11-15: Fase de Fortalecimiento.
- Sesiones 16-20: Retorno a la Actividad Deportiva.

2.2.1 Fase 1: aguda.

El objetivo principal de esta fase es disminuir el dolor y la inflamación.

CRIOTERAPIA:

Se indica un plan de crioterapia con equipo motorizado durante 30 minutos, 3 veces al día. La temperatura a nivel de la piel tiene que mantener entre 15 y 18°C.

DRENAJE LINFÁTICO MANUAL:

Debido al proceso inflamatorio con derrame periarticular que presenta el paciente, se realizan sesiones de drenaje linfático manual de 20 minutos de duración en estas 5 primeras sesiones. El orden de ejecución que se sigue es el siguiente:

- Roces suaves desde la mano hasta la axila.
- Dadores alternos en brazo.
- Bombeos cubriendo el deltoides.
- Círculos fijos cubriendo el deltoides.

CINESITERAPIA:

Para evitar la pérdida exagerada de movilidad se inicia un plan de movilización pasiva en rangos protegidos y sin dolor. Esta temprana movilidad mejora la ci-

catrización y estimula a los mecanorreceptores articulares. Es muy importante no elongar la cápsula lesionada. En esta primera fase se realizan 2 sesiones al día de 20 minutos. Los ejercicios de fortalecimiento se practican a través de contracciones isométricas, submáximas y sin dolor para evitar la atrofia muscular. La pauta a seguir es de 3 series de 10 contracciones de flexión, rotación interna y rotación externa de hombro que se llevan a cabo 3 veces al día.

TENS:

Para combatir el dolor utilizamos corrientes eléctricas tipo TENS, en dos sesiones diarias antes y después de la Cinesiterapia. La colocación de los electrodos se realiza en cara anterior y posterior del muñón.

- Duración de la sesión: 20 minutos.
- Frecuencia: 80 Hz.
- Ancho de pulso: 150 mseg.

Para contribuir al fortalecimiento muscular, empleamos electroestimulación con corrientes bifásicas simétricas compensadas en los rotadores externos de hombro.

- Una sesión diaria.
- Duración de la sesión: 20 minutos.
- Frecuencia: 20-30 Hz (fibras lentas)/ 80 Hz (fibras rápidas).
- Ancho de pulso: 300 mseg.
- Trenes de impulso: 5 segundos trabajo/ 10 segundos descanso.

KINESIOTAPE:

Una vez finalizado el trabajo fisioterápico diario, se coloca al paciente un vendaje neuromuscular sobre el músculo deltoides para que lo porte durante el fin de semana.

- Material empleado: dos tiras de tape de 5 cm de ancho.
- Técnica aplicada: "Técnica ligamento y jiggling en "I".
- Tape 1: técnica de ligamento al 50%. Aplicación con centro en articulación acromio-clavicular y anclas anterior y posterior en deltoides.
- Tape 2: técnica de ligamento al 50% y jiggling. Aplicación con centro en mitad del deltoides, en semicircunferencia lateral con técnica jiggling hacia craneal. Las anclas se sitúan sobre las anclas del Tape 1.

2.2.2 Fase 2: Intermedia.

Durante esta fase, el protocolo enfatiza lograr la movilidad articular completa y progresivamente fortalecer el manguito rotador y los estabilizadores escapulares. Antes de que el paciente entre en ella, debe tener una significativa disminución

del dolor y de la inflamación y un adecuado control neuromuscular.

CINESITERAPIA:

- Pasiva y Activo-asistida: Se pauta una sesión diaria de movilización pasiva y activo-asistida de 30 minutos de duración. Se realiza movilización pasiva según tolerancia, con el objetivo de aumentar la movilidad articular. Se avanza hacia un programa de movilización activa asistida evitando compensaciones durante la realización de los ejercicios.
- Isométrica: se realizan ejercicios de fortalecimiento isométrico para todos los músculos del hombro siguiendo el programa de la fase anterior (3 veces al día con 3 series de 10 repeticiones).
- Isotónica: se agregan ejercicios isotónicos en ángulos cortos de movimientos, destinados especialmente a mejorar la fuerza muscular de los rotadores externos. Los ejercicios se inician con 0 grados de abducción para los rotadores externos e internos mediante el uso de bandas elásticas y progresivamente se aumenta el ángulo de abducción. Se añaden ejercicios de fortalecimiento para los músculos escapulares en decúbito ventral y sedestación (ejercicio de remo). Se realizan también 3 veces al día con 3 series de 10 repeticiones.

REEDUCACIÓN PROPIOCEPTIVA:

Otro aspecto a tener en cuenta es la reeducación propioceptiva. La propiocepción es la variación especializada de la modalidad sensorial del tacto que incluye la sensación del movimiento y posición articular.

Con el objetivo de mejorar la contracción de los músculos del manguito rotador y los niveles de propiocepción, se realizan ejercicios de cadena cerrada, que comienzan en el plano escapular. Se realizan en sedestación (pulsiones), con planchas en el suelo, y con pelota sobre la pared en arcos de movimientos muy cortos.

El fortalecimiento de los músculos escapulares mejora la estabilidad proximal y, por lo tanto, permite al paciente mejorar la movilidad del miembro superior en tareas funcionales. Los ejercicios de cadena cerrada deben ser realizados con precaución por la tendencia a utilizar músculos inapropiados.

Esta reeducación propioceptiva se realiza durante 15 minutos 3 veces al día, después de la Cinesiterapia descrita en el apartado anterior.

TENS:

En esta segunda fase del tratamiento, debido a que el paciente ya presenta menos dolor, modificamos los parámetros utilizados para la analgesia, intentando conseguir que ésta tarde más en aparecer, pero que sea más duradera. Asimismo, de esta forma evitamos fenómenos de acomodación.

- Duración de la sesión: 30 minutos.
- Frecuencia: 1-4 Hz.
- Ancho de pulso: 150 mseg.

CRIOTERAPIA:

El frío es empleado, en este momento del tratamiento, tras cada una de las 3 sesiones de fisioterapia que se realizan en el día. Se aplica 15 minutos, pues la inflamación es mucho menor.

KINESIOTAPE:

Continuamos con la aplicación de vendaje neuromuscular a lo largo de esta fase después de la finalización de las sesiones diarias de tratamiento.

2.2.3 Fase 3: Fortalecimiento

El objetivo es mejorar la fuerza, la estabilidad dinámica y el control neuromuscular en los máximos ángulos articulares.

Para pasar a esta fase el paciente debe tener movilidad completa con mínimo dolor, fuerza muscular cercana al 70% en relación al lado sano, resistencia y estabilidad dinámica.

CINESITERAPIA

Es muy importante evitar el estrés o fatiga sobre la cápsula articular lesionada. Por lo tanto, debe entrenarse la resistencia con baja carga y altas repeticiones utilizando bandas elásticas, mancuernas o técnicas de resistencia manual. En este caso empezamos utilizando bandas de resistencia intermedia (color azul thera band) y mancuernas de 2 kg.

El programa de fortalecimiento continúa con ejercicios isotónicos progresivos, que se añaden a los de la fase anterior, aumentando la resistencia en posiciones más funcionales, sobre todo para los rotadores internos y externos. Se incorporan ejercicios para todos los músculos periféricos al hombro, pero que tienen repercusión en el movimiento coordinado. Se realizan 3 series de 10 repeticiones que se llevan a cabo 3 veces al día.

El orden que seguimos a lo largo de la sesión en la realización de los ejercicios de fortalecimiento es el siguiente:

- Ejercicios isométricos submáximos en múltiples ángulos.
- Ejercicios isométricos máximos en múltiples ángulos.
- Ejercicios submáximos de arco corto.
- Ejercicios máximos de arco corto.

- Ejercicios submáximos de máxima movilidad.
- Ejercicios máximos de máxima movilidad.

PROPIOCEPCIÓN:

Desde el punto de vista propioceptivo, añadimos a los ejercicios mencionados en la fase anterior, el trabajo sobre tabla o superficie inestable.

2.2.3 Fase 4: Retorno a la actividad.

El objetivo es que el paciente logre, en forma gradual y progresiva, responder a las demandas funcionales de las actividades diarias y deportivas. Otra meta de esta fase es mantener la fuerza y resistencia muscular, la estabilidad dinámica y el control neuromuscular en posiciones extremas. Para pasar a esta fase el paciente debe tener movilidad articular completa, sin dolor, adecuada estabilidad estática y dinámica y un examen clínico funcional satisfactorio. El programa continúa con fortalecimiento extremo en distintos ángulos articulares, ejercicios pliométricos y reeducación propioceptiva en ángulos articulares máximos.

Usamos, para los ejercicios de fases anteriores, bandas elásticas de resistencia máxima (thera band gris) o mancuernas de mayor peso (4-5 kg). Utilizamos también balones medicinales arrojándolos a una cama elástica.

También se realizan ejercicios sobre superficies inestables (tablas de propiocepción) con apoyo exclusivo en miembro derecho y como máxima complicación, con el miembro superior a 90 grados de abducción y 90 grados de rotación externa.

4 Resultados

El paciente mejoró su clínica y su capacidad funcional, lo que le permitió reincorporarse a los entrenamientos con sus compañeros y volver a la competición.

Estos resultados satisfactorios se ven reflejados al repetir ciertas pruebas de exploración como el balance muscular, que es de 5 en los principales músculos del hombro tras el tratamiento aplicado, la ausencia de dolor en los movimientos completos de dicha articulación o el resultado negativo al repetir el “Test del cajón anterior”.

Se trataron la inflamación y el dolor con crioterapia, corrientes analgésicas y DLM en las primeras sesiones. La amplitud articular completa y el fortalecimiento muscular se consiguieron mediante electroestimulación, ejercicios isométricos e isotónicos y ejercicios de readaptación deportiva en la última fase.

Y la estabilidad y protección del hombro corrieron a cargo de ejercicios de propiocepción y vendaje neuromuscular para evitar nuevos episodios de luxación.

5 Discusión-Conclusión

La evolución del Caso Clínico estudiado en este trabajo permite establecer una serie de conclusiones que se detallan a continuación:

- Está demostrada la relación entre la anatomía y biomecánica del complejo articular del hombro, y su facilidad para luxarse. Asimismo, es demostrable que en los deportistas dedicados al balonmano, esta facilidad de perder la congruencia articular aumenta notablemente debido a los gestos y traumatismos a los que se ve sometido el hombro durante la práctica deportiva.
- A día de hoy todavía existe diversidad de opiniones sobre cuál debe ser el tratamiento de elección en estos casos. Por lo general, se considera adecuado el tratamiento conservador para los primeros episodios de luxación, y el tratamiento quirúrgico para los casos de recidivas en los que la inestabilidad de hombro ya es evidente.
- En el caso de los deportistas, prima la vuelta precoz a la actividad deportiva, por lo que se intenta el empleo de tratamiento conservador sin intervención quirúrgica cuando se nos presenta esta lesión a mitad de temporada, salvo en los casos en que es evidente que dicho tratamiento va a resultar inútil por la gran inestabilidad presente.
- Cuanto antes se comience con el tratamiento fisioterápico mejores serán los resultados obtenidos, pues se atajan cuanto antes las consecuencias propias de la inmovilización.
- El tratamiento aplicado en este paciente ha obtenido muy buenos resultados, puesto que se ha recuperado fuerza y estabilidad suficiente como para volver a la práctica deportiva.
- Debido a los escasos efectos secundarios de este plan de tratamiento, pensamos que podría plantearse como una opción terapéutica preferente a la cirugía.

6 Bibliografía

- Osvaldo Patiño J. Rehabilitación de la inestabilidad de hombro. Artroscopia. Vol.19. n°1: 73-80; 2012.
- Miguel Pinedo V. Enfrentamiento de la luxación de hombro en deportistas de contacto. Rev.Med.Clin.Condes. 23 (3): 293-297; 2012.

- Suárez Sanabria N., Osorio Patiño AM. Biomecánica del hombro y bases fisiológicas de los ejercicios de Codman. Rev. CES Med. 27 (2): 205-217; 2013.
- Jaggi A., Lambert S. Rehabilitation for shoulder instability. Br. J. Sports Med. 44: 333-340, 2010
- Patel RM, Amin NH, Lynch TS, Miniaci A. Management of Bone Loss in Glenohumeral Instability. Orthop Clin North Am. 2014 Oct;45(4):523-39.
- Escribano-Rey RJ, Cipriain-Urmendian FJ, Alfaro Adrián J. Importancia de los defectos óseos en deportistas de contacto con inestabilidad de hombro. Rev Esp Artrosc Cir Articul 26 (2), 109-18, 2019.
- Luig P, Henke T. Sports Injuries in professional and youth handball. Sports medicine journal.

Capítulo 339

INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA EN LA TENDINOPATÍA ROTULIANA. CASO CLÍNICO.

SARA RODRÍGUEZ SUÁREZ

SONSOLES AGÜERIA ALVAREZ

1 Introducción

La tendinopatía rotuliana es una lesión producida por la aplicación de cargas repetidas con fuerza y velocidad sobre el aparato extensor de la rodilla. Afecta de forma especial a deportistas al realizar saltos, frenadas y cambios de dirección.

2 Objetivos

- Disminuir la inflamación y el dolor.
- Prevenir posibles lesiones del miembro sano.
- Lograr la reanudación de la actividad deportiva.

3 Caso clínico

Varón de 25 años jugador de baloncesto, acude al fisioterapeuta por un dolor en la cara anterior de la rodilla izquierda que se acentúa con la práctica deportiva impidiéndole continuar.

Se le realiza una ecografía y una resonancia magnética en las que se aprecia un engrosamiento del tendón en comparación con el lado sano, acompañado de zonas de hipervascularización y degeneración de las fibras de colágeno.

Tras hacer el diagnóstico se le pauta un tratamiento de ejercicio excéntrico basado en 3 series de 10 repeticiones de sentadillas unipodales con el lado afecto dos veces al día durante 12 semanas y 4 sesiones de ondas de choque administradas una vez por semana, además de reducir la carga de actividad física durante el tratamiento.

4 Resultados

Se realiza una ecografía de control a las ocho semanas de tratamiento y se observa una disminución de la inflamación del tendón rotuliano izquierdo, pero el dolor durante la actividad física continúa. A las doce semanas el dolor ha disminuido completamente en la vida diaria, pero aún refiere alguna molestia durante la práctica deportiva que ya no le impide continuar.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento conservador en la tendinopatía rotuliana incluye multitud de técnicas, que suelen combinarse para obtener los mejores resultados. La cirugía se reserva para aquellos casos que no hayan respondido después de un adecuado tratamiento conservador. Tras la recuperación es imprescindible la prevención para evitar recaídas. En el caso de los deportistas debe incluir un calentamiento adecuado, estiramientos para disminuir las tensiones en el tendón, fortalecimiento muscular y una correcta distribución de cargas sobre el aparato extensor.

6 Bibliografía

- Khan KM, Maffulli N, Coleman BD, Cook JL, Tauntin JE. Patellar tendinopathy: some aspects of basic science and clinical management. *Br J Sports Med.* 1998; 32(4): 346-355.
- Rudavsky A, Cook J. Physiotherapy management in patellar tendinopathy (jumper's knee). *Journal of Physiotherapy.* 2014; 60 (3): 122-129.

- Fernández TF, Baró F, Fernández A, Guillén M, Guillén P. Conceptos actuales de la fisiopatología de las tendinopatías. Ingeniería tisular. Apunts Med Esport. 2010;45(168):259-264.

Capítulo 340

LESIONES EN NATACIÓN

JAIME CUEVA DE MERA

MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

IRIS UREÑA CARRASCO

MIGUEL REJAS VARONA

1 Introducción

El estrés generado por la práctica deportiva, ha originado una mayor probabilidad de que los atletas presenten lesiones agudas y crónicas. En el ámbito mundial existen diferentes investigaciones acerca de la incidencia de lesiones deportivas. La comparación de sus resultados es difícil por las diferencias en las características de la población y en la forma de reportar los datos, que varía ampliamente entre los estudios (proporciones o tasas de incidencia o tasas por cada 100 ó 1.000 participantes o tasas por horas de juego o por número de partidos jugados) [1].

Las lesiones de hombro, son frecuentes durante las competiciones y constituyen aproximadamente de 8-13% de todas las lesiones deportivas. Generalmente se presentan durante actividades en las cuales se lleva repetitivamente el brazo por encima de la cabeza, como es el caso de los nadadores [1].

Los nadadores de alto nivel recorren entre 6.000 y 10.000 metros en la piscina, seis días a la semana, durante once meses al año. Este volumen de entrenamiento

hace que la natación de élite tenga un índice de lesiones elevado. Al contrario de lo que ocurre con los deportes de contacto, en la natación prácticamente todas las lesiones se producen por sobrecarga. A continuación se citarán las más importantes [2]:

- Hombro del nadador: es la más frecuente en estos deportistas. Afecta a músculos y tendones, se debe a la reiteración en la brazada de una postura (el hombro se sitúa por encima de la cabeza) para la que esta parte del cuerpo no está diseñada. Entre el 40% y el 80% de los nadadores profesionales sufren esta alteración. Dentro de este conjunto de lesiones, la más frecuente es la tendinitis del supraespinoso, aunque también se da la bursitis subacromial y la tendinitis bicipital.
- Rodilla de bracista: una batida correcta en el estilo de braza produce una distensión del ligamento colateral y lesiones de menisco a largo plazo.
- Tendinitis en pie y tobillo: se presenta sobre todo entre los espaldistas por la forma de realizar la batida del pie.
- Espondilosis: se produce en mariposistas, ya que tienen su punto flaco en la zona lumbar. Suelen sufrir alteraciones vertebrales por anquilosamiento (espondilosis) o por deformación de la curvatura de la columna. Muchos acaban padeciendo hiperlordosis lumbar.

Debido a un uso excesivo de esta articulación, encontramos el dolor de hombro como la causa más común de pérdida de tiempo en cuanto a la formación de los nadadores. Hay que destacar, que el proceso de mejora de los tiempos en natación no es totalmente debido a una mejora en fuerza, sino por habilidades del deportista [3].

Biomecánica de la natación:[3].

Una de las claves para poder entender las lesiones y la rehabilitación en natación, es un conocimiento profundo de los aspectos biomecánicos de la natación. El nadador está sometido a dos tipos de fuerzas:

- Fuerzas propulsivas:

El nadador empuja el agua, lo que hace que la masa de agua comience a moverse, generando una disminución de la capacidad de que el nadador lo utilice como una base para producir la propulsión. Nadadores rápidos realizan un anclaje con su mano y el antebrazo en el agua hacia arriba para empujar más allá de ella. Lo que es importante para generar esta función de anclaje del brazo, es llegar lo más lejos de una superficie de forma perpendicular a la línea de progresión. Esto se puede lograr por lo que los entrenadores llaman “mantenimiento de un codo alto”, es decir, que el plano del codo está por encima del plano de la mano. Esta

posición requiere flexibilidad de la cintura escapular.

- Fuerzas de arrastre:

Si bien la creación de propulsión es extremadamente importante en la generación de velocidad en natación, la principal diferencia entre nadadores de élite y nadadores de recreo está en su capacidad para reducir las fuerzas de arrastre que retardan su movimiento hacia adelante.

Consiste en ser capaz de aplicar más fuerza para que el agua no se haga más estable y sea capaz de recibir esa solicitud. Hay tres tipos de fuerzas de arrastre que participan en la biomecánica de la natación:

Arrastre de fricción: fuerza de retardo por la que el flujo de agua pasa por el cuerpo.

- La resistencia de forma: es la fuerza de retardo en relación con la forma y el tamaño del cuerpo a la corriente del agua.

- Resistencia de onda: es la energía percibida por obligar a un arco de ola contra la gravedad.

Me voy a centrar en la patología del hombro, como la que más afecta e incapacita para la práctica deportiva en nadadores, donde hablare del hombro doloroso diferenciando el Síndrome de Impactación Subacromial (SIS), como la causa más frecuente que engloba a la mayoría de las patologías que padecen estos deportistas.

La problemática del hombro engloba múltiples patologías, actualmente todas ellas recogidas bajo el término Hombro Doloroso (HD). La patología del hombro, aunque no es potencialmente mortal, sí causa dolor siendo esta la tercera razón por la cual se busca atención médica a nivel musculo-esquelético, posterior al dolor de espalda y cuello respectivamente. También se habla de ser la causa de más de un 10% de las remisiones a un fisioterapeuta [4].

El síndrome de HD, es uno de los síndromes más importantes y frecuentes en fisioterapia, ya que tiene una prevalencia en la población general del 7 al 36% según diversos estudios revisados para este trabajo [5, 6,7]. Es frecuente la lesión de hombro en deportistas, pudiendo representar del 8 al 13% de las lesiones atléticas. Parece ser que la prevalencia de padecer trastornos de hombro aumenta con la edad, esto tiene su importancia debido al envejecimiento progresivo de la población [8]. Las causas del HD las podemos clasificar en: [5,9]

1 Intrínsecas:

1.1. Periarticulares:

1.1.1. Tendinitis del maguito rotador.

- 1.1.2. Tendinitis bicipital.
- 1.1.3. Síndrome subacromial (impingement).
- 1.1.4. Rotura del manguito rotador.
- 1.2. Periartritis Escapulohumeral.
- 1.3. Bursitis.
- 1.4. Capsulitis adhesiva.
- 1.5. Tendinitis calcificada.
- 1.6. Articulares.
- 1.7. Artritis sépticas .
- 1.8. Artritis inflamatorias.
- 1.9. Artrosis.
- 1.10. Hombro de Milwaukee.
- 1.11. Inestabilidad glenohumeral.
- 1.12. Osteocondrosis.
- 2. Extrínsecas:
- 2.1. Patología cervical.
- 2.2. Patología pleruropulmonar o hepatobiliar.
- 2.3. Cardiopatía isquémica.
- 2.4. Neuropatía isquémica.
- 2.5. Neuropatías por atrapamiento.
- 2.6. Tumores óseos .

La importancia de este síndrome se debe a su gran repercusión funcional, no solo para el hombro en sí, sino sobre la utilización del miembro superior en su conjunto [5, 8,10]. La patología más frecuente de HD son las tendinopatías del manguito de los rotadores y bíceps braquial, ya sea de manera aguda o crónica [5,6]. Los tres síntomas característicos del HD son: el dolor, la limitación de la movilidad y la disminución de la fuerza [5]. El tratamiento es muy variado según sea la patología, desde tratamiento conservador hasta intervenciones quirúrgicas. No hay duda de que el tratamiento fisioterápico es clave para conseguir la mejor recuperación y funcionalidad de esta articulación tan importante [9,11], aunque mostrare las evidencias científicas actuales. Como ya se ha visto anteriormente en la clasificación realizada del HD, encontramos como causa intrínseca, el Síndrome de Impactación Subacromial (SIS): consiste en la compresión del manguito de los rotadores entre la cabeza humeral, el acromion y el ligamento coracoacromial, que da lugar a procesos de inflamación que conducen al deterioro y a la posterior rotura tendinosa [9].

El os acromiale, se trata de una variante anatómica de las estructuras del hombro, es uno de los factores predisponentes en el desarrollo del SIS. Esta variante anatómica, diagnosticada en un 15 % de la población, ha sido descrita en varios artículos como claro factor predisponente de patología del manguito de los rotadores [12,13].

Todas las afectaciones en el hombro que implica este síndrome, provocan fundamentalmente estos síntomas [14]:

- Dolor localizado en la región deltoidea, que puede extenderse hacia la escápula u miembro superior.
- Arco doloroso entre los 60° y los 120° de abducción del brazo, arco de movimiento en el que el conflicto en el espacio subacromial aumenta.
- Incapacidad funcional para llevar a cabo movimientos que precisen de la contracción muscular del manguito rotador, como la elevación y la rotación externa del brazo.

Estos síntomas tienen su importancia en la práctica clínica fisioterápica, ya que supondrán los principales objetivos a conseguir por parte del fisioterapeuta de cara a obtener la máxima funcionalidad del paciente en sus actividades de la vida diaria (AVDs).

En primer lugar haremos un repaso anatómico para posteriormente analizar bien el trabajo: el complejo articular del hombro está formado por cinco articulaciones: glenohumeral, subdeltoidea, escapulotorácica, acromioclavicular, esternoclavicular. Estas cinco articulaciones del complejo articular del hombro funcionan simultáneamente, pero en proporciones variables según el tipo de movimiento a realizar [15].

La articulación más importante del complejo articular del hombro es la glenohumeral, ya que articula la carilla articular convexa de la cabeza del húmero, con la cóncava de la escápula. Se trata de una articulación esferoidea anatómica y mecánicamente simple de tres ejes (ovoide inalterado) [16]. Hemos que tener en cuenta que el hombro presenta una gran movilidad debido a que es una articulación con una gran funcionalidad, por eso el aparato cápsulo-ligamentoso es suficientemente laxo para permitir toda su movilidad.

En la articulación glenohumeral se encuentra el rodete glenoideo, que es una estructura que proporciona estabilidad en el reborde de la glenoides; se trata de un anillo fibrocartilaginoso que aumenta la congruencia articular [15]. Debido a esta gran movilidad, esta articulación presenta menor estabilidad, por lo que es más susceptible de contraer lesiones. La posición lateral del hombro permite una ade-

cuada disposición de la cabeza humeral con respecto a la glenoides reforzada por el rodete glenoideo como se ha mencionado anteriormente, que amplía el espacio de coaptación por lo que es anterolateral, esto favorece la libertad escapular [17]. La congruencia articular del hombro se debe a la actuación tanto de ligamentos como de los músculos estabilizadores, que son los que conocemos como el manguito de los rotadores, formado por los músculos: supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular; que se originan a partir de diferentes partes de la escápula y cubren la cabeza humeral antes de insertarse en las tuberosidades humerales [15, 18, 19,20].

La estabilidad del hombro es principalmente activa (muscular) por su evolución espacial, a diferencia de la estabilidad pasiva (ligamentosa) relacionada por su formación anatómica inicial [17]. En esta articulación encontramos gran número de bolsas sinoviales entre las que destacamos la subdeltoidea, ya que suele ser causa como origen del dolor de hombro; también hay que añadir la subacromial, subescapular, subcoracoidea, la de los ligamentos coracoclaviculares, la del pectoral mayor, la del dorsal ancho y la del redondo mayor [17].

Muchas de las patologías tendinosas del HD se deben a las tensiones que soportan los tendones de esta articulación, que son en su mayoría de origen muscular, que aumentan por la disfunción del ritmo del complejo del hombro. Los conflictos de carga se mejoran con una mejor actividad del complejo y economía de los gestos [17].

2 Objetivos

- Abordar el protocolo clásico de tratamiento de esta patología, centrándonos en la eficacia del tratamiento fisioterápico y valorando su eficacia a través de la revisión de varios ensayos. También se expondrá la evidencia científica de varias técnicas fisioterápicas de aplicación en el complejo articular del hombro.
- Determinar las lesiones del nadador, donde se comentan las patologías típicas en este deporte y se hace un estudio más exhaustivo en el hombro.
- Estudiar la epidemiología, causas y síntomas característicos del Síndrome de Impactación Subacromial (SIS) , dentro de la patología hombro doloroso.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda extensa sobre todas las patologías relacionadas con la natación. Las fuentes consultadas han sido múltiples, principalmente bases de datos que cito a continuación, a través de sistemas de hosting online (EBSCO y Science Direct): Biomedical Reference Collection, CINHALL, MEDLINE, SPORT-DISCUS

También se consultaron las bases de datos PEDro, Cochrane y Science Direct. Se han empleado términos de búsqueda tanto en lengua inglesa como en castellano, siendo los que se exponen a continuación:

- Physical therapy/ terapia física.
- Rehabilitation/ rehabilitación.
- Swimmers/ nadadores.
- Pathology/ patología.
- Shoulder/ hombro.
- Pain/ dolor.
- Biomechanics/ biomecánica.
- Periarthritis/ periartritis.
- Bursitis/ bursitis.
- Tendinopathy/ tendinopatía.
- Sinovitis/ sinovitis.
- Rupture/ rotura.
- Rotator cuff/ manguito de los rotadores.
- Shoulder pain syndrome/ síndrome de pinzamiento del hombro.

Los términos se han utilizado de forma individual, truncada y con operadores booleanos. De los resultados obtenidos se han seleccionado un total de 42 artículos de 80 encontrados, en base a los siguientes criterios: texto completo disponible en formato PDF, contenido válido sobre el tema a tratar en el trabajo, estudios realizados en humanos, escritos en lengua inglesa y española, artículos editados en publicaciones científicas de ámbito internacional.

4 Resultados

Tras la búsqueda bibliográfica paso a describir los resultados que he encontrado. Para el tratamiento del SIS existen distintos abordajes terapéuticos: conservadores y quirúrgicos [21].

La elección de la técnica va a depender de la edad del paciente, los requisitos de la movilidad de hombro (demanda funcional) y del estado evolutivo de la misma [21].

Protocolo clásico para el tratamiento del SIS:

1º fase: Tratamiento conservador, fisioterapia.

2º fase: Tratamiento “intermedio”, fisioterapia más inyecciones de corticoides.

3º fase: Tratamiento quirúrgico.

F. Tratamiento conservador: fisioterapia.

El tratamiento conservador se describirá desde el punto de vista rehabilitador. El tratamiento rehabilitador irá encaminado fundamentalmente a [5]:

- Disminución del dolor, la inflamación y ganar balance articular.
- Intentar conseguir un balance articular completo, mejora de la fuerza muscular y del control neuromuscular.
- Mejorar la resistencia muscular.
- Incorporación a las actividades de la vida diaria.

Las aplicaciones terapéuticas variaran dependiendo de la patología concreta y de la fase en la que se encuentre [5]. Lo primero que se ha de hacer cuando vamos a tratar a un paciente con patología del hombro es seguir las siguientes pautas [5]:

- Datos de filiación: anotaremos los datos personales.
- Deporte que practica: de cara a obtener la máxima funcionalidad del paciente en sus AVDs, en este caso se trata de nadadores.
- Diagnóstico: lo basaremos en la clínica, examen físico y diagnóstico por imagen, como se explica a continuación:

Clínica: la clínica en este tipo de patologías la diferenciamos entre dos tipos de dolores: dolor referido y dolor mecánico.

Dolor referido [22]: las causas más frecuentes del dolor referido son la patología de la columna vertebral y del tórax. Lo primero es realizar una exploración física donde prestaremos atención para ver si el dolor reacciona ante la sollicitación mecánica, si no es así tendremos que realizar un examen neurológico del brazo y mano prestando atención al cuello, tórax y abdomen; más aun si es agudo.

- Dolor mecánico:

Síndrome de Impactación Subacromial (SIS): es la causa más frecuente de dolor en el HD. Se caracteriza por irritación del manguito rotador por compresión del mismo por disminución del espacio entre el acromion y la cabeza del húmero. Según el trabajo de S.Estrada de la Viuda et al, el SIS puede debutar con tres estadios [18]:

Estadio 1: se produce por edema y/o hemorragia. Se suele producir en jóvenes con gran actividad física. Se manifiesta por dolor en la cara anterolateral del hombro, que aumenta con la abducción. El pronóstico es excelente. Se debe realizar tratamiento conservador.

Estadio 2: hay tendinitis y fibrosis. Se produce un adelgazamiento de la bursa subacromial. La exploración es igual que la anterior. El tratamiento debe ser conservador, por lo menos 6 meses. Si no remite, se extirpará la bursa subacromial (quirúrgico).

Estadio 3: se produce una degeneración del tendón con cambios óseos que pueden llegar a romper el tendón. En la exploración hay dificultad para iniciar la abducción. El dolor causa una disminución de la movilidad, de lo que puede resultar una capsulitis adhesiva. El tratamiento en ancianos con escasa actividad será conservador.

- Examen Físico [18]

Inspección:

Siempre hay que comparar con el lado contralateral. Se deben observar si existen asimetrías que pueden indicar luxación, atrofia muscular, signos inflamatorios, equimosis, etc.

Palpación:

Se debe comenzar palpando los componentes óseos y las articulaciones. En el húmero se debe prestar especial importancia al troquiter (punto de inserción del supraespinoso, lesión más frecuente en nadadores) y al troquín (punto de inserción del subescapular, también suele estar afectado por la continua repetición del gesto biomecánico).

Funcionalidad:

Se debe explorar de manera activa, pasiva y contra-resistencia, lo que da información de las estructuras implicadas.

Pruebas clínicas, para la evaluación del rango de movimiento y fuerza muscular. Debemos evaluar todos los planos para localizar el punto de lesión, donde destacamos [23]:

- Arco doloroso de Simons.
- Signo de Droppoff.
- Test de Jobe.
- Test de Gerber.
- Test de Yergason.
- Test de Speed.

- Test para evaluar fuerza muscular del Infraespinoso y el Redondo Menor.

- Diagnóstico por imagen [22]:

Radiografía simple

Se debe realizar en primer lugar ante cualquier sospecha de patología de HD, ya que puede descubrir signos que nos ayuden en el diagnóstico tanto en patologías agudas, como crónicas. Puede observar la presencia de lesiones tumorales y pseudotumorales, cuerpos extraños y otros procesos de presentación menos frecuentes. Las proyecciones más habituales son:

Anteroposterior (AP): valoramos todas las articulaciones, espacios, y características de los huesos que las componen [22].

Perfil de Neer: Sirve para valorar el espacio subacromio-clavicular y su relación con la cabeza humeral, además de mostrar las características de las estructuras a este nivel [22].

Rotaciones (interna o externa): no suele aportar información sobre este tipo de patología.

Axial: no se suele utilizar en los estudios.

Transtorácica: valora principalmente los desplazamientos en las fracturas de húmero.

- Ecografía

Se trata de una técnica de imagen segura, fiable, rápida, de escaso coste y nula agresividad. Podemos valorar de manera precisa el tendón del manguito de los rotadores, tendón del bíceps (porción larga), bursas (subacromial-subdeltoidea), músculos (deltoides, bíceps, los componentes del manguito de los rotadores, etc.), cartílago hialino de la cabeza humeral y articulación acromion-clavicular. La ecografía nos permite también realizar un seguimiento cercano del paciente al poder repetir el estudio y así controlar la evolución del proceso. Síndrome subacromial agudo. Se observa un engrosamiento del manguito rotador (MR). Tomado de J.M Sáez Pérez et al [22].

- Antecedentes traumáticos.

Tratamiento intermedio: fisioterapia más infiltraciones:

Hoy en día la fisioterapia no es la única alternativa para la patología del hombro, la inyección de corticoides es un arma médica con una gran diversidad de opiniones sobre la técnica que serán comentadas en este apartado del trabajo.

Un estudio realizado por Matthieu J C M Rutten et al defiende que la técnica de inyección es un procedimiento rápido (5 minutos) y relativamente indoloro [24]. Según una revisión realizada por Green S. et al que examina la eficacia de

los métodos fisioterápicos en el tratamiento de la patología del hombro a partir de una revisión de Cochrane, exponen una serie de ensayos donde comparan los resultados de la fisioterapia con la inyección de corticoides. A continuación se expone los ensayos con su eficacia científica:

Dos ensayos donde compararon la inyección intraarticular de corticoides con la intervención fisioterapéutica combinada, demostraron que la inyección intraarticular de corticoides es significativamente más beneficiosa que un enfoque fisioterapéutico combinado [25,26].

Otro ensayo que compara la inyección intraarticular y subacromial de corticoides con ejercicios y electroterapia que demuestra un beneficio significativo de la inyección sobre la fisioterapia a corto plazo, sin embargo no obtuvo beneficios a largo plazo [27].

Un único ensayo no encontró diferencias en el beneficio a corto plazo entre la fisioterapia y la inyección de corticoides [28].

Una revisión realizada por Buchbinder R. et al de la base Cochrane expone que las infiltraciones pueden presentar un beneficio limitado a corto plazo para el dolor del hombro [29].

También se ha revisado un estudio realizado por José Álvarez-Nemegyei et al sobre si existen variaciones de los resultados en cuanto al tipo de corticoide utilizado. Comparan la utilización de inyección subacromial de acetato de metilprednisolona con la inyección de lidocaína sola, en pacientes con SIS donde no obtuvieron resultados en cuanto a cuál de los dos es más eficaz [30].

Tratamiento quirúrgico:

Dentro del tratamiento quirúrgico nos vamos a centrar en la cirugía del manguito de los rotadores en el SIS [21]. Se trata de una descompresión subacromial, pudiéndose realizar de manera abierta (invasiva), artroscópica (semi-invasiva) ó mixta. Estas son las que se utilizan con mayor frecuencia [21,31]. Como desventajas en cuanto a la intervención quirúrgica nos encontramos que la utilización de artroscopia necesita un mejor conocimiento anatómico de la zona. Esta técnica todavía está por perfeccionar [21].

Según un estudio realizado por A. Narváez et al. valoraron la eficacia de la técnica de descompresión subacromial mediante artroscopia en combinación con tratamiento fisioterápico postoperatorio durante 6 meses con 44 pacientes (e.m. 52.8). Este estudio defiende que la técnica de descompresión subacromial mediante artroscopia es una técnica con buenos resultados subjetivos y objetivos, de

escasas complicaciones y con una estancia hospitalaria corta [32].

En cuanto a la cirugía abierta, encontramos las complicaciones típicas de cualquier intervención de este tipo [21]. Como prevención de lesiones neurológicas durante la intervención por la posición, encontramos la posición “en tumbona de playa” (una inclinación de 70 grados sobre la horizontal de la mesa de quirófano, con el antebrazo sobre una ligera abducción de 25 grados) que evita en gran medida estas complicaciones de origen neurológico [21, 31]. También se han descrito complicaciones de carácter sistémico por difusión del fluido a la región mediastínica [21]. Existen pocas pruebas que corroboren la eficacia de las intervenciones quirúrgicas para la patología del hombro [4].

Actualmente la elección del tratamiento (conservador o quirúrgico) en el SIS de estado avanzado depende en gran parte de la preferencia por parte del paciente [4]. Dentro del tratamiento quirúrgico la elección de la técnica dependerá de la experiencia del cirujano [4].

- Patologías frecuentes secundarias al SIS[22]: tendinitis del manguito rotador (MR), bursitis subacromial, tendinitis de los tendones del músculo bíceps braquial, capsulitis retráctil (hombro congelado), rotura del manguito de los rotadores y hombro senil hemorrágico.

- Actuación fisioterápica en las patologías secundarias al SIS: me voy a centrar en el abordaje terapéutico de los síndromes de conflicto en el espacio subacromial.

Síndromes de conflicto subacromial: son cuadros que provocan una reacción inflamatoria que pueden invadir el espacio subacromial presentando el siguiente cuadro clínico:

- Fase aguda o inicial, causando dolor intenso con dificultad en la movilidad articular del hombro.
- Fase secundaria o de rigidez, en la que desaparece el dolor intenso pero instaurándose progresivamente una limitación en la movilidad articular humeral por retracción escapular.

Los principales objetivos a conseguir desde el punto de vista fisioterapéutico son: reducción de la inflamación, alivio del dolor, mantenimiento de la movilidad articular, recuperación de la función muscular; como ya se mencionó anteriormente.

- Tratamiento de la tendinitis del manguito de los rotadores, tenosinovitis de la cabeza larga del bíceps y bursitis subacromial [14,5,10]. El tratamiento lo realizaremos en función de la fase de evolución en la que se encuentre la patología: aguda,

subaguda y de recuperación [5,14]:

Fase aguda: el paciente refiere dolor y presenta inflamación. El tratamiento ira encaminado a reducir estas manifestaciones de la siguiente manera:

- Reposo del hombro afecto.
- Aplicación de frío local, con el objetivo de analgesia o reducción de la inflamación en estadios importantes de la misma.

Observar posibles complicaciones como dolor referido a nivel cervical, la cual podemos tratar con masoterapia específica según el tipo de patología (descontrac-turante, relajación, etc.), estiramientos, aplicación de puntos gatillo miofasciales, cinesiterapia para mantener la movilidad del segmento (tanto pasiva, activa-asistida, activa), etc.

Fase subaguda: en esta fase se observa una reducción de la inflamación, se aprecia un dolor más de tipo mecánico. El objetivo en esta fase será recuperar la funcionalidad y así evitar limitaciones en la movilidad articular, para ello aplicaremos:

- Cinesiterapia pasiva, activa-asistida, activa; tanto de la articulación gleno-humeral como de la escapular para evitar alteraciones en el ritmo escapulo-humeral.
- Ejercicios de descoaptación de la superficie articular del hombro.
- Mantenimiento de la musculatura no afecta.

Con todo esto mejoraremos la producción del líquido sinovial e intentaremos recuperar de manera más fácil el movimiento articular ya que esta estará mejor lubricada.

También con esta actuación evitaremos la aparición de posibles complicaciones como la capsulitis retráctil. Si todavía el paciente refiriese dolor intenso podríamos aplicar crioterapia antiálgica.

- Fase de recuperación: el dolor y la inflamación han disminuido de manera importante. Esta fase es clave para recuperar la fuerza y movilidad completa y así cumplir el objetivo de recuperar la funcionalidad de la articulación. Aplicaremos:
- Si se tratase de algún tipo de patología tendinosa podríamos aplicar masaje transversal profundo (Cyriax).
- Cinesiterapia pasiva para recuperar los últimos grados de amplitud articular.
- Estiramientos de la musculatura acortada.
- Ejercicios funcionales para mejorar la movilidad o mantenerla a la vez que trabajamos la musculatura en actividades funcionales a ser posible.

Muy importante reeducar el movimiento del complejo escapulo-humeral al paciente, de manera que nos sirva para prevenir posibles recidivas.

- Tratamiento de desgarros del manguito de los rotadores [14]:

Esta patología la clasificamos en cuatro fases de evolución, debido al tiempo de cicatrización de la lesión hasta la cual no podremos actuar sobre el foco de lesión:

I. Primera Fase: no vamos actuar sobre la zona de lesión, sino disminuir su sintomatología: dolor e inflamación (con los mismo métodos que hemos visto anteriormente). Igualmente trabajaremos las complicaciones que puedan surgir.

II. Segunda Fase: nos encontramos una disminución de la inflamación. Empezaremos a trabajar el hombro sin actuar sobre el foco de lesión.

- Masoterapia descontracturante y estiramientos de musculatura acortada.
- Contracciones isométricas de la musculatura del miembro superior que no intervenga en la lesión (por ejemplo deltoides, musculo complejo de recuperar si pierde volumen muscular; musculatura de la mano y antebrazo; etc.).
- Movilizaciones pasivas de las articulaciones acromioclavicular y esternocostoclavicular para evitar rigideces.
- Descoaptaciones pasivas de la superficie glenohumeral para mantenerla lubricada.
- Si refiere dolor aplicaremos crioterapia para aliviarlo.

III. Tercera Fase:

Lesión ya cicatrizada por lo cual empezaremos a tratar el foco de lesión, donde realizaremos:

- Movilizaciones pasivas de la cabeza humeral, con deslizamientos como los descritos por kaltenborn sin movimientos excesivamente amplios.
- Movilizaciones activas-asistidas sin dolor de manera global para ir trabajando todos los músculos. Evitar complicaciones.

IV. Cuarta Fase:

Observamos la realización de movimientos sin dolor y en toda la movilidad articular. Nuestro trabajo lo destinaremos a recuperar la fuerza muscular, mediante:

- Ejercicios de potenciación: isométricos, concéntricos y excéntricos.
- Potenciación de toda la musculatura de manera global con ejercicios tipo Kabat.
- Ejercicios de descoaptación para realizar en su domicilio (tipo Codman).

A igual que en la anterior patología, reeducar el movimiento articular al paciente, de manera que nos sirva para prevenir posibles recidivas.

- Evidencia científica en métodos fisioterápicos para el tratamiento del hombro: como se ha podido observar en el tratamiento, no se ha hecho referencia a la gran variedad de técnicas fisioterápicas, ya que ahora voy a hablar de los métodos

fisioterápicos y sus efectos [8]. El tratamiento conservador representa la primera línea de actuación, siendo el tratamiento fisioterápico muy importante de cara a la recuperación funcional del paciente [5]. Aunque se trata de la primera medida de actuación generalmente, todavía no ha quedado muy clara su eficacia ya que actualmente existe un gran debate como podéis ver en los siguientes trabajos revisados:

Según un estudio realizado por J.Ferreiro Marzoa et al tratan de mostrar la eficacia del tratamiento fisioterápico en la patología del hombro. Tomaron una amplia muestra de pacientes aplicándoles un tratamiento combinado de fisioterapia; hospitalario y en domicilio. Fueron evaluados por el mismo médico y tratados por el mismo fisioterapeuta. Los resultados fueron evaluados por la escala Constant. Llegan a la conclusión de que el tratamiento fisioterápico puede ser útil en el tratamiento de la patología del hombro [5].

Sin embargo, una revisión realizada por Green S. et al sobre una serie de revisiones de diversas intervenciones para los trastornos del hombro a partir de una revisión de Cochrane de todas las intervenciones para el trastorno del hombro defiende que no hay pruebas de que las intervenciones fisioterapéuticas solas sean de beneficio en el caso de la capsulitis adhesiva [28].

Otra revisión realizada por M^a Antonia González compara los resultados sobre diversos estudios en cuanto al tratamiento rehabilitador en la patología del hombro, donde exponen los siguientes resultados [6]:

1. Proponen un estudio combinando la terapia física manual y el ejercicio físico, donde obtiene disminuciones significativas del dolor y aumento de la función en ambas terapias, pero una mejoría aún mayor en el grupo que recibió terapia manual [33].
2. Según el trabajo de Dickens y Cols la fisioterapia debe ser utilizada como primera opción, ya que demuestran que el tratamiento fisioterápico reduce la necesidad de intervención quirúrgica [34].
3. Otro estudio realizado por Conroy y Habes examinaron pacientes que reciben movilización común y tratamiento conservador (Hot pack, trabajo activo, estiramientos, fortalecimiento muscular; movilización de tejidos blandos, e higiene postural). Demostraron que el grupo experimental tenía menos dolor a las 24 horas pero no había diferencias en el arco de movimiento y en la función. La movilización disminuyó el dolor durante 24 horas [35].

I. Electroterapia [8]:

La eficacia de la aplicación de electroterapia en el tratamiento del SIS se va ex-

plicar de acuerdo a una revisión de tres ensayos. Un primer ensayo demostró que la corriente interferencial bipolar no fue más beneficiosa que el placebo en los trastornos generales del hombro para la recuperación mejoría sustancial del dolor a corto o a largo plazo [36]. Según otro ensayo, el ultrasonido parece tener un beneficio significativo sobre el placebo en la tendinitis cálcica donde se demostró un efecto significativo relativo a la mejoría en el aspecto radiológico a corto plazo de la misma [37]. Otro ensayo adicional al anterior investigó el efecto de la iontoforesis de ácido acético más ultrasonido, el cual no encontró beneficios significativos en la misma [38]. En la revisión realizada por Green S. et al evalúan cuatro ensayos para obtener el efecto del láser en comparación con el placebo. El análisis combinado demuestra que el láser es significativamente más efectivo que el placebo en causar un resultado bueno o excelente a corto plazo para la capsulitis adhesiva, no tanto para la tendinitis del manguito rotador.

II. Ejercicios: se ha demostrado que un régimen supervisado de ejercicios es de beneficio significativo a corto y a más largo plazo [39].

III. Movilización: según un ensayo donde estudiaron el efecto de la movilización en comparación con ningún tratamiento, los autores no encontraron diferencias significativas entre los grupos relativas al dolor o a la amplitud de movimiento [40].

IV. Acupuntura: según una revisión realizada por Green S. et al debido al escaso número de ensayos hay pocas pruebas que demuestren la eficacia del uso de la acupuntura para el dolor de hombro aunque comentan un posible beneficio a corto plazo en lo que se refiere al dolor y a la función [41].

V. Puntos gatillo Miofasciales (PGM): la revisión expuesta por Xavier Sala García explica que el reequilibrio muscular a través del estiramiento y la potenciación puede ser más efectivo si se contempla la posibilidad de la existencia de puntos gatillo miofasciales que pueden alterar la calidad de la contracción muscular. Además la aplicación de los mismos pueden ayudar a mejorar la rehabilitación previniendo la perpetuación de los mismos. Los estiramientos descritos en los puntos gatillo miofasciales no tienen evidencia sólida, aunque tampoco se ha descartado su utilidad [42].

5 Discusión-Conclusión

Se observa que una de las articulaciones donde se centran el mayor porcentaje de lesiones en nadadores es el hombro, donde encontramos como patología más frecuente que ocasiona Hombro Doloroso es el síndrome de Impactación Subacro-

mial, el cual ocasiona tendinopatías del manguito rotador entre otras series de alteraciones. El abordaje terapéutico de la patología del hombro es muy variado. La aplicación de una técnica u otra variará dependiendo de la edad del paciente, estado evolutivo de la patología y funcionalidad que demande el paciente.

En cuanto al tratamiento fisioterápico, destacamos la gran variabilidad de técnicas, las cuales garantizan el tratamiento de cualquier patología a nivel del hombro. Como se ha podido observar no existe un consenso en cuanto a la efectividad de las técnicas fisioterápicas.

6 Bibliografía

- Jorge Alberto Osorio Ciro, Mónica Paola Clavijo Rodríguez, Elkin Arango V, Santiago Patiño Giraldo, Isabel Cristina Gallego Ching. Lesiones deportivas. Iatreia .2007; 20(2).
- Carmona Muñoz F.M., López Ariza, A.B Mariñas Borrego, S.Guillén del Castillo M . Revisión de las lesiones deportivas producidas en jóvenes deportistas masculinos mayores de 18 años desde el 200 hasta la actualidad. Universidad de Córdoba.
- Peter Blanch. Conservative management of shoulder pain in swimming. Physical Therapy in Sport 2004.5:109-124.
- J.A. Coghlán, R. Buchbinder, S. Green, R.V. Johnston, S.N. Bell: Cirugía para la enfermedad del manguito rotador. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
- J. Ferreira Marzoa, M. Veiga Suárez, J. L. Guerra Peña, S. Rey Veiga, J. Paz Esquete, A. Tobío Iglesias. Tratamiento rehabilitador del hombro. Madrid, Rehabilitación, 2005; 39(3):113-20.
- M^a Antonia Murcia González: Tratamiento de la Patología del Manguito Rotador y Síndrome Subacromial. Fisioterapia y Calidad de Vida. Murcia, 2007; 10(3):109-122.
- C. Martínez Escudero, J. Tinoco González, L. Capellas Sans, E. Moreno Atanasio, A. Casanovas Ruizeornel: Inestabilidad Glenohumeral: capsulorrafia térmica. Madrid, Rehabilitación, 2003; 37(3):158-62.
- S. Green, R. Buchbinder, S. Hetrick: Intervenciones fisioterapéuticas para el dolor del hombro. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
- J. Valverde García, S. Ordoñez Palau, C. García Gómez: Etiología y diagnóstico diferencial del hombro doloroso. JANO, medicina y humanidades, 2002; 2:49-52.
- A. Sorube Méndez, D. Martínez Pernía, M. Verdura Cepeda, C. Carrasco Peinado: Enfoque fisioterápico de las lesiones agudas del manguito rotador. Madrid, Fisioterapia, 2001; 23:49-63.

- Mario Pnbicevic, M,Chiropractic. MSc (candidate), Henty Pollard, Grad Dip Chiro, GradDipAppSc. MSportSc: Rotador cuff Impingement. Joumai of Manipulalivc uiid Physiological Therapeutics, 2004; 29(9):580-590.
- Isabel Romero, Agustín Rodríguez, Mercedes Roca, Yolanda García: Os acromiale como causa de impingement del hombro: a propósito de un caso.Zaragoza, Radiología, 2001; 43(3):117-119.
- Christopher A. Kurtz, MD,Byron J. Huymble, DO, Mark W. Rodosky, MD ,Jon K. Sekiya, MD: Os acromiale sintomático.E.E.U.U, Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 2006:5(2):91-98.
- A. B. Varas de la Fuente, J. Pérez Ares, J. Sainz de Murieta: Tratamiento conservador del hombro doloroso. Estudio de 39 casos clínicos. Madrid, Fisioterapia, 2002; 24(1):14-24.
- A. I. Kapandji: Fisiología Articular. Madrid, Panamericana, 2006:(1):22.
- F. M. Kaltenborn: Fisioterapia manual extremidades. Madrid, McGraw-Hill, Interamericana, 2004:192.
- Michel Dufour, Michel Pillu: Biomecánica Funcional. Barcelona,Masson 2006:283-326.
- S. Estrada de la Viuda, J.Vaquero Argëlles: Hombro Doloroso. Madrid, JANO, medicina y humanidades, 2002; 63:35-9.
- J. Beltrán, P. Herrero: Resonancia magnética de la inestabilidad glenohumeral: nuevos conceptos. Barcelona, Radiología, 2007; 49(2):63-81.
- A. Sorube Méndez, D. Martínez Pernía, M. Verdura Cepeda, C. Carrasco Peinado: Enfoque fisioterápico del tratamiento de lesiones agudas del manguito rotador. Fisioterapia, 2001; 23:49-63.
- F. Samsó, A. García-Ruzafa, M. Mendoza, J. Coba: Tratamiento quirúrgico del síndrome subacromial. Indicaciones de la técnica abierta y de la técnica artroscópica. Barcelona, Revista Española de cirugía ortopédica y traumatología, 2004; 48:49-56.
- J.M. Sáez Pérez, A. Aleixandre Blanquer, F. Ruiz Fernández, A. Cugat Fernández de la Calzada: Hombro doloroso: pertinencia de la ecografía en las lesiones del manguito de los rotadores y afines. Valencia, SEMERGEN 2002; 28(3):153-64.
- Susana A. Gagliardi, María Alejandra Suñer Lissi: Hombro Doloroso. Reumatología 2002; 18(4):169-179.
- Matthieu J C M Rutten, Bas J Maresch, Gerrit J Jager, Maarten C de Waal Malefijt: Injection of the subacromial-subdeltoid bursa: blind or ultrasound-guided?. Acta Orthopaedica 2007; 78 (2): 254-257.
- Van der Windt DAWM, Koes BW, Deville W, Boeke QAJP, de Jong BA, Bouter LM: British Medical Journal,1998;317(7168):1292-1296.

- Berry H, Fenandes L, Bloom B, Clark RJ, Hamilton EB: Current Medical Research & opinion, 1980; 7(121-6).
- Winters JC, Jorritsma W, Groenier KH, Sobel JS, Meyboom-de-Jong B, Hans J: British Medical Journal, 1999; 318(7195):1395-1396.
- Dacre J, Beeney N, Scott D: Annals of the Rheumatic Diseases, 1989; 48(4):322-332.
- Buchbinder R, Green S, Youd JM: Inyecciones de corticosteroides para el dolor de hombro, La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
- José Álvarez-Nemegyei, Alejandro Bassol-Perea, José Rosado Pasos: Efficacy of the Local Injection of Methylprednisolone Acetate in the Subacromial Impingement Syndrome. A Randomized, Double-Blind Trial. México, Reumatol Clin. 2008; 4(2):49-54
- J.A. Pagán Conesa, J. Más Martínez, A. Sánchez Martín, M. Alonso Díaz-Marta y M. Villena Casesnova: Análisis prospectivo de una serie de artroscopias de hombro en el tratamiento de la patología del manguito rotador. Alicante, Rev Ortop Traumatol 2003; 47:16-25.
- A. Narváez, J. A. Cara del Rosal, F. Rodríguez-Argáiz, A. Díaz-Martín, E. Perea-Milla, E. Guerado: Resultados de la descompresión subacromial mediante artroscopia. Málaga, Rev Ortop Traumatol, 2004; 48:95-9.
- Bang MD, Deyle GD: Comparison of supervised exercise with and without manual physical therapy for patients with shoulder impingement syndrome. J Orthop Sports Phys Ther, 2000; 30(3):126-27.
- Dickens VA, Williams JI, Bhamra MS: Role of physiotherapy in the treatment of subacromial impingement syndrome: a prospective study. Physiotherapy, 2005; 91(3):159-164.
- Conroy DE, Hayes KW: The effect of joint mobilization as a component of comprehensive treatment of primary shoulder impingement syndrome. J Orthop Sports Phys Ther, 1998; 28(1):3-14.
- Van der Heijden GJMG, Leffers P, Wolters PJMC, Verheijden JJD, van Mameren HHJP, Bouter LM, Knipschild PG: Annals of Rheumatic Diseases, 1999; 58(9):530-540.
- Ebembichler GR, Erdogmus CB, Resch KL, Funovics MA, Kainberger F, Barisani G et al: New England Journal of Medicine, 1999; 340:1533-8.
- Perron M, Malouin F: Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 1997; 78:379-384.
- Ginn KA, Herbert RD, Khouw W, Lee R: Physical Therapy, 1997; 77(8):802-811.
- Bulgen D, Binder A, Hazleman B, Dutton J, Roberts S: Annals of the Rheumatic Diseases, 1984; 43:353-360.

- Green S, Buchbinder R, Hetrick S: Acupuntura para el dolor de hombro. La Biblioteca Cochrane Plus, 2008, Número 2.
- X. Sala Garcia: Síndrome de impactación subacromial y puntos gatillo miofas-
ciales. Fisioterapia, 2006; 28(1):29-34.

Capítulo 341

CARDIOLOGÍA EN DEPORTE: MUERTE SÚBITA

JAIME CUEVA DE MERA

MARÍA GRACIA MARTINEZ NARANJO

EVA SÁNCHEZ-VIZCAÍNO BASTANTE

IRIS UREÑA CARRASCO

MIGUEL REJAS VARONA

1 Introducción

La adaptación cardiovascular al ejercicio es el conjunto de modificaciones derivadas de la práctica de una actividad física de suficiente intensidad y frecuencia. El corazón es probablemente el órgano que soporta una mayor sobrecarga durante la práctica deportiva de ejercicio físico, sufriendo notables modificaciones por dicha práctica.

El ejercicio aumenta las necesidades metabólicas que deben ser satisfechas especialmente a través del aumento del gasto cardíaco alcanzando en sujetos entrenados valores de 35-40 l/m durante un máximo esfuerzo. Las principales adaptaciones son el aumento del gasto cardíaco y del consumo de Oxígeno, el incremento del retorno venoso, el aumento de la contractilidad del miocardio y la disminución de las resistencias periféricas. El incremento del gasto cardíaco durante el ejercicio es siempre superior a la disminución de las resistencias periféricas, por lo que se produce un aumento de la presión arterial.

Los efectos del entrenamiento son difíciles de definir con claridad, pero en general se aceptan como tal la bradicardia en reposo, la menor frecuencia cardíaca para un esfuerzo submáximo y el aumento del tamaño de las cavidades cardíacas [1].

La patología cardíaca en cualquiera de sus cuatro formas básicas (coronaria, valvular, miocárdica o congénita) es capaz de alterar el intercambio de oxígeno y CO₂ durante la actividad física. La mayoría de las cardiopatías a lo largo de su evolución originan una disminución de la capacidad funcional que puede ser utilizada como método de valoración clínica. Esta pérdida de capacidad física es debida básicamente a una disminución del gasto cardíaco en reposo que no se incrementa adecuadamente durante la actividad física por diversas causas (insuficiencia cronotropa relativa, disminución de la contractilidad, etc.). En el caso del paciente isquémico el grado de afectación depende de la función sistólica y diastólica y de la severidad anatómica y funcional de las lesiones. La hipertensión arterial, como entidad nosológica, en ausencia de hipertrofia ventricular importante, no modifica sustancialmente el gasto cardíaco durante el esfuerzo, aunque las resistencias periféricas se mantienen altas. En caso de hipertrofia ventricular izquierda durante el ejercicio se produce una disminución de las presiones de llenado ventricular izquierdo [1].

La incidencia de muerte súbita en deportistas constituye uno de sus acontecimientos más impactantes al ocurrir en individuos generalmente jóvenes, en algunos casos muy famosos y en los que se presumía un estado de salud perfecto. Es bien conocido que la gran mayoría de casos de muerte súbita se deben a alguna anomalía cardiovascular [1].

Los últimos años han supuesto un cambio rotundo en el tratamiento de diversas patologías, y se ha pasado de la imposición de reposo absoluto y prolongado en enfermedades como el infarto de miocardio a la prescripción de ejercicio físico precoz y de intensidad progresiva, aunque controlado médicamente. El ejercicio físico se aplica en numerosas patologías cardiovasculares en las que desempeña un papel muy destacado en la mejora de la calidad de vida de muchos pacientes, especialmente jóvenes y adolescentes, con enfermedades cardíacas crónicas.

Si se considera que el número de personas que están implicadas en actividades deportivas es cada vez mayor en los países desarrollados, se comprenderá que todos los aspectos relacionados con el aparato cardiovascular y las implantaciones que traen consigo tengan una gran repercusión social y se pueda considerar que se trata de un problema de salud pública. Existe un debate médico no concluido

respecto a la importancia del conocimiento del estado del aparato cardiovascular, es decir, el significado, objetivos, contenido y métodos del reconocimiento cardiológico previo a la actividad física y deportiva [1,2].

2 Objetivos

El reconocimiento cardiológico deportivo realizado antes de iniciar un programa de actividad física debe tener meta la consecución de los siguientes objetivos [1].

- Descubrir cualquier enfermedad, lesión o patología cardíaca, especialmente durante la práctica deportiva. Frecuentemente, las situaciones potencialmente peligrosas suelen ocurrir en el esfuerzo extenuante y/o bajo estrés psicológico, como es el de la competición.
- Determinar las situaciones patológicas que representen una contraindicación médica absoluta, relativa o temporal, para la práctica de actividad física.
- Excluir a los individuos que puedan tener riesgo en ciertos deportes peligrosos.
- Conocer la tolerancia del individuo al esfuerzo que se va a realizar y su grado de adaptación al mismo, lo que permite realizar prescripciones de ejercicio para los pacientes que lo precisen y proporcionar oportunidades para participar en actividades físico-deportivas a los pacientes que presenten patologías cardíacas.
- Establecer una relación médico-enfermo que, entre otras cosas, permita aconsejar al paciente sobre temas de salud.
- Cumplir con los requisitos legales y de seguridad para los programas deportivos organizados.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda extensa sobre la cardiología en el deporte y muerte súbita. Las fuentes consultadas han sido múltiples, principalmente bases de datos que cito a continuación, a través de sistemas de hosting online (EBSCO y Science Direct): Biomedical Reference Collection, CINHALL, MEDLINE, SPORTDISCUS.

También se consultaron las bases de datos PEDro, Cochrane y Science Direct. Se han empleado términos de búsqueda tanto en lengua inglesa como en castellano, siendo los que se exponen a continuación:

- Rehabilitación Cardíaca.
- Muerte súbita.
- Cardiopatía.

- Adaptación deportiva.

Los términos se han utilizado de forma individual, truncada y con operadores booleanos. De los resultados obtenidos se han seleccionado un total de 6 artículos de 12 encontrados, en base a los siguientes criterios: texto completo disponible en formato PDF, contenido válido sobre el tema a tratar en el trabajo, estudios realizados en humanos, escritos en lengua inglesa y española, artículos editados en publicaciones científicas de ámbito internacional.

4 Resultados

Existe un acuerdo general entre los profesionales médicos que se encargan del cuidado de practicantes de actividad física y deportiva respecto a la necesidad de obtener información de la situación clínica del paciente, antes de iniciar un programa de actividad físico-deportiva. La American Heart Association, en su declaración científica respecto al examen cardiovascular preparticipación de atletas de competición, establece como conclusión la necesidad de realizar un estudio de detección de la enfermedad cardiovascular en los participantes en deportes de competición que incluya un cuidadoso estudio de la historia personal y familiar y una exploración física diseñada para identificar muerte súbita o progresión de la enfermedad. Este procedimiento, que debería ser obligatorio para todos los deportistas, se debería realizar antes del inicio de la práctica deportiva organizada.

El contenido del reconocimiento ha sido objeto de diversa especulación. Muchos estudios restrictivos se basan en criterios puramente economicistas, preconizando algunos la realización exclusiva de la valoración de los antecedentes y una exploración clínica.

En el otro extremo se encuentra el modelo de reconocimiento italiano que incluye, además de la historia y la exploración, un electrocardiograma de reposo, una prueba de esfuerzo submáxima y un ecocardiograma. Hay otros modelos que se pueden considerar intermedios entre ambos y que incorporan estudios no invasivos.

Los exámenes preparticipación basados en una historia y una exploración física sin pruebas diagnósticas no son suficientes para detectar muchas anomalías cardiovasculares en grandes grupos de deportistas jóvenes y este procedimiento no debe dar una falsa sensación de seguridad para los médicos que realizan el reconocimiento y para el público general, debido a la falta de capacidad para iden-

tificar muchas anomalías cardiovasculares potencialmente letales.

El reconocimiento cardiológico deportivo previo a la actividad física debe estar integrado por todos aquellos apartados que, en la medida en que estén indicados, permitan cumplir con los objetivos anteriormente expresados. En términos generales, el reconocimiento cardiológico deportivo debe incluir un estudio de los antecedentes patológicos, familiares y personales, una anamnesis relacionada con posibles patologías cardíacas, una exploración física y unas exploraciones complementarias [1].

El reconocimiento cardiológico previo a la actividad deportiva debe constituir una parte del reconocimiento global que se debe realizar en toda persona que vaya a iniciar un programa de mantenimiento, de entrenamiento o de competición. Este reconocimiento debe ser inexcusable en los practicantes de actividad física y deportiva (escolares, grupos de mantenimiento y de tercera edad, discapacitados y participantes de otras actividades físico-deportivas no incluidas en deporte federado y deporte de competición nacional e internacional).

El reconocimiento cardiológico básico se compone de los siguientes apartados: valoración de los antecedentes patológicos personales y familiares, actividad deportiva realizada, exploración física, electromiograma de reposo de 12 derivaciones y prueba de esfuerzo, al menos submáxima, valorativa de capacidad funcional. [1]

La práctica de deportes de alto rendimiento produce adaptaciones en el aparato cardiovascular que se manifiestan a través de diversos cambios clínicos electrocardiográficos y ecocardiográficos, los cuales se detectan en el examen del atleta.

El cardiólogo del deporte está cumpliendo una función muy importante, no sólo en el control del deportista con cardiopatía, sino en las evaluaciones de salud y aptitud para el deporte. Su inserción en la preparación del atleta ha permitido que se cuente con un profesional capacitado en la comprensión de los distintos procesos involucrados en el entrenamiento y los estímulos necesarios para maximizar el rendimiento en las diferentes áreas metabólicas. Los cambios en el corazón del deportista se manifiestan como resultado de modificaciones morfológicas, funcionales y en el sistema nervioso autónomo. El electrocardiograma puede presentar trastornos del ritmo, de la conducción auriculoventricular e intraauricular y ventricular, aumentos de voltaje del QRS y alteraciones diversas de la repolarización ventricular. Los cambios morfológicos detectados por ecocardiografía por lo general no son muy manifiestos y están relacionados con aumen-

tos en las dimensiones cavitarias y en los espesores parietales. La presentación de hallazgos clínicos, eléctricos y ecocardiográficos en el examen del atleta puede llevar a confusiones diagnósticas con cuadros patológicos. La falta de uniformidad de estos cambios en atletas de igual grupo etario y con niveles similares de entrenamiento induce a pensar en factores genéticos involucrados en su aparición. En el presente artículo de revisión se presentan los hallazgos más frecuentes en el examen cardiológico del atleta, su prevalencia y significación clínica.

El corazón del deportista hace referencia a los cambios clínicos, eléctricos y estructurales miocárdicos secundarios a la práctica intensiva de deportes. Henschen, en 1899, introdujo por primera vez el término y describió, mediante percusión torácica, el aumento de tamaño cardíaco en esquiadores de fondo. Infirió que ese aumento constituía un mecanismo fisiológico que permitía efectuar más trabajo durante un tiempo mayor. Las modificaciones morfológicas del corazón del deportista se manifiestan, en la mayoría de los casos, en individuos con alto nivel de entrenamiento. Esta condición se alcanza con estímulos de ejercicios de elevada intensidad, realizados en forma frecuente, de duración prolongada y con el empleo de tipos de esfuerzo que involucren amplias masas musculares. Es difícil encontrar dilatación de cavidades o hipertrofia de paredes miocárdicas en deportistas ocasionales o con bajos estímulos de entrenamiento.

Debe tenerse en cuenta, entonces, que la definición de atleta corresponde a .aquella persona que participa en un deporte individual o de equipo organizado y que tiene como objetivo fundamental y prioritario el enfrentamiento frecuente contra otros sujetos de similar condición en pos de un premio al triunfo y que requiere un entrenamiento regular intenso para lograr estos fines.

Dado que los cambios morfológicos y funcionales pueden ser diferentes según el deporte que se practique, es necesario considerar el tipo y la intensidad del ejercicio físico involucrados en cada deporte. Una clasificación de esta naturaleza puede desarrollarse de acuerdo con la actividad mecánica y los mecanismos fisiológicos de producción de energía.

Con respecto al tipo de movimiento, pueden clasificarse en:

- Ejercicios dinámicos: generan cambios en la longitud del músculo y movimientos articulares causados por contracciones rítmicas. Desarrollan escasa tensión, por lo que fueron llamados isotónicos.
- Ejercicios estáticos: hay incrementos en la tensión muscular con pocos cambios o ninguno en la longitud del músculo y el movimiento articular (isométricos).

En la mayor parte de los deportes están involucrados ambos tipos de esfuerzo con proporciones variables de uno u otro, según la actividad. La clasificación metabólica incluye el ejercicio aeróbico, cuya energía proviene de procesos oxidativos, y el ejercicio anaeróbico, con producción energética a partir de los fosfágenos o la glucólisis anaeróbica. La obtención de energía por uno u otro metabolismo depende de la intensidad y la duración del ejercicio desarrollado.

También aquí, la mayor parte de los deportes tienen formas mixtas de obtención de energía. Las adaptaciones morfológicas del corazón, así como las modificaciones en la estimulación por el sistema nervioso autónomo, son diferentes frente a entrenamientos con ejercicios predominantemente dinámicos y aeróbicos que ante aquellos que presentan mayores componentes estáticos (fuerza) y anaeróbicos.

Los deportes y los entrenamientos dinámicos generan modificaciones cardíacas secundarias a sobrecargas de volumen. El mayor volumen diastólico puede llevar a un aumento de las miofibrillas en serie con aumento del tamaño de la cavidad. Esta dilatación del diámetro diastólico ventricular izquierdo facilita un volumen sistólico mayor con un acortamiento menor y pérdida inferior de energía por tensión y fricción.

La práctica habitual de ejercicios genera disminución de la frecuencia cardíaca en reposo y ante esfuerzos submáximos. Este efecto puede atribuirse a factores reflejos y a modificaciones en los estímulos del sistema nervioso autónomo. Existe un incremento del tono vagal en reposo con disminución de la influencia del sistema simpático y un nivel menor de catecolaminas circulantes. Durante los esfuerzos submáximos, el volumen sistólico es mayor en el sujeto entrenado, con atenuación de la respuesta refleja de los barorreceptores con aumentos menores de la frecuencia cardíaca ante cargas de trabajo similares. La frecuencia cardíaca máxima, sin embargo, no se modifica (o sólo lo hace en una proporción mínima) por el entrenamiento, ya que está en función de la edad del individuo.

El entrenamiento incrementa el tiempo en que se alcanza esa frecuencia máxima. La bradicardia sinusal de reposo y las frecuencias cardíacas más bajas ante esfuerzos submáximos son más frecuentes en los deportes que involucran amplias masas musculares y tienen predominio metabólico aeróbico. Estos efectos se suman al mayor volumen sistólico descrito para hacer más eficiente el corazón del deportista. Para equiparar el aumento de la tensión intramiocárdica, secundario al incremento del radio de la cavidad, se generan crecimientos proporcionales del espesor del septum y de la pared libre ventricular izquierda.

Los ejercicios con mayor componente isométrico e incrementos constantes de la poscarga tienden a aumentar el espesor de la pared ventricular. De esta manera es posible compensar la tensión parietal aumentada por la mayor presión intra-ventricular. Se ha demostrado mayor grosor de la pared ventricular izquierda en ciclistas con respecto a corredores de resistencia y en fisicoculturistas en relación con individuos sedentarios. Sin embargo, existen discusiones permanentes sobre la real existencia de hipertrofias concéntricas como único hallazgo en atletas altamente entrenados en fuerza muscular.

Estudios recientes no encontraron diferencias en los espesores del septum y la pared posterior del ventrículo izquierdo entre atletas de alto rendimiento en fuerza y resistencia muscular e individuos controles. La mayoría de los deportes tienen componentes mixtos de entrenamiento, razón por la cual los cambios en el corazón del deportista también lo son. El fútbol, por ejemplo, tiene un alto componente dinámico, aunque los entrenamientos incluyen múltiples ejercicios de fuerza muscular. Un partido de fútbol tiene porcentajes elevados de ejercicio con metabolismo anaeróbico.

La respuesta aguda al ejercicio produce un aumento en las necesidades de oxígeno y de la actividad simpática que puede originar la aparición de espasmo coronario. Ante esta situación de espasmo coronario, es necesario conocer el estado de salud cardiovascular y, en su defecto, el comportamiento individualizado del cardiópata que desea realizar ejercicio físico [1].

Cardiología del deporte: el problema de la muerte súbita (MS)

Para la mayor parte de nuestra sociedad los deportistas representan el estado de máxima salud, por lo que aun siendo muy infrecuente, la muerte súbita de un deportista joven es siempre un acontecimiento con un gran impacto social y que provoca una gran inquietud en su entorno (médicos, deportistas, entrenadores, etc.). Esto, unido al progresivo incremento del número de practicantes de ejercicio físico, hace que se esté demandando una mayor y más precisa información sobre las recomendaciones para practicar ciertas especialidades deportivas con el menor riesgo posible.

Además de presentar las estadísticas más recientes sobre las enfermedades cardiovasculares que con mayor frecuencia aparecen como causa de muerte súbita en deportistas, este artículo pretende revisar la controversia existente en torno al reconocimiento médico previo a la competición como método para identificar a aquellos deportistas con mayor riesgo potencial y plantear unas sencillas re-

comendaciones sobre las pruebas que dicho reconocimiento debe incluir en cada caso. [6]

En la mayoría de los casos de MS se desconocía que fueran portadores de enfermedades cardiovasculares potencialmente letales, bien porque, por desgracia, no se les había realizado ningún reconocimiento médico durante su vida deportiva o éste no había sido adecuado. Por otro lado, en el último año han surgido diferentes trabajos que revelan la eficacia de los reconocimientos preparticipación deportiva en la disminución de la incidencia de muerte súbita en el deporte, especialmente en jóvenes deportistas de competición. La reducción de la mortalidad es debida al incremento de la identificación de deportistas con miocardiopatías.

El descenso de la mortalidad fue debido mayoritariamente a la baja incidencia de muertes por miocardiopatías en relación con el incremento de identificación de éstas durante los reconocimientos y la posterior retirada de la competición. En consecuencia, la eficacia de este tipo de reconocimientos parece evidente, por lo que desde el Grupo de Cardiología del Deporte de la Sociedad Europea de Cardiología se está promoviendo su implantación en los diferentes países de la Unión Europea. No obstante, todavía se está lejos de que se regularicen y se difundan los reconocimientos preparticipación deportiva de manera generalizada y obligatoria. De hecho, la AHA, en un documento de consenso considera que las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cardiología y del Comité Olímpico Internacional de realizar un cribado de grandes poblaciones de deportistas con un electrocardiograma está fuera de alcance en los Estados Unidos mientras no haya un apoyo gubernamental, aunque reconoce su utilidad en la detección de deportistas portadores de cardiopatías importantes. Por el momento, la iniciativa americana es promover un plan de recomendaciones de emergencia y tratamiento de la muerte súbita encaminado a disminuir su incidencia.

Aun siendo muy infrecuente, la muerte súbita (MS) de un deportista joven es siempre un acontecimiento con un gran impacto social, especialmente cuando ocurre en deportistas de fama internacional o en una joven promesa en el ámbito local. En nuestra sociedad se tiene la creencia de que las cualidades físicas de los deportistas son un reflejo de su mejor estado de salud. Sin embargo, de forma esporádica e inesperada un deportista muere súbitamente durante el entrenamiento o competición, produciendo una gran inquietud entre los médicos responsables, entrenadores, e incluso entre los mismos deportistas y sus familiares.

En España cada vez se practica más deporte y en la actualidad se estima que

existen más de 6 millones de deportistas federados y más de 12 millones de personas que practican algún tipo de ejercicio. Esta situación ha condicionado que la sociedad demande del cardiólogo una información más precisa sobre las recomendaciones que ha de seguir para practicar cualquier deporte con el menor riesgo posible. Aunque su eficacia es aún motivo de gran controversia, el reconocimiento médico previo a la competición está dirigido a identificar a aquellos deportistas con mayor riesgo potencial durante la práctica deportiva de competición y a prevenir el fatal acontecimiento de una MS. En los últimos años se han identificado varias de las distintas enfermedades cardiovasculares que con mayor frecuencia son responsables de la MS de deportistas bien entrenados o de individuos jóvenes aparentemente sanos.

Los profesionales de la sanidad somos los responsables más directos de detectar estas enfermedades y prevenir sus consecuencias.

MECANISMOS FAVORECEDORES [5,6].

Por MS se entiende aquella que aparece de forma inesperada, por causa natural, no traumática ni violenta, y en un corto período de tiempo. En niños y adolescentes puede producirse sin que aparezcan síntomas premonitorios. Se considera relacionada con el ejercicio cuando los síntomas aparecen durante o en la hora siguiente a la práctica deportiva¹⁻¹⁰.

Los principales mecanismos involucrados guardan relación con los cambios hemodinámicos y electrofisiológicos que se producen durante el ejercicio, que además pueden ser distintos según el tipo de ejercicio realizado. La actividad deportiva induce una serie de adaptaciones morfológicas y funcionales en el corazón humano directamente relacionadas con el tipo, duración e intensidad del entrenamiento, y con los años de práctica deportiva.

Su expresión clínica depende de factores genéticos, metabólicos, humorales y, en gran medida, del tipo de entrenamiento. En aquellos deportes en los que predomina el ejercicio dinámico con participación de grandes masas musculares, el aporte de O₂ a los músculos en activo se realiza fundamentalmente a partir del metabolismo aeróbico y, por tanto, se traduce en un importante aumento del consumo de O₂.

Esto condiciona una sobrecarga de volumen sobre el ventrículo izquierdo y, como consecuencia, una hipertrofia fisiológica de tipo predominantemente excéntrica, con aumento de la masa miocárdica y de la dimensión ventricular. Por el contrario, los deportes con predominio del ejercicio estático o explosivo y una demanda energética fundamentalmente anaeróbica, apenas aumentan el consumo

de O₂ y originan escasas modificaciones en la morfología cardíaca. En este tipo de deportes, los cambios hemodinámicos están más relacionados con fluctuaciones en la presión arterial.

De acuerdo con estas consideraciones, las diferentes especialidades deportivas pueden ser clasificadas en virtud de sus componentes dinámico y estático que serán, en definitiva, los que determinarán el tipo de demanda cardiovascular y, por tanto, la idoneidad o aptitud para la práctica de cualquier actividad deportiva.

Durante el ejercicio físico se produce un aumento de las catecolaminas circulantes, que además se ve incrementado por el estrés que genera la competición y que exagera las respuestas de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, con el consiguiente incremento de la contractilidad y por tanto del consumo de O₂ miocárdico. Por otra parte, la estimulación simpática puede por sí sola favorecer la aparición de arritmias o agravar una situación de isquemia miocárdica subyacente. Los cambios ambientales extremos (temperatura, altitud, barométricos, etc.) y/o el estrés añadido que se genera en deportes con elevado componente emocional (golf, tiro, etc.) pueden incrementar significativamente la demanda miocárdica de O₂ y el riesgo de MS en deportistas susceptibles.

PREVALENCIA

La MS puede aparecer a cualquier edad y en personas aparentemente sanas. El caso del soldado griego Pheidippides, que falleció después de correr desde Maratón a Atenas en el 490 a.C., es considerado como el primero de MS en relación con el ejercicio. Sorprendentemente, muchos de los casos de MS en deportistas bien entrenados se corresponden con individuos que, aun teniendo malformaciones cardiovasculares potencialmente letales, presentaban una excelente capacidad física.

Afortunadamente, la incidencia de MS en deportistas es baja. Entre los 25 millones de deportistas de competición que aproximadamente existen en los EE.UU., se estima que ocurren de 1 a 5 casos de MS por millón y año. La incidencia estimada de MS es de 1/280.000 corredores/año en participantes en carreras populares menores de 30 años, de 1/18.000/año en el grupo de 25 a 75 años y de 1-2 muertes/18-25.000 maratonianos/año en carreras de larga distancia. En los más jóvenes la incidencia es también baja, estimado en tan sólo 1/200.000/año en un grupo de deportistas de educación secundaria, siendo cinco veces más frecuente en los varones incluso después de ajustar por la frecuencia de participación en eventos deportivos. En nuestro país, los únicos datos disponibles por el momento son los de la Mutualidad General Deportiva que aportan una información muy

general sobre las causas de fallecimiento. Entre 1994 y 1997 se han registrado 191 casos de fallecimiento durante la práctica deportiva, de los que sólo 7 eran mujeres.

La mayoría fueron de origen traumático, sólo 21 de causa cardíaca (10,9%) y de ellos sólo 1 era mujer.

La edad no sólo condiciona la prevalencia de MS sino también la causa del fallecimiento, teniendo este hecho gran trascendencia a la hora de diseñar pruebas para valorar el riesgo en grandes grupos de población de deportistas [6].

RECONOCIMIENTO PRECOMPETICIÓN

El principal objetivo del reconocimiento cardiológico precompetición debe ser el de descubrir cualquier enfermedad, lesión o patología cardíaca que pueda constituir un riesgo vital para el deportista, así como aquellas situaciones patológicas que representen una contraindicación médica absoluta, relativa o temporal para la práctica de actividad física. En la mayoría de los países el reconocimiento médico previo a la práctica deportiva sigue siendo motivo de controversia. Italia tiene desde 1971 una ley de protección médica para actividades deportivas, que obliga a sus deportistas a obtener un certificado de idoneidad previo a la competición.

En muchos países del mundo, sólo se exige pasar reconocimiento médico en determinadas actividades de riesgo como el buceo, el motociclismo o el boxeo. Esta falta de difusión es fundamentalmente debida a razones económicas basadas en la relación coste-efectividad, ya que según ciertos autores sería preciso reconocer a más de 200.000 deportistas para evitar 1 solo caso de MS5.

Sin embargo, el reconocimiento precompetición reúne casi todos los requisitos para ser considerado de utilidad en salud pública y está sobradamente justificado teniendo en cuenta que las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de mortalidad relacionada con el ejercicio. La MCH, la cardiopatía isquémica, las anomalías valvulares y el síndrome de Marfan como patologías que con mayor frecuencia son causa de MS, tienen períodos de latencia asintomáticos muy largos y su diagnóstico resulta relativamente fácil. La historia natural de alguna de estas enfermedades, como la MCH, es desconocida, pero su tratamiento y, sobre todo, la exclusión para la práctica deportiva han resultado efectivos para reducir la mortalidad. Por ello, aunque con frecuencia su coste no es asumido por los Servicios Nacionales de Salud ni por los particulares, los reconocimientos son bien aceptados por la población general. La historia clínica,

la exploración, el ECG, la prueba de esfuerzo y el ecocardiograma están además al alcance de la mayoría, si bien las dos últimas técnicas no suelen ser utilizadas de forma rutinaria por su elevado coste [6].

El principal problema que se plantea con los reconocimientos multitudinarios es la seguridad y reproducibilidad de la prueba utilizada. La seguridad viene definida por la sensibilidad y especificidad, de forma que se debe intentar minimizar tanto el número de individuos que aun siendo de riesgo pudieran quedar inadecuadamente tranquilizados (falsos negativos), como el de aquellos que pudieran ser innecesariamente apartados, temporal o definitivamente, de la práctica deportiva (falsos positivos), con el consiguiente coste económico y personal que una decisión errónea puede llevar asociada. Esto tiene una importante repercusión social ya que en caso de someterse voluntariamente al reconocimiento, los deportistas deben aceptar la posibilidad de que puedan ser excluidos del deporte de competición, aunque en muchas patologías la evolución sea aún incierta y se desconozca qué hubiera ocurrido si hubieran seguido compitiendo.

En la población joven (< 35 años) el reconocimiento debe ir fundamentalmente encaminado a detectar la MCH, las anomalías de las arterias coronarias y la patología aórtica. Por ello, una simple historia clínica y exploración física resulta muchas veces insuficiente, sobre todo si como en muchas ocasiones ocurre en países como los EE.UU., los reconocimientos son realizados por personal no médico [6].

No hay que olvidar que muchos de los deportistas con patología tienen una exploración física e incluso un ECG rigurosamente normales, una capacidad física excepcional y han alcanzado un elevado rendimiento deportivo.

El síndrome de Marfan, responsable de la mayoría de los casos de MS ocurridos por patología aórtica, presenta unas características fenotípicas que hacen que los individuos que lo padecen practiquen deportes en los que la talla tiene especial relevancia como el baloncesto y el voleibol. En estos deportes la simple exploración física puede ser de gran utilidad en un primer reconocimiento para detectar patología.

A pesar de ser una patología con escasa prevalencia en este grupo de edad, la MCH figura como la primera causa de MS en la mayoría de las series norteamericanas y probablemente no lo sea en las europeas porque los reconocimientos precompetición permiten excluir a los que la padecen. Su importancia no sólo radica en su incidencia, sino que además se da en personas que aparentemente

gozan de una salud envidiable y en las que la MS puede ser la primera y única manifestación de la enfermedad. Con la excepción del síncope en los niños o el antecedente de 2 o más casos de MS en familiares de primer grado, la historia clínica puede tener un escaso valor predictivo. La asociación de edad menor de 14 años, síncope e historia familiar maligna se asocia a peor pronóstico. Aunque parece ser multifactorial, la etiopatogenia de la MS no es del todo bien conocida y el ejercicio puede precipitar la MS por diferentes mecanismos como el aumento del tono simpático, la taquicardización y vasodilatación periférica, y por inestabilidad eléctrica. Teniendo en cuenta que no es una técnica infalible, ya que pueden darse casos de MCH con escasa hipertrofia, el ecocardiograma es la única manera de detectar esta patología. En todo deportista joven con espesores parietales superiores a 13 mm debe descartarse la presencia de una MCH y, en caso de confirmarse el diagnóstico de MCH, desaconsejar la competición ya que el riesgo de MS es especialmente elevado entre los 14 y los 35 años, incluso con hipertrofia ligera o localizada [6].

El hecho de que la causa más frecuente de MS en relación con el ejercicio en mayores de 35 años sea la cardiopatía isquémica y la elevada prevalencia de enfermedad cardiovascular en la población general, son datos que sugieren que los reconocimientos previos a la práctica deportiva pueden ser efectivos en este grupo de edad. Sin embargo, la baja sensibilidad y especificidad del ECG de reposo y de esfuerzo hacen que tampoco exista unanimidad de criterio en este grupo.

Mientras que algunos se limitan a recomendar que no se realice ejercicio físico intenso después de los 40 años, en algunos países como Canadá y los EE.UU., se ha extendido la utilización de sencillos cuestionarios sobre factores de riesgo.

Las consideraciones previas y la experiencia a lo largo de más de 10 años en el Centro Nacional de Medicina del Deporte del Consejo Superior de Deportes nos llevan a recomendar 2 tipos de reconocimiento, uno básico y otro avanzado:

- El básico: estaría dirigido a conceder la aptitud para la práctica de ejercicio físico intenso y deporte recreacional o federado de base, y constaría de historia clínica dirigida a buscar síntomas y signos de alarma cardiovascular, ECG de reposo y prueba de esfuerzo al menos submáxima para valorar la capacidad funcional. Si el deportista es menor de 35 años pero con antecedentes de MS en un familiar de primer grado, se le debería recomendar un ecocardiograma. Si es mayor de 35 años y con 2 o más factores de riesgo coronario se recomienda realizar una prueba de esfuerzo máxima.

- El reconocimiento de nivel avanzado: tendría la finalidad de conceder la aptitud para la práctica deportiva en competiciones nacionales e internacionales, y debería incluir una prueba de esfuerzo máxima con registro electrocardiográfico y un ecocardiograma. Si el deportista presentara una bradicardia menor de 40 lat/min en el ECG de reposo, extrasistolia ventricular frecuente en el ECG de reposo o de esfuerzo, o una taquicardia paroxística durante la prueba de esfuerzo, debería recomendarse además una monitorización electrocardiográfica continua tipo Holter. La indicación de esta prueba se fundamenta en su utilidad para evidenciar tanto la presencia de arritmias parafisiológicas secundarias a hipervagotonía como para establecer la relación de las arritmias hiperactivas con el entrenamiento. El coste económico adicional de este tipo de reconocimientos se verá compensado por la disminución del gasto sanitario a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, así como de aquellas enfermedades degenerativas asociadas con el envejecimiento.

No hay que olvidar que además de que la mayoría de los programas de salud pública de los países civilizados contemplan los efectos beneficiosos del ejercicio físico y el deporte, las personas que lo practican de forma regular presentan un menor absentismo laboral y precisan de menor y más tardía ayuda de las instituciones. Éste es un argumento de peso para que las instituciones oficiales apoyen y promocionen el ejercicio físico, y que nos lleva a considerar que los criterios económicos fundamentados en la baja prevalencia de MS en los deportistas jóvenes no deben primar a la hora de establecer la necesidad de los reconocimientos previos a la práctica deportiva [6].

5 Discusión-Conclusión

La intensidad del ejercicio, la frecuencia con la que se realice ejercicio intenso, el estado de forma física, los hábitos de vida y la presencia de alguna anomalía cardiovascular subyacente son todos ellos factores que pueden hacer que el ejercicio físico proteja o termine desencadenando una MS. Ni siquiera el hecho de que un deportista haya alcanzado un nivel de elite garantiza que esté libre de patología coronaria u otras anomalías cardiovasculares.

A la hora de establecer unas recomendaciones sobre el nivel y tipo de deporte que cada uno puede realizar, el médico debe tener en cuenta el estado del aparato cardiovascular del deportista, los requerimientos de cada especialidad deportiva, las condiciones en que se realice, el nivel de dedicación y los posibles riesgos

asociados.

Una vez valorados todos estos aspectos, el médico tiene, además, la obligación de educar a los deportistas en materia de salud y sobre los síntomas y signos premonitorios de un evento cardíaco. Si se trata de deporte recreacional, será el propio deportista quien tras ser objeto de una evaluación adecuada y valorar las recomendaciones terapéuticas recibidas, así como el riesgo a asumir, deberá decidir sobre la actitud que desea seguir.

6 Bibliografía

- Araceli Boraita Pérez, Antonio Baño Rodrigo, José R. Berrazueta Fernández, Ramiro Lamiel Alcaine, Emilio Luengo Fernández, Pedro Manonelles Marqueta, Carlos Pons I. de Beristain. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología sobre la actividad física en el cardiópata. Revista Española de Cardiología 2000; 53: 684-726.
- Roberto M. Peidro. Cardiología del deporte, el corazón del deportista. Hallazgos clínicos, electrocardiográficos y ecocardiográficos. Revista Argentina de Cardiología. 2003; 71: 126-137.
- Carlos Brotons, Miguel Angel Royo-Bordonada, Luís Álvarez-Sala, Pedro Armario, Rosario Artigao, Pedro Conthe, Fernando de Álvaro, Ana de Santiago, Antonio Gil, José M^a Lobos, Antonio Maiques, Jaume Marrugat, Dídac Mauricio, Fernando Rodríguez-Artalejo, Susana Sans, Carmen Suárez. Adaptación Española de la guía Europea de prevención Cardiovascular. Revista Española Salud Pública 2004, Vol. 78, N.º 4.
- Carmen de Pablo Zarzosaa, Alfonso del Río Ligoritb, Esteban García Porreroc, Araceli Boraita Pérezd, Aleksandra Stachurskab. Prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Revista Española de Cardiología. 2008; 61(Supl 1):97-108.
- Ramón López-Palop, José Moreu, Felipe Fernández-Vázquez, Rosana Hernández. Registro Español de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista. XIV Informe Oficial de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (1990-2004). Revista Española de Cardiología. 2005; 58(11):1318-34.
- Araceli Boraita Pérez, Luis Serratosa Fernández. Muerte súbita en el deportista. Requerimientos mínimos antes de realizar deporte de competición. Revista Española de Cardiología. 1999; 52: 1.139-1.145.

Capítulo 342

FISIOTERAPIA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

CLAUDIA CUEVAS MENÉNDEZ

1 Introducción

El síndrome del túnel carpiano se produce por la compresión del nervio mediano a nivel de la muñeca, en el túnel del carpo que es un conducto formado por delante por el ligamento anular del carpo y por detrás por la concavidad que crean los huesos del carpo. Dicho túnel protege al nervio mediano que inerva motóricamente los músculos pronadores del antebrazo, flexores del carpo, palmar mayor y menor, abductor corto y oponente del pulgar y sensitivamente la zona externa de la mano y tres primeros dedos (pulgar , anular y medio) por su zona palmar y al índice y medio por la zona dorsal.

Cuando los tejidos como ligamentos o tendones se inflaman y presionan al nervio mediano en esa cavidad se produce el atrapamiento.

Su sintomatología produce parestesias en la parte radial de la mano, trastornos en el tacto, atrofia de la musculatura tenar y pérdida de fuerza.

Su etiología es desconocida, no hay una causa precisa pero en todos los casos se encuentra hiperfrotia del ligamento anular del carpo con compactación que adosa al nervio mediano en el ligamento.

Su incidencia es mayor en mujeres y su aparición se asocia a traumatismos ocupacionales repetitivos que se pueden dar en trabajadores como administrativos,

carpinteros, cajeros de supermercados..También a otras lesiones de muñeca como fracturas, neuropatías, embarazo, artritis reumatoides...

Su diagnóstico incluye una historia clínica detallada, pruebas exploratorias ,radiografías para excluir otras causas y electromiografía.

Dentro de las pruebas clínicas exploratorias más concluyentes encontramos:

- Prueba de Phalen: el paciente mantiene las manos en flexión palmar durante 1-2 min, en esta posición hay un aumento de presión en el túnel carpiano, es positiva si produce hormigueo en el territorio inervado por el mediano.
- Prueba de Tinel: con la mano en flexión dorsal percutir con un martillo sobre el nervio mediano en la flexura de la articulación de la muñeca. Es positiva si aparecen dolor y parestesias que irradia hacia la mano.

2 Objetivos

Comprender a través de un caso clínico qué es el síndrome del túnel carpiano, cuáles son sus causas y la manera de abordarlo con fisioterapia.

3 Caso clínico

Mujer de 40 años administrativa, pasa muchas horas escribiendo en el ordenador. Acude a consulta por adormecimiento de los dedos, pérdida de fuerza y dolor en mano derecha (dominante).

Exploración física: presenta braquialgias nocturnas y falta de precisión matutina, parestesias a nivel del radio externo del antebrazo y dedo pulgar e índice,pérdida de fuerza en la oposición del pulgar y dolor.

Pruebas complementarias:Prueba de Phalen y Tinel +. Radiografía que descarta fractura. Electromiografía que indica atrapamiento del nervio mediano a nivel del túnel del carpo.

Diagnóstico diferencial: esguince de muñeca, pinzamiento a nivel cervical,fractura muñeca.

Diagnóstico: síndrome del túnel carpiano.

Tratamiento: conservador, medidas preventivas que eviten movimiento de flexión forzada de muñeca, uso de ortesis, electroterapia, masaje y estiramientos, ejercicios de fortalecimiento.

4 Resultados

En este caso las medidas preventivas y el tratamiento conservador no han sido suficientes siendo necesaria la intervención quirúrgica. Se le pauta un tratamiento rehabilitador posterior a la misma consistente en reeducación de la mano y masajes de drenaje y en la cicatriz para liberar adherencias.

Cinesiterapia pasiva para recuperar la movilidad articular de muñeca y analítica de dedos que poco a poco según la evolución de la paciente pasará a ser activa y posteriormente resistida para tonificar la musculatura afectada.

También se le pauta terapia ocupacional para el reentrenamiento funcional de la mano en actividades de la vida diaria.

5 Discusión-Conclusión

En esta patología es importante identificar los factores de riesgo que pueden causarla en los diferentes trabajos para prevenir su aparición y así evitar la intervención quirúrgica de la misma.

6 Bibliografía

- José Francisco Melia Oliva. Manuel A. Valls Barbera. Fisioterapia en las lesiones del sistema nervioso periférico. España. Síntesis 1998
- Klaus Buckup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Exploraciones. Signos. Síntomas. 3ª Edición. Barcelona. Elsevier Masson. 2007
- A. Gómez Conesa. Síndrome del túnel carpiano. Fisioterapia elsevier. 2004 .Vol. 26. Núm. 3. páginas 170-185.

Capítulo 343

TRATAMIENTO DE LA LESIÓN DEL LCP E IMPORTANCIA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

RODRIGO ALVAREZ GONZÁLEZ

1 Introducción

El ligamento cruzado posterior (LCP) es uno de los ligamentos principales de la rodilla. Se extiende anterior y medialmente desde el área intercondílea posterior de la tibia y el menisco externo al lado anterior de la cara lateral del cóndilo medial del fémur. El LCP evita el deslizamiento posterior de la tibia cuando la rodilla se flexiona, y junto al ligamento cruzado anterior, proporciona estabilidad rotacional a la rodilla.

En cuanto a su anatomía, el LCP es más ancho y rígido que el LCA. Así pues, como hemos dicho, la función principal del ligamento es evitar la traslación posterior de la tibia en relación con el fémur, pero también aporta estabilidad en la rotación externa de la tibia y cuando se somete a la rodilla a esfuerzos en varo y valgo. A diferencia de las lesiones de LCA, cuando un deportista se lesiona el LCP por lo general puede volver a la práctica deportiva sin necesidad de someterse a una cirugía.

Las lesiones del LCP suelen acaecer por un traumatismo causado por una fuerza considerable. El mecanismo más común de lesión es una caída sobre una rodilla en flexión, aunque también puede darse en acciones de hiperextensión e hiperflexión. No es frecuente que el deportista note un crujido o chasquido ni tampoco

que presente inflamación inmediata importante, al contrario de lo que ocurre en las lesiones del LCA.

En cuanto al diagnóstico de esta lesión, se utilizan principalmente dos pruebas, que son la prueba del cajón posterior y "el signo de la caída hacia atrás". En una rodilla sin lesión, el tubérculo tibial debe caer alrededor de 1 cm por delante de los cóndilos femorales cuando la rodilla está flexionada 90 grados. Cualquier desplazamiento hacia atrás de ese tubérculo tibial podría indicarnos una lesión del LCP. Pruebas complementarias incluyen radiografías para descartar posibles fracturas asociadas y la resonancia magnética, que es la prueba de elección para confirmar la lesión y su severidad, así como posibles lesiones de otras estructuras.

La mayoría de las lesiones aisladas del LCP se recuperan exitosamente con un tratamiento conservador. En el programa de rehabilitación tras la lesión, el fortalecimiento del cuádriceps es fundamental, ya que puede aportar estabilidad ante la traslación posterior. En algunos casos podría necesitarse de cirugía, pero es raro que se opte por este tratamiento en casos de lesiones aisladas del LCP. Podría optarse por la cirugía en casos de presencia de lesiones de varios ligamentos, presencia de fractura tibial por avulsión y laxitud sintomática de tercer grado.

2 Objetivos

- Explicar, a través de la exposición de un caso clínico, las bases y fundamentos de la rehabilitación de la lesión del LCP, su diagnóstico y opciones terapéuticas, así como plantear y discutir la importancia o no de la prevención en este tipo de lesiones.

3 Caso clínico

Jugador de fútbol amateur, varón de 25 años, que en un partido sufre un golpe en la cara anterior de la tibia en la disputa de un balón dividido. El traumatismo le lleva la rodilla hacia la hiperextensión. Es atendido fuera del campo e intenta continuar pero tiene que abandonar de inmediato, ya que el dolor no le permite seguir jugando.

Tras la exploración física por parte del médico el jugador acude a nuestra consulta diagnosticado de esguince de grado 2 en el LLI. Presenta importante inflamación y dolor, con una posición protectora en flexión de rodilla que le impide ejecutar

un correcto patrón de marcha. Tras 2 semanas de tratamiento el jugador continúa con la rodilla bloqueada en flexión y el dolor sigue siendo importante, sin apenas haber notado mejoría. Ante estos hallazgos, y considerando que la evolución no está siendo la adecuada se solicita realizar una resonancia magnética para descartar otras lesiones que hayan pasado desapercibidas y puedan estar limitando nuestra actuación terapéutica.

En dicha resonancia, además de la lesión en el LLI aparece una rotura parcial extensa del LCP, que además concuerda con el mecanismo lesivo en hiperextensión de rodilla. Aproximadamente entre 5 y un 20% de las lesiones ligamentosas de la rodilla afectan al LCP. Pero muchas veces su lesión pasa desapercibida, sobre todo cuando su lesión es aislada, es por ello que un buen diagnóstico es fundamental. Inmediatamente se le pauta al paciente la utilización de taloneras de silicona, con la finalidad de favorecer la anteriorización de la tibia y promover la correcta cicatrización del LCP. El LCP, a diferencia del LCA, tiene cierta capacidad autoregeneradora, lo que hace que en este caso se opte por el tratamiento conservador, ya que además estamos ante una rotura parcial.

Recordemos que lo más importante del LCP es la función que realiza. Es el principal estabilizador de la rodilla a la traslación posterior de la tibia. El 90% de esta función es tarea del LCP, que también participa en el mantenimiento de la estabilidad lateral y medial de manera secundaria y en la estabilidad rotatoria de la rodilla junto al LCA.

Es importante llevar a cabo un proceso de rehabilitación que incluya fortalecimiento, propiocepción, trabajo funcional y tareas específicas del deporte, poniendo especial énfasis en el fortalecimiento del cuádriceps, ya que como hemos dicho anteriormente ayudará a controlar esa posteriorización de la tibia. Los objetivos de nuestro tratamiento van a ser:

- En primer lugar, nuestro objetivo inicial será reducir el dolor y la inflamación.
- Normalizar el rango de movimiento de la rodilla.
- Una vez resueltos los problemas iniciales, iniciar el fortalecimiento muscular, centrándonos especialmente en el cuádriceps.
- Fortalecimiento de toda la extremidad inferior incluyendo gemelos, cadera y músculos de la pelvis.
- Incluir tareas para conseguir mejorar y trabajar la propiocepción, el equilibrio y agilidad.
- Mejorar la técnica y la función en diferentes tareas como caminar, correr, saltar, aterrizar, etc. es decir, generar buenas bases y mejorar los patrones de

movimiento de todas las acciones que tengan que ver con el gesto deportivo.

- En última instancia nuestro objetivo será que el deportista regrese a su deporte con las máximas garantías y los mínimos riesgos de volver a lesionarse.

En las primeras fases es importante evitar la hiperextensión de la rodilla y la traslación posterior de la tibia, que como hemos visto ponen tensión el LCP, evitando por ello trabajar de manera aislada los isquiotibiales, por ese factor de posteriorización de la tibia, y evitando por la misma razón las posiciones arrodilladas. A partir de ahí seguimos un protocolo propuesto por Richard Norris, Daniel Massey, Nicky Van Melick y colaboradores en "The knee resource", con algunas modificaciones, que se divide en 4 fases:

Fase 1: 0-6 semanas

- Control de la inflamación y el dolor.
- En decúbito prono se realizan movilizaciones pasiva de rodilla de 0 a 90° las primeras 2 semanas para ir incrementando posteriormente.
- Movilizaciones de rótula en sentido superior/inferior, medial/lateral.
- Marcha con muletas las primeras 2 semanas y con una ortesis para el LCP.
- Elevaciones de la pierna recta y trabajo de mantenimiento de abductores y aductores de cadera en descarga.
- Short arc quads exercises (SAQ), rodilla a extension en últimos grados, muy pequeño rango.
- Mini sentadillas de 0 a 45°.
- Estiramientos suaves del gastrocnemio.
- Cuando el rango de movimiento sea suficiente incluimos bicicleta estática sin resistencia.
- Cuando el paciente es capaz de soportar todo el peso corporal incluimos ejercicios de propiocepción y elevaciones del talón (heel raises).

Fase 2: 6-12 semanas

- Continuamos con los ejercicios previos y añadimos estiramientos suaves de isquiotibiales.
- Ejercicios bilaterales de cuádriceps en cadena cinética abierta y ejercicios en cadena cinética cerrada con menos de 70° de flexión.
- Podemos empezar a realizar los ejercicios de ganancia de rango articular en decúbito supino.
- Puente isquiotibial sobre un fitball con las piernas estiradas.
- Lunge estático, con no más de 45° de flexión de rodilla.
- Aumento progresivo de la resistencia en la bicicleta estática.

- Peso muerto rumano a una pierna (rodilla extendida)

Fase 3: 12-18 semanas.

- Progresar en los ejercicios de fuerza más allá de los 70 ° de flexión.
- Comenzar ejercicios de fortalecimiento aislado de isquiotibiales.
- Progresar hacia ejercicios de fortalecimiento unilaterales (leg press, step ups, side dips, etc).
- Si existe suficiente fuerza y estabilidad en la ejecución de los ejercicios funcionales y la circunferencia del cuádriceps es mayor del 90% respecto a la pierna no operada el paciente puede comenzar a trotar.
- Comenzamos con un programa guiado de carrera de la siguiente manera: 1 minuto corriendo-4 andando durante 20 minutos. Cada semana se va aumentando un minuto de carrera y reduciendo un minuto de caminar, de tal manera que el paciente es capaz de correr 20 minutos después de 5 semanas.
- Una vez que el programa de carrera es completado se inician ejercicios de agilidad en diferentes planos.

Fase 4: 19 semanas en adelante:

- Vuelta a entrenamientos si existe un tope firme en la prueba del cajón posterior y una simetría en la fuerza de ambos cuádriceps.
- Vuelta a competición y deportes de contacto si la pierna lesionada obtiene un 85% respecto a la pierna no lesionada en tests funcionales.

El paciente completa el período de rehabilitación, siempre respetando los tiempos y las consideraciones generales sobre dolor e inflamación para guiarnos en la progresión de cargas.

4 Resultados

El paciente va evolucionando favorablemente a lo largo del período de rehabilitación. A las 4 semanas deja las muletas y recupera un patrón de marcha normal, continúa con los ejercicios de fortalecimiento teniendo en cuenta las pautas anteriormente expuestas y en torno a las 10-12 semanas comienza a correr, manifestando buenas sensaciones y sin ninguna complicación que retrase el proceso. Finalmente a las 17-19 semanas regresa a los entrenamientos y la competición, ya totalmente recuperado.

5 Discusión-Conclusión

Las lesiones del LCP en el ámbito deportivo suelen darse como consecuencia de impactos directos en el aspecto anterior de la tibia, a diferencia de las lesiones del LCA que suelen acontecer de manera indirecta y en la mayoría de las ocasiones sin contacto.

Se plantea la posibilidad de establecer un protocolo de prevención para estas lesiones de LCP, pero, debido a su mecanismo lesivo anteriormente descrito, resulta difícil determinar unas pautas concretas que nos permitan prevenir o impedir dichas lesiones. Más allá de esto, un correcto entrenamiento de fuerza muscular, funcional y de agilidad y propiocepción, que incluya los diferentes grupos musculares como isquiosurales, cuádriceps, tríceps sural y músculos de la cadera se antoja imprescindible para poder realizar la actividad deportiva con las máximas garantías y los mínimos riesgos de lesión.

En cuanto a la rehabilitación, una vez producida la lesión el tratamiento de elección en la mayoría de los casos es el tratamiento conservador, y en él, tener claras las pautas a seguir, los movimientos a evitar y las diferentes fases de la lesión y la rehabilitación resulta crucial para lograr buenos resultados y la reincorporación del deportista a su práctica deportiva con las mayores garantías.

6 Bibliografía

- G. Puddu, A. Giombini, A. Selvanetti - "Rehabilitation of Sports Injuries: Current Concepts"
- Páginas web:
- <https://www.ortopedia41.com/>
- <https://www.fifamedicalnetwork.com/es/lessons/rodilla-ligamento-cruzado-posterior-lcp/>
- https://thekneeresource.com/wp-content/uploads/2018/06/PCL_Conservative_Protocol.01.pdf
- <https://www.sanfordhealth.org/-/media/org/files/>
- Artículos de revistas:
- <https://bjsm.bmj.com/content/45/2/e2.26>
- Bases de datos:
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28566396>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22484415>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884975>

Capítulo 344

ABORDAJE DE CASO EN FISIOTERAPIA DE CEFALEA CERVICOGÉNICA CRÓNICA

MARTA RÍOS LEÓN

1 Introducción

La cefalea se define como el “dolor localizado por encima de la línea orbitomeatal” o según la Sociedad Internacional de las Cefaleas como “aquella ocasionada por un trastorno de la columna cervical y sus elementos óseos, discales o de partes blandas, por lo general acompañada de dolor cervical, aunque no siempre”. Se trata de una situación clínica muy frecuente, considerándose la tercera cefalea más frecuente.

Aproximadamente entre un 70 y un 90% de la población padece como mínimo un episodio de cefalea al año, y una de las posibles causas es la patología o disfunción de la columna cervical. Según datos de la OMS, se calcula que el 47 % de la población adulta ha sufrido al menos una cefalea en el último año, siendo más frecuente en personas jóvenes con una disminución de su prevalencia en edades avanzadas.

A pesar de la controversia existente en el diagnóstico clínico de la cefalea cervicogénica, actualmente sus mecanismos fisiopatológicos son de los más conocidos. Se considera como base neuroanatómica el núcleo trigémino-cervical, cuya convergencia de aferentes nociceptivas de los nervios cervicales superiores y aferentes de la primera división del nervio trigémino (vía tracto espinal del nervio trigémino) explican que el dolor de origen cervical se refiera a la región frontal,

temporal u órbita. Por tanto, todas las estructuras cervicales relacionadas con el núcleo trigémino-cervical (articulaciones, músculos, nervios, ligamentos, duramadre) pueden estar implicadas en la génesis de la cefalea cervicogénica. Sin embargo, no se han encontrado cambios específicos en imagen por resonancia magnética (RMN) de las estructuras craneovertebrales en estos pacientes[9]. Por otra parte, algunos autores han sugerido también que los mediadores proinflamatorios como las citoquinas, interleuquinas β (IL- β) y factor de necrosis tumoral α (TNF- α), pueden estar involucrados en su fisiopatología.

De esta forma, el dolor referido de la columna cervical a la región frontal o supraorbitaria constituye una referencia cervicotrigeminal (convergencia aferencias cervicales y trigeminales) mientras que el dolor en la región occipital constituye una referencia cervicocervical (convergencia entre niveles cervicales específicos y otros aferentes cervicales). El mismo fenómeno de convergencia haría que estímulos nociceptivos a nivel de la duramadre y otras estructuras craneales provoquen dolor cervical, lo que explicaría los cambios en el dolor que ocurren al aplicar una terapia sobre la columna cervical. Por otra parte, esta convergencia podría explicar una vía refleja relacionada con el giro de la cabeza en respuesta a estímulos del trigémino.

Por tanto, la cefalea cervicogénica es una condición común, causante de una importante disminución en las mediciones de la calidad de vida. La considerable restricción de la función diaria, la limitación de la participación social y estrés emocional asociados al dolor, así como su tendencia a la cronicidad, son algunos de los factores implicados en la significativa discapacidad presente en estos pacientes, que origina un elevado impacto socio-económico y, por tanto, importantes pérdidas económicas derivadas de la atención sanitaria y limitación de la funcionalidad. Además, destacar que esta cefalea se considera una forma común de cefalea recurrente crónica que no mejora con el tiempo, a diferencia de otras cefaleas secundarias. Por tanto, un adecuado diagnóstico y tratamiento es clínicamente importante siendo la historia clínica y la exploración claves.

La fisioterapia es la opción terapéutica más frecuentemente requerida y utilizada por individuos con cefalea cervicogénica (alrededor del 75%) debido la presencia de alteraciones musculoesqueléticas en la columna cervical. Aunque la evidencia a favor de la fisioterapia en la cefalea cervicogénica está limitada, es mayor que en la medicación, las inyecciones anestésicas y procedimientos quirúrgicos. Por otra parte, es necesario considerar la irritabilidad e intensidad de los síntomas ya que el tratamiento debe adaptarse en todo momento a la situación clínica del

paciente.

La intervención fisioterápica incluye métodos tanto pasivos como activos, centrándose fundamentalmente en terapia manual, ejercicio terapéutico y educación al paciente y considerándose la terapia manual y el ejercicio terapéutico los más efectivos. Sin embargo, la cronicidad de esta entidad supone una dificultad en la efectividad del tratamiento, siendo el ejercicio terapéutico fundamental en estos pacientes.

2 Objetivos

Determinar la efectividad del tratamiento de fisioterapia en un paciente con cefalea cervicogénica crónica.

3 Caso clínico

Acude a la unidad de fisioterapia una mujer de 42 años, española, conductora de ambulancias, derivada por el neurólogo, con diagnóstico de cefalea cervicogénica (menor de 8 meses) y tratamiento médico de ibuprofeno (600 mg cada 6-8 h).

En la anamnesis, se muestra como una paciente colaboradora con gran predisposición a la fisioterapia. No presenta antecedentes familiares y personales (sin alergias conocidas, sin cirugías previas, sin lesión o patología previa cervical, sin cefalea preexistente) de interés, aunque nunca ha realizado fisioterapia. Además, las pruebas complementarias no muestran signos relacionados con la sintomatología en radiografía o la RMN.

En la exploración física, no presenta síntomas en reposo y en la inspección presenta una postura de la cabeza ligeramente adelantada que se puede corregir sin síntomas y, por tanto, no se evidencia una afectación de la sensibilidad cinestésica. El dolor de la cefalea (7/10 de NRS), unilateral izquierda sin cambio de lado, tiene un desarrollo occipitofrontal con síntomas suboccipitales predominantes. Además, se observa una limitación de la movilidad activa en flexo-extensión cervical, con mayor restricción de la flexión (30°) asociada a una reducida flexión craneocervical, así como en rotación izquierda evidenciada en el test de flexión-rotación por una limitación de la rotación C1-C2 izquierda (28°). Mientras que en la movilidad intervertebral fisiológica pasiva, se encontraron en C0-C1 una flexión con restricción ligera y en C0-C2 una limitación de la flexión al 50% y rotación izquierda, y en la movilidad intervertebral accesoria pasiva

posteroanterior unilateral izquierda en C1 y C2 se encontró limitación con dolor local que, asociado a la rotación izquierda, reproducía la cefalea. Además, la sensibilidad dolorosa en la articulación cigapofisaria C2-C3 izquierda existente incrementa o reproduce los síntomas.

Por otro lado, no fue necesaria una evaluación neurológica, sin embargo, debido a que el nervio occipital mayor es la continuación directa de la rama dorsal del nervio raquídeo C2 que cursa en sentido posterior a la articulación C1-C2 hipomóvil, se realizó una evaluación neurodinámica del mismo mediante la variante del test de Slump y la palpación del mismo, sin embargo, no se observó afectación. A nivel muscular, se mostró la presencia de Puntos Gatillo Miofasciales (PGM) en trapecio superior mediante palpación plana, en pinza y rápida. También se evaluó la fuerza y resistencia de la musculatura cervical profunda flexora (largo del cuello y de la cabeza) y extensora así como el control neuromuscular, mostrando una debilidad de la musculatura flexora cervical profunda en el test de flexión craneocervical con una estrategia motora alterada asociada a un incremento de la actividad de la musculatura flexora cervical superficial (esternocleidomastoideo).

En cuanto al tratamiento de fisioterapia, se establece en base a las características de la paciente y a la evidencia de las técnicas mostrada en los estudios descritos con anterioridad. Se prescriben 3 semanas de tratamiento fisioterápico individual.

Los objetivos generales, basados en la mejora de la calidad de vida y discapacidad, se centran en la reducción del dolor y mejora de la funcionalidad (control neuromuscular y rango de movimiento) a corto y medio plazo y, posteriormente, a largo plazo, readaptación a las AVD y pauta de ejercicios domiciliarios. Se establecen dos fases de tratamiento:

- 1ª fase: basada en la reducción del dolor y mejora del rango de movimiento, se establece durante la primera y segunda semana. En primer lugar, se realiza una concienciación del paciente de la importancia de la intervención fisioterápica en esta cefalea, destacando la relevancia de seguir las pautas de tratamiento que se prescriban así como la higiene postural. En esta fase se aplica un masaje específico sobre los tejidos blandos con estiramientos suaves de la musculatura cervical posteriormente, seguidos de tracción cervical manual suave en decúbito supino con ligera anteflexión cervical, movilización posteroanterior central y unilateral de grados I y II, movilización con movimiento en rotación izquierda sobre la articulación C1-C2 y finaliza con manipulación cervical superior. Además, una

vez a la semana, se realiza punción seca de los PGM activos del trapecio superior acompañados, posteriormente, por crioestiramiento (3 pases de cloruro de etilo) y TENS convencional (bifásico asimétrico compensado a 100 Hz de frecuencia, 50 μ sg de anchura de pulso y electrodos situados bilateralmente sobre la región paravertebral y suboccipital) en sedestación.

- 2ª fase: basada en la mejora del control neuromuscular, se establece durante la segunda y tercera semana. Se realizan ejercicios de reeducación de la flexo-extensión, rotación e inclinación cervical en sedestación así como ejercicios de coordinación, fuerza y resistencia de la musculatura estabilizadora cervical a baja carga. Las intervenciones sobre la musculatura estabilizadora cervical implican la aplicación de distintos grados de presión sobre la unidad de biofeedback de presión del test de flexión craneocervical, para la reeducación motora. La sesión se finaliza con estiramientos de la musculatura cervical.

Por último, es importante la educación al paciente y del estilo de vida (higiene postural y ejercicios domiciliarios) como evitar el mantenimiento de una postura adelantada de la cabeza incidiendo en la concienciación de la importancia de mantener una posición neutra cervical mediante ejercicios propioceptivos tanto de mantenimiento de esta posición durante 10-15 segundos como mediante el test de reposicionamiento. Además, se debe considerar las medidas ergonómicas tales como el uso de un rodillo cervical cuando no pueda conciliar el sueño así como evitar el uso prolongado del ordenador relacionado con el adelantamiento de la cabeza.

4 Resultados

Tras finalizar el tratamiento a la tercera semana, se observa clara mejora de la sintomatología de dolor, mejora del rango de movimiento y mejora del control neuromuscular, refiriendo el paciente ausencia de dicha sintomatología mostrando ROM completo cervical y adecuado control neuromuscular en la reevaluación al mes de finalizar el tratamiento. El paciente refiere haber continuado las pautas de educación y estilo de vida pautadas durante el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

La cefalea cervicogénica se considera un síndrome doloroso frecuente, con tendencia a la cronicidad, cuya afectación origina una gran discapacidad y elevados

costes socioeconómicos. Su desconocimiento ha ocasionado una gran dificultad diagnóstica asociada a resultados de tratamiento inconsistentes en la literatura. Este hecho, se relaciona con que no todas las intervenciones terapéuticas son apropiadas o no todos los pacientes con cefalea cervicogénica se benefician de intervenciones particulares. Sin embargo, un enfoque multidisciplinar, inicialmente conservador, una elección de tratamiento individual y el establecimiento de un protocolo general de tratamiento que englobe el abordaje de los diferentes aspectos de la disfunción presentes en estos pacientes, resultan importantes para la efectividad del mismo.

Aunque la evidencia a favor de la fisioterapia está limitada, es mayor que la medicación, las inyecciones anestésicas y los procedimientos quirúrgicos. Por tanto, su relevancia como modalidad terapéutica más utilizada, radica en su eficacia, considerándose las técnicas más importantes la terapia manual, principalmente movilización, manipulación y masaje, y el ejercicio terapéutico en el que destaca la reeducación del control neuromuscular de los flexores craneocervicales. Por otra parte, también resulta importante la educación al paciente en el que se incluyen las medidas ergonómicas, estrategias de autocuidados y ejercicios domiciliarios.

A pesar de la efectividad superior del ejercicio terapéutico, son necesarios futuros estudios que recomienden la intervención fisioterápica como mejor opción terapéutica. Por tanto, las nuevas líneas de investigación deberían considerar la efectividad de las intervenciones multimodales, debido al análisis aislado de las técnicas que se ha realizado en los estudios actuales, y la identificación de los subgrupos de pacientes que se beneficiarían de una intervención particular. Por último, el establecimiento de un sistema de clasificación de similitudes entre los protocolos y el tamaño de la muestra, así como informes estandarizados sobre los efectos adversos para valorar la probabilidad de beneficios y daños potenciales de la aplicación del tratamiento, resultan importantes como elementos de estudio para las futuras investigaciones.

6 Bibliografía

- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS): The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38(1):1-211.
- Ruiz M, Pedraza MI, de la Cruz C, Barón J, Muñoz I, Rodríguez C et al. Headache in the elderly: characteristics in a series of 262 patients. *Neurologia*.

2014;29(6):321-6.

- Antonaci F, Sjaastad O. Cervicogenic headache: a real headache. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2011;11(2):149-55.
- Antonaci F, Bono G, Mauri M, Drottning M, Buscone S. Concepts leading to the definition of the term cervicogenic headache: a historical overview. *J Headache Pain.* 2005;6(6):462-6.
- Sjaastad O, Fredriksen TA, Pfaffenrath V. Cervicogenic Headache: Diagnostic Criteria. *Headache.* 1998;38:442-445.
- Barmherzig R, Kingston W. Occipital Neuralgia and Cervicogenic Headache: Diagnosis and Management. *Curr Neurol Neurosci Rep.* 2019;19(5):20.
- Hall T, Chan HT, Christensen L, Odenthal B, Wells C, Robinson K. Efficacy of a C1-C2 self-sustained natural apophyseal glide (SNAG) in the management of cervicogenic headache. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2007;37(3):100-7.
- McDonnell MK, Sahrman SA, Van Dillen L. A specific exercise program and modification of postural alignment for treatment of cervicogenic headache: a case report. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2005;35(1):3-15.
- Knackstedt H, Kråkenes J, Bansevicius D, Russell MB. Magnetic resonance imaging of craniovertebral structures: clinical significance in cervicogenic headaches. *J Headache Pain.* 2012; 13(1): 39–44.
- Martelletti P. Proinflammatory pathways in cervicogenic headache. *Clin Exp Rheumatol.* 2000;18(2 Suppl 19):S33-8.
- Youssef EF, Shanb AS. Mobilization versus massage therapy in the treatment of cervicogenic headache: a clinical study. *J Back Musculoskelet Rehabil.* 2013; 26(1): 17–24.
- Malo-Urriés M, Tricás-Moreno JM, Estébanez-de-Miguel E, Hidalgo-García C, Carrasco-Uribarren A, Cabanillas-Barea S. Immediate Effects of Upper Cervical Translatory Mobilization on Cervical Mobility and Pressure Pain Threshold in Patients With Cervicogenic Headache: A Randomized Controlled Trial. *J Manipulative Physiol Ther.* 2017;40(9):649-658.
- Chaibi A, Russell MB. Manual therapies for cervicogenic headache: a systematic review. *J Headache Pain.* 2012;13(5):351-9.
- Racicki S, Gerwin S, Diclaudio S, Reinmann S, Donaldson M. Conservative physical therapy management for the treatment of cervicogenic headache: a systematic review. *J Man Manip Ther.* 2013;21(2):113-124.
- Bogduk N, Govind J. Cervicogenic headache: an assessment of the evidence on clinical diagnosis, invasive tests, and treatment. *Lancet Neurol.* 2009; 8(10):959-68.
- Moore MK. Upper crossed syndrome and its relationship to cervicogenic

headache. *J Manipulative Physiol Ther.* 2004;27(6):414-20.

- Fernández de las Peñas C, Cuadrado ML. Therapeutic options for cervicogenic headache. *Expert Rev Neurother.* 2014;14(1):39-49.
- Chua NH, Suijlekom HV, Wilder-Smith OH, Vissers KC. Understanding cervicogenic headache. *Anesth Pain Med.* 2012;2(1):3-4.
- Inan N, Ateş Y. Cervicogenic headache: pathophysiology, diagnostic criteria and treatment. *Agri.* 2005;17(4):23-30.
- Posadzki P, Ernst E. Spinal manipulations for cervicogenic headaches: a systematic review of randomized clinical trials. *Headache.* 2011; 51(7):1132-9.

Capítulo 345

ABORDAJE FISIOTERAPEÚTICO DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

REMEDIOS CABAÑERO LUJÁN

1 Introducción

La demencia es un síndrome que implica el deterioro de la memoria, el intelecto, el comportamiento y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. La enfermedad de Alzheimer es la forma de demencia más común y acapara entre el 60% y 70% de los casos. La Fisioterapia forma parte de las terapias no farmacológicas para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. Ésta no sólo mejora el estado físico del paciente, sino que también aporta beneficios a otros niveles.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Mejorar la calidad de vida del paciente, fomentando al máximo la autonomía, manteniendo y/o mejorando las capacidades físicas para minimizar el deterioro y el inmovilismo.

Objetivos específicos:

- Mejorar y/o mantener la movilidad articular y el tono muscular evitando rigideces y atrofia.
- Mejorar y/o mantener la capacidad de deambular de manera independiente y lo más funcional posible.
- Mejorar y/o mantener la independencia en las transferencias.
- Mejorar y mantener la postura más óptima posible.

- Disminuir los dolores articulares y musculares.
- Evitar caídas.
- Evitar problemas circulatorios y respiratorios.
- Estimular el lenguaje y la expresión.
- Mejorar el estado anímico y fomentar la socialización.

3 Caso clínico

A la hora de diseñar el tratamiento de una persona con Alzheimer debemos tener en cuenta diversos factores:

- La fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente. Podemos dividir la enfermedad en 3 fases:
Leve o inicial: sin deterioro físico evidente.
Moderada: Comienzan a aparecer trastornos físicos.
Severa: Gran deterioro físico que puede llegar incluso al encamamiento.
- Otros factores como la personalidad, el estado anímico del paciente, la situación familiar y social.

4 Resultados

Las técnicas de tratamiento fisioterapéutico más usadas son:

- Cinesiterapia: Conjunto de procedimientos terapéuticos cuyo fin es el tratamiento de enfermedades aplicando al paciente una serie de movimientos que pueden ser activos, pasivos o comunicados.
Reeducación de la marcha: buscando siempre la mayor autonomía posible, fomentando la independencia y la funcionalidad.
- Reeducación postural: consiste en mejorar y/o mantener la postura más óptima posible.
- Entrenamiento de las transferencias: las transferencias son una serie de actividades sencillas que implican ejercicio físico y la práctica de movimientos similares a los que se utilizan con frecuencia en la vida diaria de cualquier persona y que constituyen un requisito fundamental para la independencia funcional de las personas.
- Hidroterapia: utiliza el agua como agente terapéutico para prevención y tratamiento de lesiones.
- Trabajo del equilibrio y coordinación: nos ayuda al mantenimiento de una marcha independiente y a evitar caídas.

- Psicomotricidad: intervención terapéutica que combina aspectos físicos y cognitivos cuyo objetivo es el desarrollo de las posibilidades motrices, expresivas y creativas a partir del cuerpo.
- Musicoterapia: actividad terapéutica que utiliza la música y sus características para facilitar y promover la comunicación, el movimiento y la expresión. Paseos al aire libre.
- Tratamiento del dolor: termoterapia, electroterapia, masoterapia, etc.
- Técnicas de relajación: para disminuir el estrés y la ansiedad en las primeras fases de la enfermedad.

5 Discusión-Conclusión

Debemos analizar de manera individual a cada paciente, teniendo muy en cuenta la fase de la enfermedad en la que se encuentra, además de sus características personales y sociales. De esta, manera podremos elegir qué técnicas de fisioterapia están indicadas en cada caso y así obtener resultados más satisfactorios con el tratamiento.

6 Bibliografía

1. Camacho C, Muñoz Díaz D, Aramburu de Vega, C. Fisioterapia general: Cine-sioterapia. 1 ed. Madrid (E): Editorial Síntesis; 1996.
 2. Delgado Ojeda, M^o A. Rehabilitación y Fisioterapia en geriatría. 2 ed. Jaén (E): Alcalá Grupo Editorial; 2004.
- Fundacionreinasofia.es [actualizado 1 Enero 2012].

Capítulo 346

REHABILITACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN HOMBRES

SARA BERMEJO SANDÍN

ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

1 Introducción

La incontinencia urinaria se define como toda pérdida involuntaria de orina que puede demostrarse de una forma objetiva y que genera problemas sociales y/o higiénicos a quienes la padecen. El abordaje y atención de la incontinencia urinaria es fundamental ya que provoca un importante impacto negativo en las personas que la sufren.

2 Objetivos

- Dar visibilidad a la incontinencia urinaria en hombres y describir los objetivos y las técnicas fisioterápicas que se emplean durante su rehabilitación.

3 Caso clínico

Se pueden distinguir distintas incontinencias urinarias:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo, que hace referencia a las pérdidas que se producen al realizar algún esfuerzo o ejercicio que genera un aumento de presión intraabdominal.

- Incontinencia urinaria de urgencia, que son las pérdidas no relacionadas con esfuerzos, y que o bien vienen precedidas por un deseo miccional agudo o son pérdidas de orina repentinas sin deseo miccional previo.
- Incontinencia urinaria mixta en la que existe una combinación de la incontinencia urinaria de esfuerzo y la incontinencia urinaria de urgencia.
- Incontinencia urinaria de rebosamiento en la cual lo que se produce es una gran retención de orina después de que el paciente orine, por lo cual la vejiga aunque no lo perciba está siempre llena y los pacientes van sufriendo pequeñas pérdidas en forma de goteo. Ésta última es la que afecta principalmente al género masculino.

Aunque la incontinencia urinaria afecta principalmente al sexo femenino existen algunos factores de riesgo comunes a ambos sexos como son:

- Estreñimiento crónico.
- Obesidad.
- Edad.
- Práctica de deportes de alto impacto.
- tos crónica.
- cirugías abdominales y/o perineales.

La prostatectomía es la principal causa de incontinencia urinaria en hombres.

La rehabilitación del suelo pélvico está recomendada tanto en aquellos pacientes que se han sometido a un tratamiento quirúrgico pélvico como en aquellos pacientes que se vayan a someter. La reeducación perineal permite tratar los principales efectos secundarios y las complicaciones tras las intervenciones quirúrgicas, siendo los principales objetivos de la rehabilitación asegurar una continencia sin escapes ante los esfuerzos, residuos postmiccionales o urgencia. La rehabilitación preoperatoria es muy recomendable para conseguir una buena toma de conciencia de la región previamente, y para comenzar con el reforzamiento muscular y el reentrenamiento al esfuerzo.

En el caso de la rehabilitación postoperatoria el primer trabajo que se realizará con los pacientes será de información y educación. En esta primera etapa también se debe llevar a cabo un asesoramiento de hábitos. Posteriormente se comenzará un entrenamiento muscular a través de tanto de técnicas manuales como instrumentales, entre las que destacan los equipos de electroestimulación y el biofeedback.

Por último el trabajo que se llevará a cabo deberá ser de reentrenamiento al es-

fuerzo y de integración durante las actividades de la vida diaria. Este trabajo debe ser llevado a cabo por fisioterapeutas especializados en este tipo de tratamiento.

4 Resultados

Existe un amplio abanico de medidas fisioterápicas para emplear durante la rehabilitación de la incontinencia urinaria en varones que presentan buenos resultados.

5 Discusión-Conclusión

Existe evidencia científica de los beneficios de la fisioterapia como medida de tratamiento de la incontinencia urinaria. De hecho este tipo de tratamiento debe ser considerado como parte del abordaje inicial debido a que se trata de un tratamiento conservador que no presenta efectos secundarios.

Si bien es verdad, la mayoría de estudios y revisiones relacionados con el tema hablan de incontinencia urinaria en mujeres. En varones existe escasa evidencia debido a la falta de investigación, por lo que se hace necesario un mayor número de estudios que aborden la incontinencia en varones y la fisioterapia como parte de su tratamiento.

6 Bibliografía

1. Walker C. Fisioterapia en obstetricia y uroginecología. 2ª ed. España: Masson Elservier; 2006.
2. Bales GT, Gerber GS, Minor TX et al. Effect of preoperative biofeedback / pelvic floor training on continence in men undergoing radical prostatectomy. *Urology*. 2000; 56(4): 627-30.
3. Castille Y, Opsomer R.J., Abi Aad, et al. Place et contribution de la kinésithérapie après prostatectomie radicale totale. *Annales de Kinésithérapie*. 1995; 22 : 189-92.
4. Van Kampen M, De Weerdt W, Van Poppel H, et al. Effect of pelvic-floor re-education on duration and degree of incontinence after radical prostatectomy : a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000 ; 355 : 98-102.

Capítulo 347

FISIOTERAPIA EN LA LUMBALGIA MECÁNICA

ISABEL FERNÁNDEZ-GARCÍA ORTEGA

1 Introducción

En las sociedades modernas la prevalencia del dolor lumbar se sitúa en un 70% de la población adulta. Podemos intuir sin mucho esfuerzo que este elevado porcentaje supone un elevado coste económico; coste económico reflejado en los recursos sanitarios que intervienen en su diagnóstico y tratamiento, y también por la gran cantidad de bajas laborales que supone.

Afecta por igual a hombres y mujeres a partir de la veintena, aunque inicialmente son episodios puntuales con autoresolución. Es a partir de los 40-50 años cuando se vuelve más incapacitante y frecuente. La lumbalgia se define como dolor producido entre la última costilla y la zona glútea que puede irradiarse o no a las extremidades inferiores. Cursa siempre con dolor, discapacidad y/o reducción de la movilidad espinal en mayor o menor medida.

Se clasificará como dolor lumbar crónico cuando aquel que dura más de 3 meses. Podemos también distinguir 3 tipos de lumbalgia:

- Lumbalgia mecánica: se caracteriza por un dolor localizado en la región lumbar o lumbosacra de características mecánicas y que varía en función de la actividad física, pero nunca aparecerán déficit motor o neurológico.
- Lumbocitalgia: donde además del dolor lumbar observamos un compromiso neurológico que puede evidenciarse con afectación motora, sensitiva o en los reflejos.

- Lumbalgia con signos de alerta que pueden ser consecuencia de enfermedades como neoplasias, fracturas vertebrales, infecciones, estenosis de canal, síndrome de cauda equina, etc. que pueden llegar a precisar una cirugía urgente.

El dolor lumbar se puede manifestar de muchas maneras; puede estar localizado en un punto concreto o abarcar toda la zona lumbar, estar asociado con manifestaciones neurológicas, limitar en movimiento en flexión, extensión o ambos entre clínica presentes en las lumbalgias.

Debemos destacar que tampoco existe una correlación clara entre la clínica que se manifiesta y la imagen anatómica hallada en las diferentes técnicas de imagen que podemos manejar. Esto hace muy difícil llegar a un diagnóstico etiológico, de hecho sólo se consigue en un 10 o 20% de los casos.

Independientemente de la etiología de la lumbalgia los objetivos del tratamiento siempre serán la reducción del dolor, la recuperación y el mantenimiento de la función de la zona lumbar. Por su variada clínica, elevada prevalencia y repercusión socio-económica del dolor lumbar existen muchos tipos de tratamientos para intentar conseguir al máximo los objetivos anteriormente mencionados.

Hay que destacar tres tipos de tratamiento:

- Tratamiento farmacológico: algunos fármacos utilizados son AINEs, relajantes musculares no benzodiacepínicos, paracetamol, opioides débiles (codeína y tramadol), opioides mayores o antidepresivos.
- Tratamiento fisioterapéutico: las técnicas más utilizadas entre otras son ejercicio físico, ejercicio terapéutico, termoterapia, electroterapia, hidroterapia, masoterapia o manipulaciones vertebrales.
- Tratamiento quirúrgico: suele ser la última opción cuando no han funcionado las anteriores.

2 Objetivos

- Comprobar si existe diferencia en la eficacia de un protocolo de fisioterapia para la lumbalgia mecánica con ejercicio terapéutico y el mismo protocolo más electroanalgesia (TENS) durante 30 minutos.

3 Metodología

Realizaremos un ensayo aleatorio en un centro de Atención Primaria.

Para ello delimitaremos dos grupos de 20 sujetos cada uno para llevar cabo el tratamiento durante el presente año. Por lo que en total se estudiarán 40 sujetos. Los criterios de inclusión para la elaboración de los grupos serán:

- Diagnóstico de lumbalgia mecánica.
- Edad entre 30 y 60 años.
- Dolor de tipo agudo o subagudo.
- Capaz de tumbarse en supino en el suelo y mantenerse en cuadrupedia al menos 5 minutos.

Los criterios de exclusión para la elaboración de los grupos serán:

- Espondilolistesis.
- Operación de neurocirugía.
- Edad inferior a 30 y superior a 60 años.
- Dolor de tipo crónico.
- Imposibilidad para tumbarse en el suelo en supino y/o mantener en cuadrupedia 5 minutos.

Se establecerán 20 sesiones en el centro de fisioterapia diariamente de lunes a viernes para ambos grupos.

Ambos grupos también recibirán una hoja escrita con los ejercicios que se realizan para poder continuar en casa cuando acabe el tratamiento en sala. Se les pedirá que realicen los ejercicios al menos a días alternos durante los 6 primeros meses. Se valorará el dolor el primer día de tratamiento con la escala de dolor EVA y la movilidad lumbar. Se les entregará un cuadrante semestral para anotar los días que realicen los ejercicios.

El protocolo de ejercicios que se realizará con el GRUPO A y el GRUPO B será el siguiente:

- Estiramiento de los glúteos. En supino llevaremos una pierna doblando la rodilla hacia el pecho y la mantendremos con la mano contrario y contra el pecho durante 4 o 5 respiraciones profundas. Lo realizaremos 10 estiramientos con cada pierna.
- Estiramiento ambos piramidales. En supino cruzaremos una pierna sobre la otra para formar un 4 y cogiendo la otra pierna por debajo del muslo lo llevaremos hacia el pecho, aguantaremos en esa posición 4 o 5 respiraciones profundas. Lo realizaremos 10 veces con cada pierna.
- Estiramiento musculatura lumbar. En supino llevaremos las dos rodillas dobladas hacia el pecho, las abrazaremos con los brazos y mantendremos durante 4 o 5 respiraciones profundas. Lo realizaremos 10 veces.

En cuadrupedia y con una contracción previa del transverso llevaremos la pierna derecha hacia atrás, manteniendo dicha contracción. Lo realizaremos 15 veces con cada pierna.

Después del protocolo de ejercicios el GRUPO A finalizará su tratamiento de fisioterapia.

El GRUPO B antes de realizar el protocolo de ejercicios recibirá una sesión de electroanalgesia, TENS, durante los 20 días de tratamiento en el centro de fisioterapia.

Al finalizar las sesiones de fisioterapia en el centro se les indicará a ambos grupos que continúen haciendo los ejercicios en casa a días alternos durante los seis meses siguientes.

Se les citará para valorar el tratamiento a los 6 meses de iniciarlo. Dicha valoración, al igual que la inicial, se hará con la escala de dolor EVA, y también se valorará la movilidad lumbar. En la cita para la valoración se les pedirá que traigan el registro de días que han realizado los ejercicios desde el alta del tratamiento en el centro de fisioterapia.

4 Bibliografía

1. Humbría Mendiola A, Carmona L, Peña Sagrado JL, Ortiz AM; Grupo EPISE. Impacto poblacional del dolor lumbar en España resultados del estudio EPISER. Rev Esp Reumatol. 2002.
2. González Viejo MA, Condón Huerta MJ. Coste de la compensación por incapacidad temporal por dolor lumbar en España. Rehabilitación.
3. Fernández del Olmo M, Álvarez-Sauco M, Koch G, Franca M, Márquez G, Sánchez JA, et al. How repeatable are the physiological effects of TENS? Clin Neurophysiol 2008.
4. Grupo de médicos Fraternidad-Muprespa. El dolor lumbar. Salud laboral para atención primaria. Jano EMC. 2003.
5. European Commission COST B1, Fundación Kovacs. Guía de práctica clínica para la lumbalgia inespecífica. 2005.
6. Chou R, Qaseem A, Snow V, Casey D, Cross Jr JT, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: A joint clinical practice guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society. Ann Intern Med. 2007.
7. Poitras S, Rossignol M, Dionne C, tousignant M, Truchon M. An interdisciplinary clinical model for the management of low-Back pain in primary car: The

CLIP project. BMC Musculoskeletal Disord. 2008.

8. Papageorgiou AC, Croft PR, Ferry S, Jayson MI, Silman AJ. Estimating the prevalence of low back pain in the general population. Evidence from the South Manchester Back Pain Survey. Spine 1995.

9. González Viejo MA. Epidemiología. Dimensión socioeconómica. Madrid. Grupo Aula Médica. 1996.

Capítulo 348

CONVIVIR CON PATOLOGÍA LUMBAR

CAROLINA MENÉNDEZ GARCÍA

LAURA VEGA MORÁN

MARÍA GÓMEZ RODRÍGUEZ

MARTA FUERTES MARTÍNEZ

ALEXIA FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La columna lumbar está formada por 5 vértebras que van aumentando en tamaño de craneal a caudal, y cuya estructura es robusta para poder soportar el peso del resto de las vértebras. Dispuestos entre las vértebras encontramos los discos intervertebrales, que junto con los ligamentos, dan cohesión a la columna y nos permiten mantener flexibilidad a la par que nos proporcionan sujeción.

Revistiendo todo lo anterior nos encontramos con una serie de potentes músculos como son el psoas, el cuadrado lumbar, el multifidus y el erector, cuyo papel es importante para mantener una estática y dinámica adecuada en esta zona corporal. Podríamos definir la zona lumbar como el segmento de mayor movilidad de la columna, y es por ello que tiene un complicado y engranado funcionamiento que a día de hoy continua siendo motivo de estudio.

El dolor lumbar se define como un síndrome doloroso, de localización determinada entre la vértebra torácica T12 y la primera vértebra sacra S1, que puede

ser local o causar irradiación, y cuya intensidad varía en función de los hábitos posturales y la actividad física.

Este dolor puede estar provocado tanto por factores físicos como psicosociales, y afectar a cualquiera de las estructuras que conforman la columna lumbar o ajenas a la misma (articulación sacroilíaca, articulación coxofemoral, columna torácica, vísceras, etc.). El 70-80% de la población presenta lumbalgia en alguna etapa de su vida, notándose mayor prevalencia de aparición en mujeres que en hombres, y en la edad adulta (entre 30-50 años), lo cual provoca una incapacidad importante para continuar con las actividades de la vida diaria y laborales. Puede considerarse la causa más común a nivel mundial de consultas externas y baja laboral. Otro gran grupo de población afectado por este problema son los mayores de 65 años, que se hacen más vulnerables por el conjunto de enfermedades concomitantes existentes.

Los estudios muestran las líneas crecientes en lo que respecta a la aparición recurrente de esta patología, por lo que podíamos contextualizarlo como un proceso duradero en el tiempo, de difícil pronóstico y complejo tratamiento. De acuerdo con la duración del proceso, la lumbalgia se clasifica en aguda, subaguda o crónica. La primera es de inicio súbito y corta duración (menos de 4 semanas); la subaguda tiene una duración de 4 a 12 semanas; mientras que la crónica es de mayor duración (más de 12 semanas).

Se considera que una persona tiene lumbalgia crónica cuando tiene dolor en la zona lumbar la mitad más uno de los días de año. Existe una asociación entre factores musculares y psicosociales que favorecerán la cronificación e incapacidad asociada al proceso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Concienciar a la población de la importancia de cuidados en higiene y reeducación postural sí como en la implantación de la actividad física para evitar posibles y futuras discapacidades derivadas de esta patología.

Objetivos secundarios:

- Promover e insistir en la instauración de hábitos alimenticios saludables, respetando las recomendaciones de la OMS y la pirámide alimenticia.
- Aplicar diferentes tipos de terapias físicas de tratamiento con el fin de desensi-

bilizar la zona, favorecer la oxigenación de los tejidos así como la desaparición de la inflamación local, producir analgesia y ayudar a regenerar el tejido dañado.

- Diseñar y realizar un programa de ejercicios y estiramientos para flexibilizar y potenciar la zona afectada, así como un entrenamiento cardiovascular para aumentar las capacidades generales de individuo.
- Prestar atención psicológica en caso de que fuese necesario, para tratar la ansiedad/depresión que puede ir asociada en los casos más agudos y recurrentes, así como en aquellos que se han cronificado y suponen un problema (social, laboral, etc) para el individuo y su interacción con el entorno.
- Tener en cuenta el Plan de ergonomía en el trabajo, para adecuar al problema/patología la zona de trabajo y minimizar en lo posible los riesgos y daños que generen dolor.

3 Caso clínico

Varón de 46 años que acude a consulta por dolor lumbar de un año de evolución. El dolor se manifiesta especialmente en el lado derecho, causando irradiación proximal hacia dicho miembro inferior. No existe dolor en reposo, sino que aumenta con la actividad y es más agudo en los movimientos de rotación de la columna dorso-lumbar.

Por las mañanas tiene más sintomatología a nivel general en cuanto a tumefacción y dolor, pero con el paso del día sus síntomas van haciéndose menos notables. Se presume proceso reumatológico (aun sin confirmar) por el cual estuvo a tratamiento farmacológico sin mejoría. Posteriormente tratamiento para ácido úrico con ídem resultado.

Radiografía lumbar y en caderas con hallazgos de protusión lumbar L5-S1 y quiste óseo en cabeza femoral. Refiere no haber sufrido traumatismos previos. Desde inicio de proceso cese de actividad física por dolor exacerbado tras esfuerzos, tanto en columna lumbar como en región de trocánter derecho. Sobrepeso, zona abdominal prominente.

Exploración fisioterapéutica:

- Exploración estática: en plano sagital postura en hiperlordosis lumbar. En plano frontal no asimetrías significativas. En plano transversal se objetiva pelvis ligeramente rotada.
- Palpación: hipertonía en musculatura erectora del raquis y glútea bilateral. Punto álgido en trocánter derecho. Se reproduce dolor a la palpación de musculatura lumbar

- Exploración dinámica: flexión y extensión completas sin dolor. Rotaciones y lateroflexiones limitadas por dolor lado derecho.
- Exploración neurológica: ROT conservados
- Valoración de la marcha: patrón de marcha alterado – disminución tiempo fase apoyo pie derecho para llegar antes a la fase de balance de dicho miembro inferior. No usa ayudas externas para deambulación.

Objetivos: disminuir el dolor y la hipertonía muscular inicial patológica, enseñar pauta de ejercicios domiciliarios tanto para musculatura lumbar como abdominal, diseñar un programa de entrenamiento generalizado y sobre todo centrado en potenciación de MM.II. para disminuir carga en zona lumbar a la hora de afrontar situación de mayor estrés para esta estructura, dar consejos y recomendaciones de higiene postural.

4 Resultados

Tras 20 sesiones de tratamiento individualizado donde se han aplicado técnicas de electroterapia, termoterapia y masoterapia, combinado con un programa de ejercicios, hemos conseguido disminuir el dolor lumbar para posteriormente instaurar una rutina diaria de entrenamiento para evitar recidivas.

En la valoración final se objetiva disminución de la hipertonía muscular inicial a la par que ha disminuido la intensidad de dolor lumbar percibida por el paciente. Además observamos aumento de rango de movilidad en lateralizaciones y giros que inicialmente estaban limitados.

5 Discusión-Conclusión

En la lumbalgia no está indicado el reposo, excepto en los primeros días en que el dolor es agudo, puesto que debilita y atrofia la musculatura de la espalda. Hay que concienciar a la población de la importancia de la actividad física tanto durante este proceso como antes y después, para evitar recidivas.

La lumbalgia crónica requiere un abordaje global del dolor en todas las esferas del mismo. Los fisioterapeutas debemos integrarnos en el equipo multidisciplinar para diseñar un tratamiento específico para cada paciente e intentar aumentar la efectividad del mismo.

Es indispensable realizar una buena exploración física y contrastar con pruebas

diagnósticas de imagen para por hacer diagnósticos diferenciales correctos. En el tratamiento de la lumbalgia se incluyen tratamientos farmacológicos y no farmacológico para disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Anatomia-diu-2011-musculos-lumbares.pdf [Internet].
2. Guisado P. ARTÍCULO DE REVISIÓN LUMBALGIA Y EJERCICIO FÍSICO LOW BACK PAIN AND PHYSICAL EXERCISE. :19.
3. Enfermedades Reumáticas. :28.
4. Gómez-Conesa A, Valbuena Moya S. Lumbalgia crónica y discapacidad laboral. Fisioterapia. 1 de octubre de 2005;27(5):255-65.
5. <https://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenido=49355>.
6. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-lumbalgia-ciatica-13053074>.

Capítulo 349

EJERCICIO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC).

LUCÍA VITURRO BERNARDO

GLORIA HERNÁNDEZ VALDÉS

ANA MARÍA VITURRO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica es definida por la European Respiratory Society (ERS) y la American Society (ATS) como “un proceso prevenible y tratable, caracterizado por limitación al flujo aéreo no completamente reversible, no generalmente progresivo y asociado a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas y gases nocivos, fundamentalmente los producidos por el hábito tabáquico”. (1)

Esta enfermedad es considerada como una causa importante tanto de morbilidad como de mortalidad. Según la Organización Mundial de la Salud, 65 millones de personas tienen enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) considerada entre moderada a grave.

En cuanto a los síntomas, los pacientes con EPOC sufren principalmente de disnea, tos matutina y sibilancias, lo que afecta directamente a su calidad de vida.

(2)

El tratamiento principal, es el abandono del hábito tabáquico, ya que existe una fuerte asociación entre el consumo y la exarbabación de los síntomas. Dejar de fumar puede disminuir la progresión de síntomas y también el riesgo de mortalidad. Además, en los últimos años se ha potenciado la importancia de la actividad física en estos pacientes.

2 Objetivos

- Conocer la eficacia y la evidencia científica más reciente del ejercicio terapéutico en la calidad de vida de pacientes con EPOC.

3 Metodología

Para la realización de la revisión bibliográfica sobre la efectividad del ejercicio aeróbico en pacientes con dolor lumbar crónico, se realizó una búsqueda en diciembre de 2019 en las bases de datos PEDro (Physiotherapy Evidence Database) y Pubmed. En cuanto a la estrategia de búsqueda se utilizaron las palabras clave: “physiotherapy” y “COPD”. Estos términos fueron combinados mediante el operador booleano AND. Tras realizar este proceso, se aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión a todos los artículos científicos.

Criterios de inclusión:

- Ensayos clínico aleatorizados con una puntuación de al menos 7 en la escala PEDro.
- Estudios publicados del año 2017 en adelante.
- Estudios en los que en al menos una de las intervenciones se realice ejercicio.

Criterios de exclusión:

- Revisiones bibliográficas, estudios de caso, guías clínicas y opiniones de expertos.
- Estudios en sujetos sanos.

4 Resultados

A continuación, se analizan los resultados de los 3 artículos finales incluidos en esta revisión. (4,5,6)

López L et al realizaron un ensayo clínico aleatorizado en mayo de 2019. Se dividió a los pacientes con EPOC grave y hospitalizados en tres grupos. El primer grupo, que era un grupo control, que recibió tratamiento médico estandarizado. El segundo grupo recibió tratamiento de fisioterapia que consistía en una electroestimulación del músculo cuádriceps. El tercer grupo, recibió intervención grupal de fisioterapia más un programa de autogestión, que incluía información educativa, ejercicios de respiración y ejercicios de relajación. Se evaluó la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes sometidos a tratamiento y se encontró que todos los grupos mejoraron en todos los resultados. Sin embargo, los 3 meses, la calidad de vida muestra reducciones en todos los puntajes en el grupo control y en el grupo de fisioterapia, mientras que el grupo de autogestión muestra un mantenimiento de los valores. Por lo tanto, podemos concluir que un programa de autogestión individualizado agregado a un programa de fisioterapia administrado una vez al día mejora la calidad de vida y la funcionalidad relacionadas con la salud en comparación con fisioterapia y un grupo de control en pacientes con EPOC grave hospitalizados.

Silva C et al, realizaron un ensayo clínico aleatorizado en diciembre de 2018. Se dividió a los pacientes con EPOC en dos grupos. El grupo de control realizó calentamiento, ejercicio aeróbico, entrenamiento muscular inspiratorio y estiramientos. El grupo de tratamiento realizó calentamiento, ejercicio aeróbico, entrenamiento muscular inspiratorio, tres series de ejercicio de resistencia de la extremidad superior y estiramientos. Este entrenamiento se realizó tres veces por semana durante ocho semanas. Se evaluó la fuerza muscular respiratoria y periférica, la disnea y la calidad de vida y se encontraron mejores resultados en el grupo que realizó ejercicios de resistencia de la extremidad superior. Por tanto, podemos concluir que los ejercicios de resistencia de la extremidad superior mejoran la capacidad de ejercicio, la fuerza muscular respiratoria y la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

De Roos P et al realizaron un ensayo clínico aleatorizado en marzo de 2018. Se utilizó a 52 pacientes con una EPOC y una puntuación de dos o más en la Escala de disnea del Consejo de Investigación Médica. Se dividió a los participantes en dos grupos: el grupo de intervención y el grupo control. El grupo de intervención realizó un entrenamiento de diez semanas que se basaba en ejercicio y caminar. Se evaluó al inicio del estudio, y pasadas 10 semanas: la calidad de vida, la capacidad de ejercicio funcional, la autoeficacia del ejercicio y las actividades diarias. Tras la medición, se observó como las actividades diarias aumentaban en comparación con el grupo control, así como la capacidad funcional. Por lo tanto, podemos

concluir que el entrenamiento combinado de ejercicios y un programa de caminar mejora los resultados medidos en pacientes con EPOC moderada.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los resultados, podemos afirmar que el ejercicio de cualquier tipo mejora significativamente la sintomatología en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, especialmente la calidad de vida.

Por tanto, sería recomendable un programa de ejercicio que combinara tanto el trabajo aeróbico como el trabajo de fuerza (en especial de extremidades superiores) así como un programa de autogestión e información. Además, se ha demostrado que este tipo de entrenamiento es eficaz tanto a corto plazo como pasados tres meses.

6 Bibliografía

- 1. Plaguezuelos E, Miranda G, Gómez A, Capellas L. Rehabilitación integral en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Madrid: Médica Panamericana; 2008
- 2. Blesedell E, Cohn E, Schell B. Terapia ocupacional. Madrid: Médica Panamericana; 2005
- 3. López-López L, Valenza MC, Rodríguez-Torres J, Torres-Sánchez I, Granados-Santiago M, Valenza-Demet G. Results on health-related quality of life and functionality of a patient-centered self-management program in hospitalized COPD: a randomized control trial. *Disabil Rehabil*. 2019 May 10:1-9.
- 4. Garcia J. La actividad física en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2017; 53(8): 413-141
- 5. Silva C, Gomes N, Saquetto M, Souza A. Effects of upper limb resistance exercise on aerobic capacity, muscle strength, and quality of life in COPD patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 2018; 32 (12): 1636 - 1644.
- 6. de Roos P, Lucas C, Strijbos JH et van Trijffel E. Effectiveness of a combined exercise training and home-based walking programme on physical activity compared with standard medical care in moderate COPD. *Physiotherapy* 2018 Mar;104(1):116-121.

Capítulo 350

REHABILITACIÓN DE LA COLUMNA LUMBAR EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

PATRICIA FERVIENTA FUEYO

LAURA ÁLVAREZ FRANCISCO

1 Introducción

La Espondilitis Anquilosante (EA) es un tipo de artritis inflamatoria que afecta a la columna axial. Cuando se producen estos periodos de inflamación, frecuentemente, aparecen daños estructurales que provocan restricciones de movilidad de la columna y contribuyen a provocar dolores crónicos, los cuales pueden limitar la actividad física.

En cuanto a datos epidemiológicos, aparece en el 0,2% de la población general. Es más frecuente en hombres según los datos que se tenían hasta ahora. No obstante, estudios recientes han encontrado un predominio femenino. Se puede explicar por el hecho de que en mujeres no se detecta de la misma manera, esto es debido a un comienzo más tardío y a una afectación más leve de la enfermedad. En cuanto a la exploración de la columna lumbar, en un principio se aprecia un espasmo de la musculatura paravertebral que posteriormente deriva en la anquilosis de las articulaciones cigoapofisarias. La prueba de Shober nos permite apreciar si la flexión lumbar se encuentra restringida.

La EA tiene una evolución muy diferente en la población. La limitación lumbar de la que hablamos viene acompañada de dolor de tipo inflamatorio y es habitual en las primeras fases. Con el tiempo aparece el dolor crónico y deformidades. La postura que mantenemos a lo largo del día es fundamental. Para ello debemos tener un buen control de nuestro cuerpo que nos permita mantener una correcta alineación de la espalda. Es necesario instruir a los pacientes para que eviten las posiciones estáticas prolongadas y la flexión de columna mantenida. Deben evitar los deportes de contacto, las tracciones cervicales y las manipulaciones articulares a cualquier nivel. Por otro lado, es recomendable que mantengan 10-15 minutos la posición de decúbito prono.

2 Objetivos

-Determinar las metas a conseguir y con ellas las posibles intervenciones a realizar, en este caso mejorar los síntomas que nos describe por las mañanas y planificar una serie de pautas para su tratamiento mediante fisioterapia, en este caso consistentes en ejercicio durante una hora, tres días a la semana, basándonos en un caso clínico.

3 Caso clínico

Varón de 40 años. Diagnosticado de espondilitis anquilosante (EA) desde los 22 años, edad en la que sufre un episodio que le deja en cama con un dolor severo durante unos meses. Se dedica al mantenimiento de una residencia de la tercera edad desde hace 10 años. Tiene un control anual en reumatología. Hace vida totalmente normal.

El paciente refiere que presenta dolor en diferentes localizaciones: cara anterolateral de los hombros, cara anterior de las rodillas y sobre todo a nivel cervical y lumbar. Refiere una sensación de rigidez en cervicales y, sobre todo en lumbares, cuando se levanta por las mañanas que va desapareciendo progresivamente conforme comienza a moverse. Nos comenta en consulta de fisioterapia que esta sensación le dura de forma aproximada una media hora. En este caso, el paciente realizó un programa de tres meses de ejercicios dirigido por un fisioterapeuta durante tres días a la semana y una hora de duración. Combinaba hidroterapia, ejercicios y estiramientos al final de cada sesión, además del seguimiento por su médico de atención primaria y reumatología.

4 Resultados

Tras tratamiento principalmente fisioterápico, el paciente se levanta con menos sensación de rigidez, no sólo a nivel lumbar, sino que también a nivel cervical desde que realiza el programa propuesto. Esto le hace estar más positivo y motivado a seguir haciendo ejercicios.

En las siguientes valoraciones médicas y psicológicas, se evidencia a partir de este programa una mejora clínica y sintomática del paciente, tanto a nivel físico y mental, por lo que se puede considerar el programa fisioterápico y rehabilitador como tratamiento beneficioso para la espondilitis anquilosante.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad aun hay poca evidencia sobre qué programa rehabilitador mediante ejercicio terapéutico es el más adecuado en este tipo de pacientes, no obstante, cada vez hay más evidencia de que el ejercicio en sí es fundamental para la calidad de vida de estos pacientes. No obstante, conseguir una adherencia al programa parece una tarea más complicada, por lo que es importante incidir en este punto de forma multidisciplinar, para que el paciente sea consciente de la relevancia de esta parte del tratamiento y no lo abandone.

6 Bibliografía

- 1.- Liua S, Moraisa SA, Lapaneb KL et Kaya J. Physical activity and attitudes and perceptions towards physical activity in patients with spondyloarthritis: A systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. Elsevier. 2019; 1-14.
- 2.- Van der Linden S, Brown M, Kenna T, Maksymowych W, Robinson P. Espondilitis anquilosante. Kelley y Firestein. *Tratado de reumatología*. 10º Edición. España: Elsevier: 2018. Capítulo 75, 1256-1279
- 3.- Hsieh LF, Watson CP, Mao HF. Rheumatologic Rehabilitation. *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation*. 5ª Edición. Elsevier. 31: 665-684

Capítulo 351

RECUPERACIÓN SE UNA ANCIANA TRAS CIRUGÍA DE CADERA

SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ

DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ

1 Introducción

Mujer de 87 años de edad, vive con la familia la cual solicita atención domiciliaria de fisioterapia tras verse sometida a intervención quirúrgica de prótesis total de cadera izquierda a consecuencia de una fractura por caída tipo subtrocantérea. Presenta además hipercolesterolemia e hipertensión controladas mediante farmacología.

2 Objetivos

- Recuperar la marcha e independencia de la paciente.
- Mejorar la elasticidad de la cicatriz.
- Recuperar fuerza muscular y rango articular del miembro intervenido.

3 Caso clínico

En primera visita nuestra paciente ya tiene más de un mes de evolución desde la intervención quirúrgica y diez días sin puntos. Nos la encontramos en cama, hace traslados de la cama a una silla y de la silla al sofá con ayuda de la hija. La cicatriz presenta buena coloración con puntos de adherencia y cierta inflamación de la

misma. A la palpación de la misma no es dolorosa. Al valorar rango articular nos encontramos limitados por miedo al dolor por parte de la paciente y sensación de pesadez del miembro. Encontramos una valoración de 3 en la escala Daniels de la musculatura global del miembro.

Comenzamos el trabajo con la paciente con cinesiterapia pasiva y activo-asistida de flexo-extension de rodilla y de flexión y extensión y adducción y abducción de cadera. Se realizan isométricos de cuádriceps/isquiotibiales y glúteos (sobre manera el mayor y luego el medio). Como estamos en domicilio, solicitamos un andador para comenzar con carga y bipedestación. En el tratamiento de la cicatriz se utiliza el masaje.

A las 3 semanas la paciente va aumentando tono muscular y la cinesiterapia de cadera va progresando a contrarresistencia con brazos de palanca cortos incluyendo progresivamente las rotaciones los isotónicos contrarresistencia usando gomas para el trabajo de cuádriceps, isquiotibiales, glúteo mediano, tensor de la fascia lata y aductores.

A partir de la 4 semana de tratamiento empezamos a trabajar la marcha cruzada en cuatro tiempos con bastones ingleses y trabajo en escalera.

4 Resultados

- La paciente a las 2 semanas de fisioterapia realiza las transferencias de manera autónoma y aunque con molestias consigue ser autónoma con el andador. La familia comenta que anímicamente la encuentran más positiva y animada.
- A las 4 semanas de tratamiento la paciente comienza a usar los bastones ingleses hasta conseguir a las 6 semanas el uso de una muleta.

5 Discusión-Conclusión

- La paciente después de 6 semanas de tratamiento fisioterápico ha recuperado fuerza y rango articular para las ABVD.
- Tiene una deambulación autónoma con una muleta.
- No presenta dolor en cicatriz, la cual está sin ninguna adherencia.
- El tratamiento fisioterápico y el trabajo progresivo bien planificado es básico para la pronta recuperación de las intervenciones de prótesis de cadera en el paciente geriátrico.

6 Bibliografía

1. Ferguson RJ1, Palmer AJ2, Taylor A2, Porter ML3, Malchau H4, Glyn-Jones S2. Hip replacement. *Lancet*. 2018 Nov 3;392(10158):1662-1671.
2. Gilbert JL1, Buckley CA, Jacobs JJ. In vivo corrosion of modular hip prosthesis components in mixed and similar metal combinations. The effect of crevice, stress, motion, and alloy coupling. *J Biomed Mater Res*. 1993 Dec;27(12):1533-44.
3. Dr. Edward J. , Cheal ,Myron Spector, Wilson C. Hayes. Role of loads and prosthesis material properties on the mechanics of the proximal femur after total hip arthroplasty. May 1992. Citations: 153.
4. Analysis of a femoral hip prosthesis designed to reduce stress shielding Makarand G. Joshi , Suresh G. Advani , Freeman Miller, Michael H. Santare.
5. Department of Mechanical Engineering, University of Delaware, Newark, DE 19716, USA Department of Pediatric Orthopedics, Alfred I. duPont Institute, Wilmington, DE 19899, USA Accepted 5 May 2000.

Capítulo 352

TRATAMIENTO DE UN CASO GRAVE DE LATIGAZO CERVICAL

SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ

DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ

1 Introducción

Varón 36 años, informático, deportista, excopiloto de rallyes. Acude a consulta con dolores muy intensos en ambos lados de la cabeza a nivel de las sienes desde hace 5 días pero lleva una evolución de más de 6 meses. El dolor es incapacitante, produciéndole un fuerte mareo que le mejora en la oscuridad y cuando se acuesta en la cama. Tanto el mareo como el dolor empeoran ante la flexión de raquis cervical.

No recuerda causa inicial clara aunque si nos refiere varios accidentes de tráfico durante su etapa como copiloto de rallyes. Anda en bicicleta tanto de montaña como de carretera y ante esta última cuando sale varios días consecutivos tiene un episodio agudo.

2 Objetivos

- Eliminar la sensación vertiginosa.
- Eliminar la sensación de dolor.
- Mejorar la lordosis cervical fisiológica.

3 Caso clínico

El paciente acude con RMN y con radiografías de su columna cervical donde se aprecia una rectificación cervical y un osteofito a nivel C4 con orientación medial izquierda que no compromete canal medular ni raíces nerviosas.

Se realiza palpación de la musculatura cervical y encontramos un aumento del tono muscular muy significativo y de musculatura suboccipital.

En valoración activa de movilidad no encontramos limitaciones significativas aunque sí presenta mareo en últimos grados de flexión y extensión y dolor en últimos grados de rotación. Test Aspinall negativo. Test Spurling negativo. No se observan disfunciones osteopáticas.

Se descartan otras patologías de mayor gravedad ya que es un paciente que a mayores acude con pruebas de radioimagen. Decidimos realizar con el paciente un tratamiento terapéutico manual del tejido conjuntivo cervico-dorsal para normalizar el sistema nervioso autónomo y disminuir la descarga de receptores a la metámera.

Trabajamos la musculatura suboccipital a través de inducción Miofascial para reducir presión en el agujero rasgado posterior. Se utiliza la técnica de Jones para el angular del omóplato y para el esternocleidomastoideo y trapecios (teniendo que en estos últimos usar punción seca para desactivar algún punto gatillo). Se pautan estiramientos y tabla de ejercicios activos para mejorar flexibilidad y fortaleza de la musculatura cervical.

4 Resultados

El paciente después del tratamiento refiere mejoría con menor número de episodios de mareo/mes. La tolerancia a posiciones de flexión cervical es mayor, con menos sensación de dolor y tras las salidas en bicicleta de carretera la sensación mejora notablemente.

5 Discusión-Conclusión

La valoración final la basamos en la sensación del paciente ya que las pruebas realizadas previamente daban negativas. De cualquier manera la sensación subjetiva del paciente es de franca mejoría.

6 Bibliografía

1. Síndrome miofascial cervical por comunicación escrita en teléfono (Luis Gerardo Domínguez Gasca, José Luis Alcocer Maldonado, Luis Gerardo Domínguez Carrillo).
2. O'Mullony I, Lafuente A, Pareja JA. Cervicogenic headache. Differential diagnosis and general therapeutic principles. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 24-32.
3. Cueco, R.T.(2008) La columna cervical; Síndromes clínicos y su tratamiento manipulativo (Vol.2). Ed. Panamericana.
4. Racicki, S., Gerwin, S., DiClaudio, S., Reinmann, S., & Donaldson, M.(2013). Conservative physical therapy management for the treatment of cervicogenic headache: a systematic review. *Journal of Manual & Manipulative Therapy*, 21(2), 113-124.

Capítulo 353

CASO CLÍNICO DE LUXACIÓN ANTERIOR DE HOMBRO

DEMELSA RELUCIO HERNÁNDEZ

SILVIA GARCÍA MARTÍNEZ

1 Introducción

Las luxaciones recidivantes son relativamente frecuentes tanto en niños como en adultos, en niños muy pequeños suelen resolverse por sí mismas, sin embargo en adultos es normal que precisen de intervención quirúrgica y una larga recuperación fisioterápica hasta eliminar o mitigar el dolor y mejorar la funcionalidad del movimiento del miembro afectado.

2 Objetivos

- Conseguir la rehabilitación de la movilidad del brazo tras cirugía reparadora de cápsula articular.

3 Caso clínico

Varón de 30 años acude a consulta tras intervención de luxación recidivante. Le operan mediante artroscopia, le recentran la cabeza humeral y le hacen una reconstrucción de la cápsula articular. Tras reposo de cuatro semanas comienza la rehabilitación. En la exploración nos encontramos: hombros adelantados, el rango articular con limitaciones y un buen control del dolor.

4 Resultados

Tras el tratamiento recibe el alta a los tres meses, se reincorpora a su vida laboral y a la práctica deportiva.

5 Discusión-Conclusión

Un adecuado programa de rehabilitación, en el momento adecuado tras la intervención, es un factor decisivo para conseguir una recuperación completa tras un episodio como este.

6 Bibliografía

1. Flexión y rotación externa para reducir la luxación anterior del hombro: Técnica de Spaso
CT Davalillo, AP Bobarín, FG Orbezo... - Acta Ortopédica ..., 2004 - medigraphic.com.
2. Estudio por imagen del hombro doloroso. ER Botella, LH Moreno, AL Alcalá - Reumatología Clínica, 2009 - Elsevier
3. La inestabilidad de hombro en el deporte. M Crespo - Rev Asoc Arg Ortop Traumatol, 1993 - aaot.org.ar
4. Estudio comparativo del tratamiento de la luxación recidivante de hombro mediante las técnicas de Bankart y Boytchev. AA Martínez-Martína, A Tabuena, F Lahoz... - Revista Española de ..., 2004 - Elsevier.
5. Reeducción del hombro. B Forthomme - 2007 - orbi.uliege.be.
6. Enfrentamiento de la luxación de hombro en deportistas de contacto. VM Pinedo - Revista Médica Clínica Las Condes, 2012 - Elsevier.

Capítulo 354

TORTÍCOLIS CONGÉNITA: PROPÓSITO DE UN CASO

SARA GONZÁLEZ HENARES

1 Introducción

La tortícolis congénita es una anomalía frecuente del recién nacido. Se trata de una deformidad neonatal del cuello en la que debido a la retracción de los músculos de origen cervical principalmente del esternocleidomastoideo (ECM), el cuello aparece inclinado y rotado en sentido contrario a la inclinación.

Existen otros músculos afectados como los escalenos, trapecio superior y paravertebrales. Esta afectación puede aparecer por un mal posicionamiento intrauterino de la cabeza del bebé que ocasione un acortamiento del ECM, compresión e isquemia del mismo. Otra de las causas son las complicaciones durante el parto, la utilización de fórceps o traccionar excesivamente de la cabeza del bebé puede generar un desgarro del ECM que se observa en forma de nódulo palpable. Se forma un hematoma intramuscular que luego torna a tejido fibroso.

2 Objetivos

- Conocer las intervenciones del fisioterapeuta en esta patología.

3 Caso clínico

Los padres de un bebé de 3 semanas de vida alertan al pediatra de que el niño presenta una postura fija de la cabeza y notan una falta de movilidad simétrica, así

mismo perciben una pequeña deformidad craneal o plagiocefalia (PG) secundaria a que el bebé no tolera los cambios posturales. Parto por cesárea.

A la exploración física se observa una ligera flexión de la cervical con lateroflexión derecha y rotación izquierda. Se observa un aplanamiento del cráneo del lado afecto, seguramente debido a la posición de la cabeza durante el sueño. Así mismo observamos que el niño mira continuamente hacia el lado izquierdo.

A la palpación del ECM derecho se aprecia su contracción junto con una tumefacción en forma de oliva a nivel del 1/3 medio. A la movilidad pasiva se aprecia una restricción de movimiento hacia la lateroflexión izquierda y rotación derecha.

4 Resultados

Se realiza una ecografía que confirma el diagnóstico de tortícolis congénita. En otras ocasiones cuando hay sospecha, se realizan radiografías que descarten otras patologías tales como el síndrome de Kippel-Feil, hemivértebras cervicales o luxaciones atlantoaxoideas.

A los 2 meses comienza con el tratamiento de fisioterapia. Lo primero que se tiene en cuenta es aconsejar a los padres acerca de las posturas en el domicilio. Es importante evitar que el niño duerma en decúbito prono, ya que tiende a fijar la deformidad. Las pautas a seguir por los padres tienen como objetivo que el niño de manera activa tienda a moverse en contra de la deformidad. Así por ejemplo, se recomienda que la cuna esté orientada hacia la luz para que le estimule a girar el cuello. Se recomienda estimularle con juguetes, sonidos, del lado contrario a la deformidad para que de manera activa gire la cabeza. Se aconseja también la utilización de una almohada en este caso del lado derecho cuando esté en decúbito supino.

El objetivo de las técnicas de fisioterapia estarán orientadas al estiramiento del ECM y fortalecimiento de los músculos del lado sano. Se utilizan las siguientes técnicas:

- Cinesiterapia pasiva buscando la lateroflexión izquierda y rotación derecha, es necesario fijar el tronco del bebé para evitar compensaciones.
- Estimulación mediante olores, estímulos visuales o sonoros que moveremos según el movimiento que queramos conseguir.
- Estimular el volteo.
- Trabajo en suspensión, traccionamos de las manos desde decúbito lateral del lado afecto para pasarlo a sedestación.

A excepción de las movilizaciones pasivas, las técnicas de estimulación, se les enseña a los padres para que en casa puedan repetirlas varias veces al día. A los 6 meses el bebé ha respondido favorablemente al tratamiento, por lo que se descartan otras intervenciones como la toxina botulínica. No obstante el tratamiento de fisioterapia se continuará.

5 Discusión-Conclusión

Es importante la rápida actuación del fisioterapeuta, ya que la mayor parte de los casos responden bien al tratamiento y se evitan otros problemas como la plagiocefalia, asimetrías faciales que pueden cursar con problemas de visión o maloclusión dental.

6 Bibliografía

- <https://www.efisioterapia.net/articulos/fisioterapia-torticolis-congenita>
- Pérez Manuela, Ortega F Ximena, Lillo Susana, Moenne B Karla, Escaffi J Juan Antonio, Pérez S Carolina. Tortícolis en la edad pediátrica: Revisión pictográfica. Rev. chil. radiol. [Internet]. 2013 [citado 2020 Ene 05] ; 19(3): 125-133.
- González Gil José Manuel, González Salgado Omar, Barranco Martínez Luis Felipe. Tortícolis infantil: Nuevas perspectivas en su tratamiento. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2001 Dic [citado 2020 Ene 05] ; 15(1-2): 65-70.

Capítulo 355

EL TCAE FRENTE AL DOLOR CRÓNICO EN PACIENTES TERMINALES

YOLANDA SÁNCHEZ BUJAN

1 Introducción

El dolor es algo subjetivo que sólo el paciente puede evaluar. El tcae debe observar cualquier cambio o alteración en la conducta o expresión del paciente, cambio en los patrones de sueño, movilidad....

2 Objetivos

Tener un conocimiento más amplio de las posibles causas del dolor para prestar la ayuda que más se precisa en cada situación.

3 Metodología

Se ha echo una revisión bibliográfica en distintos buscadores a través de sus bases de datos y distintas publicaciones médicas.

4 Resultados

Para realizar una evaluación lo más correcta e individual existen varias escalas, las más usadas son:

- Escala visual analógica: consiste en una barra milimetrada que va del 0 (ausencia de dolor) al 10 (el grado más alto o insoportable de dolor).
- Escala de expresión facial: (escala de Wong-Baker) escala de caras que representan distintas intensidades de dolor, (cara sonriente, seria, triste, llanto....) se emplea normalmente en niños y disminuidos psíquicos.

Es muy importante distinguir el tipo de dolor:

- Dolor nociceptivo, causado por la estimulación del sistema nervioso, es de tipo inflamatorio y suele tener buena respuesta a tratamiento, debemos distinguir :
Somático, se activan los receptores que se encuentran en las partes blandas como el músculo. Suele ser punzante, intenso y continuo, está localizado y refleja una lesión subyacente.
Visceral, se debe a los receptores de las vísceras, es un dolor profundo, en forma de calambre..... No suele localizarse con facilidad.
- Dolor neuropático, es consecuencia de un daño o alteración en la estructura del sistema nervioso. Suele ser penetrante, intenso y producir trastornos de sensibilidad. Suele persistir después de desaparecer el hecho que lo provocó.
- Dolor psicógeno, se considera que existe cuándo se puede identificar un mecanismo nociceptivo o neuropático.
- Dolor episódico o, son "crisis de dolor" agudo o transitorio en pacientes con tratamiento ya pautado. Entre ellos se diferencian: - Dolor episódico incidental, se relaciona con una acción o movimiento específico. - Dolor irruptivo, aparece en reposo, sin factores desencadenantes. - Dolor fin de dosis, es que aparece antes de recibir la siguiente dosis de analgesia pautada.

5 Discusión-Conclusión

El tratamiento del dolor oncológico y el dolor crónico están basados en el uso de analgésicos según la escala de analgesia de la OMS. Las dosis y pautas del tratamiento las realizará siempre el facultativo, podrá dejar a nuestro criterio una dosis de rescate. El tcae deberá observar e informar de cualquier variación e intentar proporcionar confort y ayuda al paciente.

6 Bibliografía

- Iniciación a los cuidados paliativos. 2003. Asociación española contra el cáncer.
- Astudillo W., Mendiñeta C., Astudillo E., Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. Pamplona 2002.

- Luis Rodrigo, Maria Teresa, Diagnósticos de enfermería. Ediciones Mosby/Doyma libros Barcelona 1995.
- www.elsevier.es del dolor en el paciente terminal.

Capítulo 356

ADAPTACIÓN DE LOS NIÑOS A LAS CONSULTAS BUCODENTALES

MARÍA AMOR GUTIÉRREZ DÍAZ

1 Introducción

Los niños son excelentes pacientes , su comportamiento es muy diferente en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos.

En la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular.

Existen modelos conceptuales y operativos que orientan a los higienistas y odontólogos en el manejo del niño. Cada profesional adoptará y desarrollará la técnica más adecuada en función de las características del medio ambiente que lo rodea.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el dar a conocer algunas técnicas que debe poner en práctica el odontólogo para la comprensión y manejo de la conducta del niño, con el fin de facilitar el tratamiento del paciente a la bucodental.

3 Metodología

Se ha utilizado Scielo/Medline/Pubmed como motor de búsqueda para la pesquisa bibliográfica. También se ha hecho una búsqueda manual basada en referencias bibliográficas del artículo de revisión recientes . Además se han consultado algunos libros de texto para documentación adicional.

Palabras clave: niño, consulta dental, ansiedad, comportamiento, psicológico. Adaptar el niño a la consulta bucodental significa que logremos mantener su colaboración mediante un proceso de enseñanza y aprendizaje, por los cuales obtendremos una actitud que va a suponer una actitud positiva cada vez que asista a la consulta.

El primer objetivo que tiene que tener tanto el higienista como el odontólogo es infundir confianza en el niño, hacer agradable ese primer contacto con nosotros.

Es necesario contar con una estancia adecuada, separada del gabinete, que aliente al niño a separarse de sus padres y que consiga que disminuya la ansiedad mientras espera en la sala de espera.

Tanto el odontólogo como el higienista, deben de conseguir que el niño se relaje para que el tratamiento resulte un éxito, para ello, utilizaremos un lenguaje acorde a su edad, tendremos una apariencia agradable y hablaremos suave, sin levantar la voz.

Los padres son una gran influencia en el comportamiento de sus hijos, dependiendo del comportamiento de los padres, este se adaptará de una forma u otra a las nuevas situaciones.

El comportamiento de los padres puede generar actitudes positivas o negativas en los niños, dependiendo de si son padres autoritarios, indiferentes, hostiles o si bien son cooperadores, afectuosos, atentos... La conducta va a variar de acuerdo a la edad que tenga el niño. Una buena guía es la señalada por Magnusson en su libro de texto, en donde refieren el perfil de maduración de los años preescolares señalados por años.

Dos años:

Dependencia de la madre, dificultad para establecer relaciones interpersonales. Se necesita tiempo para habituarse a situaciones nuevas. Cambios rápidos de humor. Cansancio fácil.

Tres años:

Curiosidad sobre el mundo de alrededor. Mayor contacto verbal. Deseo de imitación.

Cuatro años:

Gran actividad física y mental. Inquisitivo, gran hablador, desea probar nuevas experiencias. Confianza en sí mismo.

Cinco años:

Estabilidad emocional. Pensamiento realista en secuencias lógicas. Deseo de ser aceptado; sensible a las alabanzas y recriminaciones.

Seis años:

Alternancia entre el afecto y el rechazo. Autoafirmación. Tendencia a ser hipocondríacos. Poco interés por el orden y la limpieza.

DIFERENTES TIPOS DE COMPORTAMIENTOS DEL NIÑO Y TÉCNICAS BÁSICAS PARA SU MANEJO

- Conducta descontrolada

Si la conducta descontrolada se produce en el área de recepción, se pedirá al padre que haga pasar al niño al consultorio. Es preferible que sea éste quien cumpla esta función de sentar al niño en el sillón dental y haga un intento inicial por establecer la disciplina. Si tiene éxito, será grato para todos; pero si no lo tiene, no queda otra alternativa que hacerse cargo el odontólogo e higienista y establecer los lineamientos del comportamiento correcto.

- Conducta desafiante

Inicialmente se intentará establecer una comunicación. Con frecuencia puede resultar difícil llegarle al niño, pero éste está muy consciente de lo dicho por el odontólogo e higienista. Es importante ser firme, confiado y establecer parámetros claros para la conducta y a la vez se deben delinear claramente los objetivos del tratamiento. Una vez establecida la comunicación, estos pacientes pueden tornarse muy cooperativos.

- Conducta tímida

A estos pacientes habrá que acercarse con confianza, con cariño, lo más receptivo posible. Lo mejor será un abordaje suave, estimulando su confianza en sí mismo, para que éste acepte la atención odontológica.

- Conducta cooperativa tensa

Los niños que muestran estas características pueden resultar muy difíciles de tratar. Se requerirá estar constantemente alerta y demostrar una preocupación constante por la comodidad y la reacción del paciente. Los signos de aprehensión manifestados por estos niños son, retorcer las manos, transpirar, afirmarse fuerte del sillón, también pueden ser indicios de incomodidad. Es necesario en todo momento asegurarse de los niveles de comodidad, para estar seguro que no habrá una actitud negativa por parte del paciente.

- Conducta llorosa:

Este tipo de reacción generalmente confunde al odontólogo y al higienista; puede también, elevar los niveles de ansiedad de los presentes en el acto.

La disciplina, autoridad y decisión del profesional deben estar presentes para dominar la situación, con el fin de seguir acercándose a estos niños de manera afectiva.

Hay que supervisar al niño continuamente para establecer si hay una causa justificable de sus gemidos.

4 Resultados

Los métodos que utilice el odontólogo e higienista para abordar y tratar a una niño son determinantes de las reacciones y actitudes en la situación odontológica, para ello las técnicas que se emplean para manejar las emociones del niño, comprenden de aquellos procedimientos que creen cambios en su comportamiento, incrementando su autocontrol. Las principales técnicas son:

- Desestabilización: técnica utilizada para reducir los temores y la tensión del paciente. Se hace de uso frecuente en odontología, iniciando por los procedimientos más fáciles y menos amenazantes, dejando los más difíciles para más adelante. Conjuntamente se utiliza también el enfoque Decir-Mostrar-Hacer, que consiste en permitir que el niño conozca los procedimientos que se les va a realizar.
- Modelamiento: cambio del comportamiento que resulta de la observación de otra persona. Es efectivo para aliviar la ansiedad, ya que lo que resultaba desconocido al niño pasa a ser conocido a través de la experiencia de otros.
- Refuerzo positivo: esta técnica busca reforzar un comportamiento deseado, es la más común para motivar a los niños a aprender. Es necesario aplicar inmediatamente el refuerzo y repetirlo con el objetivo de condicionar positivamente el

comportamiento del niño. Los reforzadores pueden ser materiales, verbales y no verbales.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de las emociones en el niño en la consulta bucodental, significa mantener la colaboración de este durante el tratamiento, mediante procesos de enseñanza y aprendizaje. La selección de la técnica que utilice el tanto el higienista bucodental como el odontólogo va a influir en el estado emocional del niño. No existe una técnica determinada para manejar las emociones en el niño, ya que no existen situaciones específicas que pudieran presentarse entre un paciente y otro.

Debemos evaluar y adaptar al niño, utilizando la diversas técnicas, manejando las emociones a través del abordaje psicológico, para poder crear cambios en su comportamiento, recordando que a este tipo de paciente siempre se le debe hablar, independientemente de la edad, adecuando el lenguaje y el tono de voz a su estado emocional.

Cada niño tiene pautas de conductas específicas si no es la adecuada, lo indicado es contribuir a modelar el mismo, por ello la importancia de que tanto los higienistas como los odontólogos conozcan adecuadamente los patrones de conducta típicos en las diferentes edades, para ello, deben de manejar las técnicas de asistencia y conocer las diferentes pautas de conducta de los niños, teniendo en cuenta que estos pasan por diferentes etapas en su crecimiento y desarrollo.

6 Bibliografía

- Magnusson, Bengt O.; Koch, Goran, Poulsen Sven: (1985). Odontopediatría Enfoque sistemática Editorial Salvat Editores. S.A. Barcelona.
- Cátedra de Odontopediatría. Facultad de Odontología. Universidad Central de Venezuela. Conceptos básicos en odontología pediátrica, 1996
- Cardenas V, JM. Pautas para el manejo no farmacológico del comportamiento en el paciente pediátrico. Disponible en: <https://encolombia.com>.
- McDonald, Ralph E.; Avery, David R.: (1990) Odontología Pediátrica y del Adolescente. 5ta. edición . De. médica Panamericana. Buenos Aires.
- Braham, Raymond, Morris, Merle: (1989). Odontología Pediátrica. Editorial médica Panamericana, S.A., Buenos Aires.

- Soto RM; Reyes DD. Manejo de las emociones del niño en la consulta Odontológica. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Año 2005.
- Josefa P., Medina P. Adaptación del niño a la consulta odontológica. Acta Odontológica Venezolana. Volumen 36, No. 2, Año 1998.

Capítulo 357

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN

OLAYA NAVES MUÑIZ

MARTA PEDREGAL QUINTANAL

1 Introducción

La radiografía simple de abdomen es la primera exploración radiológica que se realiza en el servicio de urgencias en caso de manifestaciones abdominales y es imprescindible en la valoración de la abdomen agudo.

Los órganos que incluyen las radiografías simples de abdomen son el bazo, el estómago y los intestinos. Cuando este examen se hace para observar las estructuras de la vejiga y el riñón, se denomina radiografía de RUV (riñones, uréteres y vejiga).

Esta exploración radiológica está indicada ante un abdomen agudo, permitiendo identificar su origen y previamente a la realización de estudios radiológicos con medios de contraste, con el fin de confirmar que la preparación intestinal realizada ha sido adecuada y permite la visualización, de cálculos que podrían enmascararse con el contraste. Permite diagnosticar o ayudar en el diagnóstico de diversas patologías abdominales, ya que posibilita el estudio de las estructuras existentes en el abdomen.

2 Objetivos

- Conocer para qué se utiliza la radiografía simple de abdomen.
- Identificar la proyección más utilizada en la radiografía simple de abdomen.

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 sobre radiología y también se han consultado artículos en las principales bases de datos como Cochrane y Medline seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- El objetivo de una radiografía simple de abdomen es identificar: gas libre o líquido libre en la cavidad abdominal, cálculos renales y biliares, masas abdominales, obstrucción intestinal y cuerpos extraños. Esto permite diagnosticar o ayudar en el diagnóstico de diversas patologías abdominales, ya que posibilita el estudio de las estructuras existentes en el abdomen.
- La exploración radiológica de abdomen puede incluir una o varias proyecciones, pero la que se realiza con mayor frecuencia es la proyección antero posterior (AP) en decúbito supino y, utilizándose otras como complementarias del anterior en determinados casos por ejemplo: AP en bipedestación, AP en decúbito lateral con rayo horizontal, lateral y lateral en decúbito supino.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía simple de abdomen es una técnica de fácil manejo, muy utilizada en nuestro medio y que nos proporciona información de una forma rápida y eficaz.

El personal sanitario debe estar cualificado para su interpretación, ya que esto permitirá realizar el diagnóstico definitivo.

6 Bibliografía

Páginas web y varios libros de radiología.

Capítulo 358

ANALIZAR LAS SENSACIONES EXPERIMENTADAS POR LOS PADRES ANTE EL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER INFANTIL

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

PATRICIA BUENO MEANA

1 Introducción

La noticia de una situación como esta resulta difícil y cuesta asumir lo que esta sucediendo, produciéndose muchos cambios en un futuro próximo, por ello todo profesional sanitario en contacto con este entorno debe saber manejar la situación y comportarse de forma empática para hacerles sentir respaldados y que puedan expresar sus miedos.

2 Objetivos

Conocer las sensaciones experimentadas por los padres en el momento que reciben la fatal noticia.

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 padres cuyos hijos son diagnosticados de cáncer necesitan un proceso para adaptarse a la nueva situación, ya que se presenta como algo inesperado y difícil de asumir. Para afrontar esta situación hay a disposición de todo usuario un equipo multidisciplinar que se encargará de ayudar a todo aquel que solicite asistencia. Como padres se debe mantener la compostura y ser conscientes de que un niño no tiene la misma capacidad de razonar que un adulto, por lo que se debe de apoyar al niño y explicarle la situación de manera sencilla, proporcionando ánimos haciéndole ver que podrá seguir con muchas cosas que hacía hasta el momento, ver a sus amigos o incluso seguir yendo al colegio.

5 Discusión-Conclusión

El momento del diagnóstico es devastador ya que los sentimientos son inexplicables y por mucho que te esfuerces nunca podrás encontrar una razón, pero a medida se va asumiendo la situación se debe de hacer partícipe al niño de lo que esta pasando, para que tome conciencia de la enfermedad y pueda ser parte activa del tratamiento, siempre y cuando tenga una edad que le permita entender lo que sucede.

6 Bibliografía

- <https://www.cancer.gov>.
- <http://imhttp://www.amece.es>.
- <https://www.google.com>.

Capítulo 359

FRACTURAS

BEATRIZ SUÁREZ VELASCO

1 Introducción

Se define fractura como la ruptura total o parcial de un hueso por diversas causas, la más común es que se deba a un accidente, una caída fuerte o una lesión deportiva. La fractura provoca un dolor intenso y dependiendo de la gravedad puede necesitar cirugía para recomponer el hueso.

TIPOS

Existen distintas formas de clasificar las roturas de los huesos. Dependiendo del tipo de daño, se clasifican de la siguiente manera:

- Fractura incompleta o fisuras: sin desplazamiento.
- Fractura completa: el hueso se rompe en dos partes.
- Fractura en tallo verde: el hueso se rompe en dos partes. Es típica en los niños.
- Fractura simple: el hueso se rompe por una parte.
- Fractura conminuta: el hueso se rompe en más de una parte o se astilla.
- Fractura abierta: el hueso sobresale a través de la piel.
- Fractura cerrada: hay rotura pero no sobresale el hueso por la piel.
- Fractura espiral: está dispuesta alrededor del eje del hueso.
- Fractura oblicua: es una fractura en ángulo con el eje del hueso.
- Fracturas por estrés: son las que se dan al ejercer presión de forma repetitiva en los huesos. Se pueden distinguir dos tipos. Fracturas por debilidad: por haber algún tipo de deficiencia ósea que debilite los huesos, como la osteoporosis. Fracturas por fatiga: a causa de una actividad exagerada y repetitiva. Es frecuente en los deportistas o en aquellas personas que realizan actividades físicas de manera frecuente.

2 Objetivos

Identificar los principales síntomas de las fracturas y su método de diagnóstico en la práctica clínica.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: radiología, fracturas, tipos, radiografía, diagnóstico, radiación. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los principales síntomas de las fracturas, se pueden resumir en:

- Deformación de la zona.
- Hinchazón, hematoma o sangrado en la zona afectada.
- Entumecimiento y hormigueo.
- Movimiento limitado.
- Fiebre: en algún caso que aparece hematoma o sobreinfección.

Según observación física y macroscópica por parte del facultativo sanitario, gracias a estos síntomas y con la ayuda de las pruebas diagnósticas realizadas en el servicio de radiología podemos descartar o confirmar una fractura de un hueso, su localización e identificar el tipo de fractura. Para diagnosticar una fractura o descartarla ante un traumatismo, es preciso:

- Realizar radiografías para ver cómo se encuentra el hueso. Una vez identificado, se recolocará el hueso en su posición original.
- Realizar radiografía convencional en dos proyecciones, una en AP y otra en lateral, aunque a veces deberemos completar el estudio con proyecciones oblicuas.
- En los niños las radiografías, en ocasiones, nos proporcionan poca información y entonces recurriremos a la ecografía, TC y RM y en algunos casos a la arteriografía para ver un posible sangrado.
- Si la fractura mediante radiografía se identifica en un hueso largo o se ha fracturado en más de dos partes, es posible que el médico realice cirugía e introduzca un clavo de metal para consolidarlo. El clavo se quitará cuando el hueso se haya recuperado.

- Si la fractura es abierta entonces se realizará intervención quirúrgica para evitar que se infecte (el tratamiento dependerá, el facultativo realizará el mejor procedimiento para el paciente, que puede ser mediante placas, tornillos, agujas o cerclajes con alambres).

Una vez recolocado el hueso, mediante tracción o cirugía, se pondrá una escayola y no se retirará hasta que este soldado. Puede tardar una o varias semanas, dependiendo de la gravedad de la fractura.

Los niños corren menos riesgo de sufrir una fractura al no tener los huesos completamente desarrollados. Pero también tardan menos tiempo en recuperarse de una fractura que un adulto.

Las personas mayores son más propensas a sufrir una fractura por la debilitación de sus huesos con el paso de los años.

Realizar la menor cantidad de movimiento posible, para evitar dolor o futuras complicaciones.

-

5 Discusión-Conclusión

Las fracturas más comunes que identificamos en nuestro día a día suelen estar localizadas en:

- El brazo. Esta es una de las fracturas más presentes en niños, aunque también afecta a los adultos.
- La muñeca. La fractura distal del radio o también conocido como fractura de Colles que generalmente ocurre al intentar frenar una caída.
- El tobillo. Se compone de tres huesos: el peroné, la tibia y el astrágalo.

Causas más frecuentes de fractura:

- Caída desde una altura.
- Traumatismos.
- Accidentes de coche.
- Golpe directo.
- Maltrato infantil.
- Fuerzas repetitivas.

¿Cuál es el tratamiento ante una fractura? Tenemos varias opciones principalmente, aunque el tratamiento siempre será individualizado para cada tipo de

paciente, el traumatólogo o médico que asista al paciente, decidirá el mejor tratamiento de la fractura para el paciente teniendo en cuenta tipo de fractura, y riesgos y beneficios de cada tipo de tratamiento, aún así podemos distinguir 3 tipos de tratamientos que son:

- Inmovilización con férula.
- Reducción abierta.
- Fijación interna o externa que necesitaría intervención quirúrgica.

6 Bibliografía

- <http://www.sidalc.net>.
- <http://bases.bireme.br>.

Capítulo 360

EL ACTIVIMETRO O CALIBRADOR DE DOSIS

JOSE ANTONIO VEGA GARCIA

1 Introducción

El calibrador de dosis es un instrumento básico en cualquier servicio de Medicina Nuclear. Permite conocer la actividad de un trazador contenido en un vial y de este modo calcular la dosis que se desea administrar al paciente.

Es una cámara de ionización en forma de pozo, en cuyo interior se introduce el material radiactivo con el fin de medir su actividad. La actividad del material se mide en términos de corriente de ionización producida por la radiación al interaccionar con el gas que contiene la cámara. La cámara está sellada y en su interior se aloja un gas a presión junto a 2 electrodos cilíndricos coaxiales entre los que existe una diferencia de voltaje. La corriente de ionización se convierte en una señal de voltaje que es amplificada, procesada y finalmente, expresada digitalmente en forma de unidades de actividad (Bq o Ci). Un adecuado blindaje de la cámara de ionización permite la protección del personal y reduce la respuesta del equipo a la radiación ambiental.

2 Objetivos

Conocer el fundamento y la utilidad del activimetro en las unidades de medicina nuclear.

3 Metodología

Se realizará una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como son dialnet, scielo y Pubmed, utilizando como descriptores las palabras clave: activimetro, medicina nuclear , cámara de ionización, calibrador de dosis.

4 Bibliografía

- <https://es.scribd.com>.
- <https://es.scribd.com>.
- <https://www.cun.es>.
- <https://www.rayos.medicina.uma.es>.

Capítulo 361

EL SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO

MARTA MARIA CASTRILLON FERNANDEZ

EVA MARIA GARZON CANDELA

1 Introducción

Los servicios de radiodiagnóstico y de medicina nuclear son dos de los muchos departamentos existentes en hospitales y clínicas, están incluidos junto con otros en el grupo de servicios de diagnóstico.

Su finalidad es la obtención de un diagnóstico a través de una imagen conseguida mediante la utilización de algún tipo de radiación a través de diferentes técnicas. La entrada a ambos servicios debe estar correctamente señalizada, como zona vigilada es decir con un trébol gris con puntas radiales sobre fondo blanco en el caso del servicio de radiodiagnóstico, o sobre fondo punteado en el servicio de medicina nuclear.

2 Objetivos

-El objetivo de este capítulo del libro es describir el servicio de radiodiagnóstico con su organización y sus funciones.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros de radiología donde tratan sobre los organigramas del servicio de radiodiagnóstico.

4 Bibliografía

- Puy A. Percepción social del riesgo. Dimensiones de evaluación y predicción. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense; 1994. p.18-79.
- Edwards M. Development of radiation protection standards. Radiographics. 1991; 11 (4):699-712.
- Perko T. Radiation risk perception: a discrepancy between the experts and the general population. J Environ Radioact. 2014;133:86-91.

Capítulo 362

ARTEFACTOS EN RM

BEATRIZ SUÁREZ VELASCO

1 Introducción

Los artefactos en resonancia magnética (RM) son un aspecto de una imagen que falsifica las relaciones anatómicas y geométricas en el organismo y además pueden degradar la calidad de imagen e interferir en el diagnóstico.

Hay una gran variedad de artefactos en imágenes que se producen por la interacción entre los equipos y el paciente. Reconocerlos es importante, ya que pueden inducir informes erróneos o encubrir una patología. Por ello, una vez detectados, es necesario emplear técnicas para su eliminación.

2 Objetivos

- Identificar los artefactos frecuentes en RM y sus posibles soluciones.

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 artefactos en la RM son los siguientes:

- Aliasing o wrap-around:

Se trata de un artefacto bastante común que suele deberse al empleo un campo de visión (FOV) más pequeña que la zona a examinar, ocasiona una superposición del tejido. El aliasing o wrap-around podemos solucionarlo al aumentar el FOV, cambiar la fase y frecuencia, usar bandas de presaturación o bobina de superficie.

- Desplazamiento químico:

La diferencia entre frecuencias de precesión de los protones de grasa y agua, produce una banda de ausencia de señal y otra brillante, en la dirección de codificación de frecuencia. En neurorradiología, puede verse en las órbitas, donde existe una interfase entre la grasa y otros tejidos.. Para evitar el desplazamiento químico podemos cambiar la dirección de codificación, utilizar técnicas de supresión grasa, con un ancho de banda mayor o con un gradiente codificación de mayor frecuencia.

-Crosstalk:

Se produce cuando los cortes se sitúan muy próximos entre sí, la cola de excitación de un corte puede excitar parcialmente al corte vecino, causando baja intensidad de señal. Solución: intercalar las adquisiciones, emplear imágenes en 3D.

-Gibbs (también conocido como artefacto de truncación o artefacto en anillos):

Al limitar el rango de frecuencias espaciales que se codifica para la reconstrucción de la imagen, aparecen bandas hipo o hiperintensas. Estas son paralelas a los bordes de una interfase entre dos tejidos con intensidades de señal muy distintas. Sucede con el LCR y el hueso, en la columna vertebral y en la calota. En la columna, puede simular una pequeña siringomielia. En el cráneo, se observan pequeñas líneas paralelas a la corteza. Para evitarlo, una solución es aumentar tamaño de la matriz, usar filtros de datos.

-Susceptibilidad magnética:

Se producen como consecuencia de variaciones microscópicas en el campo magnético por la presencia de sustancias con diferente susceptibilidad. Es la propiedad de una sustancia que puede producir una distorsión en la imagen, provocando una pérdida de señal en el área de influencia de esa sustancia paramagnética. Se observan frecuentemente en torno a sustancias ferromagnéticas, como dispositivos médicos o implantes de diferente entidad. En ocasiones este

efecto resulta beneficioso, como sucede con el empleo de secuencias eco de gradiente para detectar depósitos de hemosiderina. Para evitar la susceptibilidad magnética una solución es retirar objetos metálicos que son removibles.

- Movimiento o pulsación de flujo:

Uno de los principales artefactos que aparecen frecuentemente, pudiendo ser voluntario o involuntario. Solución: usar banda de presaturación, gaiting respiratorio y cardíaco, o disminuir tiempo de exploración. Los artefactos de movimiento se diferencian del artefacto de Gibbs porque, a diferencia de éste, se extienden a lo largo de todo el FOV, mientras que en el artefacto de truncación las imágenes lineales disminuyen conforme se alejan de la interfase que las produce.

- Defecto de la homogeneidad del campo magnético:

El campo magnético externo no es absolutamente homogéneo y puede serlo aún menos por fallos en el ajuste o en la calibración del campo (shimming) o por factores independientes del campo en sí. Solución: evitar interferencia de señal externa al campo, calibración del campo y bobinas.

- Artefacto de pulsación:

Los artefactos por pulsación del LCR en las secuencias de inversión-recuperación (FLAIR) son un error muy frecuente en la RM de cerebro. El movimiento del LCR hace que en algunos puntos su señal no haya sido previamente anulada y se mantenga hiperintenso. El cuarto ventrículo, seguido del tercer ventrículo y de los ventrículos laterales, son los lugares donde con mayor frecuencia se produce este artefacto.

- Artefactos metálicos:

Los metales son sustancias ferromagnéticas y, por tanto, ocasionan heterogeneidades en el campo magnético que afectan a la señal de los tejidos próximos. Los artefactos por material metálico tienen distintas apariencias en RM dependiendo del tipo de metal y su localización. Un ejemplo de artefacto metálico puede ser un artefacto focal junto a las órbitas por el material metálico contenido en ciertos maquillajes. También son frecuentes los artefactos por material protésico dental (amalgamas, implantes, aparatos y brackets entre otros). Estas imágenes demuestran como los brackets causan un defecto de la señal en la porción anterior del cráneo y una hiperintensidad en la protuberancia que, mediante adquisiciones en otros planos, se demuestra que corresponde con un artefacto.

- Artefactos en la imágenes de difusión (DWI):

Al tratarse de una secuencia ecoplanar, son frecuentes los artefactos por sus-

ceptibilidad magnética, que se aprecian principalmente en las interfases entre el parénquima craneal y el borde óseo.

- Artefactos en la RM-venografía: en la RM venosa realizada mediante secuencias angiográficas 2D time-of-flight (TOF) se ha descrito que se pueden observar defectos de flujo simulando trombosis en el seno transversal hasta en un 31% de los pacientes en los que posteriormente la venografía convencional no demostró anomalías. Estos artefactos suelen ser consecuencia de la existencia de variaciones en el flujo. Para evitar los artefactos en la RM-Venografía, se recomienda emplear un grosor de corte fino, entre 1 y 1,5 mm, y realizar la adquisición en un plano perpendicular a la estructura vascular que se pretende analizar. En estas imágenes pueden observarse defectos de repleción del seno en las secuencias 2D-TOF que desaparecen tras la administración de contraste intravenoso.

- Artefactos en la espectroscopia (MRS):

Las secuencias de espectroscopia se basan en la detección de variaciones muy sutiles en la frecuencia de resonancia no solo respecto al campo magnético del imán, sino respecto a las pequeñas variaciones generadas por las nubes de electrones. Si el campo magnético no es uniforme, el análisis químico estará artefactado.

- Artefactos en las imágenes de perfusión:

La perfusión en RM emplea secuencias muy susceptibles a los artefactos ocasionados por la heterogeneidad del campo magnético (interfases entre hueso, cerebro y aire, sangrado, metales, melanina). Los artefactos por elementos metálicos o por sangrado debe ser especialmente considerados en los controles postquirúrgicos porque pueden alterar los valores en el volumen sanguíneo cerebral relativo.

5 Discusión-Conclusión

Los artefactos de intensidad de señal se encuentran diariamente en RM, siendo el más común el de movimiento. Es importante que el radiólogo esté familiarizado con las causas de artefactos para mantener una óptima calidad de imagen y conocer las posibles soluciones.

6 Bibliografía

- White N, Roddey C, Shankaranarayanan A, Han E, Rettmann D, Santos J, Kuperman J, Dale A. PROMO: Real-time prospective motion correction in MRI using image-based tracking. Magn Reson Med. 2010 Jan;63(1):91-105.

- Smith T, Nayak K. MRI artifacts and correction strategies. *Imaging Med.* (2010) 2(4), 445–457.
- www.seram2010.es.
- <https://es.slideshare.net/>.
- Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 363

HIGIENE DEL MEDIO HOSPITALARIO

MARTA PEDREGAL QUINTANAL

OLAYA NAVES MUÑIZ

1 Introducción

En el medio hospitalario existe un ambiente muy específico, en donde se produce la interacción de personas con microorganismos y otros seres vivos indeseables. Por otra parte, tras la aplicación de medidas de saneamiento, los microorganismos patógenos pueden volverse cada vez más resistentes debido a que desarrollan mecanismos de adaptación secundarios al mal uso de los productos empleados para el saneamiento y otros empleos incorrectos de antibióticos y quimioterápicos específicos en el tratamiento de enfermedades transmisibles.

2 Objetivos

- Establecer la diferencia conceptual entre asepsia y antisepsia.
- Indicar medidas eficaces para reducir el número de bacterias no patógenas y patógenas.

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

- Búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros que tratan sobre los objetivos del saneamiento o higiene en el medio hospitalario en diferentes servicios como puede ser radioterapia y radiodiagnóstico.

Capítulo 364

MEDICINA NUCLEAR Y SUS FUNDAMENTOS QUÍMICOS EN RADIODIAGNÓSTICO

ANDREA SAN MARTÍN GONZÁLEZ

1 Introducción

La medicina nuclear es una especialidad de la medicina en la que se utilizan radiofármacos para el diagnóstico y tratamiento de diferentes enfermedades. Estos radiofármacos se administran dentro del organismo por diferentes vías .

En la especialidad de medicina nuclear se emplean radiaciones ionizantes que son isótopos radiactivos unidos a sustancias químicas, que son los radiofármacos.

2 Objetivos

Identificar cómo actúan los radiofármacos y tipos existentes.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: radiología, interacción, radiación, radiofármaco. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Los radiofármacos se pueden definir como cualquier sustancia que esta preparada para ser usada con una finalidad diagnóstica o terapéutica. Los radiofármacos constan de dos partes o componentes bien diferenciados : el fármaco o molécula que se une al radionucleido y que condiciona la ruta metabólica del radiofármaco dentro del organismo; y el radionucleido que emite radiación y permite el diagnóstico mediante la detención externa del radiofármaco y la valoración del proceso estudiado cuantitativamente o cualitativamente, ya sea a través de una acción terapéutica sobre un órgano o célula diana.

Existen tres tipos de formas físicas para los radiofármacos, y cada uno con su correspondiente vía de administración:

- Radiofármacos en estado gaseoso o en aerosol y se administra por vía inhalatoria.
- Radiofármacos líquidos son los mas utilizados actualmente y se encuentra disuelto homogeneamente en una solución. Su vía de administración más utilizada es la parenteral por inyección intravenosa, pero también hay algunos que se administran por vía oral , intradérmica o intratecal.
- Radifármacos sólidos son preparados en forma de cápsula, cuyo interior contiene la cantidad de dosis radiactiva y su vía de administración es la vía oral.

5 Discusión-Conclusión

El principal objetivo de los radiofármacos es que nos permite ver el interior del organismo de forma no invasiva y obtener así la imagen diagnóstica de una patología determinada mediante la inyección de estos por distintas vías. El 95 % de los radiofármacos se utilizan de forma diagnóstica, y el resto de forma terapéutica.

6 Bibliografía

- Libro de texto para tecnico de radiodiagnóstico Panamerica y pagina web Google Scholar.

Capítulo 365

LA IMPORTANCIA DEL LAVADO DE MANOS EN EL ÁMBITO SANITARIO Y SUS TIPOS.

NOELIA DE CON SANTOS

SUSANA GARCÍA LUCES

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

MERCEDES ERICE ALVAREZ

1 Introducción

El lavado de manos es la medida más importante y de eficacia probada para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas. Tiene 2 objetivos principales: prevenir la transmisión de microorganismos y eliminar los microorganismos patógenos de las manos antes y después de cualquier procedimiento. Así mismo es la principal medida para evitar la infecciones nosocomiales. El lavado se debe realizar siempre:

- Antes y después de tocar al paciente, líquidos corporales u objetos contaminados.
- Entre los distintos procedimientos realizados a un mismo paciente para evitar contaminación cruzada.
- Antes y después de quitarse los guantes.

2 Objetivos

- Diferenciar los tipos de lavado de manos existentes en el ámbito sanitario.
- Enumerar los cinco momentos esenciales del lavado de manos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el lavado de manos.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de protocolos hospitalarios del hospital del Oriente de Asturias y también se han consultado artículos en la base de datos de Cochrane, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Hay varios tipos de lavado de manos que se deben conocer:

+ Lavado higiénico: se realiza antes y después de cualquier técnica y conlleva seguir unos pasos:

1. Quitarse cualquier objeto del miembro como anillos , pulseras, relojes,etc..
2. Humedecer las manos con agua tibia.
3. Aplicarse jabón neutro.
4. Hacer movimientos de rotación y fricción con especial atención a los espacios interdigitales y uñas.
5. El proceso deberá durar entre 15 y 30 segundos.
6. Aclarar las manos siempre con los codos por encima de las manos.
7. Secarse con una toalla de papel (desechable), cerrando el grifo con la misma para evitar contaminarse de nuevo.

+ Lavado quirúrgico: el lavado quirúrgico está indicado antes de hacer cualquier procedimiento quirúrgico. Tiene algunas diferencias con el resto de lavados:

1. El lavado debe llegar hasta los codos.
2. Se necesita un cepillo estéril para el cepillado de las uñas.
3. El proceso deberá durar de 2 a 6 minutos.
4. Las manos se aclararán manteniéndose por encima de los codos.
5. Se deberá secar con toallas estériles o con aire caliente.

6. Finalmente se aplicará una solución hidroalcohólica durante al menos 1 a 3 minutos.

Ahora bien hay que puntualizar que el uso de guantes nunca exime de realizar el lavado de manos, este siempre es de realización obligatoria.

Los cinco momentos esenciales del lavado de manos son:

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia/ aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Como debe de realizarse constituirá una base sólida y esencial para la seguridad de las personas.

Con todo ello podemos decir que la higiene de manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes y evitar las infecciones y/o su propagación.

5 Discusión-Conclusión

Es importante establecer que el lavado de manos, es la principal medida tanto de protección como de prevención dentro del medio hospitalario. Tanto de pacientes como del propio trabajador. Constituye por tanto ,una medida esencial a tomar en el ámbito de la sanidad.

Todo el personal sanitario deberá conocer la importancia del lavado higiénico de las manos, tanto como por su propia seguridad, como por la de todos los pacientes. Está demostrado que realizando un correcto lavado de manos se evitarían un gran número de casos de infecciones nosocomiales, es decir, las contraídas dentro del propio centro hospitalario. Además, gracias al cumplimiento de esta medida reduciríamos el tiempo de estancia media de los pacientes en el hospital, así como las muertes por infecciones de este tipo.

Podemos concluir que el lavado de manos es uno de los eslabones más importantes dentro del ámbito sanitario, por ello todo el personal sanitario debe tener conciencia de su importancia y su transcendencia.

6 Bibliografía

- WEBS: <https://www.who.int/gpsc/5may/tools/es/>.
- REVISTAS: revista médica electrónica “portales médicos”.

Capítulo 366

ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO ANTE EL AISLAMIENTO RESPIRATORIO.

NOELIA DE CON SANTOS

SUSANA GARCÍA LUCES

LEONOR MARÍA ARMENTEROS DEL OLMO

MERCEDES ERICE ALVAREZ

1 Introducción

El aislamiento consiste en separar a un individuo del resto de la población, con el objetivo de evitar la propagación de una enfermedad infecciosa transmisible. Para conseguir esto, son necesarias una serie de medidas tanto de protección individual, a través de los EPIs (equipos de protección individual), como a través de protocolos de actuación para cada tipo de aislamiento.

Hay una serie de medidas generales para todos los tipos de aislamiento y esenciales como el lavado de manos. Luego hay también unas medidas específicas en función de cual sea el material contaminante, en el caso que nos atañe, el aislamiento respiratorio son: las secreciones respiratorias y las gotas de flüggé.

Los principios a seguir en este tipo de aislamiento son:

- Habitación individual, puerta cerrada con presión negativa y con filtro de alta eficiencia.

- Bata, no es necesaria.
- Lavado de manos, antes de entrar y al salir de la habitación.
- Mascarilla, toda persona que entre en la habitación. Si permanece dentro más de 10 minutos usar mascarilla quirúrgica.
- Guantes, no son necesarios salvo si se manipulan pañuelos y otros objetos contaminados por secreciones respiratorias.
- Los pañuelos y sondas de aspiración, serán desechables y se envolverán en material impermeable antes de tirarlos. El material fungible sanitario utilizar el sistema de doble bolsa.
- Importante los traslados siempre con mascarilla.

2 Objetivos

Establecer la importancia del adecuado uso por parte del personal sanitario de las medidas de protección individual, como medio para reducir tanto la transmisión de enfermedades infecciosas fuera del medio hospitalario como dentro (contaminación cruzada).

3 Metodología

Se han consultado varias páginas web, revistas científicas. También manuales de protocolos de hospitalarios, en este caso del HUCA y de Hospitales de la comunidad autónoma de Castilla y León.

4 Resultados

Concluimos en qué; dando la formación e información adecuada, en el uso de los medios de protección individual y la forma de actuar ante un paciente en aislamiento respiratorio, se reducen de forma drástica el número de contagios. También es importante, que el personal sanitario de las correctas instrucciones a la familia (visitas) del paciente, para que también ellos adopten todas las medidas oportunas, a efectos de evitar posibles contagios.

5 Discusión-Conclusión

El personal sanitario no sólo debe conocer bien el modo de actuación ante un aislamiento respiratorio, sino también deberá instruir a familiares y a el propio

paciente a cómo debe actuar. Así sí conseguiremos unos buenos resultados y minimizaremos lo más posible los contagios tanto al resto de la población, como al resto de los pacientes del centro hospitalario.

También cobra especial relevancia, el traslado de pacientes respiratorios dentro del hospital, es vital atender a una serie de normas:

- el paciente no saldrá de la habitación salvo para realizar procedimientos que no puedan realizarse en la misma.
- mascarilla quirúrgica puesta durante todo el traslado.
- antes del traslado se informará al lugar de destino.
- todos los profesionales implicados seguirán unas precauciones estándar y ponerse la mascarilla quirúrgica.
- los profesionales que realicen el traslado respetarán de forma escrupulosa la higiene de manos.

6 Bibliografía

- WEBS: <https://www.saludcastillayleon.es/> <http://www.madrid.org/>
- LIBROS: Título: GUÍA VISUAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. Autor: BRIAN KLOSS / TRAVIS BRUCE. Editorial: ELSEVIER. Public.: 2019.

Capítulo 367

LISTERIOSIS: SINTOMAS, CAUSAS Y TRATAMIENTO

COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ

VIRGINIA CASTARROYO MERINO

MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

YESICA DIAZ ROCES

1 Introducción

España registró en 2019 el peor brote de listeriosis más letal hasta la fecha. Con además un desarrollo muy rápido de los distintos casos, llegando a afectar a más de 200 personas.

Al margen de este brote y según el informe epidemiológico de listeriosis hecho público recientemente por el Ministerio de Salud revela que los casos de listeriosis notificados al Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) han aumentado casi un 70% entre 2015 y 2018. Por todo ello nos disponemos a realizar una revisión bibliográfica sobre la enfermedad, sus posibles causas y tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer de forma más cercana la enfermedad, los síntomas, causas y tratamiento.

- Valorar las posibles causas del aumento de casos de listeriosis los últimos años en España.
- Conocer las posibles variaciones en el tratamiento de la listeriosis a lo largo de los años.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de buscadores especializados, Scielo, PubMed, Medscape, búsqueda de noticias y revisiones sobre la enfermedad y el brote registrado en 2019 en España. Lectura de documentos especializados y artículos académicos sobre *Listeria monocytogenes*.

4 Resultados

- Agente causal de la enfermedad:

La listeriosis es una enfermedad de transmisión alimentaria que puede presentarse en su mayoría como casos esporádicos y, en ocasiones como brotes epidémicos. Su incidencia anual ha aumentado en los últimos 20 años (oscilando entre 0,3 a 10 casos por 100.000 habitantes, hasta el 5% durante algunos brotes epidémicos). La mortalidad puede llegar a ser del 20-30% en los casos graves. En 2015 se incluyó en el listado de enfermedades de notificación obligatoria (EDO). El agente causal de la listeriosis son los microorganismos del género *Listeria*, bacilos anaerobios facultativos que no forman esporas ni contienen cápsula y se aíslan de suelos, agua, efluentes, numerosos alimentos y de las heces de personas y animales. Los rumiantes domésticos probablemente juegan un gran papel en el mantenimiento de *Listeria* spp. en el medio rural, mientras 2-10% de las personas son portadoras de *Listeria Monocytogenes* en heces sin, aparentemente, efectos adversos en su salud. *L. Monocytogenes* puede convertirse en endémico en las plantas de procesamiento de alimentos.

La principal ruta de transmisión al ser humano, actualmente se reconoce que la mayoría (99%) es el consumo de alimentos contaminados. Además de la transmisión alimentaria puede existir transmisión directa por animales infectados, especialmente durante el parto de vacas u ovejas, pero son infecciones muy infrecuentes, que afectarían fundamentalmente a veterinarios y/ o ganaderos.

- Síntomas:

Los síntomas de esta enfermedad de transmisión alimentaria son variables: desde

un cuadro leve, que simula una gripe, hasta una sepsis grave, sobre todo en edades extremas de la vida (recién nacidos y ancianos) y pacientes inmunodeprimidos. Durante la gestación, la infección puede ocasionar abortos, partos prematuros o niños a término con graves secuelas, sobre todo neurológicas. La presentación clínica es aguda en la mayoría de casos, aunque hay pacientes que presentan los síntomas de forma subaguda, algunas formas de afectación del SNC –Sistema Nervioso Central.

Listeria monocytogenes continua siendo una infección que aunque oportunista y poco frecuente, en pacientes inmunodeprimidos produce una elevada mortalidad. En el supuesto que una mujer embarazada presente un cuadro pseudogripal debería descartarse la presencia de éste patógeno dadas las graves consecuencias que tiene para el feto y también ante un cuadro de prematuridad o aborto espontáneo el clínico debe plantearse la infección por Listeria dentro del diagnóstico diferencial.

- Tratamiento:

La L. Monocytogenes es sensible in vitro a un gran número de antimicrobianos. La ampicilina, a dosis elevadas, es el antibiótico de elección. También puede utilizarse combinado con otros antibióticos según el caso.

Tanto en madres como en recién nacidos amoxicilina o ampicilina, en dosis altas, son los fármacos de elección. Su asociación con gentamicina ejerce un efecto sinérgico.

5 Discusión-Conclusión

Es importante mantener alejada la bacteria de los lugares donde se procesan y manipulan alimentos. Para ello es necesario:

- Tener implementados rigurosos programas de limpieza y utilizar higienizantes o biocontroladores capaces de eliminar al patógeno, incluso cuando éste forma biofilm.
- Aplicar planes de limpieza y desinfección, continuos y eficaces, en las zonas de elaboración.
- Implantar un plan de Buenas Prácticas de Fabricación, que eliminen o minimicen la contaminación del producto final.
- Formulaciones y envasados que eviten el desarrollo de la bacteria Programar muestreos y análisis de las superficies y del producto final, actuando ante resultados insatisfactorios y analizando sus tendencias.
- Correcto etiquetado de alimentos.

Por todo ello y la gravedad de los posibles casos de listeria, sobre todo en embarazadas y recién nacidos, sería importante mantener una estrategia común en la industria alimentaria para evitar posibles brotes así como para minimizar los riesgos.

6 Bibliografía

- <http://revistas.uach.cl/index.php/agrosur/article/view/400>.
- Renate Schönbitz, Luigi Ciampi y Yanina Nahuelquin. *Listeria monocytogenes* UN PELIGRO LATENTE PARA LA INDUSTRIA ALIMENTARIA.
- LUNDEN, J.M. 2004. Persistent *Listeria monocytogenes*. Contamination in Food Processing Plants. Department of Food and Environmental Hygiene, Faculty of Veterinary Medicine, University of Helsinki, Finland.
- J Bille. "Epidemiology of human listeriosis in Europe, with special reference to the Swiss outbreak". En *Foodborne listeriosis*. Ed: A.J. Miller, J.L. Smith, G.A. Somkuti. 1990.
- E Charpentier, P. Courvalin. "Antibiotic resistance in *Listeria*" spp. *Antimicrob Agents Chemother* 1999.
- <https://www.colvema.org/pdf/LISTERIA.pdf>.

Capítulo 368

TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON VIH

YESICA DIAZ ROCES

MONTSERRAT FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

VIRGINIA CASTARROYO MERINO

COVADONGA FERNÁNDEZ SUÁREZ

1 Introducción

La Tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo ácido-alcohol resistente. La infección se transmite por vía respiratoria, inhalando gotitas contaminadas procedentes de enfermos bacilíferos (pacientes con baciloscopia de esputo positiva).

La TBC es una de las infecciones más importantes en pacientes inmunodeprimidos debido a su elevada frecuencia y alta morbilidad, y es la principal causa de muerte entre pacientes infectados por VIH.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía científica existente sobre la tuberculosis en pacientes con VIH, describir su diagnóstico y tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la tuberculosis en el VIH.

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 diagnóstico y tratamiento precoz de la infección tuberculosa latente es clave para evitar su progresión a enfermedad. Del mismo modo, el diagnóstico precoz de la TBCC es clave para mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar su transmisión. La expresión clínica de la TBC en pacientes inmunodeprimidos está condicionada por el grado de inmunodepresión de los pacientes.

Además, el desarrollo de TBC supone un factor independiente de aumento del riesgo de progresión de la enfermedad y muerte en pacientes infectados por el VIH. Por todo ello, la TBC, pese a ser una enfermedad prevenible y curable, continúa siendo en la actualidad uno de los principales problemas de salud en pacientes infectados por VIH. En un principio, los médicos diagnostican la tuberculosis activa basándose en los síntomas del paciente, su historia de exposición a la bacteria de tuberculosis, rayos X que pueden evidenciar la presencia de tuberculosis y una reacción positiva a la prueba de la tuberculina. Las señas que en rayos X usualmente revelan la presencia de tuberculosis activa frecuentemente no se encuentran en personas infectadas con el VIH que padecen de tuberculosis activa.

La confirmación del diagnóstico de tuberculosis activa se lleva a cabo detectando la bacteria de tuberculosis en el esputo, la sangre o en otros fluidos o tejidos del cuerpo. Este proceso puede durar varios días o semanas, y los médicos pueden decidir darle al paciente medicamentos antes de saber los resultados de las pruebas de detección. Es especialmente importante determinar si el tipo de tuberculosis que está afectando a un paciente es resistente a los medicamentos que usualmente se usan para combatir la infección. La tuberculosis resistente a estos medicamentos es muy seria y difícil de tratar.

En general, el tratamiento para la TBC es el mismo para las personas con o sin

el VIH. Los medicamentos contra la TBC se usan para prevenir que la TBC latente se convierta en enfermedad tuberculosa y para tratar dicha enfermedad. La opción de los medicamentos contra la TBC y duración del tratamiento depende si la persona tiene TBC latente o enfermedad tuberculosa. Las personas que tienen coinfección por el VIH y la TBC deben recibir tratamiento para ambas enfermedades; sin embargo, la fecha de iniciación del tratamiento y la clase de medicamentos que se deben tomar dependen de las circunstancias particulares de cada persona. La administración de ciertos medicamentos contra el VIH y la tuberculosis al mismo tiempo puede aumentar el riesgo de que se presenten interacciones medicamentosas y efectos secundarios.

El tratamiento inicial para personas infectadas por el VIH y enfermas con tuberculosis activa es 2 meses de terapia de medicamentos combinados usando los antibióticos isoniacida, rifampina, pirazinamida y etambutol o estreptomina. Este tratamiento se continúa por los menos durante 7 meses más, usando una cantidad mayor o menor de antibióticos, dependiendo de cuán susceptible el tipo de tuberculosis es a los diferentes medicamentos.

A pesar de que las personas con tuberculosis a menudo se sienten mejor después de pocas semanas de recibir terapia de medicamentos, es importante que terminen el tratamiento completo. Si el tratamiento se interrumpe prematuramente, la bacteria de tuberculosis puede desarrollar una resistencia a los medicamentos usados para combatirla. El tratamiento es eficaz en la mayoría de las personas infectadas por el VIH si el tipo de tuberculosis que padecen no es resistente a los medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Aunque no existen datos clínicos suficientes que comparen la eficacia y respuesta clínica al tratamiento entre población infectada por VIH y población no-VIH, la impresión general es que no existen diferencias en cuanto a la defervescencia de los síntomas, el porcentaje de recidivas y mortalidad por tuberculosis entre ambas poblaciones, pero que la enfermedad tuberculosa agrava el pronóstico en cuanto a supervivencia de los pacientes infectados por VIH. Si existe un mayor fracaso terapéutico del tratamiento de la tuberculosis en los infectados por VIH, es por la falta de cumplimentación de la quimioprofilaxis.

Este fracaso terapéutico por falta de cumplimentación no sólo tiene repercusiones vitales para el paciente, sino que además favorece la extensión de la TBC

a los convivientes y determina la aparición de cepas resistentes.

También se ha señalado como causa de fracaso terapéutico la situación de mal-absorción padecida en algunos casos de personas infectadas por el VIH

La enfermedad tuberculosa producida por cepas multirresistentes se asocia con mayor frecuencia a tuberculosis diseminada, una pobre respuesta al tratamiento, imposibilidad de erradicar el microorganismo y una mayor mortalidad.

6 Bibliografía

- <https://www.neumosur.net/files/EB03-41%20inmunodeprimidos.pdf>
- <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/26/90/el->
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400010

Capítulo 369

PARATOHORMONA (PTH)

MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA

ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS

ELENA GONZALEZ LOPEZ

EVA GARCÍA ALONSO

MARTA VELASCO ARRANZ

1 Introducción

La glándula paratiroidea, es la responsable de regular los niveles de calcio, asegurando su correcta concentración en un rango de concentración muy estrecho que garantiza el correcto funcionamiento del sistema nervioso y muscular.

Existen cuatro glándulas paratiroideas del tamaño de un guisante , adyacentes a la glándula tiroidea pero sin función tiroidea, que producen pth (hormona paratiroidea) responsable del mecanismo regulador del calcio, que tiene como función regular los niveles de calcio, actuando directamente sobre hueso y riñón e indirectamente en intestino, para aumentar los niveles de calcio. La utilidad de su análisis es en fallo renal crónico, después de tiroidectomía, osteoporosis postmenopáusica .

2 Objetivos

- Describir el método de determinación de la paratohormona para evaluar los trastornos en el metabolismo del calcio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la medición de la paratohormona.

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

4 Resultados

La valoración de la paratohormona (PTH) tiene utilidad en el diagnóstico diferencial de:

- hipercalcemia e hipocalcemia, marcador de metabolismo oseo, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, adenoma e hiperplasia tiroidea, osteoporosis.

La medición es difícil debido a la heterogeneidad de los péptidos que se producen tanto en la glándula como en la circulación.

La determinación de la paratohormona se realiza mediante un ensayo modificado de dos pasos, tipo sándwich que utiliza dos anticuerpos policlonales para capturar y detectar la paratohormona intacta. Las muestras deben de ser centrifugadas en frío y separar el suero inmediatamente.

Es una prueba en la que el paciente no requiere una preparación especial, siendo recomendable tomar la muestra en ayunas. El tipo de muestra que se utiliza es de suero, que se obtiene a partir de sangre venosa recogida en tubos secos o en tubos separadores de suero. La correcta manipulación de la muestra es crucial para garantizar la integridad de la paratohormona intacta.

5 Discusión-Conclusión

La utilidad clínica de la PTH, nos sirve para :monitorización de pacientes dializados, seguimiento de pacientes con insuficiencia renal, diagnóstico de hiperparatiroidismo primario y secundario, diagnostico de hipoparatiroidismo, hipercalcemia, adenoma hiperplasia de las glándulas paratiroides y diagnóstico y monitorización de pacientes con osteoporosis.

6 Bibliografía

Silva BC, Costa AG, Cusano NE,Kousteni S,Bilezikian JP.Catabolic and anabolic actions of parathyroid hormone on the skeleton. J Endocrinol invest 2011;34:801-810.

Khundmiri SJ, Murray RD, Lederer E. PTH and Vitamin D.Compr Physiol 2016; 6: 561-601.

Capítulo 370

RIESGOS LABORALES: PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

MARIA MONICA GARCIA NICIEZA

MARIA TERESA CARRIL BLANCO

LORENA MORA BUENO

MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS

ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los trabajos relacionados con el sector sanitario, ya sea en hospitales, laboratorios, consultorios, o en otros espacios de atención al paciente tienen riesgos laborales específicos originados por actividades, instalaciones y equipos específicos del sector sanitario, además de los riesgos propios asociados a todo lugar de trabajo, que en el caso de la actividad sanitaria se desarrolla en edificios cerrados, generalmente complejos tanto en dimensiones y distribución y que por su carácter son lugares compartidos por pacientes y familiares.

2 Objetivos

- Describir los riesgos inherentes al trabajo y la consiguiente adopción de las medidas adecuadas a la medida de la naturaleza de los riesgos detectados.

3 Metodología

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

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 los últimos años se han realizado multitud de estudios que han permitido obtener un amplio conocimiento de los principales riesgos que afectan a los trabajadores.

Estos riesgos se pueden clasificar en:

- Riesgos biológicos: transmisión de enfermedades infectocontagiosas por la exposición a diversos agentes biológicos (bacterianos, víricos, fúngicos o parasitarios.) que se pueden transmitir por diversas vías (aérea, sanguínea, contactos directo con secreciones o fómites, etc.)
- Riesgos químicos: en los centros de trabajo se reúnen un amplio abanico de sustancias químicas que incluyen desde los propios medicamentos que se administran a los pacientes, hasta agentes anestésicos inhalatorios, agentes esterilizantes, productos de limpieza y desinfección de materiales o productos químicos utilizados por personal de mantenimiento (pinturas, barnices, pegamentos, etc.).
- Otros riesgos: agresión por parte de pacientes y familiares, sobreesfuerzos físicos ocasionados en la manipulación de carros, camillas, equipos clínicos..., fatiga mental ocasionada por la exigencia de un trabajo con un alto grado de responsabilidad, etc.

Realizado el estudio de los riesgos anteriormente citados, se han implantado progresivamente una serie de medidas para su eliminación o control:

- En el caso de riesgos biológicos, las medidas implementadas se corresponden con la inclusión de una valoración inicial de todo trabajador y actualización de su estado vacunal, junto con la detección del personal especialmente sensible para su separación de las situaciones de riesgo. Selección adecuada de los equipos de protección individual, introducción de cortopunzantes con dispositivos de seguridad y formación de personal.
- Para los riesgos químicos, se debe destacar los medicamentos citostáticos que

requieres un manejo en condiciones especiales tales como uso de cabinas de seguridad biológica en farmacia, transporte en contenedores adecuados, administración a través de sistemas cerrados y eliminación en contenedores específicos. El personal expuesto debe estar registrado y vigilarse con mayor periodicidad siguiendo protocolos específicos.

5 Discusión-Conclusión

Con la aplicación de las medidas preventivas a los diferentes riesgos laborales detectados se han obtenido los siguientes resultados: reducción del número de accidentes de trabajo, reducción de las enfermedades laborales, mejora de la salud y calidad de vida de los trabajadores, maximización de la gestión de los recursos humanos y aumento de la productividad.

A la vista de lo expuesto anteriormente, se prevé un aumento del número de especialistas en seguridad y salud en el trabajo en este sector. Con la mayor presencia de especialistas de estas características en hospitales (y en otros centros) que tengan la facultad de introducir cambios tales como la insistencia en el cumplimiento de los programas de vacunación, la prestación de ayuda y asistencia a los trabajadores con discapacidad, el ofrecimiento de programas de rehabilitación, etc., debería mejorar considerablemente la seguridad y salud en el trabajo de los trabajadores sanitarios. Además se mantiene el debate sobre el modo de mejorar la integración de la asistencia sanitaria y la asistencia social, lo que redundará en una mejora de la calidad de la asistencia.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo(INSHT) www.edebe.com (formacion y orientacion laboral).
- Instituto sindical de trabajo, ambiente y salud (ISTAS).

Capítulo 371

RIESGOS ERGONÓMICOS Y PSICOSOCIALES

LORENA MORA BUENO

MARIA TERESA CARRIL BLANCO

MARIA MONICA GARCIA NICIEZA

ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ

MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS

1 Introducción

La ergonomía es una disciplina cuyo objetivo es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano. Para ello cuenta con conocimientos científicos aplicados que apuntan a que el trabajo, los sistemas, productos y ambientes se adapten a las limitaciones físicas y mentales de la persona. La ergonomía puede ayudar a mejorar las condiciones de trabajo y por tanto la salud de los trabajadores. Las mejoras ergonómicas reducen las demandas físicas del trabajo dando como resultado menos lesiones o dolencias. Otro efecto beneficioso de la ergonomía es, que la mejora del entorno laboral, repercute positivamente en la eficiencia y la productividad.

Los riesgos ergonómicos son aquellos que pueden dar lugar a trastornos musculoesqueléticos en el trabajador o trabajadora y se derivan de posturas forzadas, aplicación continua de fuerzas, movimientos repetitivos y manipulación manual

de cargas en el puesto de trabajo. Las alteraciones musculoesqueléticas incluyen un gran número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc., localizadas generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas. Pueden producirse por un esfuerzo único suficiente (accidentes de trabajo) o por el sumatorio de varios esfuerzos con efectos acumulativos (enfermedades relacionadas con el trabajo y causa de un pequeño grupo de enfermedades profesionales).

2 Objetivos

- Analizar las causas de las lesiones en el sector sanitario, factores de riesgo y medidas de prevención.

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 pueden ser variadas, en el sector sanitario y sociosanitario los riesgos ergonómicos aparecen principalmente por:

- Uso de pantallas de visualización de datos.
- Manipulación manual de cargas.
- Higiene postural.
- Movimientos forzados.
- Movimientos imprevistos.

El trabajo con pantallas de visualización de datos, puede generar no sólo lesiones musculoesqueléticas, sino también otros daños a la salud como problemas en la vista o incluso estrés. Se consideran trabajadores y trabajadoras usuarias de equipos con PVD a todos y todas aquéllas que superen las 4 horas diarias ó 20 horas semanales de trabajo efectivo con dichos equipos y a todas las que realicen

entre 2 y 4 horas diarias (ó de 10 a 20 horas semanales). Dentro de este tipo de trabajo, existen factores de riesgo y medidas preventivas:

- Factores de riesgo: mantenimiento de posturas estáticas prolongadas, diseño inadecuado del puesto de trabajo, giros de cabeza realizados durante la lectura alternativa de la pantalla y los documentos, equipos de trabajo inadecuados y mal acondicionamiento de los lugares de trabajo: temperatura, humedad, iluminación, ruido, etc.
- Medidas preventivas: diseño físico correcto del puesto de trabajo, ajuste del mobiliario al trabajador o trabajadora, garantizar unas condiciones adecuadas de trabajo (confortables), instalación de equipos de trabajo en correcto estado y mantenimiento de los mismos, efectuar pausas cortas y frecuentes, incluso levantándose del asiento.

Se entiende por manipulación manual de cargas cualquier operación de transporte o sujeción (el levantamiento, la colocación, el empuje, la tracción, etc.) de una carga (objeto susceptible de ser movido) por parte de uno o varios trabajadores que, por sus características o condiciones ergonómicas inadecuadas, entraña riesgos. Hay varios métodos de evaluación de estas tareas, exponiéndose a continuación el método del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT).

Se considera que la manipulación manual de toda carga que pese más de 3 kg puede entrañar riesgo dorsolumbar si se manipula en condiciones desfavorables (alejada del cuerpo, con posturas inadecuadas, etc.). Manipular cargas de más de 25 Kg (peso máximo recomendado en condiciones ideales) en cualquier tipo de condición ergonómica, disminuyendo a 15 kg si se trata de mujeres o trabajadores y trabajadoras jóvenes o si se quiere proteger a la mayoría de la población.

- Las medidas preventivas son: levantamiento de la carga en equipo, eliminar el riesgo, es decir, la manipulación manual de cargas mediante el uso de dispositivos mecánicos o modificando la tarea de manera que no sea necesaria esa manipulación, adaptar las cargas a las condiciones de los trabajadores y trabajadoras que realizan el trabajo y dar formación adecuada teórica y práctica en técnicas de manejo, manejar la carga pegada al cuerpo y con la espalda recta, modificar las tareas (bien disminuyendo el peso de la carga o la frecuencia del trabajo), el entorno o las condiciones de la propia carga con el fin de facilitar la manipulación y recordar que siempre es mejor empujar que tirar (sillas, camillas, carros, carritos, etc.).

Movilización de los enfermos: es una manipulación donde la carga tiene características especiales: es pesada, voluminosa, difícil de sujetar, que ejerce resistencia a veces, inestable, que puede desplazarse y caer. Además, el personal gira el tronco al elevar o desplazar la carga. No es de extrañar por ello que las profesiones relacionadas con este tipo de tareas se sitúen entre las que presentan una mayor incidencia en problemas de salud y lesiones dorsolumbares, fundamentalmente dolores de espalda, lumbalgias y hernias discales. Existen determinados factores de riesgo y medidas preventivas:

Factores de riesgo: existen distintos factores que se deben tener en cuenta y que han de estudiarse para minimizar los riesgos que implican dichas acciones, entre ellos destacan:

- Las características de la persona a movilizar.
- Esfuerzo físico necesario, asociado a posturas forzadas o movimientos repetitivos.
- Características del medio de trabajo: falta de espacio, suelo resbaladizo, temperatura, et
- Factores individuales de riesgo: falta de aptitud física y escasa formación en movilización de enfermos.
- Medidas preventivas, para prevenir posibles lesiones se destacan:
Evitar la manipulación manual siempre que sea posible.
Organización y distribución del trabajo.
Correcta higiene postural.
Formación específica en la movilización de enfermos.
Movilización en equipo.

Los riesgos psicosociales: son aquellos factores de riesgo para la salud que se originan en la organización del trabajo y que generan respuestas de tipo fisiológico (reacciones neuroendocrinas), emocional (sentimientos de ansiedad, depresión, alienación, apatía, etc.), cognitivo (restricción de la percepción, de la habilidad para la concentración, la creatividad o la toma de decisiones, etc) y conductual (abuso de alcohol, tabaco, drogas, violencia, asunción de riesgos innecesarios, etc) que son conocidas popularmente como “estrés” y que pueden ser precursoras de enfermedad en ciertas circunstancias de intensidad, frecuencia y duración.

- Factores de riesgo: exceso de exigencias psicológicas, falta de control, falta de apoyo social y de calidad de liderazgo, escasez de compensaciones y doble presencia.

- Medidas preventivas: evaluar los riesgos que no se han podido evitar, cambiar las condiciones de trabajo dañinas.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico de los factores de riesgo ergonómicos y psicosociales en el trabajo y su incidencia en la salud, satisfacción y resultados del trabajador, requiere de diferentes métodos de medición e investigación, los cuales deben brindar información que sirva de base para la identificación de los factores problemáticos y el establecimiento de las medidas de control y estrategias de prevención.

La importancia de establecer un programa de prevención y manejo del estrés con el objetivo de reducir y controlar la incidencia y prevalencia de los casos de estrés ocupacional detectados en la población trabajadora, causados por la exposición parcial o permanente a los factores de riesgo psicosocial presentes en contexto laboral con el objetivo de garantizar con ello la disminución de los índices de accidentalidad, absentismo, rotación y los altos costos para las empresas, además de incrementar el sentido de pertenencia, compromiso, la productividad y el cumplimiento de los objetivos de la organización.

6 Bibliografía

- <http://www.ergoibv.com/blog/riesgos-ergonomicos-medidas-para-prevenirlos/>
- <http://www.invassat.gva.es/> <http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/recursos/15617/>
- <http://www.istas.ccoo.es/descargas/DipPsicoSocialestrabajadorxs.pdf>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 372

RIESGOS PARA LA REPRODUCCIÓN Y LA MATERNIDAD Y LA LACTANCIA

LORENA MORA BUENO

MARIA TERESA CARRIL BLANCO

MARIA MONICA GARCIA NICIEZA

ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ

MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS

1 Introducción

Durante el embarazo y la lactancia se producen importantes cambios fisiológicos y psicológicos en las mujeres para garantizar que el feto en desarrollo y los recién nacidos disponen de todo lo necesario para desarrollarse adecuadamente. Estos cambios son los que hacen que las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente sean especialmente vulnerables a algunos riesgos laborales.

Los riesgos laborales que afectan a la reproducción, el embarazo y la lactancia pueden prevenirse, ya sea eliminándolos o adoptando las medidas preventivas necesarias para evitar la exposición.

2 Objetivos

Explicar los principales riesgos para la reproducción y maternidad para la lactancia. Sus cuidados y precauciones.

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

Principales riesgos en el sector sanitario

Algunos de los riesgos presentes en el sector de sanidad y que pueden afectar negativamente en la reproducción y la maternidad son:

- Ergonomía: Manipulación de cargas, posturas forzadas...
- Riesgos psicosociales: Derivados de la organización del trabajo: sobrecarga de trabajo, turnicidad, nocturnidad, largas jornadas...
- Agentes biológicos: Rubeola, toxoplasmosis, varicela, citomegalovirus, hepatitis B, hepatitis C, VIH...
- Agentes físicos: Radiaciones ionizantes. Fuentes encapsuladas con riesgo de irradiación (presentes en los Servicios de Radiología y Radiodiagnóstico). Fuentes no encapsuladas con riesgo de contaminación e irradiación (presentes en los Servicios de Medicina Nuclear). Temperaturas extremas
- Agentes químicos:
- Esterilizantes: óxido de etileno (presente en los Servicios de Esterilización)
- Desinfectantes: presentes en los Servicios de Endoscopias, Anatomía Patológica, Quirófanos, Autopsias, etc.
- Anestésicos: óxido nitroso, gases halogenados, etc. Son tóxicos durante la lactancia y pueden producir abortos y malformaciones (presentes en Quirófanos)
- Citostáticos: pueden provocar abortos y malformaciones.
- Metales: el mercurio causa alteraciones de la fertilidad del hombre, abortos, partos prematuros, malformaciones y es tóxico en la lactancia. El plomo causa abortos espontáneos, disminución de la fertilidad del hombre, puede entrar en el feto a través de la placenta de la madre causando serios daños al sistema nervioso y al cerebro de los niños por nacer.
- Disolventes orgánicos: benceno, tolueno, etc. (presentes en Servicios como el de Anatomía Patológica y Laboratorios).

Medidas preventivas

En la evaluación de riesgos deben tenerse en cuenta todos aquellos factores que puedan afectar a la reproducción, en particular por la exposición a agentes físicos, químicos y biológicos que puedan tener efectos mutagénicos o de toxicidad para la procreación, la evaluación también debe incluir la naturaleza, el grado y la duración de la exposición a los riesgos de las trabajadoras embarazadas o que hayan dado a luz recientemente, así como aquellos procedimientos o condiciones de trabajo que puedan repercutir negativamente en su salud.

A partir de esta evaluación se adoptarán las medidas preventivas que sean necesarias. Si se detectasen riesgos para el embarazo o la lactancia, se procederá a adaptar el puesto de trabajo, modificando las condiciones o el tiempo de trabajo. Cuando esta adaptación no sea posible, debe cambiarse a la trabajadora a otro puesto compatible con su estado.

Como último recurso cuando estas medidas no sean viables, al no haber ningún puesto en el que pueda recolocarse a la trabajadora sin riesgos para su estado, se iniciará la suspensión del contrato por riesgo durante el embarazo o la lactancia durante el tiempo necesario, tal y como establece el artículo 45.1.d) del Estatuto de los Trabajadores.

Prestación por riesgo durante el embarazo y la lactancia.

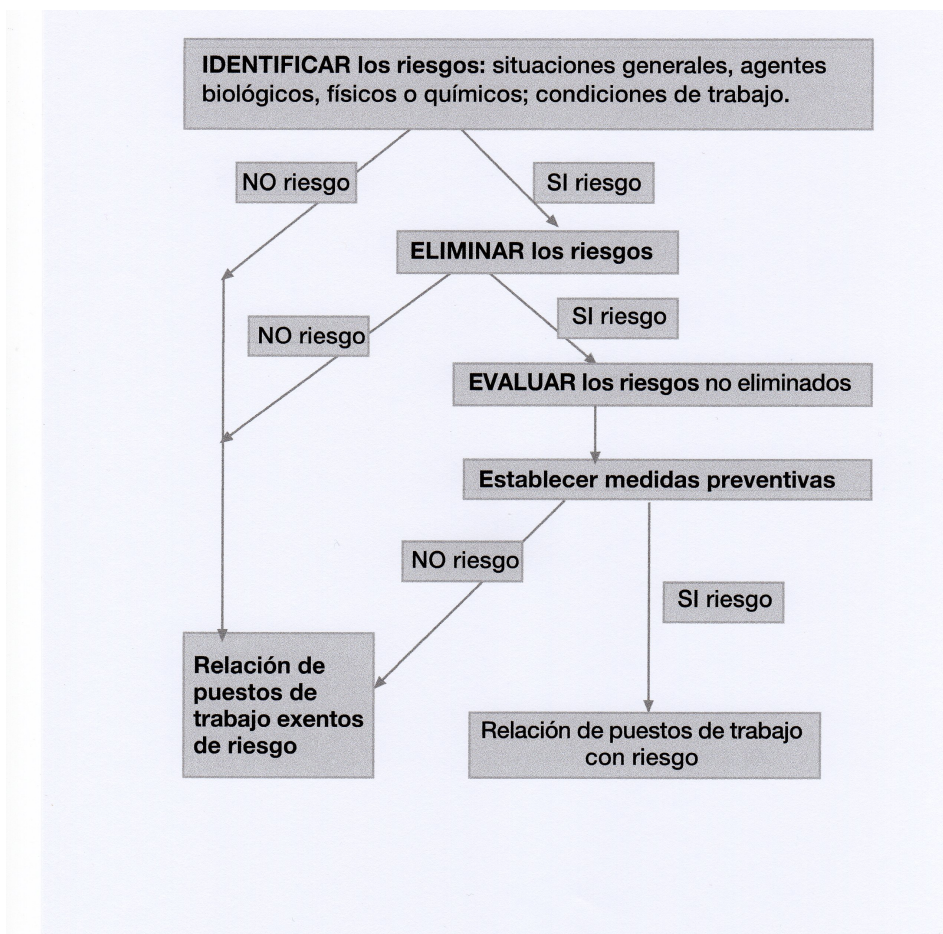
La prestación económica que se concede a las mujeres trabajadoras en situación de suspensión temporal del contrato de trabajo por riesgo durante el embarazo o durante la lactancia natural para cubrir la pérdida de ingresos que se produce en este período de tiempo (en el caso de lactancia, hasta que el hijo cumpla 9 meses).

Consiste en un subsidio del 100% de la base reguladora para contingencias profesionales, no siendo necesario un período mínimo de cotización al ser considerada como una contingencia profesional. La prestación debe solicitarla la trabajadora, que en nuestro caso es el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), presentando la siguiente documentación:

- Informe médico del facultativo (ginecólogo o ginecóloga) del Servicio Público de Salud en el que debe constar la semana de gestación y el curso clínico del embarazo o la situación de lactancia natural, según corresponda.
- Declaración de la empresa (Gerencia) sobre la situación de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural haciendo constar: actividad y condiciones del puesto de trabajo, categoría profesional, el riesgo específico para el embarazo o para la lactancia al que está expuesta la trabajadora, si el puesto está contemplado

o no en la relación de puestos exentos de riesgos.

- Impreso normalizado del INSS: “Solicitud de prestación de riesgo durante el embarazo o la lactancia”.
- Declaración de la empresa (Gerencia) sobre la imposibilidad técnica y objetiva de cambio de puesto de trabajo y fecha de declaración de la situación de suspensión de contrato.
- Certificado de la empresa (Gerencia) para la solicitud de riesgo durante el embarazo o la lactancia natural, donde constan datos de la trabajadora y documentación acreditativa de la trabajadora. A su vez los servicios médicos de la entidad gestora (INSS), emitirán un certificado médico acreditando que las condiciones del puesto influyen negativamente en la salud de la trabajadora o del feto.



5 Discusión-Conclusión

Mejorar la formación y la sensibilización en los riesgos relacionados con el embarazo y la lactancia ,tanto en la representación legal y prevención, que refuerce y favorezca la adecuada identificación e incorporación con el fin de adoptar medidas de prevención para mejorar la seguridad y salud de las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia materna que trabajan en los centros sanitarios.

6 Bibliografía

- <https://www.ccoo.es/7d1f6a312194ed0cb58de765b4556d9b000001.pdf>
- <https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/riesgo-quimico/efectos-sobre-la-salud-y-el-medio>
- <http://www.uso.es/>
- <http://www.sanidad.ccoo.es/comunes/>

Capítulo 373

RIESGOS LABORALES: PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN

MARIA MONICA GARCIA NICIEZA

ROBERTO VILLA FERNÁNDEZ

MIRIAN RODRIGUEZ MARCOS

LORENA MORA BUENO

MARIA TERESA CARRIL BLANCO

1 Introducción

Los trabajos relacionados con el sector sanitario, ya sea en hospitales, laboratorios, consultorios, o en otros espacios de atención al paciente tienen riesgos laborales específicos originados por actividades, instalaciones y equipos específicos del sector sanitario, además de los riesgos propios asociados a todo lugar de trabajo, que en el caso de la actividad sanitaria se desarrolla en edificios cerrados, generalmente complejos tanto en dimensiones y distribución y que por su carácter son lugares compartidos por pacientes y familiares.

2 Objetivos

- Realizar la evaluación inicial de los riesgos inherentes al trabajo y la consiguiente adopción de las medidas adecuadas a la medida de la naturaleza de los ries-

gos detectados. Esta evaluación nos conducirá a la planificación de la actividad preventiva necesaria.

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

- En los últimos años se han realizado multitud de estudios que han permitido obtener un amplio conocimiento de los principales riesgos que afectan a los trabajadores. Estos riesgos se pueden clasificar en: riesgos biológicos: transmisión de enfermedades infectocontagiosas por la exposición a diversos agentes biológicos (bacterianos, víricos, fúngicos o parasitarios.) que se pueden transmitir por diversas vías (aérea, sanguínea, contactos directo con secreciones o fómites, etc.) riesgos químicos: en los centros de trabajo se reúnen un amplio abanico de sustancias químicas que incluye desde los propios medicamentos que se administran a los pacientes, hasta agentes anestésicos inhalatorios, agentes esterilizantes, productos de limpieza y desinfección de materiales o productos químicos utilizados por personal de mantenimiento (pinturas, barnices, pegamentos, etc.). otros riesgos: agresión por parte de pacientes y familiares, sobreesfuerzos físicos ocasionados en la manipulación de carros, camillas, equipos clínicos, fatiga mental ocasionada por la exigencia de un trabajo con un alto grado de responsabilidad, etc.

Realizado el estudio de los riesgos anteriormente citados, se han implantado progresivamente una serie de medidas para su eliminación o control:

- En el caso de riesgos biológicos, las medidas implementadas se corresponden con la inclusión de una valoración inicial de todo trabajador y actualización de su estado vacunal, junto con la detección del personal especialmente sensible para su separación de las situaciones de riesgo. Selección adecuada de los equipos de protección individual, introducción de cortopunzantes con dispositivos de seguridad y formación de personal.

- Para los riesgos químicos, se debe destacar los medicamentos citostáticos que requieren un manejo en condiciones especiales tales como uso de cabinas de seguridad biológica en farmacia, transporte en contenedores adecuados, administración a través de sistemas cerrados y eliminación en contenedores específicos. El personal expuesto debe estar registrado y vigilarse con mayor periodicidad siguiendo protocolos específicos.

Con la aplicación de las medidas preventivas a los diferentes riesgos laborales detectados se podrán obtener los siguientes resultados: reducción del número de accidentes de trabajo, reducción de las enfermedades laborales, mejora de la salud y calidad de vida de los trabajadores, maximización de la gestión de los recursos humanos y aumento de la productividad.

5 Discusión-Conclusión

A la vista de lo expuesto anteriormente, se prevé un aumento del número de especialistas en seguridad y salud en el trabajo en este sector. Con la mayor presencia de especialistas de estas características en hospitales (y en otros centros) que tengan la facultad de introducir cambios tales como la insistencia en el cumplimiento de los programas de vacunación, la prestación de ayuda y asistencia a los trabajadores con discapacidad, el ofrecimiento de programas de rehabilitación, etc. debería mejorar considerablemente la seguridad y salud en el trabajo de los trabajadores sanitarios.

Además se mantiene el debate sobre el modo de mejorar la integración de la asistencia sanitaria y la asistencia social, lo que redundará en una mejora de la calidad de la asistencia.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo(INSHT) www.edebe.com (formacion y orientacion laboral) instituto sindical de trabajo, ambiente y salud (ISTAS).
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 374

LA EXISTENCIA DE LA TUBERCULOSIS

OMAR GONZÁLEZ DÍAZ

MANUEL IBÁÑEZ SÁNCHEZ

DARIANA BATISTA BETANCOURT

DAVINIA BRAVO ALVAREZ

NEREA ÁLVAREZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La tuberculosis es posiblemente la enfermedad infecciosa de mayor prevalencia en el mundo, siendo la segunda causa de muerte a nivel global, y la primera entre las enfermedades infecciosas. En el año 2016, casi 11 millones de personas contrajeron la enfermedad, de las cuales, alrededor de 2 millones perdieron la vida.

Según el último informe de la OMS (2017), entre 2000 y 2016 las muertes por esta enfermedad se han reducido en un 37%, con un fuerte descenso en Europa, aunque muy lejos todavía de los valores que nos permitan asegurar su erradicación antes del año 2050. En España la tuberculosis es endémica en algunas zonas rurales, aunque su incidencia varía con la edad. Aunque año tras año disminuyen el número de casos detectados, la tasa de incidencia en nuestro país es todavía sensiblemente superior a países del entorno, como Alemania y los Países

bajos, diagnosticándose aproximadamente 4000 casos al año. Se trata de una enfermedad infecciosa causada por *Mycobacterium tuberculosis* que casi siempre afecta a los pulmones, transmitida vía aérea de persona a persona cuando un enfermo tose, estornuda o escupe, expulsando bacilos tuberculosos al aire que otra persona inhalará, quedando infectada. Esta cadena puede llegar a romperse si se aísla al enfermo activo y se le somete al tratamiento adecuado.

Es muy importante subrayar las diferencias entre la tuberculosis latente y la tuberculosis activa. Mientras que en la segunda el enfermo manifestará sintomatología clínica y, además, podrá ser fuente de contagio para terceras personas, en la primera, la persona no se siente enferma ni podrá contagiar a otras personas. Se estima que aproximadamente una cuarta parte de la población mundial tiene infección tuberculosa latente, teniendo por ello un 10% de desarrollar la enfermedad a lo largo de su vida, siendo este riesgo mayor en personas inmunocomprometidas, enfermos de VIH, diabéticos o fumadores.

El complejo tuberculoso está formado por un grupo de especies y subespecies bacterianas que comparten entre sí más de 99% de identidad genética, pero que se diferencian en el rango de huésped primario, es decir, en el tipo de animal que infectan. Algunas especies infectan estrictamente al hombre mientras otras están adaptadas exclusivamente a los animales. Se trata de un taxón clasificatorio de micobacterias susceptibles de causar la tuberculosis que, en la actualidad está formado por 9 especies:

- *Mycobacterium tuberculosis*.
- *Mycobacterium bovis*.
- *Mycobacterium africanum*.
- *Mycobacterium microti*.
- *Mycobacterium caprae*.
- *Mycobacterium pinnipedii*.
- *Mycobacterium canetti*.
- *Mycobacterium mungi*.
- *Mycobacterium orygis*.

2 Objetivos

- Evaluar en contexto sociodemográfico y vía de transmisión de la tuberculosis en España.
- Establecer las medidas de prevención de la tuberculosis.

3 Metodología

La metodología empleada ha consistido en una revisión bibliográfica sobre datos obtenidos fundamentalmente de artículos elaborados por la organización mundial de la salud, así como de los autores del manual de estudio de microbiología clínica del ciclo superior de laboratorio clínico y biomédico. Además, se han consultado algunas bases de datos como Medline o la Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Sanidad de España.

Las palabras claves utilizadas en el motor de búsqueda de Google han sido: tuberculosis, enfermedades infecciosas, salud pública y profilaxis, y complejo tuberculoso.

4 Bibliografía

- OMS | ¿Qué es la tuberculosis y cómo se trata? Disponible en: <https://www.who.int/>
- OMS | La tuberculosis farmacorresistente alcanza niveles desconocidos hasta ahora .Disponible en: https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/drug_resistant_tb_-20100318/es/
- Manual de Bioseguridad en el Laboratorio de Tuberculosis. World Health Organization; 2015. Disponible en: <https://apps.who.int/>
- Benito Hernández Giménez, M.^a Teresa Corcuera Pintado, Fernando Gómez Aguado, Pilar Domínguez López, Fernando Simón Luis e Isabel Lorenzo Luque. Microbiología clínica de editorial Altamar
- Van Soolingen et al. - 1997 - A Novel Pathogenic Taxon of the Mycobacterium tube.pdf
- Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de Sanidad de España.
- Base de datos Medline.

Capítulo 375

EL ESTRES Y EL SINDROME BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO

NURIA GARCIA SUAREZ

CINTIA MARIA GARCÍA LAFUENTE

NURIA MURIAS GARCIA

CARLA MURIAS GARCÍA

ANA BELÉN PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Debido a la presión laboral y la escasez de puestos de trabajo, por la falta de contrataciones de personal, atribuyendo mayores responsabilidades a los profesionales de enfermería, a los que están constantemente sometidos altos niveles de trabajo , responsabilidad, estrés y en algunos casos frustración.

Síntomas que no siempre son visibles en el personal de enfermería afectando este al ámbito de la salud. Cuando esos niveles de estrés y ansiedad, acaban afectando no tan solo a nivel laboral, sino también en su ámbitos personal, familiar, socio-afectivo. De no tratarlos pueden convertirse en un síndrome llamados burnout, que provoca la incapacidad de esa persona.

2 Objetivos

Conocer metodologías basadas en prevención y utilizadas para el abordaje de este síndrome:

- Identificar las características laborales que se asocian a este síndrome.
- Analizar los niveles de salud y estrés de los profesionales.
- Realizar propuestas para abordar el síndrome burnout.

3 Metodología

Recogida de datos, teniendo en cuenta:

- Condición laboral.
- Turnos de trabajo.
- Numero de pacientes que atiende.
- El trabajo que realiza según el área donde desarrolla su trabajo;

Dependiendo si es un trabajo de esfuerzo, o un trabajo más a nivel psicológico, u ambos; ya que las áreas de trabajo de un TCAE pueden ser diferentes: urgencias, psiquiatría, críticos, planta, atención primaria etc..

Respecto a la salud. Los síntomas que ha percibido el profesional, sentimientos de estrés, incapacitación, numero de bajas.

El método como herramienta más utilizado para identificar este síndrome burnout, es un cuestionario que consta de 22 ítems, que el Maslach Burnout Inventory, conocido como el "MBI".

Abordado por profesionales, como psicólogos y si fuera necesario tratamiento farmacológico, para ayudar a los profesionales a superar unos síntomas que repercuten tanto en su vida laboral como personal.

4 Resultados

Para ello, como indicamos anteriormente se utiliza la escala MBI, donde se pueden obtener unos resultados teniendo en cuenta unas sub-escalas:

- Agotamiento emocional (AE).
- Despersonalización (D).
- Realización personal (RP).

Analizando estos datos da como resultado el MBI total que nos da la fiabilidad de obtener un resultado.

Las respuestas obtenidas de los profesionales, son muy importantes, ya que no hay respuestas ni buenas ni malas, sino respuestas que expresan su propios sentimientos y experiencias.

Con los resultados obtenidos, es necesario llevar a cabo un protocolo para tratar dicho síndrome, ya que el malestar que muestre el profesional como TCAE, repercutirá sobre el tipo de asistencia que se desarrolle en un centro sanitario, y por lo tanto repercutirá en los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La prevención del síndrome burnout se plantea como eje fundamental para poder dar unos cuidados de calidad, mejorar la salud de los trabajadores, mejorar la gestión y productividad de los centros sanitarios y hospitalarios.

6 Bibliografía

- Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev. Esp. Salud Pública [revista en Internet]. 2004 [consulta 15 mayo 2014]; Disponible en: <http://scielo.isciii.es/s>
- Basset I, Estevez R, Leal ML, Granados G, Lopez JT. Estrés laboral y personal en los recursos humanos de enfermería de una unidad de psiquiatría de México, D.F. Enfer neurol (mex) [Internet] 2011 [consulta 8 Marzo 2014];. Disponible en: <http://mediagraphic.com/enfermerianeurologica>.
- Burnout o el desgaste en el personal sanitario: Revisión bibliográfica. 23/09/2019 Disponible en: <https://revistamedica.com/burnout-desgaste-personal-sanitario/>

Capítulo 376

IMPORTANCIA DEL HEMOGRAMA EN LABORATORIO

ROSARIO ISABEL LÓPEZ SANTOS

ELENA GONZALEZ LOPEZ

EVA GARCÍA ALONSO

MARTA VELASCO ARRANZ

MARÍA AZUCENA SAMPEDRO GARCÍA

1 Introducción

El hemograma es la determinación analítica más solicitada en el laboratorio de hematología debido a que:

- proporciona información rápida.
- apoyo de diagnóstico de múltiples patologías.
- refleja la capacidad del organismo para reaccionar frente a enfermedades.

2 Objetivos

Dar a conocer lo importante que es hacer una extracción de sangre para realizar el hemograma y así hacer una valoración correcta.

3 Metodología

La búsqueda de información ha sido realizada en manuales de hematologías junto a diversas bases de datos como Scielo y Pubmed, entre otras. Se emplearon como descriptores: hemograma, laboratorio, interpretación, manejo. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

En la muestra para la realización del hemograma en sangre total anticoagulada (anticoagulante EDTA tripotásico), es importante mezclar bien y rápidamente la sangre con el anticoagulante, para evitar la formación de coágulos, ya que estos alteran considerablemente los resultados.

El EDTA no produce dilución de la sangre; respeta al morfología eritrocitaria, leucocitaria y plaquetaria; inhibe la agregación de las plaquetas facilitando el recuento de las mismas; Asegura la conservación de las células sanguíneas durante 24h.

Actualmente la técnica para la realización del hemograma está totalmente automatizada. Los autoanalizadores proporcionan resultados muy precisos y ofrecen los parámetros que observamos a continuación:

Serie roja:

- Cifra de Ematíes (n°/mm).
- Concentración de hemoglobina (g/dl).
- Volumen corpuscular medio (VCM) (fl).
- Hematocrito.
- Hemoglobina corpuscular media (HCM)(gr/dl).
- Amplitud de la curva de distribución (ADE) (%).
- Reticulocitos (% y valor absoluto/mm³).

Fórmula Leucocitaria: % y valor absoluto (n°/mmc) de:

- Neutrófilos.
- Eosinófilos.
- Basófilos.
- Monocitos.
- Linfocitos.

Plaquetas

- Cifra absoluta (nº/mm³).
- VPM (fl).

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia la extracción, transporte, procesamiento e interpretación de los resultados de un hemograma, para ayudar al diagnóstico rápido de múltiples patologías, como por ejemplo: sangrados, anemias, leucemias, infecciones, etc.

6 Bibliografía

Lee GR, Forester J, Lukens JN, Rodgers GM. Wintrobe's Clinical Hematology. 12.ºed.

Tkachuk DC; Hirschmann JV. Wintrobe's Atlas of Clinical Hematology. Lippincott Williams & Wilkins, 2007

Vives JL, Aguilar JL. Manual de técnicas de laboratorio en hematología. 2.ª ed. Barcelona. Masson S:A; 1997.

Vives JL. La anemia. Aspectos generales del diagnóstico. En: Sanas-Sabrafén J, Besses, C, Vives JL. Hematología Clínica. 5ª ed. Madrid. Elsevier España S.A., 2006.

Wallach J. Interpretación clínica de las pruebas de laboratorio. 3.ª ed. Barcelona. Masson S.A., 1998

Capítulo 377

NEUROMA DE MORTON

DESEADA PRIETO RODRIGUEZ

MARÍA BEGOÑA NAVES ALVAREZ

1 Introducción

El Neuroma de Morton o neuroma interdigital es un proceso inflamatorio crónico que afecta a un nervio interdigital del pie, que se va engrosando progresivamente, debido a la irritación mecánica que sufre entre los huesos metatarsianos del pie. Es más frecuente en mujeres. El dolor es importante, lancinante, agudo o subagudo, empeora al caminar o estar de pie y puede persistir en reposo. Las localizaciones habituales son entre el tercer y el cuarto dedo (tercer espacio digital) y entre el segundo y el tercero (segundo espacio interdigital). Conviene confirmarlo con imágenes de ecografía o resonancia magnética.

2 Objetivos

Explicar en que consiste el neuroma de morton.

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 tratamiento debe ser conservador, intentando evitar calzado estrecho y de tacón. El uso de plantillas a medida con descargar selectiva de los metatarsianos afectados. Infiltración local de corticoides y anestésicos locales. En este caso es de suma importancia que dicho abordaje se lleve a cabo mediante control ecográfico para mayor efectividad y precisión en el tratamiento. Está indicado en casos de dolor crónico, cuando los tratamientos más conservadores han fracasado o bien para acelerar la recuperación en el caso de combinarlo con ortesis.

Otras opciones son la neurectomía química mediante inyección local de alcohol al 4% y la ablación criogénica. Por último, tenemos el tratamiento quirúrgico, ya sea mediante cirugía abierta o bien por endoscopia, en la cual se produce una liberación del ligamento intermetatarsal transversal para la descompresión del nervio, con o sin exéresis posterior del neuroma.

Los principales métodos por imagen utilizados en el diagnóstico del neuroma de Morton son la ecografía y la resonancia magnética.

La ecografía identifica la lesión como una masa redonda hipoeoica de bordes nítidos, la resonancia magnética valora de forma precisa el tamaño y localización, lo que resulta muy útil en casos que precisan de cirugía. Mediante contraste intravenoso con gadolinio puede resaltarse la imagen como consecuencia de la gran vascularización que presenta.

5 Discusión-Conclusión

La metatarsalgia se presenta como el síntoma siendo el neuroma de Morton el diagnóstico más frecuente. Es importante efectuar un buen diagnóstico para asegurarnos de que realmente nos encontramos ante un Neuroma de Morton. La mayor parte de casos tienen un origen mecánico que mejora significativamente con una plantilla personalizada que descargue la zona afectada. Los estudios biomecánicos deben de ser realizados por profesionales sanitarios con capacidad para diagnosticar (fundamentalmente podólogos y médicos).

6 Bibliografía

- <http://www.clinicacentro.com>.
- <http://sanitas.es>

- <https://www.mapfre.es>.

Capítulo 378

ERGONOMÍA EN EL TRABAJO

ANDREA DÍAZ GARCÍA

MARIA JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

A día de hoy, una mala postura durante la jornada laboral y la falta de conocimientos acerca de cuales son las posturas más adecuadas para realizar cada tarea puede acarrear diferentes problemas de salud. Entre los más comunes se encuentran los dolores de espalda y de cuello.

2 Objetivos

Abordar la importancia de la ergonomía en el ambiente laboral.

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

A la hora de levantar objetos, son importantes las siguientes pautas:

- Para recoger pequeños objetos del suelo (como puede ser una carpeta con historias clínicas), se debe evitar flexionar la espalda completamente. Es más, el trabajador debe agacharse y apoyarse con una mano en la rodilla.
- Para recoger objetos más pesados (como pueden ser cajas con tóneres para las impresoras) se debe flexionar la espalda. Además, se colocará el objeto a mover lo más cerca del cuerpo para no sobrecargar la espalda. Los pies permanecerán separados para favorecer el equilibrio y la base de sustentación. El objeto será elevado moviendo las caderas y rodillas.
- Para trasladar objetos se debe evitar arrastrarlos, ya que en caso de que sean objetos pesados se podría producir una sobrecarga lumbar. Por tanto, el trabajador los empujará usando el peso de su cuerpo como fuerza hacia delante. Cabe destacar, que es preferible apoyarse en el objeto de espaldas y empujar con las piernas (la columna no intervendría).
- A la hora de sentarse, el respaldo de la silla debe disponer de almohadillas y también deberá estar un poco inclinado hacia atrás para hacer más fácil el apoyo estable. La espalda debe encontrarse en descanso en todo momento y las rodillas deben situarse más altas que las caderas (los pies apoyados completamente en el suelo, reposapiés o similar).
- Cuando un trabajador además de pasar parte de su jornada sentado, necesite estar frente a un ordenador debe evitar inclinarse hacia delante, tampoco se tumbará hacia atrás y debe evitar usar sillas pequeñas, no giratorias o duras.

5 Discusión-Conclusión

La principal finalidad de la ergonomía es adaptar las condiciones de trabajo a las características del trabajador, tanto físicas como psíquicas con el objetivo de preservar la salud y el bienestar del trabajador y mejorar la seguridad laboral.

6 Bibliografía

MAIGNE, Jean-Yves. El dolor de espalda. 1ª Ed. Paidotribo, 1995. ISBN.: 84-8019-194-5.

VV.AA. Prevención de riesgos laborales. 1ª Ed. Vértice, 2012. ISBN.: 978-84-9931-514-0.

Capítulo 379

SIALOGRAFIA: ESTUDIO DE LAS GLANDULAS SALIVARES

REBECA FERNÁNDEZ SANCHO

ELENA GONZALEZ LOPEZ

ANA MENÉNDEZ JARDÓN

SAUL TUÑÓN MENENDEZ

1 Introducción

La sialografía es el estudio de las glándulas salivares y sus conductos y aunque el desarrollo de otras técnicas como el TAC, ecografía o resonancia magnética la han dejado prácticamente en desuso, es la única técnica que permite ver la anatomía completa de los conductos salivales y es de primera elección cuando la patología se centra en el conducto glandular.

2 Objetivos

Analizar la prueba de la sialografía y su procedimiento para realizarla.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre la sialografía, así como diversos estudios sobre este. Para ello se han utilizado los descriptores, radiología, glándulas salivares, parótidas, conducto de Wharton y Stenon.

4 Resultados

Las glándulas salivales mayores, parótidas, submandibulares, y sublinguales se encuentran fuera de la cavidad oral, aunque se encuentran comunicadas por orificios donde vierten sus contenidos los conductos glandulares. Las glándulas salivares son de secreción externa, situadas en la cara alrededor de la boca. La glándula sublingual, su secreción es mucosa y esta formada por pequeñas glándulas situadas debajo de la mucosa del suelo de la boca. La glándula submaxilar, su secreción es mixta, serosa y mucosa y están situadas debajo de los músculos de la boca. El conducto de Wharton, es el conducto excretor de la glándula maxilar, siendo su función el transporte de la saliva a la cavidad bucal. La glándula parótida, es la glándula salival mas grande situada a ambos lados de la cara, atravesando el nervio facial, la vena retromandibular y la arteria carótida, su secreción es serosa y lo hace a través del conducto de Stenon.

Para realizar la exploración, el paciente debe acudir en ayunas entre 4-6 horas, se le informará de la exploración y se le daremos un consentimiento para firmar. Lavará la boca con solución antiséptica y minutos antes de la exploración se le dará un limón como estimulante de la secreción salival y así abrir los conductos y poder identificarlos con facilidad. Una vez localizado el orificio se introduce el catéter o cánula en el conducto y la inyección de contraste, que se utilizara un iodado hidrosoluble.

Una vez localizado el conducto y la introducción de contraste se realizaran las radiografías necesarias en función de los que necesitamos ver. Para visualizar la parótida y el conducto de Stenon se realizan proyecciones tangenciales, centrando en el ángulo de la mandíbula y laterales. Para ver la glándula submandibular y el conducto de Wharton realizaremos la proyección de Waters incidencia axial y lateral.

Una vez finalizado el estudio se le da una rodaja de limón para eliminar el contraste y pasados unos minutos se comprueba con una radiografía.

5 Discusión-Conclusión

La sialografia es una prueba rápida y eficaz que permite detectar alteraciones anatómicas en los conductos salivares y en sus ramificaciones, como quistes, estenosis, fistulas, infecciones, inflamaciones y traumatismos. Es una prueba sin apenas efectos secundarios, y solo está contraindicada en caso de paroditis aguda,

alergia al contraste o embarazo.

6 Bibliografía

- Técnicas de radiología especial (ARAN).
- Anatomía Radiológica (MARBAN).
- Atlas de posiciones radiograficas y procedimientos radiológicos (MERRILL).

Capítulo 380

TÉCNICA DE PREPARACIÓN DEL INSTRUMENTAL A ESTERILIZAR

ROCÍO GARCÍA FRANCOS

SANDRA JIMÉNEZ GARCÍA

MARÍA JESÚS ISLA LÓPEZ

ANA ROSA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

1 Introducción

La asepsia se define como la ausencia absoluta de gérmenes. La asepsia quirúrgica consiste en llevar a acabo un conjunto de maniobras o procedimientos que tienen a evitar la contaminación de una herida, del material o del campo quirúrgico. Las maniobras encaminadas a intentar que una cirugía sea totalmente aséptica son (Palomares 4).

La esterilización es el conjunto de procedimientos encaminados a destruir gérmenes, impedir su desarrollo y evitar la contaminación, es decir destruir toda forma de vida. Este término es aplicable en general a objetos que se pueden manejar fácilmente (Silvestre2). No hay grados de esterilización un elemento o está estéril o no lo está.

La antisepsia o desinfección es el conjunto de procedimientos que tienen como fin destruir o eliminar los agentes contaminantes de todo aquello que no se puede

esterilizar. En cuanto a la diferencia entre antisepsia y desinfección podemos decir que la antisepsia se aplica a la piel y mucosas del paciente y manos del personal que se debe colocar guantes y la desinfección al mobiliario e inmobiliario del servicio de cirugía (Rodríguez Pérez 1).

2 Objetivos

- Analizar y determinar la importancia, los distintos tipos de asepsia y esterilización así como el modo más correcto de preparar el instrumental para posteriormente ser esterilizado y almacenado hasta su uso.

3 Metodología

Se ha realizado diversas búsquedas en bases de datos y revistas de medicina tales como Univadis, Elsevier, OMC, MIMS, medicina infantil, AEPAP, salud hospitalaria, PubMed, Medline. También son utilizadas otras fuentes, como son artículos, estudios realizados con anterioridad en Google académico y publicaciones de otros hospitales españoles y extranjeros. Utilizando palabras clave: “asepsia”, “esterilización”, “esporas”, “antisepsia”, “autoclave”, “desinfección”, “área quirúrgica”, filtrando fechas entre 2000 y 2019. Analizamos textos de bibliografías y estudios donde se explican los distintos tipos de asepsia y esterilización así como la técnica de preparado de instrumental para la esterilización como medida de prevención en la transmisión de infecciones, contaminación y para evitar infecciones cruzadas.

4 Resultados

Los métodos para la esterilización se clasifican en:

- Físicos: dentro de los métodos de esterilización físicos están el calor y las radiaciones.

La esterilización por radiaciones, a su vez, se puede llevar a cabo por los siguientes métodos: con radiaciones gamma, son las utilizadas en la esterilización de jeringas, sondas y se tienen que realizar en centros especializados; con luz ultravioleta tiene acción bactericida pero no penetra en el objeto, por lo tanto las superficies que están cubiertas con polvo no llegan a ser esterilizadas, además no atraviesa ni el vidrio común, si este es de cuarzo, por lo tanto la exposición

deber de ser directa. Este método se puede usar en quirófanos para esterilizar el ambiente pero sin personal dentro dado que provoca problemas visuales.

La esterilización con calor se puede realizar con: calor húmedo, las dos formas de esterilizar con calor húmedo son la ebullición y el vapor de agua saturada. La ebullición, es un método sencillo pero no reduce las formas de resistencia o esporas ni los virus, por lo tanto este método solo se utiliza en casos de emergencia ya que no esteriliza, sino que únicamente reduce la contaminación. Se pueden esterilizar con ebullición material de vidrio como por ejemplo tubos o jeringas, los elementos cortantes como bisturís o tijeras pueden sufrir deterioros; la esterilización con vapor de agua saturada se realiza en autoclaves. El autoclave es un recipiente de presión metálico con un cierre hermético, lo cual permite que se pueda trabajar a altas presiones. Estas altas presiones permiten que el agua alcance temperaturas por encima de los 100°, esta acción conjunta de altas temperaturas y vapor de agua provoca la desnaturalización de las proteínas y de los microorganismos, eliminando también las esporas; calor seco: las dos formas de esterilización con calor seco son el flameado y la estufa: el flameado o esterilización a la llama es un método de esterilización rápida que solo se puede utilizar en caso de emergencia, pues tiene el inconveniente de que destempla y desafilas los elementos cortantes; la esterilización con estufa consiste en una caja metálica de doble pared entre las cuales (las dos paredes) circula aire caliente. El material a esterilizar tiene que estar totalmente seco.

- Químicos: dentro de los métodos de esterilización químicos están los gases y los líquidos.

Los gases utilizados para la esterilización son el formol y el óxido de etileno.

Formol: el trioximetileno es un polímero de formaldehído que se llama formalina, al contactar con el aire desprende vapores secos de formol, cuanto más elevada es la temperatura mayor es el desprendimiento de formol. Se coloca en un recipiente junto con el material a esterilizar y se cierra herméticamente. Este método químico tiene como inconveniente que los gases que desprende al evaporarse irrita las mucosas; óxido de etileno: es un gas que se usa a 50°. Se coloca el material a esterilizar en una cámara o recipiente dentro de las envolturas adecuadas, se rompe la ampolla de óxido de etileno y se deja actuar durante 12h. Presenta como inconveniente el largo tiempo necesario para la esterilización además de ser un gas altamente tóxico.

Los líquidos utilizados para esterilizar son el glutaraldehído, xilenol y el yodo povidona.

Glutaraldehído: también se conoce como esterilización química fría. Este líquido no es corrosivo y es un método seguro para esterilizar instrumental óptico delicado como endoscopios, cistoscopios, broncoscopios. Se limpian y se secan los elementos a esterilizar y sumerge en la solución y tras el tiempo de inmersión sugerido se aclara en agua estéril y se seca con toallas estériles; xilenol, iodo povidona. El xilenol se utiliza en estado puro para la esterilización y aunque no está del todo claro el tiempo necesario para la esterilización si se necesita de forma inmediata de debe dejar por lo menos 10 minutos. La iodo povidona es un complejo químico soluble en agua tiene una acción germicida y también se puede utilizar en heridas. La preparación del instrumental para la esterilización comienza desde el lugar donde ha sido usado, por eso es necesario que todas las áreas donde se utiliza instrumental que se vaya a esterilizar conozcan la correcta técnica de preparación del instrumental. El correcto uso de la técnica de preparación de instrumental para la esterilización evitará infecciones y complicaciones no deseadas en pacientes que vayan a tener contacto con el material estéril.

Algunos de los requisitos necesarios para preparar el instrumental a esterilizar son: lavado de manos y limpieza correcta del instrumental.

Los pasos de la técnica son los siguientes:

- Organizar el instrumental según su clasificación (artículos críticos, no críticos y semicríticos), utilizando métodos de limpieza estándares como el uso de desinfectantes y soluciones apropiadas para su desinfección y limpieza.
- Una vez limpio el instrumental se prepara para la esterilización. Se debe llevar a cabo un control ordenación y conservación con las precauciones necesarias de no dañar el instrumental prolongando su vida útil.
- Una vez terminada la descontaminación y limpieza de los instrumentos se embala el instrumental a esterilizar apropiadamente con el fin de protegerlo contra la recontaminación. (Gaona 5)
- Una vez terminada la técnica de esterilización el instrumental debe ser colocado en un lugar donde se asegure que no vaya a ser contaminado hasta que se vaya a utilizar.

5 Discusión-Conclusión

Es importante realizar correctamente la técnica de asepsia en los materiales utilizados en el ambiente hospitalario ya que gracias a ello se ha conseguido reducir las infecciones nosocomiales.

6 Bibliografía

- Rodríguez Pérez, Abilio Ubaldo. "La desinfección-antisepsia y esterilización en instituciones de salud: Atención primaria." *Revista Cubana de Medicina General Integral* 22.2 (2006): 0-0.
- Silvestre, C., Fagoaga, L., Garcíandía, M. J., Lanzeta, I., Mateo, M. C., & Zapata, M. C. (2000). Esterilización. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 95-103).
- Marcelo, MV Prof Adj Catalano. "Asepsia, antisepsia, esterilización."
- Palomares, María, Adrián Lozano, and Carmen Llena. "Prevención de infecciones cruzadas y esterilización de instrumental." *Facultad de Medicina y Odontología* (2014).
- Gaona, Castillo, and Edilsa Humercinda. Técnica de preparación de instrumental a esterilizar. BS thesis. 2009.

Capítulo 381

LA ANGIOGRAFÍA POR TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA O ANGIOTOMOGRAFÍA

JORGE SAL GARCIA

1 Introducción

La angiografía por tomografía computerizada o angiotomografía es una técnica diagnóstica que utiliza la angiografía para analizar el flujo de las arterias y venas del cuerpo.

2 Objetivos

- Analizar en qué consiste la angiotomografía.

3 Metodología

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

4 Resultados

Tras la lectura y análisis de diversos artículos, se ha visto que la angiografía por tomografía computerizada o también llamada angiografía, es una técnica la cual

incluye la angiografía con otra técnica que es la tomografía computerizada, para poder visualizar el movimiento de las arterias y venas del cuerpo tanto de los pulmones, cerebro, brazos y piernas. Esta técnica incluso en algunos casos podría sustituir a la angiografía tradicional, esta técnica utilizará un TAC introduciendo un contraste a alta velocidad permitiendo visualizar el bolo del contraste, el ordenador ensamblará las diferentes partes tomadas y se visualizará en el monitor.

En la angiografía tradicional la técnica a estudio, es un catéter que mediante la introducción del mismo se van realizando radiografías para su visualización hasta llegar a la zona a explorar, mientras que mediante la angiografía por tomografía computerizada se realizaría mediante la introducción de un contraste de alta velocidad siguiendo el bolo del mismo. Se podría utilizar para la obstrucción de venas o arterias y para visualizar la rotura de las mismas. Es una técnica menos invasiva.

5 Discusión-Conclusión

Es una técnica de manejo fácil y económica por lo que es útil para el diagnóstico de patologías asociadas a la circulación de las venas o arterias.

6 Bibliografía

- Digital breast tomosynthesis and contrast-enhanced dual-energy digital mammography alone and in combination compared to 2D digital synthesized mammography and MR imaging in breast cancer detection and classification.
- Petrillo A, Fusco R, Vallone P, Filice S, Granata V, Petrosino T, Rosaria Rubulotta M, Setola SV, Mattace Raso M, Maio F, Raiano C, Siani C, Di Bonito M, Botti G.
- García-Saenz, MC et al. Valoración de enfermedades inflamatorias coriorretinianas con angiografía verde indocianina. Arch Soc Esp Oftalmol, Dic 2003, vol.78, no.12, p.675-683. ISSN 0365-6691.

Capítulo 382

MAMOGRAFÍA: DESIGUALDADES EN EL ACCESO A PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN MAMOGRAFÍA

JORGE SAL GARCIA

1 Introducción

Existen problemas de acceso a la realización de mamografías debido al coste de la realización de la prueba.

2 Objetivos

- Analizar la existencia de desigualdades a la hora de acceder a los programas de prevención de cáncer de mama mediante mamografía.

3 Metodología

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

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre la mamografía a través de bases de datos electrónicas como Pubmed, Scielo, Biblioteca Cochrane y en Elsevier, analizando diversos artículos mediante descriptores: desigualdad, factores económicos, mamografía, prevención.

4 Resultados

La evidencia científica muestra que existe un gradiente social en la distribución de la salud, y que estas desigualdades sociales pueden llegar a afectar a la participación en los programas de detección precoz del cáncer. Entre las variables independientes que se estudiaron en un estudio transversal realizado en España entre 2011-2012 a 3.086 mujeres de 45 a 69 años de edad, entre las variables estaban la edad, clase social, situación laboral, país de origen, cobertura sanitaria. Un 91,9% indicó que se había realizado una mamografía alguna vez y las mujeres que se habían realizado el último control mamográfico entre 1 y 2 años antes, se asociaron a la clase social más alta. Las mujeres de clase social baja utilizan los servicios de ginecología, mamografía o citología preventiva entre un 12% y un 20% menos que las de clase social alta.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados indican que efectivamente existen desigualdades sociales en la realización de prácticas preventivas, tanto en clase alta porque tienen acceso a la medicina privada, como la clase baja por falta de información y recursos para acceder a los programas de cribado. Se deben identificar grupos de riesgo para poder implementar acciones que ayuden a paliar estas desigualdades.

6 Bibliografía

- Serral G, Borrell C, Puigpinós i Riera R. Desigualdades socioeconómicas en el control mamográfico en mujeres españolas de 45 a 69 años de edad. *Gac Sanit* 32 (1) Jan-Feb 2018.
- Abásolo I, Negrín M.A., Pinilla J. Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain. *Eur J Health Econ.*, 15 (2014), pp. 323-334.
- Binefa G, García M, Peiró R, Molina-Barceló A, Ibáñez R., en nombre de los participantes del encuentro « ¿Cómo reducir las desigualdades sociales en los programas de cribado de cáncer?». *Gac Sanit.* 2016;30(3):232–234.

Capítulo 383

EL ACOSO LABORAL DEL ÁMBITO SANITARIO

ANDREA DÍAZ GARCÍA

MARIA JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de acoso laboral nos referimos a todo tipo de acoso ocurrido durante una jornada laboral a través de un compañero. Este tipo de acoso también es conocido como “mobbing” y aunque en ocasiones se duda, también incluye acoso moral o psicológico.

2 Objetivos

- Describir los tipos de acoso laboral más comunes.

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 tipos de acoso laboral más comunes son:

- Acoso laboral horizontal. Se puede presentar entre compañeros de trabajo en una categoría similar o equivalente, pudiendo provenir de un compañero o de una serie de ellos. El acosador tiene la intención de dificultar las tareas de su compañero para dañar su trabajo (puede llegar a atribuirse a si mismo, los méritos conseguidos por su compañero).
- Acoso laboral vertical. Se trata del acoso vivido entre personas que pertenecen a diferentes rangos jerárquicos en el ámbito laboral. Dentro de este tipo de acoso hay dos subcategorías. Está el acoso laboral descendente (el más común) donde el jefe o un superior acosa a un inferior. Por otro lado, está el acoso laboral ascendente en el cual un trabajador de nivel jerárquico superior es acosado e incordiado por uno o varios de sus subordinados.
- Acoso laboral mixto. En esta situación, el acoso empieza como el horizontal pero luego cuando el jefe o responsable se da cuenta de la situación no intenta solucionar este problema de acoso, por tanto el superior acaba formando parte de esta situación. Sin embargo, también puede presentarse acoso laboral mixto a la inversa, es decir, comenzar como mobbing vertical descendente y sumarse a este acoso posteriormente trabajadores de la misma categoría que el afectado.

5 Discusión-Conclusión

La intención del acoso laboral siempre es hacer daño a la persona acosada, haciéndole sentirse mal y haciéndole las jornadas de trabajo diarias un horror. Debemos insistir en la formación del profesional para la detección temprana del acoso laboral en los individuos.

6 Bibliografía

- ROJO, José Vicente; CERVERA, Ana M^a. Mobbing o acoso laboral. 1^a Ed. Altebar, 2005. ISBN.: 84-7360-216-1.

Capítulo 384

EL CÁNCER DE BOCA

MARÍA LUCÍA RODRÍGUEZ MÉNDEZ

1 Introducción

Se denomina cáncer a una enfermedad que tiene un número de células descontroladas, a una proliferación formada por neoplasias, tejido nuevo que tiene unas características y formación diferente a las células normales, generalmente comienza en una zona localizada y se expande por otras zonas circundantes. Existen genes que son más susceptibles a desarrollar cáncer que otros, como los protooncógenes que están en su estado normal, y los oncógenes que están mutados y por tanto su crecimiento es descontrolado y anormal.

Los tumores pueden ser malignos o benignos: los tumores benignos son de crecimiento lento, no suelen propagarse a otros tejidos, no suelen reproducirse al ser extirpados, y por tanto, tienen curación mediante el tratamiento adecuado. Los tumores malignos tienen un crecimiento rápido, se expanden a otros tejidos, suelen reproducirse con el paso del tiempo al ser extirpados y si no son tratados con en un periodo corto de tiempo pueden producir metástasis que acaba con la muerte.

2 Objetivos

- Describir los tipos de cáncer oral, su prevención, diagnóstico, factores de riesgo, síntomas y el tratamiento.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se ha utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas y libros encontrados en páginas web relacionadas con el cáncer y todos los aspectos relacionados con él, referente a la cavidad bucal y la educación para la salud.

4 Resultados

Prevención.

- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.
- Tener una dieta equilibrada, rica en fibras, legumbres, vegetales y frutas.
- Realizar ejercicio físico.
- Reducir la exposición y utilizar protector solar.
- Observar el estado de la piel por si hay algún cambio de color, forma o tamaño.
- Protegerse con vacunas de enfermedades infecciosas, como la hepatitis B.
- Control de inflamaciones crónicas y autoinmunes.
- Las prácticas sexuales deben ser seguras, ya que algunas enfermedades de transmisión sexual puede aumentar la probabilidad de desarrollar algún tipo de cáncer.
- Infección bucal, prótesis mal ajustadas, exposición a rayos X.

Diagnóstico. Exploración física, en la que el profesional inspeccionará ala cavidad bucal y detectará si hay alguna anomalía al respecto. Biopsia, en este caso el profesional cogerá una muestra de tejido mediante un instrumento cortante o una aguja, para comprobar que el estado del mismo.

Factores de riesgo. El cáncer puede producirse por diferentes agentes que contribuyen a su proliferación como:

- Por anormalidades en el material genético.
- Agentes carcinógenos: radiación ultravioleta o ionizante; humo del tabaco/cannabis; productos químicos; contaminación.
- Agentes infecciosos: virus del papiloma humano; virus de la hepatitis B; replicación del ADN; hereditario.

Clasificación del cáncer oral.

El cáncer oral puede detectarse en los siguientes tejidos:

Labios, encías, en el suelo de la boca, en la lengua, en el paladar, en el triángulo retromolar, etc...

- Carcinoma de células escamosas. Este tipo de cáncer prevalece mucho en la cavidad bucal, comienza en las células escamosas, que son planas, parecidas a las escamas y se forman el revestimiento de la boca y de la garganta.
- Carcinoma verrugoso. Es un tipo de cáncer con poca prevalencia, es de crecimiento lento, no se suele propagar salvo que no se trate, y por tanto se reproduzca un carcinoma de células escamosas.
- Carcinoma de glándulas salivales menores. Se produce en las glándulas de revestimiento de la boca y en la garganta y no son frecuentes.
- Linfomas, proliferación de linfocitos, se originan en los nódulos o ganglios linfáticos,

Tratamiento.

- Cirugía: cirugía para extirpar el tumor, el cirujano extraerá el tumor y alguna zona sana para quitar todas las células cancerígenas; cirugía para extirpar el cáncer que se ha extendido al cuello. Cuando el cáncer se ha extendido debido a su tamaño y profundidad, el cirujano puede extirpar los ganglios linfáticos y las zonas circundantes; cirugía para reconstrucción de la boca, en este caso es necesario la rehabilitación de la función de masticación y del habla, para ello puede hacerse injertos de piel, hueso o músculo, y/o terminar la restauración con implantes dentales.

Radioterapia. Consiste en el uso de radiaciones ionizantes para destruir las células cancerígenas, y disminuir o desaparecer el tumor.

- Quimioterapia. Consiste en la utilización de medicamentos citostáticos para eliminar el tumor.
- Terapia farmacológica, son medicamentos que se suelen combinar con la radioterapia o quimioterapia.
- Inmunoterapia, en este caso se usan ciertas moléculas empleando la capacidad del sistema inmunitario para combatir el cáncer.

Síntomas.

- Hemorragias en la boca.
- Pérdida de dientes.
- Llagas incurables con el tiempo.
- Manchas blancas o rojas dentro de la cavidad bucal.
- Problemas o dolor al tragar.
- Dolor en el oído.

5 Discusión-Conclusión

Las posibilidades de desarrollar un cáncer tienen que ver con los hábitos, las costumbres, las revisiones, y la genética. Hacer campañas donde la gente participa para tener unos hábitos mas saludables en materia de higiene bucodental sería notorio. Realizar ejercicio habitualmente reduce la posibilidad de desarrollar un cáncer y tener una dieta equilibrada. Evitar el consumo de tabaco y alcohol mejora la calidad de vida. En el tratamiento hay que ser constante junto con apoyo psicológico. La ayuda es imprescindible para pasar por una etapa nueva con incertidumbre y con final inesperado.

Debido al grado de interés que suscita este tema ante la población, se ha realizado una reflexión sobre ello, ya que cada día mas la gente se cuida la boca, no sólo por su aspecto estético, sino también por el funcional y los problemas añadidos que pueda tener, como es alguna malformación o anomalía de forma, tamaño o color que se pueda presentar en la cavidad bucal.

Se ha intentado plasmar los pasos más importantes dentro del cáncer de boca, después de haber realizado numerosas consultas para desarrollar el tema, de la mejor manera posible. Tener unos mejores hábitos, cuidarse en materia de salud y en definitiva tener una vida saludable alargará la vida y se tendrá menos problemas a la hora de desarrollar una patología como el cáncer.

6 Bibliografía

- Medline, Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. 2019.
- Licencia Creative Commons, 2019. <http://scielo.isciii.es>
- Merck Sharp & Dohme Corp., una subsidiaria & Co., Inc, Kevilworth, NJ., USA, 2019
- Fundación Wikimedia, INC., 2019
- Transformación en Descubrimientos de Salud 2019.

Capítulo 385

LA TUBERCULOSIS INFECCIOSA

ESTEFANIA MARENTES MENENDEZ

1 Introducción

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa, causada por diversas especies del género *Mycobacterium*, todas ellas pertenecientes al complejo *Mycobacterium Tuberculosis*. La especie más importante y representativa, causante de tuberculosis es el *Mycobacterium tuberculosis* o Koch. La TBC es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Aunque es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede también verse afectando el sistema nervioso central, el sistema linfático, circulatorio, genitourinario, gastrointestinal, el hueso, articulaciones y aún la piel.

La tuberculosis se transmite por el aire, cuando el enfermo estornuda, tose o escupe. En 1999 la Organización Mundial de la Salud (OMS) cifró en 3.689.833 nuevos casos de tuberculosis en el mundo, aunque este organismo cifró en 8.500.000 casos totales con una tasa global de 141/100.000 habitantes. En el informe la OMS de 2003, se estima en 8 millones (140/100.000) de nuevos casos de TBC, de los cuales 3,9 millones (62/100.000) son bacilíferos y 674.000 (11/100.000) están coinfectados con VIH. La tuberculosis mantiene una prevalencia de 245/100.000 habitantes, y una tasa de mortalidad de 28/100.000. En el informe de la OMS de 2006, se calcula que 1,6 millones de personas murieron por tuberculosis en 2005. La tendencia epidemiológica de la incidencia de TBC sigue aumentando en el mundo, pero la tasa de mortalidad y prevalencia están disminuyendo.

La tuberculosis es transmitida de persona a persona principalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas de Pflüge. Los bacilos tuberculosos (en número de

1 a 3) forman los núcleos de estas pequeñas gotitas, lo suficientemente pequeñas (1-5 micras de diámetro) como para evaporarse, y permanecer suspendidas en el aire varias horas. La posibilidad de que la enfermedad se transmita depende de cuatro factores:

- Las características del enfermo.
- El entorno en que tiene lugar la exposición.
- La duración de la exposición.
- La susceptibilidad del receptor.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Describir las distintas pruebas realizadas para el diagnóstico eficaz de tuberculosis

Objetivos específicos.

- Analizar los signos y síntomas de la tuberculosis
- Identificar el tratamiento de elección frente a tuberculosis

3 Metodología

Las principales búsquedas bibliográficas para la elaboración se desarrolla en libros y páginas mediante un estudio selectivo de material como; Harrison principios de la medicina, editorial Mad, enfermedades infecciosas del manual MSD y en páginas relacionadas con sanidad.

4 Resultados

Algunas de las distintas pruebas que se realizan para el diagnóstico de TBC son:

- Baciloscopia de esputo: visión directa en esputo del bacilo de tuberculosis, con técnicas de tinción para bacilos ácido-alcohol resistentes (Ziehl-Neelsen) o auramina. No tiene objeto la comprobación del número de bacilos en días sucesivos para seguir la evolución del caso, pues está sujeta a muchas causas de error. Basta la estimación aproximada de “abundantes” (10 o más por campo), “escasos” (1 a 9) o “raros” (menos de 1 por campo). Si no se observan bacilos de koch, debe procederse, en los casos sospechosos, a nuevo examen tras el “enriquecimiento” o concentración del esputo, o al examen de la baciloscopia por fluorescencia, que permite visualizar mejor los bacilos cuando son escasos, y, en caso necesario,

al cultivo de esputo. Si el enfermo no expectora debe examinarse el sedimento gástrico recogido por sonda. Inoculación al cobaya del esputo, sedimento gástrico o líquido de lavado bronquial, en los casos de baciloscopia negativa en el examen directo.

- Prueba de la Tuberculina mediante la técnica de Mantoux: test cutáneo (intra-dermorreacción) para detectar infección tuberculosa. Se utiliza como reactivo el PPD (Derivado Proteico Purificado).
- Cultivo de muestra biológica

Por otro lado, las personas que tienen la enfermedad tienen en su cuerpo gérmenes de la tuberculosis que están activos. Por lo general, presentan uno o más de los síntomas de la tuberculosis. Estas personas pueden infectar a otros individuos. Esta enfermedad puede provocar daño permanente en el cuerpo y hasta la muerte. A éstas personas se les recetan antibióticos que pueden curar la tuberculosis.

Las personas con la infección tuberculosa (sin enfermedad) tienen el germen que puede causar la tuberculosis en su cuerpo. Ellos no están enfermos porque el germen se encuentra latente en su cuerpo. Estas personas no pueden transmitir el germen a otros individuos. No obstante, pueden desarrollar la enfermedad en el futuro, especialmente si están en uno de los grupos de alto riesgo. A éstas personas se les recetan antibióticos para tratar la infección, y evitar que desarrollen la enfermedad.

Dado su carácter de enfermedad sistémica, los signos y síntomas del enfermo pueden ser de predominio sistémico, predominar la sintomatología pulmonar, los signos y síntomas de otro órgano afectado, o ser una combinación de todos ellos. Ciertamente, la enfermedad temprana puede ser asintomática, y detectarse debido a una historia de exposición, por la presencia de una reacción a la prueba de la tuberculina positiva y una imagen radiológica patológica. Pero cuando la población bacilar es significativa se va a producir una reacción sistémica, con síntomas inespecíficos como fiebre (primordialmente vespertina), escalofríos, astenia, pérdida de apetito, disminución de peso y sudación nocturna que, característicamente, afecta más a la parte superior del cuerpo. Además, la instauración de los síntomas es gradual. Por ello a veces son bien tolerados por el enfermo y pueden pasar en principio inadvertidos, o son atribuidos a otra causa, como el exceso de trabajo. Otras veces se presenta como fiebre de origen desconocido, en cuyo diagnóstico diferencial siempre ha de ser incluida, y sólo se llega a esclarecer tras extensos y repetidos estudios. Menos frecuente, pero posible, es la

presentación como un síndrome pseudogripal, con fiebre aguda y escalofríos, y el enfermo no consulta hasta que los síntomas no se resuelven como sería de esperar. El eritema nodoso puede aparecer con este inicio agudo.

Se utiliza como tratamiento, una asociación de rifampicina, isoniazida y pirazinamida durante un año. Pueden sustituirse alguno de ellos por alternativas, pero la mala asociación o el mal cumplimiento del tratamiento es causa de las peores complicaciones de la tuberculosis. Con el tratamiento adecuado la tuberculosis se cura y el paciente se recupera totalmente.

5 Discusión-Conclusión

La capacidad de infectar de un enfermo determinado va a depender de la cantidad de bacilos que expulse con sus secreciones respiratorias, estando ésta en relación directa con la frecuencia de la tos, la existencia de lesiones cavitadas y con las formas de diseminación broncógena. La tuberculosis laríngea es especialmente infectiva.

Igualmente medidas que pudieran parecer tan superfluas como el cubrir la boca y la nariz del enfermo al estornudar o toser disminuyen mucho la capacidad de infectar. Las microbacterias son sensibles a la radiación ultravioleta. Así, raramente, se produce el contagio en la calle, a la luz del día.

El contagio se puede producir en un contacto esporádico con un enfermo, pero evidentemente cuanto más íntimo y prolongado sea el contacto, mucho mayores serán las posibilidades: familiares, compañeros de habitación, compañeros de trabajo etc., serán los que más frecuentemente se infecten. En general, se acepta que el 23-25 por ciento de los contactos con un caso infeccioso se infectarán.

La tuberculosis extrapulmonar rara vez es contagiosa. Sin embargo, se han publicado casos de transmisión al realizar técnicas que producen aerosoles, como pudiera ocurrir en las autopsias. No se transmite a través de utensilios, vajillas etc. Aunque extremadamente rara, se ha documentado la transmisión del hombre a animales de compañía y viceversa. Clásicamente, se hablaba de la posibilidad de transmisión de *M. bovis* a través de la ingestión de leche de vaca, penetrando a través de la mucosa gastrointestinal.

6 Bibliografía

- <https://www.mscbs.gob.es> › prevPromocion › PlanTuberculosis › docs ›
- Técnico de laboratorio del MAD
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 386

LEY DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: PLANES DE EMERGENCIA EN LA EMPRESA

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

PATRICIA BUENO MEANA

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

1 Introducción

Si nos atenemos a lo que indica la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) (art.20): "El empresario debe, teniendo presente que puede haber personas ajenas a la empresa, tener en cuenta las posibles situaciones de emergencia que pueden darse en su empresa y tomar las medidas que sean convenientes en cuanto a primeros auxilios, evacuación e incendios. Así como tener ya preparados a los trabajadores con la formación y en el número suficiente para afrontar dichas situaciones".

2 Objetivos

- Analizar qué debemos cuidar en el puesto de trabajo para atenernos a la LPRL.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos como son Dialnet, Cuiden, Lilacs, Scielo, Enfispo y Pubmed, utilizando como descriptores: emergencia, incendios, evaluación, formación.

4 Resultados

Comunicar a los trabajadores de forma oficial como actuar ante una emergencia; priorizar las simulaciones de una posible evacuación cada 12 meses; señalar y tener despejadas las vías de evacuación; disponer de señalización de emergencia; disponer de equipos de primera intervención y enseñar a los trabajadores su uso; deben existir también equipos de segunda intervención para cuando falten los primeros; con estas medidas básicas conseguiremos que todo el personal conozca los lugares de riesgo de la empresa y que puedan colaborar a hacer frente a situaciones de fuego u otras emergencias; con un plan de formación adecuado sabremos cómo actuar en estas situaciones: salir en orden del edificio si hay que evacuar, dirigirse al punto de reunión definido, no hacer uso del ascensor, mantener la calma...

5 Discusión-Conclusión

En todas las empresas es obligatorio tener un plan de emergencia con la formación necesaria al respecto para saber y afrontar con éxito las posibles situaciones de emergencia.

6 Bibliografía

- <https://www.fysa.es> > detalle-curso
- Resultados web
- Curso "TECNICAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA EL PERSONAL SANITARIO" - FYSA <https://www.google.com/url?sa=t&>
- http://www.mitramiss.gob.es/es/Guia/texto/guia_10/contenidos/guia_

Capítulo 387

LA RADIOLOGÍA EN EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA

ARACELI ZAPICO DIAZ

MONICA ALVAREZ CARRASCO

MARIA TERESA ROSARIO GARCIA

1 Introducción

La infección por virus de papiloma humano, (VPH) es reconocida como la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo. Existe evidencia científica del desconocimiento general de la población de este problema de salud. Debido a la disminución de sensibilización y falta de divulgación existente en los últimos años a cerca de las enfermedades de transmisión sexual sumado a la percepción de riesgo de transmisión sexual disminuida, que provoca falta de conciencia sobre la necesidad de adoptar medidas de protección.

Dada la cantidad de tipos de VPH existentes y su diferente potencial oncogénico, se han desarrollado estrategias de detección que se basan en la amplificación por PCR de regiones de consenso entre los diferentes tipos de VPH para cubrir un amplio espectro de ellos.

En todos los casos, además del diagnóstico, se vuelve de importancia fundamental la identificación del genotipo viral. La determinación del tipo de VPH presente en

la infección se determina de diferentes maneras, comúnmente por un segundo PCR de los casos positivos. Los tipos caracterizados del VPH han aumentado con el tiempo. Paralelamente, se han ido modificando los procedimientos para su detección y tipificación. Sin embargo los nuevos métodos son poco eficientes en el uso de los recursos (iniciadores, enzimas, tiempo, etc.).

Actualmente se conocen alrededor de 80 patrones de restricción complejos para tipos y subtipos del VPH y mas de 200 enzimas de restricción diferentes. Estos números irán aumentando con el tiempo por lo que se requieren algoritmos de optimización con un orden de complejidad razonablemente acotado.

La implementación de las nuevas estrategias de las políticas públicas de prevención de cáncer de cuello uterino (CCU) está vinculada a la comunicación y organización de los programas. La comunicación entre todos los equipos de trabajo involucrados, entre los equipos y las mujeres, así como entre las propias mujeres, facilitan la difusión y promoción de las técnicas. Sin embargo, las desigualdades del país causan barreras a la propagación de información y conocimientos sobre la importancia de la prevención. Los determinantes sociales, relacionados a desigualdades e inequidades, previenen la recepción y circulación de información. Por ese obstáculo, es importante que exista mucha organización entre los programas para la administración de recursos y de información, articulación de acciones programáticas, capacitación de profesionales de salud, organización de laboratorios, entre otros, para superar los obstáculos y barreras a las implementaciones.

2 Objetivos

El objetivo general.

- Analizar las políticas públicas de prevención del cáncer de cuello uterino (CCU) basadas en la incorporación de nuevas tecnologías como el test de VPH (Virus del Papiloma Humano) y la vacuna contra el VPH.

Los objetivos específicos.

- Describir la implementación del test de VPH y la campaña de vacunación obligatoria contra el VPH como estrategias de prevención primaria del CCU a nivel nacional.
- Identificar los factores que las facilitan y las obstaculizan.

3 Metodología

Para recopilar los materiales de estudio, se han realizado búsquedas sobre el tema en las bases de datos de Google Académico y en publicaciones orientadas a la formación sanitaria. Hemos dado prioridad a los estudios realizados en castellano sin descartar la revisión de estudios en otros idiomas. Como palabras clave, hemos utilizado principalmente: ‘VPH’, ‘cáncer de cérvix’, ‘cuello uterino’, ‘patología en la mujer’.

Para la elaboración del capítulo se han considerado de interés tanto artículos en su completa integridad como parte de ellos, siempre focalizando en el tema de interés. Los artículos con una antigüedad inferior a 5 años se han tomado como referencia principal, sin descartar los anteriores puesto que así se tiene un abanico más amplio de casos e información. Así mismo se ha descartado todo aquel artículo de actitud repetitiva o que no proviniese de una fuente fiable de información.

4 Resultados

A pesar de la baja incidencia y mortalidad por cáncer de cérvix en España, en el curso de las 3 últimas décadas se ha producido una tendencia paulatina al aumento. En España, al igual que en otros países, la interpretación de la tendencia del cáncer de cérvix es problemática por los errores de clasificación entre cáncer de cérvix invasivo, de cuerpo de útero y de útero no especificado. Es así que, cuando el cáncer de útero se valora desde una perspectiva conjunta, la tendencia es a la disminución y los resultados son más acordes con los de los países europeos.

Prevención primaria.

La prevención de la transmisión del VPH requiere información e intervenciones que permitan concienciar a mujeres y varones del riesgo de infección por este virus derivado de las relaciones sexuales sin protección, sobre todo con múltiples compañeros. En España, según datos de la encuesta de salud y hábitos sexuales de 2003, la edad de inicio de las relaciones sexuales es de 18,1 años para los varones y de 19,1 años las mujeres. El uso del preservativo en la primera relación sexual es cada vez más frecuente, y entre los menores de 30 años se estima en un 79,6%. Un 24,4% de los varones y un 55,6% de las mujeres de 18 a 49 años han tenido relaciones sexuales con una única pareja en toda su vida. El 4,1% de las mujeres reconoce haber tenido 10 o más parejas, porcentaje que en el caso de los varones

se eleva al 21,6%.

Cribado del cáncer de cuello uterino.

La aplicación de los programas de cribado realizada de forma eficaz, ha demostrado ser efectiva en la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino en todo el mundo, aunque ninguno ha logrado erradicar totalmente la enfermedad.

- Citología cervicovaginal. El Papanicolau es el método elegido por excelencia que debe ser usado para la detección de las lesiones premalignas en pacientes supuestamente sanos, presentando una especificidad del 87% al 95%, lo que hace que la citología sea establecida como una estrategia para la prevención del cáncer del cuello uterino, con redundancia en la disminución de la morbilidad por cáncer de cuello uterino.

Frente a un resultado positivo del Papanicolau, es imperativo realizar un estudio del colposcopia, técnica creada por Hinselmann en 1925 y se basa en lo esencial de la evaluación estereoscópica de la forma de transformación, que es aquella porción del cérvix que está cubierta originalmente por epitelio columna que, a través de un proceso gradual de metaplasia escamosa, se ha transformado en epitelio pavimentoso.

La citología exfoliativa constituye un método de detección de laboratorio, mientras que la colposcopia es un método de detección clínico; cada uno de ellos trata aspectos diferentes de la neoplasia, en tanto que la colposcopia estima principalmente los cambios producidos en la trama bascular terminal del cérvix, que reflejan a su vez los cambios bioquímicos y metabólicos del tejido uterino. La citología y la colposcopia son métodos que se complementan entre sí para la detección del cáncer de cerviz uterino, llegando a presentar un 98% de confiabilidad.

- Test del ADN del virus del papiloma humano. Tras contrastar varios estudios empíricos se ha constatado que test VPH es más específico y sensible que la citología en especial en mujeres jóvenes. En la actualidad existen multitud de ensayos clínicos aleatorizados que evalúan el test VPH como test de cribado inicial, ya sea realizado a la par que la citología o siendo sustituto de la misma. Complementar la citología con el test de VPH en mujeres con un alto índice de riesgo podría elevar la eficacia del cribado, complementar la evaluación ante citologías anormales y hacer el seguimiento de las mujeres tratadas por una lesión premaligna.

Vacunas profilácticas frente a VPH. Las vacunas profilácticas frente al virus del

papiloma humano (VPH) se consideran la intervención más efectiva para el control de la carga de enfermedad relacionada con el VPH. Informes poscomercialización en países con programas de vacunación sistemática y altas coberturas sugieren una efectividad muy alta a nivel poblacional, con descensos en la prevalencia de los VPH relacionados con la vacuna, y en la incidencia de verrugas genitales y lesiones cervicales de alto grado.

5 Discusión-Conclusión

El programa de detección temprana y control de cáncer de cuello uterino debe fortalecer todos sus componentes con mayor eficiencia y eficacia para lograr mejor impacto en la salud de las mujeres, disminuyendo la morbilidad y mortalidad por este cáncer. Retomar el concepto de integridad, como programa de salud pública, debe ser una política de Estado y, su desarrollo, un compromiso de todos los funcionarios que laboran en él.

6 Bibliografía

- Cabrera J. Evaluación de la citología cervicovaginal y la colposcopia, como método de detección de la neoplasia intraepitelial cervical. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Vol 49 N° 3 julio-septiembre; 2003.
- Seman C. Análisis de las políticas públicas de prevención del cáncer de cuello uterino vinculadas al control del virus del papiloma humano (VPH) en Argentina. SIT Digital Collections. Independent Study Project (ISP) Collection; 2016.
- Marzo-Castillejo M., Cierco Peguero P., del Cura González I. Prevención del cáncer de cervix. Aten Primaria. 2005; 36(6): 328-33. Artículo 100.187.
- Diestro Tejeda M. D., Serrano Velasco M., Gómez-Pastrana Nieto F. Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH). Oncología (Barc.) vol.30 no.2. 2007; versión impresa ISSN 0378-4835.
- Tamayo-Acevedo L.S. Cáncer de cuello uterino: análisis de la calidad de un programa. Aquichan. Vol. 10 N° 1. 2010; 68 (52): pp.
- Bruni L., Serrano B., Bosch X., Castellasagué X. Vacuna frente al virus del papiloma humano. Eficacia y seguridad. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Vol. 33, cap. 5; Mayo 2015; 354 (342): pp.

Capítulo 388

LA ECOGRAFIA , PRINCIPIOS BÁSICOS.

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

AIDA GOMEZ COYA

ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

RAQUEL ALONSO ALONSO

1 Introducción

La ecografía es una técnica diagnóstica que emplea el ultrasonido para explorar los distintos órganos del cuerpo humano. Es un método diagnóstico no invasivo, ya que no utiliza radiaciones ionizantes y contribuye en el diagnóstico de muchas enfermedades.

2 Objetivos

-Definir los principios básicos de la ecografía, los elementos que conforman un ecógrafo y conocer el tipo de imágenes que nos permite ver.

3 Metodología

La ecografía es una técnica de diagnóstico por imagen que se utiliza para explorar los órganos. Consiste en un procedimiento seguro, no invasivo y que no utiliza

radiaciones ionizantes, por lo que no tiene ningún riesgo para el paciente. La ecografía está basada en el uso de los ultrasonidos para producir ecos.

Los ultrasonidos son ondas acústicas de alta frecuencia (De 1,5 a 20 Mhz o mayor) no perceptibles por el oído humano. El eco es el fenómeno acústico que se produce Cuando un sonido choca con una superficie que es capaz de reflejarlo.

Todos los sonidos son ondas de presión, estas sondas tienen unas características:

- Ciclo, Fragmento de onda comprendido entre dos puntos iguales de su trazado.
- Longitud, la distancia en que la onda realiza un ciclo completo.
- Frecuencia, número de ciclos por unidad de tiempo.
- Amplitud, altura máxima que alcanza una onda.

La resistencia Que es un medio ofrece al paso de los ultrasonidos se define como impedancia y viene determinada por el producto de la densidad del medio que propaga el sonido por la velocidad de propagación del sonido en dicho medio.

Los sólidos tienen alta impedancia acústica, transmiten mal el sonido, y los líquidos las partes blandas y los gases tienen una baja impedancia acústica, transmiten bien el sonido.

El equipo gráfico se compone de:

Transmisor

Transductor

Receptor

Procesador

Sistema de representación de imagen y sistema de almacenamiento de imagen.

La sonda o transductor Es el dispositivo capaz de producir los ultrasonidos que funciona como emisor y a la vez como receptor.

Existen gran variedad de sondas en cuanto a forma tamaño y frecuencia de los haces de otra sonido que emite. En función del órgano que se quiera estudiar se usará uno u otro.

Dos tipos de transductores que podemos encontrar son:

- Lineales, Indicados para estudiar músculos, tendones, mama, escroto, tiroides y vasos superficiales.
- Sectoriales, y proporciona un formato de imagen triangular o en abanico. Se usan en Exploración cardiaca y abdominal.

Convex, Conformar una curva proporciona una imagen en formato de trapecio. Se usan en exploración abdominal y obstetricia.

Intracavitarias, pueden ser lineales o convexas. Se usan en exploraciones intravaginales e intrarectales.

Hay tres formas distintas de representar la información que recoge el ecógrafo:

- Modo A, imagen de amplitud. La sonda se mantiene fija y el equipo registra los ecos que retornen.

Actualmente está en desuso.

- Modo B, Imagen brillo. Es la modalidad principal y el formato más utilizado.

Se obtiene imagen bidimensional en tiempo real.

- Modo M, Movimiento en el tiempo. Se obtienen imágenes unidimensionales del movimiento. Es muy útil para evaluar estructuras que se mueven rápidamente como por ejemplo las válvulas cardíacas.

Eco doppler, que se basa en el cambio de frecuencia del sonido que se produce cuando un eco choca con un interfase de movimiento. Se utiliza para captar los flujos de sangre dentro de los vasos sanguíneos o el corazón.

En la ecografía es muy importante conocer el tipo de imágenes que podemos encontrarlos. Las imágenes anecoicas o anecogénicas, se visualizan como imágenes negras, se producen cuando el ultrasonido atraviesa un medio sin interfases reflectantes. Un ejemplo serían los quistes.

Las imágenes hipoecoicas o hipoecogénicas, se producen cuando en el haz atraviesa interfases con poca diferencia de impedancia. Se ven con huecos grisáceos de poca intensidad. Las imágenes hiperecoicas o hiperecogénicas, se producen cuando el agua atraviesa interfaces con gran diferencia de impedancia. Se visualizan como ecos blancos de gran intensidad.

Aparte del tipo de imágenes debemos conocer también el tipo de artefactos que nos podemos encontrar.

Artefactos más importantes dentro de la ecografía son:

Las reverberaciones.

La sombra acústica posterior.

El refuerzo ecogénico posterior.

Artefacto en cola de cometa.

Imagen en espejo.

Es fundamental que la ecografía la realice un profesional con conocimientos que

sepa interpretar las imágenes ecográficas y diferenciar los ecos reales de los artefactos.

4 Bibliografía

1. Manual de radiología para técnicos. Editorial ELSERVIER España, 210.
2. Ecografia abdominal. Journal, 2016.
3. SERAM(sociedad española de Radiología Médica).
4. Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. J. Azpeitia, J. Puig, R. Soler.

Capítulo 389

AVANCE DE LA MALARIA EN ESPAÑA

DIEGO PINTO CASTRILLÓN

1 Introducción

La malaria es una enfermedad parasitaria común diagnosticada en el viajero que regresa a su lugar de origen. La mortalidad en viajeros con malaria importada es de alrededor del 2-3%, y uno de los principales factores asociados con un mal pronóstico es la demora en el diagnóstico y el tratamiento. Los casos de malaria importados generalmente se presentan con fiebre, dolor de cabeza y mialgia, pero pueden aparecer otros síntomas. El diagnóstico se debe realizar lo antes posible, con frotis grueso o pruebas de diagnóstico rápido, y un frotis de sangre. El tratamiento debe iniciarse con urgencia. En casos de malaria severa, el uso de artemisininas intravenosas ha demostrado ser superior a la quinina intravenosa. Este documento revisa las recomendaciones del grupo de expertos de la Sociedad Española de Medicina Tropical y Salud Internacional (SEMTSI) para el diagnóstico de la malaria importada en España.

2 Objetivos

- Valorar la presencia de malaria en España en los tiempos que corren debido al calentamiento global y la inmigración de la población africana.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos de Pubmed, Google Académico y Preevid. Como criterios de inclusión he

usado la población adulta, idiomas inglés y castellano y el texto gratuito. Como criterios de exclusión aquellos trabajos publicados antes de 2002. Como descriptores se han empleado: “malaria”, “España” “diagnóstico”.

4 Resultados

Que el incremento del flujo migratorio humano está cambiando la epidemiología de las enfermedades es un hecho absolutamente verificado. En este sentido, la necesidad de proporcionar a los profesionales del sistema sanitario español una formación lo más global e integradora posible se postula de gran importancia, máxime dados los problemas existentes en el diagnóstico de las enfermedades tildadas, cada vez de forma menos apropiada, como tropicales. Si a ello añadimos el origen vectorial de estas enfermedades, el reclamo de personal cualificado en materias como la entomología médica y el control antivectorial también es evidente, ya que únicamente adquiriendo una visión ecosistémica que englobe a todos los posibles protagonistas del ciclo, así como a los factores y relaciones que acontecen e influyen en ellos, puede hacerse frente a la enfermedad.

En definitiva, a la pregunta acerca de si debemos esperar brotes importantes de enfermedades virales como el dengue o Chikungunya en el sur de Europa en los próximos años, la respuesta es clara: definitivamente sí. Respecto a la malaria, podemos recurrir a un término muy utilizado por los especialistas españoles del siglo pasado para definir el estado epidemiológico actual desde el punto de vista de la transmisión: el anofelismo sin malaria. Es de suponer que con el incremento de la temperatura global el vector de dicha enfermedad poco a poco vaya modificando su hábitad hasta que llegue al sur de Europa más concretamente a España e Italia por su cercanía y su alto índice de inmigración. En la época actual ya se dan casos en el sur de España debido a su temperatura que es idéntica a la del norte de África, con una cercanía de menos de 15km y con vientos del sur que hacen mas fácil el paso del vector a través del estrecho. Por todo esto está claro que debemos de preparar las medidas adecuadas por que en los próximos años veremos el numero de casos en aumento significativo.

Sin embargo, hay argumentos de sobra para reflexionar acerca del más que factible retorno del paludismo. La transmisión autóctona, aunque local y delimitada, en España y Europa, son la prueba más tangible de este previsible fenómeno.

5 Discusión-Conclusión

La llegada de la enfermedad a España es inevitable y la única forma que hay que hacerle frente eficazmente y con la visión de un tiempo de preparación es tomar las medidas necesarias para que la población sea lo menos propensa a contraerla.

6 Bibliografía

- Bueno R, Giménez R. Malaria en España : aspectos entomológicos y perspectivas de futuro. España: Revista española de salud pública; 2008.
- Iriaso A, Bueno R. Cambio climático en España y su influencia en las enfermedades de transmisión vectorial. Valencia: Revista española de salud pública; 2017.

Capítulo 390

DROGAS DE ABUSO

ALEXIA MENÉNDEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las drogas de abuso son sustancias químicas naturales, semisintéticas o sintéticas que al alcanzar la circulación sanguínea pueden actuar sobre el cerebro y modificar el comportamiento de quien las consume, produciendo manifestaciones de dependencia o abuso.

2 Objetivos

- Conocer el procedimiento para detectar este tipo de sustancias en una muestra biológica en el laboratorio.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo usando los descriptores DeCS drogas abuso y MESH drugs abuse, restringiendo la búsqueda a publicaciones en español e inglés.

4 Resultados

Las drogas de abuso pueden detectarse en una variedad de muestras biológicas diferentes como sangre, orina, cabello, saliva o uñas, aunque la más utilizada es la orina, ya que se puede conseguir una muestra de gran volumen de forma fácil y rápida.

El análisis realizado en la orina sólo puede proporcionar la indicación de ausencia o presencia de sustancias, no de la cantidad consumida.

Para realizar la prueba existen unos kits que resultan muy sencillos de usar. Se trata de unos dispositivos con una serie de reactivos en su interior, cada uno para cada tipo de sustancia. Bastará con unas gotas de orina para que se impregne y se produzca la reacción que será indicada mediante unas rayas de control que aparecerán, o no, en función del resultado.

El tipo de sustancias que pueden ser detectadas en estos dispositivos, así como el tiempo que permanecen en la orina, son las siguientes:

- Anfetaminas: metanfetaminas que pueden estar presentes en la orina hasta 48 horas o el MDMA que persiste por 30-48 horas.
- Cocaína: se puede detectar durante 6-8 horas.
- Benzodiazepinas: se detectan desde las 40-80 horas del Temazepam, hasta durante 7 días sustancias como el Diazepam.
- Opiáceos: aquí encontramos sustancias como la codeína y la morfina que persisten en la orina durante 24 horas.
- Metadona: esta sustancia puede llegar a detectarse hasta después de 7-9 días de su consumo.
- Cannabis: el tiempo que dura en la orina varía en función del tipo de consumo, pasando de 3 días por un consumo ocasional hasta 30 días si el consumo es crónico.
- Otras sustancias: también podemos detectar LSD durante 24 horas o Fenciclidina durante 8 días.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de los análisis de drogas pueden tener implicaciones en el ámbito clínico que pueden llevar a decisiones administrativas y legales con efectos importantes en la vida social y civil de una persona. Dada dicha importancia, los laboratorios deberán buscar constantes mejoras con un buen control de calidad que garantice la fiabilidad de los resultados.

6 Bibliografía

- Verstraete AG. Detection times of drugs of abuse in blood, urine and oral fluid. Ther Drug Monit. 2004 Apr.

- D'Ocon MC, García Saavedra MJ, Vicente JC. Fundamentos y Técnicas de Análisis Bioquímicos: Principios de análisis instrumental. Madrid. 1999.
- Pascual Simon JR, Fernández Rodríguez BL. Consideraciones Generales sobre Drogas de Abuso. MEDISAN 2002.

Capítulo 391

DETECCIÓN DE LA SILICOSIS CRÓNICA A TRAVÉS DE LA IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

MARIA ISABEL ÁLVAREZ GARCIA

ARACELI ZAPICO DIAZ

MONICA ALVAREZ CARRASCO

MARIA TERESA ROSARIO GARCIA

1 Introducción

La silicosis es una enfermedad respiratoria causada por inhalar polvo de sílice. Las partículas de la sílice cristalina, que son más pequeñas que un grano de arena y a menudo invisibles, entran a los pulmones de las personas y producen inflamación y cicatrices en los tejidos del pulmón. Esto hace que la respiración sea difícil. Cuando la silicosis empieza a desarrollarse, los pulmones se pueden infectar con hongos y bacterias. A la silicosis se la relaciona con otras condiciones del pulmón, tales como fibrosis, enfisema, tuberculosis y cáncer al pulmón. La sílice es un compuesto formado por silicio y oxígeno el cual forma parte de la formación de casi todas las rocas.

Una vez expuesta de forma reiterada la persona a este compuesto puede desarrollar silicosis crónica, la cual produce los siguientes síntomas: dificultad respiratoria; fiebre; debilidad general; tos fuerte; pérdida de peso; sudores nocturnos; dolores en el pecho e insuficiencia respiratoria.

El polvo de sílice es introducido en el cuerpo al ser inhalado por las vías respiratorias. Existen varias patologías asociadas a la inhalación pasiva de polvo de sílice como pueden ser el cáncer de pulmón, la tuberculosis o la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

En este caso fijaremos el foco de atención en la silicosis, en la cual podemos distinguir hasta tres tipos:

- Silicosis crónica: es la más común, aparece tras una exposición prolongada y presenta una evolución crónica, que a la vez se divide en dos formas clínicas, en la silicosis simple que se caracteriza por un patrón nodular en la radiografía de tórax y la silicosis complicada por la presencia de masas llamada de Fibrosis Masiva Progresiva (FMP). Tras varios estudios epidemiológicos se han podido establecer límites de exposición compatibles con un riesgo razonable de padecer la enfermedad.
- Silicosis aguda: es una forma clínica que progresa y se desarrolla exponencialmente al contacto con el sílice libre en casos de contacto directo con niveles muy altos de sílice.
- Silicosis acelerada: es otra forma clínica, definida con poca exactitud que se presenta como intermedia entre la aguda y crónica.

2 Objetivos

- Determinar la identificación, prevención y tratamiento además de la repercusión en el ámbito laboral de la silicosis.
- Conocer la enfermedad, sus causas y diagnóstico clínico.

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 presentación clínica de esta patología depende en gran medida de la intensidad y de la duración de la exposición. Aunque en la forma inicial de la silicosis simple generalmente no se encuentran signos ni síntomas, cuando éstos se encuentran son explicable por el tabaquismo o por la existencia de bronquitis industrial.

De esta forma si la exposición es muy intensa y en un corto período de tiempo, como ocurre en la forma de silicoproteínosis o silicosis aguda, el paciente presenta un cuadro de disnea progresiva en unas semanas o meses con importante pérdida de peso, y progresión hacia la insuficiencia respiratoria y la muerte en menos de 2 años. Si por el contrario la exposición ha sido más larvada como en el caso de la silicosis crónica o simple, pueden aparecer síntomas en un periodo de 10 a 20 años de la exposición, como tos, expectoración, disnea como síntoma tardío y puede presentarse episodios de hemoptisis repetidas de escasa cuantía.

En cuanto el diagnóstico, tras la realización de pruebas complementarias al paciente, se puede observar que la hipótesis de la neumoconiosis de los mineros del carbón (más conocida como silicosis) es la más acertada debido a la aparición de opacidades en la zona de los alvéolos, con un tamaño aproximado de unos 2,5 milímetros, síntoma evidente del desarrollo de silicosis. Posteriormente se analizan los resultados de la pulsioximetría (llevada a cabo debido a los problemas respiratorios del paciente), que muestran niveles bajos en la concentración de oxígeno, tanto en reposo, como durante la actividad física, además de una limitación en la difusión de monóxido de carbono, derivada de la reducción del volumen alveolar observada con antelación en la radiografía del tórax. Las últimas dos pruebas que se realizan son la prueba serológica, un cultivo de esputo y un análisis de sangre, dando todas resultados negativos tanto a virus y a tuberculosis como a anticuerpos citotóxicos.

La espirometría muestra que la capacidad pulmonar es menor de lo que debería ser en un hombre de su edad. Esta enfermedad presenta síntomas que coinciden con los del paciente, aunque podría haber alguno más, como taquipnea (respiración rápida), expectoración, astenia (cansancio) o cianosis (color azulado de la piel y mucosas).

Respecto al tratamiento, como en otros tipos de neumoconiosis, no se dispone de un tratamiento eficaz en la actualidad, la única alternativa es la prevención y el cese de la exposición al agente causal. En cambio, esta medida incluso a veces es ineficaz, ya que la enfermedad puede seguir evolucionando tras años de

suspensión de la exposición.

Todos los pacientes afectados de silicosis deben realizarse anualmente una prueba de tuberculina. Induraciones de 10 milímetros o mayores deben considerarse positivas, un mantoux positivo en ausencia de infección requiere profilaxis con isoniacida durante un año independientemente de la edad del paciente. En el caso de que el paciente tenga síntomas de obstrucción del flujo aéreo, se pueden administrar glucocorticoides.

5 Discusión-Conclusión

La silicosis es una enfermedad vinculada desde hace muchos años al ámbito laboral y como tal, reconocida como enfermedad profesional. El empresario debe asumir su obligación general de evaluación de riesgos laborales y en concreto, debe llevar a cabo una labor de identificación del sílice y de evaluación de sus posibles riesgos.

Los fabricantes de productos que contienen sílice deben realizar una labor de información sobre tal presencia. Se observa que muchos riesgos se derivan de la manipulación de materiales que contienen sílice, por ello se debe informar de la posibilidad de que se libere dependiendo de los usos de dichos materiales. Las medidas preventivas son fundamentales para evitar o reducir la exposición al polvo de sílice. Medidas preventivas como la extracción localizada de polvo, utilización de equipos de protección individual (máscaras de respiración, guantes). La silicosis se reconoce como enfermedad profesional, sin embargo, no se reconoce la incapacidad cuando la silicosis esta en fase latente. La silicosis es una enfermedad irreversible y sin tratamiento eficaz, lo que hace que una detección precoz sea muy importante.

La peligrosidad de la exposición del polvo de sílice radica en el pequeño tamaño de sus partículas, que son las que logran penetrar hasta los alvéolos pulmonares, causando la silicosis en el trabajador. La concentración existente en el centro de trabajo también es algo a tener en cuenta a la hora de la peligrosidad, al tratarse de una enfermedad que se puede prevenir. Es conveniente realizar una vigilancia adecuada de la salud. Es importante seguir la normativa aplicable y cumplirla es obligación tanto del empresario como de los trabajadores.

6 Bibliografía

- Abú-Shams K, Fanlo P, Lorente MP. Silicosis. An. Sist. Sanit. Navar. 2005; 28 (1):83-89.
- Fernández Álvarez R, Martínez González C, Quero Martínez A, Blanco Pérez JJ, Carazo Fernández L, Prieto Fernández A. Normativa para el diagnóstico y seguimiento de la silicosis. Archivos de bronconeumología. 2015 Febrero; 51 (2): 86-93.
- Albert DM, Barash PG, Behrman RE, Blackburn GL, Blacklow NR, Borer WZ et al. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina de Dorland. 28a ed. Nueva York: McGraw-Hill - Interamericana de España; 1997.
- Villamor León J, Arnalich F, García Sauté JL, González Ruiz JM, Granados San Segundo J, Ortega Cuesta B, et all. Neumología. 5a ed. Madrid: Luzán 5; 1988.

Capítulo 392

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA: DOSÍMETROS PERSONALES

AIDA GOMEZ COYA

ALEJANDRA RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

RAQUEL ALONSO ALONSO

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

1 Introducción

Dado el potencial peligro de las radiaciones ionizantes la Comisión Internacional de Protección Radiológica ICPR recomendó en el año 1977 un sistema de limitación de dosis cuyo objetivo era asegurar la protección radiológica adecuada frente a las radiaciones.

Actualmente las limitaciones de dosis sobre el personal expuesto están recogidas en el Reglamento de Protección radiológica Sanitaria frente a las Radiaciones Ionizantes, RD 783-2001 y RD 413-1997, a cuyo efecto se utilizan distintos instrumentos que recogen información de la radiación incidente en el personal expuesto. Estos aparatos reciben el nombre de dosímetros y pueden ser de área o personales.

2 Objetivos

- Estudiar y realizar exposición de los diferentes tipos de dosimetría personal utilizando palabras clave como, protección radiológica personal, ley protección

radiológica, dosis límite de radiación personal, etc.

3 Metodología

Dosímetros personales: miden las dosis total superficial y profunda recibidas por el individuo a lo largo del tiempo.

Además periódicamente son sometidos a análisis para determinar la tasa de exposición y establecer las posibles medidas a adoptar según los casos. Estos dosímetros son ligeros para que puedan ser transportados en todo momento por el trabajador, generalmente prendidos a la ropa de trabajo, por eso también son conocidos como dosímetros de solapa.

Existen tres tipos; dosímetros de cámara de ionización de apariencia semejante a un bolígrafo y que sirven para hacer una lectura inmediata de la exposición. Dosímetros de película que son los más utilizados y miden la dosis acumulada y los dosímetros de luminiscencia que miden también dosis acumuladas.

Grupos de riesgo:

- Trabajadores profesionalmente expuestos, distinguiéndose entre trabajadores de categoría A, es probable que reciban dosis superiores a 3/10 de los límites anuales fijos y trabajadores categoría B con muy poca probabilidad de recibir dosis superiores.
- Estudiantes que en su formación pudiesen recibir radiación.
- Miembros del público.
- Situaciones especiales.
- Embarazo y lactancia.

Registro de las dosis individuales:

El computo de la dosimetría individual será efectuada por entidades o instituciones expresamente autorizadas y supervisadas por el Consejo de Seguridad Nuclear. La dosimetría externa con una periodicidad no superior a un mes y la interna con la periodicidad que se establezca en cada caso. Es obligatorio llevar un registro de todas las dosis recibidas por el trabajador durante su vida laboral.

Dicho registro estará en todo momento a disposición del trabajador y en el caso de cese de empleo el titular de la actividad deberá proporcionar al trabajador una copia certificada de dicho historial. Además la documentación estará también a disposición del consejo de Seguridad Nuclear.

Límites de dosis:

Se aplican a la suma de las dosis recibidas y no deben ser sobrepasados los valores marcados, pudiendo establecerse valores inferiores según la Directiva de EURATOM. Para trabajadores expuestos será de 100 mSv durante todo período de cinco años oficiales consecutivos, sujeto a una dosis efectiva máxima de 50 mSv en cualquier año oficial. Para el cristalino será de 150 mSv , para la piel será de 500 mSv y para las manos, antebrazos, pies y tobillos será de 500 mSv por año oficial.

En el embarazo y durante la lactancia los límites de dosis serán de 1mSv desde la comunicación del embarazo hasta el cese de este. Los límites de dosis para las personas en formación y los estudiantes mayores de 18 años serán los mismos que para los trabajadores expuestos. Límites de dosis para los miembros del público será de 1 mSv por año oficial, para el cristalino de 15 mSv y para la piel será de 50 mSv por año oficial.

4 Bibliografía

1. <https://www.csn.es/proteccion-radiologica> RD 783-2001
2. https://www.atsdr.cdc.gov/es/toxfaqs/es_tfacts149.html.
- 23 Manual para Técnico Superior en Imagen para el Diagnostico, Panamericana.

Capítulo 393

FACTORES MÁS DETERMINANTES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

MARCOS SANCHEZ CASERO

1 Introducción

El Burnout o quemado, es un síndrome de agotamiento emocional, o lo que es lo mismo de reducción de la capacidad personal que según Maslach se presenta en muchos casos en los profesionales que trabajan de cara al público sobre todo los que se encargan de sus cuidados. El síndrome burnout se entiende como una sobrecarga emocional seguido de agotamiento emocional, el profesional se encuentra con falta de energía para afrontar un nuevo día, se siente incapaz de dar nada de sí a los demás. Se disminuye en el rendimiento, en la motivación, aumentando la frustración y lo que es peor, una menor atención a las necesidades humanas y una menor sensibilidad hacia los sentimientos de los usuarios.

Es muy importante el prevenir este problema en las primeras fases y aquí entran como intervinientes los compañeros, que pueden percatarse de los cambios de humor y de actitud antes que el propio individuo. Cuando las personas no saben con antelación cuales serán los requerimientos emocionales del trabajo, sus expectativas al llevarlo a cabo serán decididamente discordantes con la realidad.

Más que el agotamiento emocional debido a tareas para las que no han sido preparados, estas personas se sentirán frustradas, porque las cosas no han ido como deberían. El burnout es un riesgo para todos, por lo que el conocimiento de tal riesgo, hará disminuir la posibilidad de que un riesgo potencial se transforme en un destino probable. Conociendo este síndrome, podremos entre todos luchar contra este riesgo, que además utiliza muchos recursos médicos y psicológicos,

ya que muchos enfermos que no conocen estos síntomas se sienten incomprendidos y verdaderamente enfermos.

2 Objetivos

- Conocer cuales son los factores que nos pueden llevar a sufrir este síndrome y la sintomatología que le acompaña.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se va a llevar a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también se consultarán artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Utilizaremos las palabras claves como síndrome de Burnout, técnicas, prevención.

4 Bibliografía

- Libros: ALVAREZ GALLEGO E. FERNANDEZ RIOS L.
- El síndrome de “Burnout” o el desgaste profesional 1991
- MASLACH, CH-Burnout- the cost of Caring
- RAPIN CH. E- Fin de vie . Nouvelles perspectives pour les soins palliatifs
- VACHON M. Emotional problems in Palliative Medecine
- Artículo de revistas: PARRY J. K.
- Mutual Support groups for hospice staff Planned
- Bases de datos: WILDER J F. PLUTICHIK R.
- Preparation the profesional Building preventio into professional training
- CARPENTER K
- Le soutien de l’équipe en soins palliatifs
- Centre de Documentation Fonds Wilmers

Capítulo 394

FECUNDACIÓN IN VITRO POR INYECCIÓN INTRACITOPLASMÁTICA DE ESPERMATOZOIDES

JULIA ÁLVAREZ PEREIRA

MARIA LANA FERNÁNDEZ

1 Introducción

La FIV es una técnica de reproducción asistida que consiste en lograr la unión del óvulo con el espermatozoide en el laboratorio y no dentro del cuerpo de la mujer. La fecundación de los óvulos puede llevarse a cabo mediante técnica de FIV convencional o inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Consiste en seguir los siguientes pasos:

- Estimulación ovárica: administración de inyecciones para lograr que los ovarios en vez de producir un único ovocito en ese ciclo produzcan más ovocitos, aptos para la fertilización y así llegar a obtener más embriones.
- Captación ovocitaria: se realiza una punción para extraer los ovocitos y se estudiará bajo el microscopio el grado de maduración de cada uno.
- Fecundación: aquí se necesita el semen del donante/pareja y se lleva a cabo la unión mediante FIV convencional (se coloca en la placa de cultivo 1 ovulo y una cantidad elevada de espermatozoides, aproximadamente 250.000/ml) o por ICSI (se introduce 1 espermatozoide vivo dentro del óvulo).
- Transferencia embrionaria: consiste en la introducción de embriones viables en el útero mediante un catéter específico. A los 12-14 días se realizará una prueba de embarazo.

- Vitricación: consiste en la congelación de embriones de calidad no transferidos para posteriores ciclos y evitar una siguiente estimulación ovárica.

2 Objetivos

- Presentar el caso de una paciente sometida a varios ciclos de FIV-ICSI y que no ha conseguido el resultado esperado.

3 Caso clínico

Paciente mujer, 38 años, fumadora de 6 cig/día. A.P: operada de fibroadenomas en ambas mamas y endometriosis con quistectomías de ovario derecho. PAP: hace menos de 3 años. Relaciones sexuales normales. Ciclos menstruales normales. 1 embarazo bioquímico tras ciclo de FIV hace 4 años.

Varón 38 años, fumador de 10 cig/día. A.P: No. Hijos con otra pareja: No. Cariotipo normal. Semen con buena motilidad y morfología espermática. Duración de la infertilidad: 7 años.

Pruebas diagnósticas:

- Analítica de sangre : Hemograma: Leucocitos 9.930/mm³; Hematíes 4.720.000/mm³; Hemoglobina 14.70 mg/dl; Hematocrito: 47.00%; Plaquetas 320.000/mm³. Estudio de coagulación normal. Bioquímica: Estradiol 812.6 pg/ml; Progesterona 0.7 ng/ml.
- Exploración física: Peso 55 kg, altura 165 cm, IMC: 20. Exploración normal.
- Ecografía: útero normal: ovario derecho con quiste de aspecto endometriósico de 28x26 mm y 1 FA, Ovario izquierdo con 3 FA. Factor: femenino, endometriosis.
- Estudio genético del cariotipo: Se han evaluado 15 metafases con bandas G pertenecientes al cultivo de la muestra recibida, no observándose anomalías numéricas ni estructurales valorables clínicamente.

4 Resultados

Se diagnostica infertilidad por endometriosis y se procede al estudio del caso.

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio del caso se decide realizar estimulación ovárica para tratamiento mediante técnica de FIV-ICSI en: Noviembre 2011 (Gonal y Orgalutrán), Mayo 2012 (Gonal, Menopur y Orgalutrán), Octubre 2012 (Fue cancelado), Enero 2013 (Proclin 0.1, Gonal y Menopur) y Junio 2015 (Fue cancelado). Solo en 3 de los 5 se logra la transferencia de embriones y en ningún caso se consigue gestación por lo cual se decide darle el alta en la unidad sin ningún tipo de tratamiento y con esterilidad como diagnostico principal.

6 Bibliografía

- <https://www.sefertilidad.net/>
- <https://www.reproduccionasistida.org/fiv-icsi/>.

Capítulo 395

EL TAC DE TORAX DE BAJA DOSIS EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DEL CANCER DE PULMON

EUGENIA MARINA ROLDAN QUINTANS

PABLO MACHO JUNQUERA

VANESA ARJONA TUYA

ELIZABETH TRILLO GONZALEZ

1 Introducción

El cáncer de pulmón está considerado como una patología responsable de alto porcentaje de muerte sobre todo en los países con un mayor nivel de desarrollo. Su principal agente causante es el consumo de tabaco, pudiendo también aparecer en personas consideradas fumadores pasivos, (es decir, aquellas personas que aunque no fuman se ven sometidas a la exposición al humo del tabaco producida por los fumadores que están en contacto con ellos) también aunque en menor medida, por estar en contacto con sustancias como pueden ser radón o asbesto potencialmente cancerígenas, antecedentes familiares de cáncer de pulmón y algunas enfermedades pulmonares crónicas.

En este tipo de patologías es necesario y de gran importancia el poder realizar de forma rápida un diagnostico ya que esto permitirá un precoz y más eficaz abordaje terapéutico en los pacientes lo cual deriva en un aumento en las expectativas

de vida de los pacientes ya que en muchos casos se diagnostica esta enfermedad en fases avanzadas y que hacen que los tratamientos no sean eficaces o que la evolución no sea satisfactoria.

2 Objetivos

- Conocer la utilidad de la tomografía axial computarizada de tórax de baja dosis para obtener un diagnóstico precoz del mismo con imágenes de alta calidad y sus ventajas e inconvenientes asociados a este tipo de estudios de imagen para diagnóstico.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión sistemática consistente de la bibliografía actual. Se ha realizado una consulta en bases de datos tales como Dialnet, Medline, y el buscador de google académico, que permitió una revisión bibliográfica en un periodo de tiempo que abarca desde el año 2000 al 2019. Buscando los que portaban una mayor información sobre el tema así como lo más recientes posible.

4 Resultados

La tomografía axial computarizada de tórax de baja dosis se demuestra como una técnica de imagen de gran utilidad diagnóstica de cara a la detección y tratamiento temprano del cáncer de pulmón en la población susceptible de padecerla lo que aumenta la eficacia de los tratamientos y la esperanza de vida de los enfermos.

Tradicionalmente se emplea la radiografía de tórax para el diagnóstico que sigue siendo de utilidad para el mismo, sin embargo el avance en las técnicas radiológicas de tomografía axial computarizada y en especial la aparición de tomógrafos multidetectores han supuesto una gran avance, ya que esos últimos permiten una mayor adquisición de imágenes de cortes más finos con menores tiempos de exposición y menores dosis de radiación recibida por el paciente sometido a este tipo de exámenes; todo ello permite que sea posible un diagnóstico precoz de la enfermedad.

La tomografía axial computarizada de baja dosis es una herramienta muy útil

para la detección temprana del cáncer de pulmón dirigida sobre todo a los siguientes sujetos que se encuentren las siguientes circunstancias: pacientes que se encuentran en una horquilla de edad entre los 55-70 años que sean fumadores o hayan abandonando el habito tabáquico en los últimos 15 años y que en principio no presenten signos de cáncer y que la realización de esta prueba haya sido recomendada a los mismos por los profesionales médicos que les recomendaran someterse a esta prueba una vez valorado su historial médico y antecedentes familiares.

Es una técnica relativamente sencilla y rápida. Se realiza una tomografía axial computarizada de tórax en la que el paciente es colocado en la mesa de exploración en posición de decúbito supino con los brazos extendidos por detrás de la cabeza, manteniendo la respiración suspendida tras la inspiración durante la toma de imágenes que dura unos segundos. De este manera se adquieren las imágenes con la tecnología de las computadores es posible realizar reconstrucciones multiplanares y con distintas ventanas de visualización lo que permite un estudio más completo del parénquima pulmonar así como las estructuras y tejidos del tórax. Se trata por tanto de realizar un estudio de tomografía axial computarizada de tórax pero en el que se disminuye la dosis que recibe el paciente sin que ello afecte a la calidad de las imágenes obtenidas en la realización de esta prueba.

Como cualquier técnica diagnóstica presenta ventajas e inconvenientes.

Como principales ventajas principalmente que es capaz de detectar nódulos de pequeño tamaño por lo que al diagnosticar el cáncer en etapas tempranas disminuye las muertes en los pacientes de alto riesgo y permite que los pacientes diagnosticados se les realicen procedimientos quirúrgicos menos invasivos, es una prueba indolora y no invasiva que no precisa de la administración de ningún medio de contraste radiológico, supone una menor dosis de radiación para adquirir imágenes de gran calidad. Como principales inconvenientes se encuentran, primero que es una prueba en la que se emplea radiación ionizante, que puedan darse falsos positivos lo que deriva en la necesidad de realizar pruebas adicionales y que generan preocupación en los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Debido a la gran incidencia del cáncer de pulmón resulta de gran ayuda para los profesionales médicos poder llegar a un diagnóstico precoz de esta patología que redunda en beneficio de paciente al aumentar la eficacia de los tratamientos al ser diagnosticados en estadios tempranos de la misma y por tanto aumentando

también la expectativa vital.

La tomografía axial computarizada de tórax de baja dosis por tanto consiste someter al paciente a una prueba no invasiva de tomografía axial computarizada que pese a ser de baja dosis para minimizar la cantidad de radiación que recibe el paciente durante la realización de la misma, nos permite obtener de forma rápida y segura imágenes de gran calidad diagnóstica. Siendo por tanto una herramienta útil para afrontar un diagnóstico precoz en la población de riesgo con los beneficios que ello reporta.

6 Bibliografía

- Agar, V., & Cabello, H. (2012). Cáncer Pulmonar: Detección precoz en población de alto Riesgo. *Contacto Científico*, 2(1).
- Ulla, M., Espinosa, R. G., & Kopitowski, K. (2014). Screening de cáncer de pulmón: Aportes de una reunión a la discusión interdisciplinaria. *Rev Hosp Ital B Aires*, 34, 59-64.
- Falcón, M. A. R., Gil, R. M. S., & Castro, Á. G. (2017). CRIBADO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL CANCER DE PULMÓN. *Rev Esp Patol Torac*, 29, 2.
- Marco, F. A. (2019). El cáncer de pulmón en nuestros días. *REVISTA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA*, 22(2).
- Arguedas-López, J., Rodríguez-Paredes, C., & Carpio-Contreras, M. J. (2019). Cáncer de pulmón. *Acta Académica*, 65(Noviembre), 37-64.

Capítulo 396

ADENOVIRUS

VANESSA RODRIGUEZ GARCIA

HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ

EVA PILOÑETA GONZALEZ

ALMUDENA SUERO ALVAREZ

1 Introducción

Los adenovirus causan un amplio rango de enfermedades. Las más importantes son las del tracto respiratorio, urinario, los ojos y el tracto intestinal infecta principalmente a niños. Los adenovirus carecen de envoltura lipídica, presentan un genoma compuesto por una doble cadena lineal de ADN, una nucleocápsida de simetría icosaédrica formada por 240 capsómeros hexagonales que ocupan las caras y aristas, y doce pentagonales que se sitúan en los vértices. De éstos parten unas prolongaciones o fibras en cuyo extremo se encuentran las glucoproteínas causantes de la adhesión a las células endoteliales de diversos tejidos responsable en último término de los cuadros clínicos.

Los capsómeros muestran un mosaico antigénico que permite clasificar los adenovirus en los 49 serotipos pero también existen antígenos comunes que facilitan el estudio o la detección de este grupo de virus mediante sueros polivalentes. Las glucoproteínas terminales son responsables de su capacidad hemaglutinante, utilizada ampliamente en la identificación y clasificación de este patógeno, aunque en la actualidad estas pruebas, se sustituyen por las de PCR.

2 Objetivos

- Diagnosticar la enfermedad mediante diferentes métodos de diagnóstico en el laboratorio clínico.

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 sobre la infección por adenovirus.. 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 infección por adenovirus se ha diagnosticado en el laboratorio a través de tres métodos clásicos: detección directa del antígeno en muestras clínicas, cultivo o aislamiento del virus y serología para medir el aumento del nivel de anticuerpos. La determinación de Ig M es típica de primoinfecciones mientras que la Ig G establece la seroconversión.
- En el diagnóstico serológico las pruebas más utilizadas han sido la reacción de fijación del complemento, la inmunofluorescencia indirecta y los test de ELISA para medir anticuerpos frente antígenos comunes. La inmunofluorescencia se aplica a células de descamación de muestras respiratorias, conjuntivales o de vías urinarias, es una técnica sencilla y de rápida ejecución.
- El test rápido para la detección de adenovirus respiratorio es una prueba inmunocromatográfica que se obtiene a partir de muestras de lavado nasal, frotis nasal o frotis nasofaríngeo.

5 Discusión-Conclusión

El adenovirus es un virus responsable de muchas infecciones respiratorias en niños y la técnica del test rápido es muy útil ya que es muy utilizado en las consultas de pediatría.

Dada la creciente instrumentalización de las pruebas diagnósticas-terapéuticas, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores

sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del técnico sanitario es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- 1. Arora R, Mahajan P. Evaluation of child with fever without source: Review of literature and update. *Pediatr Clin North Am.* 2013; 60: 1049-62.
- 2. Sur DK, Bukont EL. Evaluating fever of unidentifiable source in young children. *Am Fam Physician.* 2007;75:1805-11.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 397

ENTEROGRAFÍA POR TAC

AROA IGLESIAS MARTÍNEZ

JOSE DAVOR GARCÍA RODRÍGUEZ

ANGELA BAÑOS TRABANCO

SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ

1 Introducción

La enterografía por tomografía axial computerizada (TAC) es un tipo especial de tomografía en la que se usan agentes de contraste intravenosos, luego de la ingestión de un contraste oral neutro que ayuda a mejorar las imágenes obtenidas del intestino delgado y de otras estructuras en el abdomen y la pelvis.

2 Objetivos

- Describir en qué consiste el TAC y como se realiza.

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

Se utiliza a menudo para identificar y ubicar problemas adentro del intestino, tales como inflamación, sangrado, obstrucciones y la enfermedad de Crohn. La exploración es rápida, indolora, no es invasiva y precisa. La enterografía por TAC puede visualizar mejor todo el grosor de la pared del intestino cuando se la compara con otros procedimientos de toma de imágenes del intestino delgado.

El paciente llega a la prueba y unas dos horas antes de la misma se le pide que beba varios vasos de una solución líquida que contiene un agente de contraste neutro. En total deberá beber aproximadamente de 1 a 1,5 litros para así llenar el largo intestino delgado. El fluido expande el intestino delgado de manera tal que las anormalidades se pueden ver mejor. Una vez en el TAC también se le inyectará contraste intravenoso yodado para ver mejor los vasos sanguíneos y se realizará el estudio tomográfico completo. Una vez obtenidas y procesadas todas las imágenes será el médico radiólogo el que las interpretará y emitirá el informe correspondiente.

5 Discusión-Conclusión

Comparada con otros procedimientos del intestino delgado, la enterografía por TAC permite visualizar el grosor completo de la pared intestinal y evaluar los tejidos blandos que la rodean. Existen otros exámenes, algunos de los cuales son invasivos, solo permiten visualizar la capa interna del intestino delgado. Por ejemplo hay casos en los que se puede eliminar la necesidad de usar una endoscopia por videocápsula y las posibles complicaciones de dicho procedimiento.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es/scielo.php>
- www.aetr.net

Capítulo 398

LA RADIOGRAFÍA

ESTEFANIA BLANCO GARCÍA

ROCÍO VÁZQUEZ CUERVO

RAQUEL RUIZ TURRADO

PATRICIA MARTINEZ GARCÍA

MARTA MARIA MORENO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La radiografía es una técnica que, a través del uso de rayos x, permite obtener una imagen del interior del organismo. El estudio lo realiza un técnico en imagen para el diagnóstico en una sala de radiología.

Las partículas de rayos x atraviesan la zona a estudio apareciendo, las estructuras más densas como el hueso en tonalidad blanca ya que bloquean la mayor parte de las partículas de los rayos x, zonas como la grasa y los líquidos en tono gris y el aire en color negro. Las tonalidades que aparecen en una radiografía van desde el tono blanco al tono negro dependiendo de la atenuación de los rayos x de la zona a estudio.

2 Objetivos

Exponer de una manera sencilla el principal objetivo general de la radiografía así como la importancia de la radiación ionizante.

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 objetivo de una radiografía es dar información diagnóstica de calidad y precisión de la parte corporal a estudio.

Según la documentación analizada es importante destacar que debido a que en una radiografía, la dosis de radiación a las que se somete al cuerpo son bajas, la radiografía es un procedimiento seguro con mínimas posibilidades de provocar un daño al organismo. la mayor parte de los expertos aseguran que nos ofrece beneficios muy superiores a los riesgos que pueda acarrear.

5 Discusión-Conclusión

La radiografía es un estudio de rápida realización e indolora que ayuda a los expertos sanitarios a la hora de diagnosticar. La radiografía es muy importante en el ámbito sanitario.

6 Bibliografía

- Bearcroft PWP,Hopper MA.Imaging techniques and fundamental observations for the musculoskeletal system.
- Contreras F, Perez J, Jose J,imaging AChurchull Livingstion.2015.chap 45.
- Julian Perez Porto.Ana Gardey.

Capítulo 399

PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN LOS QUIRÓFANOS

ANGELA BAÑOS TRABANCO

AROA IGLESIAS MARTÍNEZ

SERGIO SAMPEDRO FERNANDEZ

RAQUEL SERRANO FERRERO

1 Introducción

La protección radiológica estudia los efectos de las dosis producidas por las radiaciones ionizantes y los procedimientos para preservar a los seres vivos de sus efectos nocivos, siendo su finalidad principal el ser humano.

El uso de rayos x en quirófano, ha permitido realizar importantes adelantos en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades. Pero implica unos riesgos para la salud de los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, debido a la exposición a las radiaciones. Existen una serie de normas y medidas que permiten trabajar con radiaciones ionizantes en el quirófano en condiciones de seguridad y con los mínimos riesgos para la salud.

2 Objetivos

Explicar las principales medidas de protección radiológica en los quirófanos así como los principios básicos de radiología.

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 objetivo principal de la protección radiológica en quirófano es proteger al paciente y al personal sanitario de las radiaciones ionizantes utilizando de forma correcta los diferentes dispositivos de protección individual y minimizando la exposición radiológica mediante el uso correcto de los equipos de rayos X.

Se intenta llevar a cabo un uso adecuado y seguro de los rayos x en el quirófano mediante conocimientos sobre la naturaleza de las radiaciones ionizantes, las posibles consecuencias para la salud procedente de su uso y las principales medidas de protección que se deben tomar.

Los objetivos de la protección radiológica:

- Limitar la probabilidad de efectos estocásticos
- Prevenir la aparición de efectos deterministas

Los tres principios básicos en los que se establecen las recomendaciones de la ICRP (Comisión Internacional de Protección Radiológica) son los siguientes:

JUSTIFICACIÓN

La práctica que implique la exposición a las radiaciones ionizantes siempre debe suponer un beneficio para la sociedad. Deben considerarse los efectos negativos y las alternativas posibles.

OPTIMIZACIÓN O “PRINCIPIO ALARA”

El término ALARA que indica que todas las exposiciones a la radiación deben ser mantenidas a niveles tan bajos como sea razonablemente posible, teniendo en cuenta factores sociales y económicos.

LIMITACION DE DOSIS

Las dosis de radiación recibidas por las personas no deben superar los límites establecidos en la legislación vigente. El Reglamento de Protección Sanitaria contra Radiaciones Ionizantes, instaura unos límites para la dosis efectiva de radiación para los trabajadores profesionalmente expuestos:

- Pueden recibir hasta 100 mSv en 5 años (media de 20 mSv al año), pero sin superar los 50 mSv en un año.
- La dosis-vida no exceda de 1Sv
- Mujer embarazada: se recomienda no superar los 2 mSv durante todo el embarazo en el abdomen .

El historial dosimétrico de toda la vida profesional debe contener como mínimo las dosis mensuales, las dosis acumuladas en cada año oficial y las dosis acumuladas durante cada período de 5 años oficiales consecutivos.

Otros puntos a tener en cuenta son:

- maximizar la distancia: la dosis recibida es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia
- Minimizar el tiempo de exposición
- Maximizar el blindaje

Para cumplir todo lo descrito anteriormente debemos:

- Utilizar de forma adecuada los equipos de protección individual disponibles (dosímetros de solapa y muñeca, protector de tiroides, guantes plomados, delantales plomados, gafas protectoras) .
- Personal de quirófano con conocimientos sobre las radiaciones ionizantes para entender porque es importante la distancia entre el paciente y personal de quirófano hasta el tubo de rayos x y una dosis impartida mínima.
- Utilizar opciones que disminuyan las dosis empleadas: escopia pulsada, reducir el tiempo de exposición, y justificar el uso de altas dosis .
- Llevar a cabo un mantenimiento adecuado de los aparatos.

EL EQUIPO DE RAYOS X

El equipo de rayos x de quirófano es un arco en forma de C que consiste en un intensificador de imagen enfrente al tubo de rayos x , ambos están unidos por un brazo en forma de C. La fuente principal de radiación es la radiación dispersa generada por el paciente, la mayor parte se dispersa desde el paciente hacia el tubo de rayos x, por lo que la posición mas propicia del tubo de rayos x durante la intervención es debajo del paciente y el detector lo mas cerca posible del mismo.

Al aumentar la dosis del haz de rayos x aumenta la radiación dispersa, esta no

se distribuye de forma uniforme alrededor del paciente. La radiación dispersa es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia desde la fuente. Para el personal sanitario un aumento de la distancia puede ser especialmente importante cuando se encuentra cerca del paciente. La colimación también reduce la radiación dispersa.

EFFECTOS BIOLÓGICOS DE LAS RADIACIONES IONIZANTES

- Efectos deterministas → cuando la exposición a las radiaciones ionizantes rebasa el umbral, puede provocar muerte celular y daño a tejidos circundantes.
- Efectos estocásticos → son aquellos cuya probabilidad de que aparezca aumenta con la dosis de la radiación pero la gravedad es la misma.

Aplicando todas las medidas necesarias para evitar o minimizar los posibles efectos negativos sobre la salud tanto del paciente como del personal sanitario, se mejora la seguridad del paciente y del equipo. Mediante la formación se consigue que el personal use correctamente los equipos de protección individual, protegiéndose de los efectos nocivos de la radiación sobre su salud y con el mantenimiento correcto de los equipos evitamos posibles fallos en la emisión de radiaciones

5 Discusión-Conclusión

Aumentamos la seguridad del paciente mediante el uso correcto de aparatos emisores de rayos X en quirófano, y por lo tanto también del personal sanitario, lo que se traduce en una mejora en la seguridad y también en la calidad .

Teniendo en cuenta todos los puntos tratados anteriormente podemos minimizar la exposición a la radiación ionizante tanto del paciente como del personal sanitario y minimizar los efectos biológicos que se pueden desencadenar, sin tener que prescindir del uso de rayos x en quirófano.

6 Bibliografía

- <http://www.codem.es/Documentos/Informaciones/Publico>
- <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Proteccion>
- <https://www.csn.es/proteccion-radiologica>
- <https://medes.com/publication/71634> <http://congreso enfermeria.es/libros/2013/>

- https://www.ffis.es/ups/proteccion_radiologica_radiologia_intervencionista/Proteccion_radiologica_en_los_quirofanos.pdf

Capítulo 400

VIH/SIDA UN GRAN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA. PATOGENIA Y CLINICA. DIAGNOSTICO DE LABORATORIO DE LA INFECCION POR VIH

REYES CARVAJAL PALAO

MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ NIETO

MARÍA PANDO SANDOVAL

MARÍA DEL CARMEN LOPEZ GONZALEZ

MARIA JOSE FERRERO FERNANDEZ

1 Introducción

El VIH/SIDA es un gran problema de salud pública al igual que la creciente epidemia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Según datos de la OMS, más de un millón de personas contraen cada día una ITS y cada episodio multiplica el riesgo de adquirir el VIH al menos en tres veces. Es problema “silencioso”, puesto que la mayoría de los casos se manifiestan sin apenas síntomas, a la vez que permanecen “ocultos”, por el estigma que generan, lo que favorece en gran medida su rápida dispersión.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se encuentra dentro de la familia Retroviridae. Esta familia se caracteriza por presentar un tamaño de 80-100nm con envuelta lipídica, cápside icosaédrica y nucleocápside helicoidal. Lo más llamativo de la familia es su ciclo de replicación donde una retrotranscriptasa o transcriptasa inversa sintetiza ADN usando como molde la molécula de ARN que contiene en el virión.

La familia se divide en dos subfamilias:

- Orthoretrovirinae: Genero Lentivirus (VIH-1 y VIH-2) .Genero Deltaretrovirus (virus Linfotropico de células T humanas: HTLV-1, HTLV-2 y HTLV-3)
- Spumaretrovirinae: Genero Spumavirus (virus espumoso del simio)

Los retrovirus tienen como genoma dos copias de ARN de una sola cadena lineal de polaridad positiva. Contienen en el virión 10-50 copias de la transcriptasa inversa y de integrasa y dos copias de ARNt que se usa como cebador por la transcriptasa. Los retrovirus presentan en sus extremos del genoma secuencias largas repetidas (LTR) que controlan la expresión y replicación del genoma y tres genes principales que codifican poli-proteínas (gag, pol y env)

2 Objetivos

El VIH/SIDA sigue siendo uno de los más graves problemas de salud pública del mundo. Desde el inicio de esta pandemia, que se manifestó por primera vez a finales de los años setenta, hemos aprendido mucho de la enfermedad y sus patrones epidemiológicos que han variado a lo largo de los años. En este capítulo describimos el virus desde su ciclo de vida, hasta su tratamiento actual pasando por la descripción de la epidemiología y la enfermedad y recogiendo los distintos métodos de diagnóstico que se utilizan hoy en día.

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

CICLO DE VIDA

Comienza con la entrada del virus en las mucosas, ya sea tras contacto sexual o directamente en la sangre (vía parenteral) mediante transfusiones, transmisión vertical de madre a hijo, transmisión durante el parto y en la lactancia.

La proteína viral gp120 reconoce a la proteína de superficie CD4 de linfocitos T, algunas de las poblaciones de macrófagos-monocitos (incluidas las células de la glía) y otras células presentadoras de antígenos como las células dendríticas. Después de la unión se induce un cambio en su estructura y la glucoproteína gp41 fusiona las membranas del virus y la célula a infectar y la nucleocápside entra en la célula.

Otras moléculas actúan como receptores: receptores de quimiocinas (CXCR4 en linfocitos T y CCR5 en monocitos-macrófagos) Mutaciones en CCR5 dan resistencia a la infección por VIH (paciente Berlin).

El virus se desensambla y las cadenas de ARN quedan libres. Entonces la transcriptasa inversa sintetiza una hebra de ADN usando como molde el ARN (actividad ADN polimerasa ARN dependiente). La actividad RNasa H de la transcriptasa inversa degrada la cadena de ARN. Posteriormente la transcriptasa inversa sintetiza la otra cadena de ADN para formar una doble cadena de ADN (actividad ADN polimerasa ADN dependiente).

Este ADN de doble cadena migra al núcleo, donde puede permanecer circular o integrarse en el genoma de la célula (por acción de la integrasa). Una vez en el núcleo, la ARN polimerasa de la célula puede transcribir el ADN en ARN para sintetizar las proteínas necesarias. La asociación de dos copias de ARN más el resto de proteínas provoca su ensamblaje en la membrana celular.

EPIDEMIOLOGIA Y ENFERMEDAD

La infección por el VIH se trata de una pandemia. Principalmente debido a su replicación lenta, su presencia en sangre, semen, secreciones vaginales y a que inicialmente presentan una gran cantidad de virus en sangre (viremia) sin que se manifiesten síntomas clínicos. Todo ello facilita su contagio.

En la infección por VIH se produce una gran inmunodeficiencia celular con un descenso de los linfocitos T CD4. Cuando el número de estos linfocitos desciende por debajo de un número crítico aparecen enfermedades oportunistas. La infección presenta tres fases:

- Fase aguda: debido a la infección primaria o viremia inicial. Normalmente en las 3-6 semanas tras la infección. El virus se replica rápidamente en los linfocitos T CD4 y se disemina a los órganos linfoides. Hay gran cantidad de viriones y de antígeno p24. Entre el primer y tercer mes tras la infección aparecen anticuerpos anti-VIH y los linfocitos T CD8 producen un descenso del virus retrasando la enfermedad pero no eliminándola.
- Fase de latencia clínica (no vírica): El virus se replica en ganglios linfáticos y la cantidad de linfocitos T CD4 va disminuyendo. Si no se pone tratamiento antiviral en 9-11 años se puede pasar a fase final.
- Fase final: El virus continua replicándose y sigue bajando los linfocitos TCD4, apareciendo enfermedades oportunistas. Cuando el número de linfocitos T CD4 disminuye de 200/ μ l y la carga viral es mayor a 75000copias/ml podemos hablar de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida)

La microglía (macrófagos del sistema nervioso central) y otras células de la glía también son infectadas y aparecen síntomas como encefalopatías o demencia.

DIAGNOSTICO

Las técnicas empleadas en el diagnóstico del VIH se basan en la detección de anticuerpos específicos anti-VIH y/o detección de antígenos en suero y la detección de material genómico mediante PCR.

- Técnicas de cribado o Enzimoinmunoensayo (ELISA) para la detección de antígenos (p24) y anticuerpos frente al VIH: Es la técnica más empleada como cribado y se basa en la detección conjunta del antígeno p24 y de anticuerpos específicos frente al virus. Se puede utilizar un ELISA que emplea quimioluminiscencia (utilizan un sustrato que genera luz) en lugar del sustrato cromógeno habitual para aumentar la sensibilidad. Presenta una sensibilidad mayor del 99% pero la especificidad baja por lo que debe confirmarse un resultado positivo con otra técnica con mayor especificidad. o Inmunocromatografía para la detección de anticuerpos: técnica con alta sensibilidad que se puede emplear también como cribado.. En algunos casos puede adquirirse en farmacias para realizarse uno mismo la prueba empleando una gota de sangre periférica. Un resultado positivo debe confirmarse con otra técnica. o Aglutinación: Técnica basada en la aglutinación de antígenos e VIH que previamente han sido fijados en presencia de suero que contenga anticuerpos frente al VIH. Sensibilidad comparable al ELISA pero su grado de especificidad es mucho menor.
- Técnicas de confirmación o Westernblot, inmunoblotting o inmunoelctrotransferencia para la detección de anticuerpos frente al VIH: es la técnica más em-

pleada como confirmación y se basa en la detección de anticuerpos específicos usando antígenos virales fijados en un soporte sólido, que suele ser de nitrocelulosa o nylon. o Inmunofluorescencia indirecta: basada en la demostración de anticuerpos frente a células infectadas por VIH. Como antígenos se utilizan linfocitos humanos infectados que son fijados sobre portaobjetos. Precisa unos niveles de anticuerpos superiores a los detectados por westernblot. o Radioinmunoprecipitación: basada en la demostración de Ac VIH en el suero, que en presencia de proteínas víricas marcadas radioactivamente conduce a la formación de inmunocomplejos. o Carga viral: Cuantificación en plasma del ARN viral. Se basa en la reacción en cadena de la polimerasa (PCR)

TRATAMIENTO

El tratamiento antirretroviral (TAR) consiste en el uso de medicamentos contra el VIH para reducir la carga viral de una persona a un nivel indetectable, lo cual significa que la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja para detectarla con la prueba de la carga viral. Se toman todos los días una combinación de medicamentos contra el VIH (terapia combinada) para reducir la aparición de resistencias.

- Inhibidores de la transcriptasa inversa: Análogos de nucleótidos: zidovudina, didanosina, zalcitabina, estavudina, emtricitabina, lamivudina, abacavir. Análogos de nucleosidos: tenofovir. No análogos de nucleosidos: efavirenz, nevirapina, delaviridina.
- Inhibidores de la proteasa: saquinavir, ritonavir, lopinavir...
- Inhibidores de la entrada del virus a la célula: enfuvirtida, maraviroc.
- Inhibidores de la integrasa: raltegravir.

En cuanto a las técnicas de cribado, el Enzimoinmunoensayo (ELISA) presenta varios inconvenientes: el periodo ventana medio (tiempo de aparición y detección de anticuerpos) es de 4-8 semanas por lo que si la infección es muy reciente no sería posible su detección. Al analizar el antígeno p24 junto con los anticuerpos se reduce ligeramente este periodo ventana. Tampoco es útil para descartar infección en recién nacidos, los anticuerpos IgG maternos pueden haber atravesado la placenta pero no el virus.

En cuanto a técnicas de confirmación: o la inmunofluorescencia indirecta presenta como inconvenientes la subjetividad al mirar al microscopio, células obtenidas de distintas líneas celulares, fijación en el portaobjetos en distintos momentos de la infección celular, estado de conservación, etc. o La radioinmunoprecipitación requiere condiciones de alta seguridad, ya que se realiza mediante

cultivo de virus en línea celular de linfocitos humanos y posterior marcaje radiactivo. Actualmente se emplea en ámbito de investigación. o La carga viral logra un diagnóstico más rápido y precoz de la infección por VIH en situaciones en las que el diagnóstico clásico serológico puede tardar en confirmarse: recién nacidos de madres infectadas por VIH o con antecedentes de riesgo de infección VIH durante el embarazo y en sujetos con periodos ventana más largos del habitual.

5 Discusión-Conclusión

Acabar con una epidemia que a finales de 2016 afectaba a aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo y se había cobrado más de 35 millones de vidas requiere cumplir varios objetivos. Primero conseguir diagnosticar todos los casos posibles con métodos de análisis rápidos y fiables, que permitan detectar la presencia o ausencia de anticuerpos contra el virus, pudiendo obtener los resultados al momento, ya que es fundamental para identificar a los afectados e iniciar el tratamiento cuanto antes. Y segundo, accesibilidad al tratamiento antirretroviral a todos los diagnosticados con la mayor rapidez posible, para conseguir que el virus se haga indetectable en la sangre de los infectados y de esta forma llegue a ser intransmisible.

Para el diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana, así como para el resto de virus y microorganismos, es importante conocer los conceptos de sensibilidad y especificidad:

- Sensibilidad: capacidad de una prueba para detectar la enfermedad en sujetos enfermos
- Especificidad: capacidad de una prueba para detectar la ausencia de enfermedad en sujetos sanos.

Por tanto, cuando hay una sospecha de infección por VIH nos interesa emplear primero una técnica que sea capaz de detectar la mayor cantidad de personas infectadas, reduciendo al máximo el porcentaje de falsos negativos. Es decir, emplearemos técnicas de cribado o screening que presenten una sensibilidad lo más alta posible. Estas técnicas presentan el inconveniente de que su especificidad es menor que en otras técnicas, por lo que en caso de resultado positivo es necesario confirmarlo con otra técnica o técnicas con especificidad muy alta (técnicas de confirmación)

La carga viral es un buen marcador pronóstico y la mejor manera de monitorizar la respuesta o el fracaso de un tratamiento

6 Bibliografía

- Brock – Biología de los microorganismos. Madigan, M.T., J.M. Martinko, P.V. Dunlap, D.P. Clark. 2009. 12ª ed. Pearson. Addison Wesley
- MICROBIOLOGIA de Prescott, Harley y Klein. Willey, J.M.; Sherwood, L.M. y Woolverton, C.J. 2009. 7ª ed. McGraw-Hill-INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.
- Microbiología médica. Patrick R. Murray, Ken S. Rosenthal, Michael Pfaller. 2017. 8ª ed. S.A. ELSEVIER ESPAÑA
- <http://viralzone.expasy.org>
- <http://www.labome.es/method/Cell-Culture-Media-A-Review.html>
- <http://www.genomasur.com/lecturas/guia01.htm>

Capítulo 401

EXAMEN DE LAS HECES

ANDREA DÍAZ PARIENTE

ESTELA LÓPEZ CANO

NOELIA CARBAJAL GARCÍA

JENNIFER GARCÍA LÓPEZ

1 Introducción

Las heces son los desechos que el organismo expulsa al finalizar su proceso digestivo. Las heces están compuestas de alimentos que no se digirieron, bacterias, moco y células del revestimiento de los intestinos.

Anatomía del intestino grueso: Ubicado en la parte del abdomen bajo, de una longitud aproximada de entre un metro y un metro y medio, y de aspecto muscular globoso ondulado. Tiene un revestimiento mucoso, conformado por capas de bacterias que lo protegen de irritaciones e inflamaciones llamada flora bacteriana. Estas bacterias no son patógenas y colaboran con la buena eliminación de sustancias no aprovechadas. Está formado por:

- Ciego: es la primera porción del intestino grueso, está ubicado entre el íleon y el colon ascendente. Tiene una longitud de aproximadamente 7 centímetros y forma de saco o bolsa que no posee salida. Está ubicado en la parte inferior derecha y tiene un pequeño tubo de unos 9 centímetros de longitud que tiene el nombre de apéndice, su función es retener de forma momentánea el avance de alimentos al intestino grueso.

- Colon: es la porción más larga del intestino grueso. Se divide en tres partes: colon ascendente, colon transversal y colon descendente o colon sigmoideo. La función de esta porción es extraer agua y algunas sales de los alimentos, y conducir los desechos que van quedando por toda su extensión.
- Recto: es la última parte del intestino grueso, y se encuentra entre el colon sigmoideo y el ano. Mide entre 15 y 20 cm de largo. Esta porción rectal recibe los desechos de la digestión y los elimina al medio externo a través de la abertura llamada ano.

El intestino grueso realiza funciones de absorción de agua y electrolitos y transformación del material alimentario en heces (defecación entre 100-150 gr/día).

Además la flora bacteriana intestinal se encarga de fermentar los hidratos de carbono y los lípidos, de convertir la bilirrubina en otros pigmentos que dan el color marrón a las heces, y de originar la formación de varias vitaminas, como la vitamina K o varias del grupo B (B1 o tiamina, B2 o riboflavina, y B12 o cianocobalamina).

El intestino grueso secreta moco (formado por la combinación de agua y mucina) cuya función es lubricar la capa que recubre internamente (epitelio) al tracto gastrointestinal, protegerlo contra el daño mecánico y contra los efectos nocivos del ácido estomacal (el moco mantiene separados a los ácidos y las enzimas del tejido intestinal) así como contra bacterias y virus patógenos.

Análisis de heces:

El análisis de heces se realiza para ayudar a diagnosticar ciertas afecciones que afectan el tubo digestivo y glándulas asociadas principalmente. Las enfermedades en las que más se solicita son: enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn), malabsorción intestinal, insuficiencia pancreática, cáncer en el tubo digestivo e infecciones. Se utiliza con cierta frecuencia porque no supone grandes molestias realizarla, es barata, y puede aportar mucha información útil.

Color: Todos los tonos de marrón e incluso verde se consideran normales. Solo en raras ocasiones el color de las heces indica una afección intestinal potencialmente grave.

- Verde: Comunes cuando el intestino está funcionando muy rápido y no tiene tiempo suficiente para digerir correctamente la bilis, esto ocurre durante algunas situaciones de estrés o cuando hay una crisis de intestino irritable. También pueden aparecer cuando se ingiere muchos vegetales de este color como la espinaca o cuando se está tomando un suplemento de hierro

- Color claro, blanco o arcilla: Surgen cuando el sistema digestivo tiene dificultad para digerir la grasa y, por esto, es una señal importante de problemas en el hígado o de las vías biliares. También puede ser debido a la ingesta de ciertos medicamentos o antidiarreicos.
- Amarillo: Normalmente indica que el intestino está teniendo dificultad para digerir la grasa. Puede estar relacionado con problemas que disminuyen la capacidad de absorción intestinal (enfermedad celíaca), o ser causadas por la falta de producción de enzimas pancreáticas. También pueden surgir en el caso de infecciones intestinales
- Oscuras o negro: Generalmente tienen un olor más fétido de lo normal, esto podría indicar la existencia de un sangrado en la parte superior del sistema digestivo (úlcera o por varices esofágicas). Otra causa de heces oscuras es la ingestión de suplementos de hierro.
- Rojo: Generalmente indican la presencia de sangre (hemorroides, infecciones intestinales, enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa o cáncer). También puede ser debido a la ingesta de ciertos alimentos (remolacha, arándanos, tomate...)

Consistencia y forma: En situaciones normales, las heces deben tener una consistencia suave, pero deben ser capaces para mantener su forma (ligeramente alargada). Para ayudar en la evaluación de la forma y la consistencia de las heces se creó la Escala de Bristol:

- Tipo 1: Pequeñas bolitas duras y separadas, que salen con mucha dificultad. Alteración aguda en la flora intestinal (uso de antibióticos) o dieta baja en fibras.
- Tipo 2: Heces compactas en una sola masa, pero de aspecto grueso o enroscado (como una salchicha compuesta de fragmentos). Tipo más doloroso (rígido y su tamaño puede sobrepasar la apertura del canal anal). Durante la evacuación es común que haya sangrado, fisuras, hemorroides o divertículos. Pueden causar la aparición de síndrome del intestino irritable debido a la presión continua de heces en las paredes intestinales.
- Tipo 3: Tamaño de las heces más pequeño y con grietas, ya que las heces se mantienen un poco más de tiempo en el intestino.
- Tipo 4: Alargadas, lisas y suave. Forma normal cuando se evacua una vez por día.
- Tipo 5: Heces separadas en pedazos pastosos y con bordes bien definidos. Típico cuando se evacua 2 o 3 veces por día.
- Tipo 6: Fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y de consistencia pastosa. Puede ser causada porque el colon está ligeramente hiperactivo, exceso de potasio en la dieta, deshidratación repentina o aumento de la presión arterial relacionada al estrés.

- Tipo 7: Evacuaciones líquidas y sin pedazos sólidos, asociadas a deshidratación y dolor abdominal. Puede ser causada por diversos tipos de enfermedades como virosis, infección intestinal e intolerancia a la lactosa.
- En general, las heces tipo 3,4 y 5 se consideran normales, especialmente cuando el intestino mantiene una buena frecuencia de evacuaciones. Las heces tipo 1 y 2 indican estreñimiento y las 6 y 7 son heces diarreicas.

Olor: Debido a la presencia de indol y escatol las heces tienen un olor característico. El olor puede variar en ciertas alteraciones:

- Inodoras: Diarreas mantenidas o tratamientos antibióticos prolongados.
- Rancio: Diarreas de fermentación.
- Fétido: Neoplasias y melenas.
- Amoniacal: Fístulas anales.

Moco: Si la eliminación de moco es muy frecuente y en gran cantidad, puede ser señal de algún problema intestinal. El más común de ellos es el síndrome del intestino irritable, y suele venir acompañada de diarrea o constipación intestinal.

Si también presenta diarrea con pus y/o sangre las posibilidades de diagnóstico incluyen gastroenteritis infecciosas y enfermedades inflamatorias intestinales (Enfermedad de Crohn o rectocolitis ulcerativa). La presencia de moco y sangre en pacientes de más de 50 años puede ser una señal de tumor intestinal.

2 Objetivos

Describir el análisis de una muestra de orina de micción aislada en el laboratorio de análisis clínicos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar el análisis de heces, se recoge una muestra de heces en un frasco limpio, se pueden recoger las heces de cualquier hora del día y hay que evitar que se mezclen con la orina.

- Recoger la muestra antes de la administración de antibióticos, agentes antidiarreicos o laxantes.
- Recoger con una espátula limpia o una cucharilla de plástico de un solo uso una cantidad aproximada de 1 o 2 gr. de excrementos, formados o pastosos, del recipiente donde han sido emitidas y transferirlas a un recipiente de boca ancha estéril y con tapa hermética para transportarlas al laboratorio.
- Es importante seleccionar las zonas donde hay sangre, moco o pus.
- Si la muestra de excrementos es líquida, recoger aproximadamente 10 ml.
- Para la detección de huevos y parásitos intestinales es adecuado obtener una muestra de excrementos diaria hasta un total de 3 muestras, para aumentar así la probabilidad de conseguir parásitos en las muestras.

Una vez en el laboratorio se procederá a realizar el análisis de heces. Los estudios que más frecuentemente se realizan sobre las heces son:

EXAMEN MICROSCÓPICO:

En una lámina portaobjetos se colocan dos gotas, en la parte izquierda solución salina y en la derecha lugol, luego se toma con un palillo la muestra de materia fecal, se debe escoger la parte que tenga elementos anormales como sangre, moco, etc. y de otra parte para que así quede una muestra representativa, se homogeneiza en la lámina primero en la solución salina y luego en el lugol, se le colocan los cubreobjetos. La suspensión no debe quedar muy gruesa pero tampoco muy delgada.

- Almidón: Aparece por falta de líquido pancreático por obstrucción del conducto, debido a cálculos o tumores, enfermedad de páncreas o fibrosis quística. También puede deberse a la ingesta excesiva de almidones que impiden su digestión.
- Jabones: Enfermedad celiaca.
- Grasas neutras: Insuficiencia pancreática, pancreatitis crónica, tumores de páncreas, obstrucción del conducto biliar, dieta con fibra abundante...
- Ácidos grasos: Malabsorción, enfermedad de ID, fistula gastrocólica y tránsito intestinal acelerado.
- Fibras musculares: La presencia de fibras mal digeridas se llama creatorrea y se puede deber a insuficiencia pancreática o gástrica.
- Células epiteliales: Su presencia es normal. En exceso indican irritabilidad.
- Glóbulos Rojos: Su hallazgo indica lesión en la parte baja del aparato digestivo.

- Leucocitos: Se tiñe la muestra con azul de metileno. Signo de una infección bacteriana del sistema digestivo (*Clostridium difficile*, *Shigella*, *Salmonella*, *Campylobacter*...). También pueden ser un signo de enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa o Enfermedad de Crohn).

Cristales:

- Oxalato de Calcio: Normal. Aumentan en insuficiencia gástrica.
- De Charcot-leyden: Amebiasis, diarrea por *Isospora belli*. Son cristales octaédricos alargados producidos por degradación de eosinófilos.
- Hematoidina: Se presentan en grupos después de hemorragias. pH:

Se emplea una tira de papel indicador universal, sobre el cual se aplica una pequeña cantidad de materia fecal, se espera unos minutos y se compara con la escala de colores. El pH es de gran importancia en diarrea de infantes, especialmente cuando hay intolerancia de carbohidratos o una mala absorción de los mismos.

DETERMINACION DE AZUCARES REDUCTORES

Importancia clínica para detectar deficiencia de enzimas intestinales como la lactosa debido a una deficiencia congénita o daños inespecíficos a la mucosa. Esta prueba se realiza en pacientes que se sospecha son intolerantes a la lactosa.

El método cualitativo con reactivo de Benedict, contiene ión cúprico formando un complejo con citrato en solución alcalina caliente. La glucosa y otras sustancias reductoras reducen el sulfato cúprico, de color azul a sulfato cuproso formando hidróxido cuproso amarillo o de óxido cuproso rojo que es insoluble.

Técnica: En un tubo marcado problema pipetee: 5 ml de reactivo de Benedict, agregue 3 gotas de materia fecal si la consistencia es líquida, en caso de ser sólida tome una porción con un asa y mézclela completamente en el tubo marcado problema. En otro tubo marcado control pipetee 5 ml de reactivo de benedict y adicione una pequeña cantidad de control positivo en polvo, aprox 40 mgs (una pizca con punta de cucharita). Calentar durante 1 minuto el mechero o en un recipiente con agua hirviendo durante 3 minutos. Dejar enfriar.

DETERMINACION DE GRASA EN HECES: PRUEBA DE VAN KAMER

En la población sana la excreción de grasa en heces es menor de 6 g al día y se mantiene constante incluso si se incrementa el consumo de grasa a 100-125 g por día. La eliminación de más de 6 g de grasa en heces por día es patológico, aunque los pacientes con esteatorrea suelen tener más de 20 g/día.

La recogida de heces durante 72 h reduce la variabilidad y el error que se puede dar si se hace con más cortos periodos de tiempo. Los pacientes deben consumir una dieta con 70-120 g de grasa/día ya que en pacientes ancianos sanos si consumen una dieta con más de 140 g de grasa tienen una elevada eliminación de grasa por las heces y puede dar falsos positivos. Asimismo deben saber que los sustitutos de la grasa no absorbibles pueden dar falsos positivos. El porcentaje de grasa absorbida puede ser calculado y es igual a la grasa ingerida menos la grasa eliminada dividido entre la grasa ingerida, siendo normal si es mayor al 94%.

Otras alternativas son las pruebas cualitativas en las que una muestra de materia fecal se tiñe con Sudán III y se identifica e informa el número de glóbulos de grasa, la cuantificación porcentual de grasa en una muestra de heces mediante un método gravimétrico similar a un hematocrito (esteatocrito) y el análisis por reflectancia con uso de rayos infrarrojos.

SANGRE OCULTA EN HECES

La prueba de sangre oculta en heces es una prueba de detección temprana del cáncer colorrectal. El Instituto Nacional del Cáncer recomienda empezar a hacerse pruebas regulares de detección del cáncer colorrectal a partir de los 50 años de edad. También se puede usar para diagnosticar otras causas de sangrado en el tubo digestivo.

Examen de Guayacol: Se colocan muestras pequeñas de materia fecal en tarjetas especiales con guayacol. Se agrega una solución de prueba en las tarjetas y el guayacol hace que la muestra de materia fecal cambie de color. Si hay sangre en la materia fecal, el color cambia muy rápido. En algunos países venden tiras de papel reactivas en las farmacias.

PARASITOS EN HECES

El análisis de parásitos en las heces es un estudio que se realiza mediante la toma de heces en fresco, y se analiza al microscopio la presencia de formas adultas, larvas o huevos de diferentes familias de helmintos, amebas, tenias y protozoos. Consiste en diluir las heces y observarlas directamente con el microscopio. Los parásitos más frecuentes en heces son de 3 tipos: Helmintos (gusanos del tipo Ascaris o de la Tenia), Protozoos (Giardia lamblia y ameba) y Oxiuros ("lombrices").

- Test de concentración de huevos y quistes (huevos de helminto y quistes de protozoo): Su finalidad es la de conseguir teñir los quistes o los huevos que se están buscando de un color adecuado para luego ser vistos en microscopio. La muestra son unos gramos de heces frescas (si son diarreicas primero se miran al microscopio directamente sin teñir, y posteriormente si es necesario se procesan

y miran de nuevo).

- Test de Graham para Oxiuros: Las hembras ponen los huevos en los pliegues perianales y normalmente se quedan pegados a la piel que rodea el ano, y no aparecen en las heces. Lo que se hace es utilizar un pedazo de cinta adhesiva, que se coloca cuidadosamente en los márgenes anales, de forma que si hay huevos estos se queden pegados a la cinta, y es sobre ésta sobre la que se investiga para determinar si el parásito está presente o no.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el técnico de laboratorio conozca la técnica de análisis de heces.

6 Bibliografía

1. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/heces>
2. <https://conceptodefinicion.de/heces/>
3. <https://www.paxala.com/el-intestino-grueso/>
4. https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria
5. <http://www.calfnotes.com/pdf/CN034e.pdf>
6. <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-gastrointestinales>
7. <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness>
8. <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/>
9. <https://www.webconsultas.com/pruebas-medicas/analisis-de-heces>
10. <https://hospitaldenens.com/es/guia-de-salud-y-enfermedades>
11. <https://www.tuasaude.com/es/color-de-las-heces/>
12. <https://www.tuasaude.com/es/escala-de-bristol/>
13. <https://books.google.es/books>
14. <https://www.mdsaude.com/es/gastroenterologia-es/apariencia-heces/>
15. <https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/download>
16. <https://coggle.it/diagram/>
17. <https://jdlondonocedimed.files.wordpress.com>
18. <http://scielo.isciii.es/>
19. <http://www.revistagastroenterologiamexico.org>
20. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio>
21. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones>
22. https://www.tuotromedico.com/temas/parasitos_en_heces.htm
23. <http://www.sampac.es/sites/default/files/docs/COPROCULTIVO.pdf>

Capítulo 402

LA PROTECCION RADIOLOGICA EN EL MEDIO SANITARIO

ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ- PACHECO

BELEN GALAN ALVAREZ

ANDREA GONZALEZ GARCIA

NAZARETH ALONSO ÁLVAREZ

1 Introducción

Las radiaciones de fondo o naturales han sido siempre parte de nuestro entorno. Desde el descubrimiento de las radiaciones ionizantes con beneficios para el hombre tanto a nivel de salud como industrial o de investigación hay un incremento de radiación artificial que es la generada por el hombre, siempre buscando el beneficio, pero esto supone unos riesgos para los trabajadores y la población en general que al descubrirse sus efectos nocivos en el organismo surgió la necesidad de protegerse.

En España el CSN (Consejo de Seguridad Nuclear) es quien tiene la responsabilidad en todos los aspectos relacionados con la protección radiológica.

La radiación artificial debido a sus beneficios mencionados anteriormente está en aumento y por lo tanto debemos proteger de esos efectos nocivos tanto al personal expuesto como al público en general. Es decir, dentro de la instalación de radiodiagnóstico tenemos un riesgo de irradiación externa únicamente cuando el tubo de Rayos X esté en funcionamiento, lo mismo ocurre en las instalaciones de

radioterapia, salvo en los casos de radioterapia metabólica que existiría también de contaminación.

En el servicio de medicina nuclear al estar en contacto con fuentes encapsuladas tenemos, además del riesgo de irradiación, el de contaminación y esta contaminación puede ser interna o externa.

Todo sistema de protección radiológica se basa en tres principios fundamentales:

- Justificación: Debe tener más beneficios que perjuicios.
- Optimización: Siguiendo el criterio ALARA (tan bajo como sea posible).
- Límite de dosis: Se establece para: trabajadores expuestos y público en general.

Por lo tanto, en base a estos tres principios se establecen las medidas generales de protección radiológica pautadas por el CSN con el fin de evitar irradiación innecesaria como son:

- Distancia: Aumentando la distancia entre el individuo y la fuente de irradiación se disminuye la exposición.
- Tiempo: Cuanto menor sea el tiempo de la exposición a la fuente de irradiación menor será la dosis recibida.
- Blindaje: Se interpone un espesor de material absorbente entre el individuo y la fuente de irradiación.

Este material varía en función del tipo de radiación y la energía. El blindaje puede ser de:

- Barreras primarias que atenúan el haz primario de radiación
- Barreras secundarias que atenúan la radiación secundaria

A su vez todos los trabajadores de los de servicios en los que se trabaje con radiaciones ionizantes deben tener la formación necesaria y ser responsables de llevarlas a cabo con el fin de evitar accidentes perjudiciales para la salud.

2 Objetivos

- Concienciar al personal sanitario de los riesgos y las medidas a tomar en relación a la exposición radiológica.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de información a través de las diferentes bases de datos sobre la protección radiológica y los límites de dosis establecidos.

4 Resultados

Con las medidas pautadas y la formación continuada de los trabajadores se consigue llevar un control de las dosis recibidas. Se establece un límite de dosis que garantice una protección adecuada incluso para los trabajadores más expuestos como del público en general. Los límites son la representación de los valores de la dosis efectiva y de la dosis equivalente que no debe superarse a lo largo de la vida de un individuo. En estos límites no se tienen en cuenta las dosis recibidas del fondo natural ni las derivadas de tratamiento médicos.

Los límites de dosis establecidos actualmente de Protección Sanitaria contra radiaciones ionizantes:

Dosis Efectiva:

- Trabajadores: 100 mSv promediados en un periodo de 5 años oficiales (20 mSv/año), no superando 50 mSV en un año.
- Público: 1 mSv/ año oficial.

Dosis equivalente anual en:

- Cristalino o Trabajadores: 150 mSv o Público: 15 mSV.
- La Piel o Trabajadores: 500 mSv o Público: 50 mSv.
- Las manos y pies o 500 mSv.

5 Discusión-Conclusión

En base a los resultados obtenidos y siguiendo las normas de protección radiológica marcadas por el CSN se ha conseguido el uso de radiaciones ionizantes con uso médico o industrial con grandes beneficios para la humanidad sin poner en riesgo ni al personal en contacto frecuente con dichas fuentes ni al público en general.

Con la aplicación de estas medidas se consigue evitar la aparición de efectos biológicos deterministas al restringir las dosis evitando que se alcancen los umbrales. Y también se limita en lo posible la probabilidad, ya que a dosis pequeñas

de radiación existe una probabilidad de producir daño al no existir una dosis umbral, de aparición de los efectos estocásticos.

6 Bibliografía

1. https://www.sefm.es/userfiles/foro_csn_sefm_sepr/manual_general_pr_medio_hospitalario.pdf
2. http://csn.ciemat.es/MDCSN/recursos/ficheros_md/1818579602_-2411200913413.pdf.
3. <http://www.cliccascienze.it/radioproteccion/criterios-generales-de-proteccion>
4. <https://docplayer.es/29419519-Tema-8-criterios-generales-de-proteccion-radiologica>
5. <http://www.foroiberam.org/documents/193375/199920/>.

Capítulo 403

EL RIESGO BIOLÓGICO PARA EL PERSONAL SANITARIO

ANDREA GONZALEZ GARCIA

NAZARETH ALONSO ÁLVAREZ

ALICIA LÓPEZ RODRÍGUEZ- PACHECO

BELEN GALAN ALVAREZ

1 Introducción

Entendemos por riesgo cualquier mínima posibilidad de que se produzca un daño o perjuicio y por lo tanto cualquier situación en la que pueda darse esa posibilidad. Por lo tanto definimos el riesgo biológico como la posibilidad de que se de una situación en la que se produzca una exposición a microorganismos que puedan dar lugar a enfermedades, derivada de la propia actividad laboral. Su transmisión puede ser por vía respiratoria, digestiva, sanguínea, piel o mucosas.

Entendemos como contaminante biológico a cualquier microorganismo, sustancia de origen animal o vegetal o bien sus derivados capaces de producir un efecto adverso en las personas produciendo enfermedades infecciosas o enfermedades parasitarias.

Los microorganismos se pueden clasificar en:

- Bacterias: son organismos unicelulares que pueden vivir en un medio adecuado sin necesidad de un huésped. Algunas fabrican esporas.

- Virus: son formas más simples de vida que las bacterias. Sólo tienen material genético que lo introducen en las células del huésped para reproducirse.
- Hongos: son organismos de carácter vegetal. Son parásitos para animales y vegetales. Su hábitat natural es la tierra.
- Protozoos: Son organismos unicelulares. Necesitan a varios huéspedes y el mecanismo de transmisión es a través de los insectos.
- Parásitos: son organismos animales de un tamaño mayor, que desarrollan alguna de las fases de su ciclo vital en el interior del cuerpo humano. Pueden generar toxinas que pueden penetrar en el cuerpo de las personas.

2 Objetivos

- Determinar el grado de conocimiento de todos los técnicos sanitarios en la importancia de la autoprotección frente a los riesgos biológicos que les rodean en su entorno laboral.

3 Metodología

Para ello hemos realizado una revisión sistemática en artículos científicos y guías de métodos de prevención. Las bases de datos consultadas fueron Google y el libro de “autoprotección integral del personal sanitario”.

4 Resultados

Los trabajadores sanitarios a consecuencia de su trabajo están sometidos diariamente a posibles situaciones de exposición a agentes biológicos. Esta exposición se puede producir a través de la sangre, de secreciones y excreciones de pacientes infecciosos, de fluidos corporales, o incluso mediante una inadecuada eliminación o tratamiento de los residuos biológicos que estén contaminados con virus, hongos, parásitos, bacterias etc. Esta exposición puede originar infecciones, alergias o toxicidad.

Los agentes biológicos se pueden clasificar:

- Según su capacidad patógena, es decir, según la capacidad que tienen estos agentes de provocar enfermedad en el trabajador y la gravedad de dicha patología.
- Según el grado de peligrosidad que represente para los trabajadores que estén expuestos.

- Según sea mayor o menor la capacidad de contagio de la enfermedad a otras personas.
- Según la existencia o no de tratamiento adecuado para la patología que producen.

Algunas enfermedades infecciosas y parasitarias de origen profesional son: SIDA, Varicela, Tuberculosis, Sarna, Herpes, Hepatitis, etc.

5 Discusión-Conclusión

Por lo tanto, el personal sanitario como principal medida de autoprotección deberá tratar a todos los pacientes con unas medidas básicas de protección y aplicar medidas especiales cuando se vaya a entrar en contacto con pacientes de los que se tenga la sospecha o la certeza de que padecen una enfermedad infecto-contagiosa. También, como personal sanitario debemos estar vacunados de la hepatitis B, gripe y el tétanos, Así estaremos protegidos contra este riesgo biológico.

Las medidas básicas de profilaxis a las que nos referimos es a las precauciones universales que todo personal sanitario debe adoptar:

- Realizar un correcto lavado de manos, con agua y jabón, y posterior secado con papel.
- Utilización de guantes, son de gran importancia para reducir el riesgo del personal sanitario expuesto y para prevenir que el personal sanitario, a su vez, propague la infección a los pacientes. Siempre se deben usar guantes y cambiarlos de paciente en paciente. Se deben coger directamente de su envase original.
- Si tenemos alguna herida o eccema, debemos taparlas con un apósito y extremar las precauciones.
- No se deben reencapuchar agujas y de desecharan en un contenedor rígido adecuado para estas y otros objetos punzantes.

6 Bibliografía

1. Libro "Autoprotección integral del personal sanitario" por Vanessa Adan y Alex Esteve.
2. <https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/riesgo-biologico>.
3. <https://www.geosalud.com>.
4. <https://prevencionar.com>.

Capítulo 404

STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN RESIDENCIAS DE ANCIANOS. UN PROBLEMA PARA NUESTRO MAYORES.

HECTOR FERNANDEZ FERNANDEZ

ALMUDENA SUERO ALVAREZ

VANESSA RODRIGUEZ GARCIA

EVA PILOÑETA GONZALEZ

1 Introducción

Staphylococcus aureus, conocido como estafilococo áureo o estafilococo dorado, es una bacteria anaerobia facultativa, gram positiva, productora de coagulasa, catalasa, inmóvil y no esporulada que se encuentra ampliamente distribuida por todo el mundo, estimándose que una de cada tres personas estén colonizadas aunque no infectadas por ella.

Puede producir una amplia gama de enfermedades benignas, hasta enfermedades de riesgo vital. Además, también puede afectar al aparato gastrointestinal, ya sea por presencia física de *Staphylococcus aureus* o por la ingesta de la enterotoxina estafilocócica secretada por la bacteria.

Nosotros en esta ocasión nos vamos a centrar en un problema cada vez más acuciante como son los grandes contagios en residencias de ancianos, los cuales

tienen la salud comprometida y cualquier mínimo riesgo puede ser fatal para ellos.

Estas bacterias se contagian por contacto directo con una persona infectada, al utilizar un objeto contaminado o por inhalación de gotitas infectadas que se dispersan al estornudar o toser. Las infecciones cutáneas son frecuentes, pero la bacteria puede propagarse a través del torrente sanguíneo e infectar órganos distantes.

Las infecciones cutáneas pueden causar ampollas, abscesos y enrojecimiento e hinchazón de la zona infectada. El diagnóstico se basa en la apariencia de la piel o en la identificación de la bacteria en una muestra del material infectado. El lavado minucioso de las manos ayuda a evitar la propagación de la infección. Los antibióticos se eligen en función de su probable eficacia contra la cepa causante de la infección.

2 Objetivos

Concienciar a los profesionales de la sanidad que trabajan en este campo para que actúen con la mayor diligencia posible y eviten contagios y riesgos mayores de los necesarios con estos 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: Pubmed, Medline y Scielo seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En este caso, como en otros muchos, que nos concierne a nuestra profesión, cada centro de trabajo tiene sus propios protocolos de trabajo, en ellos se detalla minuciosamente como han de tratarse las heridas, hacer las curas y la forma de evitar cualquier propagación de las bacterias mediante limpieza, pulcritud, es-

tandarización de métodos e higiene, tanto del paciente como del profesional que lo atiende

Estas muestras de úlceras y heridas llegan al laboratorio de microbiología en un hisopo de torunda estéril con un medio nutritivo. En el laboratorio esta torunda se pasan a medios de crecimiento como Agar Sangre y otro como puede ser un MRSA (*Staphylococcus aureus* meticilin resistente) habitualmente cromogénico donde este Staphylo crece en un color característico (el color varia en función del fabricante).

Distinguimos esta bacteria porque en el Agar sangre forma una gran hemólisis del medio y por otro lado como ya dijimos en el medio MRSA aparecerá del color indicado. Esta cepa es la más virulenta de todas y no tiene casi antibióticos con los que tratarla. Como pruebas bioquímicas es una cepa catalasa y coagulasa positivo. Con todo esto ya podemos determinar su confirmación.

5 Discusión-Conclusión

Por todo esto queremos insistir en la importancia de la asepsis cuando realizamos estas curas, con buenos lavados de manos y cambio de guantes entre paciente y paciente. Incluso entre heridas del mismo paciente para no favorecer su proliferación y propagación. Queremos recordar tan bien que la cepa MRSA es la más virulenta y casi no tiene antibioticos que puedan destruirla.

6 Bibliografía

- <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/infecciones-bacterianas-bacterias-grampositivas/infecciones-por-staphylococcus-aureus>.
- <https://www.inforesidencias.com/contenidos/profesionales/nacional/programas-protocolos-y-registros-en-residencias-geriatricas>.
- https://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulceras_presion.pdf.

Capítulo 405

TRABAJO EN EQUIPO

LAURA LAFUENTE FERNÁNDEZ

LORENA SUÁREZ FERNÁNDEZ

DAVID MARTÍNEZ NIETO

PAULA GARCIA MIRANDA

1 Introducción

Cuando se trabaja en equipo, se aúnan las aptitudes de los miembros y se potencian sus esfuerzos, disminuye el tiempo invertido en las labores y aumenta la eficacia de los resultados. Un grupo de personas se transforma en equipo en la medida en que alcanza cohesión. Para ello se han de crear lazos de atracción interpersonal, fijar una serie de normas que dirijan el comportamiento de todos miembros, donde la figura de un líder es fundamental, promover una buena comunicación entre el conjunto de integrantes, trabajar por el logro de los objetivos comunes y establecer relaciones positivas.

La cohesión de un equipo de trabajo se expresa a través del compañerismo y el sentido de pertenencia al grupo que manifiestan sus componentes. Cuanta más cohesión exista, mejor trabajarán sus miembros y más productivos serán los resultados de sus acciones.

2 Objetivos

- Aumentar la eficacia del equipo de trabajo, aumentando su rendimiento.

3 Metodología

Se va a pasar un cuestionario a todos los trabajadores sanitarios que trabajan en equipo, sobre lo que consideran ellos el trabajo multidisciplinar y su repercusión en el trabajo diario de la unidad. Posteriormente, durante dos meses con frecuencia de un día a la semana, se va a impartir una charla formativa sobre el trabajo en equipo multidisciplinar con los objetivos de proporcionar una una mejora en la calidad de vida del paciente, satisfacer sus necesidades holísticas con un trabajo integral al paciente y entorno familiar. Una vez desarrollada la formación, se establecerán medidas evaluadoras del aseo dentro de unos criterios de calidad establecidos previamente por el servicio sanitario.

Finalidad: valorar la importancia del trabajo en equipo dentro de un hospital y el aumento de rendimiento que éste produce. Cada miembro de un equipo interdisciplinar es indispensable dentro del mismo.

4 Bibliografía

”Trabajo en equipo” Jose María Acosta. Esic Editorial. Bases de datos PubMed o Medline.

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

Capítulo 406

CITOLOGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN

ADRIANA CAMPILLO CASO

1 Introducción

En la actualidad el cáncer de pulmón es una eide las neoplasias más frecuentes, siendo la forma más frecuente de cáncer en el varón y observándose un aumento de su incidencia en la mujer. El consumo del tabaco esta relacionado con un 90% de los casos.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca del cáncer de pulmón y su diagnóstico.

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 de la clasificación actual de los carcinomas de pulmón, se contemplan la existencia de formas mixtas, siendo las más frecuentes el carcinoma adenocarcinoma y el carcinoma con componentes escamoso y anaplásico de célula pequeña.

Existen 4 tipos diferenciados de tumores:

- Carcinoma escamoso (queratinizante o no queratinizante).
- Adenocarcinoma (bronquial o bronquioloalveolar).
- Carcinoma indiferenciado de células pequeñas (variedad "oat cell", de célula intermedia y de tipo combinado).
- Carcinoma indiferenciado de células grandes (variedad de células gigantes y de células claras).

Desde el punto de vista clínico, los síntomas mas frecuentes son: tos, expectoración persistente y hemoptisis. Ante la sospecha de un carcinoma broncopulmonar, la citología de esputo junto a una radiografía de tórax, constituyen el primer paso a seguir. Algunos tumores pueden ser diagnosticados por citología de esputo incluso antes de ser visualizados radiológicamente. A nivel pulmonar y de presentación en el esputo, podemos observar tumores que no tienen tanta incidencia como los mencionados antes. Entre ellos cabe destacar el tumor carcinomatoide y los linfomas. En el esputo también pueden aparecer células malignas de otros carcinomas (esófago, laringe, mama colon...) Según estudios, el carcinoma metastásico puede ser diagnosticado citológicamente en un 50% de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Es importante detectar a tiempo el cáncer de pulmón para poder establecer el tratamiento a tiempo para intentar en la medida de lo posible solucionar la patología existente. Además, cabe decir que es un tumor muy agresivo por este motivo hay que localizarlo a tiempo.

6 Bibliografía

- Citología de secreciones y líquidos - R. Martinez - Ed. Paraninfo
- www.cancer.org
- www.radiologyinfo.org
- www.seap.es

Capítulo 407

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES DE LA PIEL

ANGELA HERNANDO TEMPRANA

LUZ PEREZ GONZALEZ

1 Introducción

La piel es el órgano más extenso del cuerpo humano, cubriéndolo en su totalidad. La extensión depende de la altura y el peso de cada persona, aunque puede expresarse que el promedio de recubrimiento de piel en una persona es un 1.8 metros cuadrados y tiene un espesor de 2.2 mm.

Debe tenerse en cuenta que es el recubrimiento externo de todo nuestro cuerpo, por lo que se expone a múltiples factores ambientales y por tanto a diversas agresiones sobre ella. También es un órgano de expresión de lesiones internas de nuestro cuerpo, en la que se reflejan dichas lesiones. La piel posee ciertas características que le permiten hacer frente a estos factores agresivos a los que se expone, como la elasticidad, la resistencia y flexibilidad entre otras. (1)

2 Objetivos

- Describir las principales lesiones causadas en la piel, diferenciando las lesiones primarias y las secundarias.

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 piel se divide histológicamente en tres capas: la epidermis, la dermis y la hipodermis. La epidermis es la capa más superficial y actúa como barrera principal de las posibles agresiones al cuerpo. Es la primera barrera de protección. El grosor de la epidermis varía en función de su situación en el cuerpo, debido a la necesidad por la fricción a la que esté sometida. Su célula principal es el queratinocito. Posee otras células con funciones específicas como el melanocito, encargado de producir melanina; célula de Langerhans, con funciones de hipersensibilidad retardada; célula de Merckel con funciones sensoriales.

La dermis está formada por tejido conjuntivo. En ella encontramos diversas células como el fibroblasto, responsable de secretar fibras colágenas, reticulares y elásticas; macrófagos con acción fagocitaria. La hipodermis está compuesta por lóbulos limitados por tabiques de tejido conectivo que albergan los vasos, nervios y linfáticos. La célula principal es el adipocito que secreta la hormona leptina para emitir una señal de retroalimentación y regular el tejido graso y su distribución. Esta capa de la piel tiene un efecto aislante, de reservorio energético y su amortiguación permite la movilidad con los órganos que se encuentran debajo. (2)

Lesiones en la piel. La exploración de la piel debe ser muy minuciosa, palpando las lesiones para comprobar su textura y profundidad. Se pueden dividir las lesiones de piel en primarias y secundarias. Las lesiones primarias son las que aparecen sobre la piel previamente sana. Pueden ser de contenido sólido o líquido. Las lesiones secundarias son las que aparecen como consecuencia de una lesión primaria o sobre ella. (3)

Lesiones primarias. (4, 5)

- Placa: es una lesión elevada de consistencia sólida, con mayor superficie que

altura.

- Pápula: levantamiento sólido de origen dérmico o epidérmico, de menos de 0.5 cm, que involucre espontáneamente sin dejar marca.
- Mácula: cambio de coloración en la piel debido a alteración de la pigmentación.
- Nódulo: levantamiento duro, sólido, firme y bien delimitado, de más de 1 cm que desaparece sin dejar marca.
- Nudosidad: lesión profunda, palpable y dolorosa que no deja marca cuando desaparece.
- Tumor: parecida al nódulo pero con mayor tamaño, pudiendo llegar a tener varios centímetros de diámetro. Puede localizarse en cualquier capa de la piel y modificar las estructuras adyacentes.
- Roncha: lesión sólida y elevada que presenta palidez en el centro, de límites mal definidos y tamaño variable, que no deja marca.
- Ampolla: lesión de contenido líquido de más de 1 cm.
- Vesícula: lesión de contenido líquido seroso o hemático, de menos de 0.5 cm.
- Pústula: lesiones purulentas pequeñas y superficiales que acaban por romperse sin dejar huella.
- Quiste: lesión de contenido semilíquido producido por la pared epitelial de alrededor, con morfología esférica y bien delimitada.

Lesiones secundarias. (6)

- Costra: producida por la desecación de alguna sustancia o resto celular.
- Úlcera: defecto de la piel debido al desequilibrio entre los factores agresivos y defensivos de la piel.
- Atrofia: disminución de alguna de las capas de la piel.
- Escara: tejido necrótico con profundidad muy variable.
- Escama: pequeña tira de piel seca que se elimina de forma natural, pudiendo ser en exceso por una dermatitis.

5 Discusión-Conclusión

La piel es el órgano más extenso de nuestro cuerpo, con unas características y funciones propias, como la de protección. Recubre el cuerpo humano y sus órganos de agresiones externas, poniendo de manifiesto dichas agresiones en forma de lesiones. Factores como el calor, productos químicos, objetos punzantes, el rozamiento y el sol pueden dañar la piel dando lugar a alguna de las lesiones a las que nos referimos.

Presenta también alteraciones que pueden visibilizar lesiones internas que no se darían a conocer si no es a través de la piel. Por todo ello se debe prestar atención a cualquier alteración en la piel que se nos presente, pues lo exponemos a toda clase de riesgos a diario.

6 Bibliografía

- 1. Ernst, E. The usage of complementary therapies by dermatological patients: a systematic review. *Br J Dermatol* 2000; 142:857
- 2. Fleischer, AB Jr, Herbert, CR, Feldman, SR, O'Brien, F. Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *Am J Manag Care* 2000; 6:1149
- 3. Gerbert, B, Maurer, T, Berger, T, et al. Primary care physicians as gatekeepers in managed care. Primary care physicians' and dermatologists' skills at secondary prevention of skin cancer. *Arch Dermatol* 1996; 132:1030
- 4. Fleischer, AB Jr, Feldman, SR, McConnell, RC. The most common dermatologic problems identified by family physicians, 1990-1994. *Fam Med* 1997; 29:648.
- 5. Federman, DG, Reid, M, Feldman, SR, et al. The primary care provider and the care of skin disease: the patient's perspective. *Arch Dermatol* 2001; 137:25.4
- 6. Garcia-Hidalgo, L, Orozco-Topete, R, Gonzalez-Barranco, J, et al. Dermatoses in 156 obese adults. *Obes Res* 1999; 7:299.

Capítulo 408

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

CRISTINA ARCE DÍAZ

JOANA SERRANO ORTIZ

CARMEN VALBUENA ENCINAS

1 Introducción

El virus del papiloma humano (VPH), son una serie de virus relacionados entre sí perteneciente a la familia de los Papilomaviridae. Estos virus se componen de una cadena circular de ADN cubierta que se compone de 2 proteínas L1 y L2. Se conoce que existen más de 2 centenares de tipos diferentes de este virus. Normalmente afecta a los órganos genitales provocando la aparición de condilomas o verrugas genitales. Este tipo de virus son de alto riesgo ya que pueden provocar cáncer de cuello de útero/neoplasias. Normalmente se transmiten a través de relaciones sexuales.

2 Objetivos

- Analizar la bibliografía existente acerca de la prueba de Papanicolau.

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 objetivo del screening es determinar mediante la prueba de Papanicolau y la prueba de VPH, la existencia del virus del papiloma, localizar cambios precancerosos en el cuello del útero si los hubiera o examinar si las células del cuello del útero son anormales.

La citología cervicovaginal es sencilla e indolora que no precisa preparación previa y qué consiste en tomar una muestra de las células que recubren el cuello del útero mediante un pequeño cepillo específico. Posteriormente se procesará la muestra y se analizará al microscopio. Aún así, el diagnóstico definitivo de la existencia de una lesión, requiere la realización de una biopsia, utilizando unas pinzas especiales que obtienen un pequeño fragmento del tejido. También se realiza, la prueba del VPH, que está basada en la detección del virus y que también nos permite determinar el tipo específico de virus.

Las lesiones premalignas preceden a la aparición del cáncer y se denominan SIL (Lesión escamosa intraepitelial) o CIN (Neoplasia cervical intraepitelial). Según el grado de alteración, estas se clasifican en 'bajo o alto grado'. Estas últimas suelen ser lesiones persistentes, con baja probabilidad de curación espontánea y con un riesgo significativo de malignizarse. Los tipos 16 y 18 de HPV son los más importantes, debido a que son los responsables de aproximadamente el 70% de los cánceres de cuello de útero.

5 Discusión-Conclusión

Los programas de prevención de cáncer de útero basados en la realización periódica de la citología cervicovaginal o de la prueba de VPH, permiten detectar y tratar precozmente lesiones premalignas del cuello de útero, contribuyendo a disminuir el número de casos y mortalidad por este tipo de cáncer.

Es importante concienciar a la población del riesgo que conlleva las diferentes cepas cancerosas del VPH, por este motivo es importante que se realicen los exámenes periódicos de manera como está establecida en cada comunidad autónoma para evitar en la medida de lo posible detectar el cáncer de cerviz cuándo este ya está avanzado.

6 Bibliografía

- HPV Vaccines and Screening in the Prevention of Cervical Cancer. Guest Editor: F.X. Bosch. Co- Editors: J. Cuzick, J.T. Schiller, G.P. Garnett, - A. Meheus, E.L. Franco, T.C. Wright. Vaccine 2006; 24:Suppl. 3.
- J. Cortés por el Grupo Español de Vacuna VPH: Documento de Consenso de las Sociedades Científicas Españolas. Sanofi Pasteur MSD Editores. Madrid 2007.
- Ferris, DG for the FUTURE II Study Group.: Prophylactic efficacy of a Quadrivalent human papillomavirus vaccine in women with virological evidence of HPV infection. JID 2007; 196: 1438-46.

Capítulo 409

LA AUTOPSIA CLINICA

ANDREA GONZALEZ GONZALEZ

CRISTINA ARCE DÍAZ

JOANA SERRANO ORTIZ

CARMEN VALBUENA ENCINAS

1 Introducción

La autopsia o también llamada examen post mortem son una serie de estudios médicos que emplean la disección, con el fin de obtener información sobre la causa o causas naturaleza o extensión y complicaciones que sufrió el sujeto en vida y así conocer el origen propio del fallecimiento. El termino ‘muerte’ proviene del latín mors- mortis que da lugar al verbo morir. La muerte es un fenómeno biológico que sucede en cada individuo de una forma diferente y cesa la vida. Tiene una duración diferente en cada persona y puede manifestarse de diversas formas, tanto natural como un por un proceso patológico o traumático.

En el siglo XX la muerte se definía como el cese de la actividad cardiaca, ausencia de reflejos y de la respiración visible, con estas estimaciones muchas personas fueron inhumadas estando en estado de vida latente o cataléptico. A posteriori la muerte empezó a considerarse cuando existía un electroencefalograma plano, aunque este estado puede ser reversible como por ejemplo en casos de ahogamientos. Por tanto la muerte requiere un estudio exhaustivo, realizándose la autopsia por un patólogo o forense.

Los diferentes signos tras la muerte son relevantes para determinar la causas del fallecimiento, así como la técnica y procedimiento de la autopsia, motivo por el cual queda justificado el desarrollo de este capítulo.

2 Objetivos

- Establecer los signos recientes y no recientes tras la muerte.
- Establecer los diferentes tipos de técnicas para realizar una autopsia.
- Analizar los pasos metódicos de la autopsia.
- Determinar las funciones de la autopsia clínica.

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 signos recientes de muerte son:

- Rigidez cadavérica o rigor mortis: es el endurecimiento y retracción del sistema muscular. Es un estado de dureza y de retracción que los músculos sufren tras la muerte, es decir se quedan rígidos.

Se inicia después de la muerte, entre 2 a 4 horas y desaparece entre las 36 a 48 horas. Esto sucede en un clima templado. Hay factores que alteran este proceso como el frío, que lo acelera y lo prolonga; el calor acorta el inicio y disminuye el tiempo en que se presenta, también influyen: la causa de muerte, el desarrollo muscular, el cansancio antes de morir, hemorragias intensas.

- Livideces cadavéricas o livor mortis: es una mancha violácea que se presenta porque se deposita la sangre en las partes declives, dependiendo la posición en la que se encuentra el cadáver; se debe a la falta de circulación, y por la acción que ejerce la gravedad sobre la sangre, ésta se dirige hacia las partes declives. Las livideces se empiezan a manifestar como unas pequeñas manchas, de color violáceo, que poco a poco se extienden hasta observarse en toda la superficie que

se encuentra en inclinada a excepción de las zonas donde alguna parte del cuerpo esta en contacto con alguna superficie. Este proceso se inicia entre las 2 a 4 horas después de la muerte .La fijación de las livideces está ligada a la coagulación de la sangre en los capilares, o bien a la coloración de los tejidos por la hemoglobina salida de los glóbulos rojos y exudado con el suero.

Si el cadáver es movido entre las primeras 12 horas estas manchas desaparecen y vuelven a aparecer, pero si esto se hace después de esas 12 primeras horas y entre las 24 horas estas no desaparecen y salen más, y si se mueve después de las 24 horas no desaparecen ni se forman nuevas manchas. Los factores que pueden modificar la presencia de las livideces son: causa de muerte, hemorragias intensas, grado de desnutrición y edad.

- Deshidratación cadavérica: se debe a la pérdida de agua del cuerpo por evaporación, sus principales manifestaciones se observan en el ojo.

Signo de Stenon Louis se manifiesta por hundimiento del globo ocular, pérdida de la transparencia de la cornea.

Otro signo es el de Sommer, que se manifiesta como una mancha negra en la esclerótica.

Otra manifestación se presenta en las mucosas, sobre todo en los labios de los recién nacidos donde se observa una franja pardo rojiza o pardo negruzco. Este conjunto de fenómenos se observa en el ojo abierto aproximadamente a los 45 minutos después del fallecimiento; en el ojo cerrado se observa a las 24 horas aproximadamente después de la muerte.

- Enfriamiento cadavérico: este fenómeno ocurre de manera gradual, disminuyendo la temperatura de modo progresivo hasta que se iguala con la temperatura del medio ambiente. Comienza en 3 o 4 horas tras la muerte. El enfriamiento cadavérico esta condicionado por varios factores como son: la causa de la muerte, edad, estado nutricional, el peso, factores ambientales.

- Espasmo cadavérico : es un tipo especial de rigidez que aparece en muertes especiales (violentas o traumáticas) son muertes que acumulan una gran tensión nerviosa. Existen dos tipos de espasmos, generalizado que sucede en todo el cuerpo y conserva la posición que tenía al morir y por otro lado el espasmo localizado que afecta sólo a determinados músculos y se utiliza para el diagnóstico de suicidios.

Los signos no recientes de muerte son:

- Autolisis: es la disolución de los tejidos producida por enzimas proteolíticas que se encuentran en los lisosomas, que al empezar la muerte celular, se liberan las enzimas al destruirse la membrana lisosómica.

- Putrefacción cadavérica: es la descomposición de la materia orgánica del

cadáver; es el proceso de fermentación pútrida producida por las bacterias que se encuentran en el intestino, después de la muerte se propagan por la sangre.

- Momificación : es un proceso natural que se produce con la desecación de los tejidos por evaporación del agua y los transforma en una especie de momia.
- Saponificación o adipocira : formación de una capa de grasa que rodea las partes óseas de extremidades y tronco y que posteriormente se deseca formando una capa de color gris-blanquecino, untuosa al tacto, viscosa y soluble en alcohol.
- Corificación : se da en cadáveres encerrados en urnas de zinc o plomo, presentan una capa de color amarillento similar al cuero y es resistente al corte.
- Maceración : ocurren en casos de fetos muertos que permanecen en el útero materno como consecuencia de fermentaciones endocelulares.

Las técnicas para realizar una autopsia son:

- Técnica de Letulle: consiste en la apertura oval del tórax permitiendo observar claramente las vísceras.
- Técnica de Mata : consiste en la apertura desde la apófisis mastoide hasta la clavícula unidas por un corte supraesternal.
- Técnica de Ghon: se extraen los órganos en dos bloques (cuello y tórax y abdomen).
- Técnica en T: consiste en realizar una incisión biacromial por la parte superior del esternón y una segunda incisión medial a la anterior.
- Método de Virchow: consiste en la apertura del cadáver desde el mentón hasta los genitales bordeando el ombligo por la parte izquierda y se basa en la extracción de órganos de forma individual lo cual requiere levados conocimientos anatómicos.
- Método de Rokitansky: se basa en la extracción de órganos en bloque lo cual requiere un examen previo in situ.

Los pasos metódicos de la autopsia son:

- Examen externo: consiste en la inspección y palpación del cadáver de la cabeza a los pies. Lo realiza el patólogo y el técnico que debe asistirle ayudándole en la movilización del cadáver, en la anotación de datos en el protocolo de la autopsia y tener a punto el material necesario para la recogida de muestras. El patólogo se colocará a la derecha del cadáver que se encuentra en posición anatómica y el técnico a la izquierda. Se realiza un examen visual para anotar su sexo, talla, y realizar el examen segmentario y comprobar si tiene manchas, marcas o cicatrices. Se recogen muestras si las hubiera. En el caso de que se sospeche muerte violenta o abusos deberemos avisar inmediatamente a un juez.
- Se realiza una incisión en T desde el hombro izquierdo a derecho bajo las clavículas.

las y sobre el mango del esternón. Se corta en perpendicular hacia abajo respetando el ombligo hasta la sínfisis del pubis. A partir del tórax se levanta un poco la pared abdominal para no lesionar las vísceras abdominales. Luego se corta a cada lado transversalmente en la parte inferior del abdomen.

- Extracción de la parrilla costal: la realiza el técnico con el costótomo para cortar los cartílagos costales. Se corta hasta la segunda costilla (no la primera porque se desarticula), sin perforar para no dañar los pulmones. Se separa el diafragma desde el esternón hacia las costillas, se mira si hay líquido en cavidad pleural y cogemos muestras. Se corta con bisturí el esternocleidomastoideo y se desenchaja el mango de la clavícula y la primera costilla. Se observa la parrilla costal y el lado interno y se cogen muestras si está afectado.
- Examen de la cavidad torácica: lo realiza el patólogo y la función del técnico es asistirle en lo que necesite y anotar si hay adherencias entre pleura visceral y parietal, y si hay adherencias o líquido en la cavidad pericárdica deben recogerse muestras.
- Examen de la cavidad abdominal - también lo realiza el patólogo con asistencia del técnico que se encargará de anotar si hay adherencias del epiplon y anotar el volumen de líquido peritoneal, y anotar la medida de la altura del diafragma.
- Extracción de los órganos de tronco y abdomen: se encarga el patólogo, como siempre asistido por el técnico para ayudarlo en lo que necesite. Una vez extraídos los órganos el técnico se encarga de la disección del intestino que comienza en el yeyuno y termina en el recto: se quitan los mosquitos y se corta longitudinalmente con el enterótomo por la zona del mesenterio.
- Autopsia craneal: se coloca al cadáver en decúbito supino, apoyando el occipital y el cuello en un reposacabezas para elevar el cráneo de la superficie de la mesa de manera que se facilite la maniobra de incisión de la piel y de corte con la sierra. Se realiza una incisión coronal con el bisturí desde un pabellón auricular hacia el periostio. Después se realiza la separación de los planos perióstico-cutáneos hacia atrás y hacia delante para poner al descubierto el cráneo. Se procede al corte del cráneo con sierra circular empezando por el frontal, hasta llegar al mismo punto. La profundidad del corte no debe sobrepasar la duramadre. Se abre el seno longitudinal superior de delante a atrás. Se toma un pellizco de la dura desde la parte anterior y se va cortando lateralmente hasta dejar al descubierto el cerebro. Se separan los polos frontales de ambos hemisferios con los dedos tirando de ellos hacia nosotros suavemente. Se corta el quiasma óptico y el resto de los pares craneales quedando el cerebro libre y el cerebelo oculto por la tienda del cerebelo que es un repliegue de la duramadre. Se corta a ambos lados de la tienda del cerebelo con el bisturí, se tira con cuidado del cerebro-cerebelo y tronco cortán-

dose el bulbo por encima del agujero occipital y llegar a lo más posible cerca de la medula para tener muestra de ella. Se pesa el cerebro y se anota dicho peso. La hipófisis queda incluida en la silla turca, y para extraerla hay que quitar las apófisis clinoides posteriores y así ampliar la silla, la extracción de la hipófisis que se hace con pinzas y bisturí.

- La autopsia raquídea: una vez extraídas las vísceras del cadáver, quedan al descubierto los cuerpos vertebrales, que se cortan lateralmente con la sierra de rotación por un lado y por otro, cortando los pedículos, desde lo mas arriba posible hasta el sacro y una vez separados los cuerpos vertebrales tirando de ellos desde arriba hacia fuera, queda al descubierto la medula, recubierta de su duramadre, se corta transversalmente en los segmentos cervicales altos, para poder estudiar todos los niveles medulares extrayéndose con los ganglios raquídeos y raíces.
- Una vez realizada la autopsia: se debe reconstruir el cadáver y rellenarlo con gasas y celulosa para que quede lo mejor posible, se sutura y de lava bien, para después volver a llevarlo a la morgue.

Las funciones de la autopsia clínica son :

- Determinar o confirmar la naturaleza de una patología y su extensión.
- Investigar la causa de la muerte así como los procesos que han ayudado a ella.
- Investigar las patologías para descubrir nuevas enfermedades o la cura de las mismas.
- Estudiar los mecanismos de la muerte.

5 Discusión-Conclusión

El término autopsia deriva del griego “autos” uno mismo y “opsis” vista , lo que quiere decir ver por uno mismo.

Son una serie de investigaciones realizadas sobre un cadáver encaminadas a estudiar las causas de la muerte tanto directas como indirectas. Los primeros en practicar la extracción, disección y estudios de los órganos fueron los egipcios. Después de esto y ya en el renacimiento ‘Rudolf Virchow y Carl Von Rokintasnky’ conocidos como los padres de las autopsias demostraron que los hallazgos encontrados en un cadáver se corresponden con patologías padecidas en vida. Hoy en día también se realizan necropsias del griego “necro” muerte y son autopsias a cadáveres que ya han sido enterrados.

La autopsia clínica o anatomopatológica: generalmente se realiza para determinar no sólo la causa de la muerte, sino todos los procesos patológicos que afectaban al individuo. Sus objetivos son de estudio e investigación y es llevada a cabo

por médicos especializados en Anatomía Patológica. Es solicitada por los facultativos que atendieron al paciente y ha de ser autorizada por los familiares. Se rige por la ley de sanidad 29/80 del 21 de junio ,por el reglamento de la policía sanitaria mortuoria y reglamento del registro civil (parte defunciones).

La autopsia clínica es un proceso complejo y metódico que nos lleva a conocer la anatomía funcional de un cadáver así como posibles patologías que antes eran desconocidas y podían pasar desapercibidas. Gracias a esta técnica podemos analizar paso a paso el cuerpo humano tanto con fines diagnósticos como de investigación y utilizar esas investigaciones para prevenir y conocer algunas enfermedades aún desconocidas como es el Alzheimer. Considero que es una herramienta muy útil y necesaria en ámbito científico ya que gracias a ella se observa lo que nadie puede.

6 Bibliografía

- <http://aulavirtual.unican.es/materiales/luisbuelta/hospital>
- Acuña JC. La autopsia como indicador de interés clínico.
- Cardesa A, Bombí JA, Cañadas E, Bernat R, Font I. Autopsia clínica en España (I) Aspectos generales. Patología 1986; 19: 12-21.
- Benjamín García Espinosa. Generalidades sobre las autopsias.REA :: EJAutopsy 2008, 4-18
- García del Moral R. Laboratorio de anatomía patológica. 1ªed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1993.
- Estébanez Gallo A, Fernández Fernández F. La autopsia clínica en la web: aspectos generales. Rev. Esp. Patol. 2003; 36 nº 3.

Capítulo 410

LA RESOLUCION DE CONFLICTOS APLICADA AL MUNDO LABORAL

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

NATALIA TAMÉS RIESGO

MARIA RIESGO RODRIGUEZ

1 Introducción

El conflicto nace con las personas y se va desarrollando según vamos participando más en la sociedad. Aunque también podemos tener conflictos con nosotros mismos y nuestros problemas morales y éticos privados pueden conducirnos a problemas con nuestro entorno. Lo privado interfiere en lo público y viceversa. La convivencia cada día resulta más complicada, por la gran diversidad de opiniones y distintos pareceres y puntos de vista que son socialmente aceptables y que deben convivir aunque puedan resultar de sentido contrario. Todos estos conflictos que surgen en la vida cotidiana no pueden ni deben ser resueltos únicamente por una vía judicial. De hecho, es mucho más conveniente, económico y saludable que encontremos vías de acuerdo ajenas a los procesos judiciales. Existen técnicas de resolución de conflictos llamadas ADR (Acrónimo inglés: Alternative Dispute Resolution) que son posibles vías de solución y se aplican hoy en día en la resolución de conflictos.

2 Objetivos

Determinar las distintas técnicas de resolución de conflictos en el mundo laboral, tanto desde el punto de vista legal como personal.

3 Metodología

Como método de trabajo empleamos una amplia revisión teórica de distintas fuentes entorno al tema de la resolución de conflictos en el mundo laboral. Se emplean como motores de búsqueda diversos artículos, libros y páginas web de organismo oficiales e igualmente se hace una exhaustiva revisión bibliográfica en las bases de datos: Dialnet, Cuidagte, Enfispo, Pubmed y Lilacs. Hemos empleado palabras clave y tesauros relativos al tema a estudio y con este método conseguimos acceder a unos 10 documentos de los que hemos escogido unos 4 para plasmar la información que nos ha parecido más útil para elaborar el presente capítulo.

4 Resultados

Como ya hemos indicado en la introducción hay diferentes vías de resolver conflictos, no son excluyentes entre sí en la mayoría de los casos, sino que son diferentes soluciones para resolver las mismas cosas pero con distintos protagonistas o incluso con los mismos protagonistas pero en diferentes situaciones.

Algunos autores se refieren, por ejemplo a: “la transacción, primera opción por cuanto puede ser celebrada directamente por quienes son parte en el conflicto, es además la base para la aplicación de las demás alternativas, por cuanto éstas sólo son viables cuando el conflicto recaiga sobre materia legalmente transigible” (Valdés Sánchez, R., 1997). Entendemos por transacción, cuando nos referimos en derecho, a un acuerdo que toman dos partes, en el cual se hacen concesiones mutuamente y que extinguen otro tipo de obligaciones, dando fin a un litigio existente o evitando que éste se produzca, basándose en la libertad de contratación que establece el artículo 1255 del Código Civil: “Los contratantes pueden establecer los pactos, cláusulas y condiciones que tengan por conveniente, siempre que no sean contrarios a las leyes, a la moral, ni al orden público” (Código Civil, artículo 1255, 2015).

Otros autores se refieren a la mediación y el arbitraje laboral, haciendo una comparativa entre ambas fórmulas. En el ambiente laboral se puede hacer referencia

al informe del Consejo Económico y social español sobre los “procedimientos autónomos de solución de los conflictos laborales” (Rodríguez Elorrieta, N., 2017). Entendemos en este caso por mediación algo que va más allá de la resolución de conflictos, haciendo que las personas con la ayuda de un mediador puedan reflexionar sobre lo que saben de la otra parte en conflicto y de esta forma comprender lo que les ha llevado a la situación de no entendimiento para poder resolver sus diferencias desde el entendimiento. En el arbitraje laboral, ambas partes asumen como válido el criterio de un “árbitro” que ambas partes han elegido y aceptan someterse a su criterio y seguir sus dictámenes. Resuelve en este caso situaciones puntuales, no como en el caso de la mediación que lo que se busca es una comprensión mutua que tiene un carácter más perdurable en el tiempo.

Otra de las ADR es la negociación, siendo esta una habilidad que vamos ejercitando a lo largo de nuestra vida y no solo en el mundo laboral. Es una herramienta útil y práctica en la vida cotidiana, tanto a nivel familiar, como con los amigos y desde luego a nivel laboral. Ser un hábil negociador puede convertirse en una profesión en sí mismo y por tanto, cuanto mejor sepamos emplear este método mejor sabremos resolver todo tipo de conflictos. No obstante no es tarea fácil ser un buen negociador y saber ceder para poder ganar ambas partes.

Por último y enlazando con la negociación otro método para tratar de resolver los diferentes problemas a nivel profesional y personal que generalmente todos debemos afrontar y tratar de solucionar se refiere al confrontamiento entre: “imponer mi propia forma de ver las cosas” o “que la imponga la otra persona” y el conflicto realmente surge cuando se trata de decidir qué “forma de ver las cosas” es la que debe triunfar. Se trata en este caso de llegar a algo más que un simple acuerdo o armisticio para llegar a crear una nueva realidad entre las dos partes en conflicto que sea distinta y mejore a la que se planteaba hasta el momento.

5 Discusión-Conclusión

El conflicto acompaña a la actividad humana, y aunque para algunas personas supone dolor, para otras, su adecuada resolución supone un trampolín para el desarrollo personal y profesional. Durante las últimas décadas se han ido desarrollando una serie de eficaces técnicas de resolución de conflictos que hemos ido desgranando en este capítulo.

No vamos a poder evitar los conflictos y de hecho en muchas ocasiones el que se produzcan hace que evolucionemos y mejoremos, pero precisamente para con-

seguir esto último tendremos que intentar resolver esos conflictos de manera asertiva y afrontarlos para superarlos.

6 Bibliografía

- Barona Vilar, S., (1999). Solución extrajudicial de conflictos Alternative dispute resolution (adr) y derecho procesal. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Casado (2014). El mapa del Conflicto: Prevenir y afrontar los conflictos. Barcelona: Bresca.
- Código Civil: Libro IV: Título II. De los contratos. Capítulo Primero. Disposiciones generales. Artículo 1255. 2015.
- Covey S., (2012). La 3ª alternativa: para resolver los problemas más difíciles de la vida. Barcelona: Grupo Planeta (GBS).

Capítulo 411

LA SATISFACCIÓN LABORAL EN UN HOSPITAL

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

1 Introducción

Realizar un estudio mediante un cuestionario de preguntas, con el fin de conocer el nivel de satisfacción del personal sanitario.

2 Objetivos

Conocer el grado de satisfacción en el trabajo entre el personal de un hospital.

3 Metodología

Se utilizó un cuestionario que está dividido en dos apartados de preguntas. El primer apartado está compuesto con datos de clasificación y el segundo formado por 63 ítems que se valoran en una escala de 0 a 5, donde 0 significa totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo. Las preguntas de clima interno se han dividido en 5 factores:

- Trabajo desarrollado.
- Realización personal.
- Condiciones de trabajo.
- Relaciones personales.
- Estructura operativa.

4 Resultados

La media de los cinco factores considerados fue:

- Trabajo desarrollado 2.9.
- Realización profesional 2.5.
- Condiciones de trabajo 1.9.
- Relaciones personales 3.5.
- Estructura organizativa 2.6.

La media total de los factores es de 2.8 con una desviación típica de 0.9.

5 Discusión-Conclusión

El aspecto mejor valorado entre los trabajadores del hospital son las relaciones personales. El aspecto que obtiene una peor puntuación, y por tanto que debería ser mejorado es el de la condiciones de trabajo.

6 Bibliografía

- <https://www.elsevier.es>.

Capítulo 412

GESTIÓN DE PROCESOS EN UN HOSPITAL

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

1 Introducción

Implantación de un sistema de servicios o unidades de gestión clínica en un hospital.

2 Objetivos

Implantar la gestión de procesos por servicios o unidades de gestión clínica. La gestión por procesos en un hospital tiene una gran dificultad de implantación, siendo la gestión de procesos algo menos compleja. Por esta razón la dirección del hospital se propuso ir implantando la gestión de procesos, con la intención en un futuro lejano de terminar en la gestión por procesos.

3 Metodología

- Seleccionar varios servicios del hospital.
- Comunicación, formación e implicación del personal en el desarrollo del plan.
- Realización de la arquitectura de procesos de cada servicio seleccionado.
- Selección de gestores de procesos.
- Desarrollo de procesos de nivel 1 y 2 según el método IDEF.
- Desarrollo del proceso por el propietario con misión, límites, indicadores.
- Análisis DAFO de los procesos y selección de acciones de mejora.

4 Resultados

Tenemos implantado procesos en varios servicios e iniciado planes de comunicación en otros. Se han seleccionado propietarios de procesos en los servicios afectos y han desarrollado 3-5 acciones de mejora por proceso. Se aprecia un interés en participar por parte del personal, si conlleva “empowerment”.

5 Discusión-Conclusión

La gestión de procesos es una buena herramienta para desarrollar el plan de gestión y a su vez el plan estratégico:

- Ayuda a la implicación del personal y puede ser una herramienta de reconocimiento.
- Las áreas de mejoras principalmente dependen del propietario del proceso, por lo que el porcentaje de éxito es elevado.
- La gestión de procesos por unidades es un buen método para implantar procesos en un gran hospital.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es>.

Capítulo 413

EL RIESGO SOCIAL EN UN HOSPITAL

ÁNGEL MARTÍN PRÁXEDES

1 Introducción

Conocer las necesidades sociosanitarias de un hospital y elaboración de un plan para la detección de circunstancias sociales adversas.

2 Objetivos

- Desarrollar e implementar un programa para detectar y atender adecuadamente las necesidades sociosanitarias.
- Facilitar a los profesionales del hospital la detección de circunstancias sociales adversas.
- Potenciar la coordinación interdisciplinar planificando necesidades para evitar ingresos y estancias por causa no médica.
- Prevenir que los problemas sociales creen en los pacientes inseguridad, incapacidad, pérdida de autoestima y/o abandono del tratamiento.
- Mejorar la coordinación entre distintos niveles, tanto de atención sanitaria como social, para que siempre exista continuidad en la asistencia.

3 Metodología

Se diseñó un proyecto que, previa aprobación por la dirección, se presentó a todos los servicios y estamentos. Fue considerado objetivo del hospital. Se elaboró un listado de criterios para detectar riesgo social, en especial a pacientes ingresados. Al día siguiente del ingreso o el primer laborable, la colaboración a la trabajadora

social debe estar cursada. En caso de que el problema sea posterior, en cuanto se detecte. Periódicamente se ha evaluado el funcionamiento y se han introducido cambios en los criterios. Se han estudiado los indicadores de actividad, utilización, cobertura y adecuación.

4 Resultados

La unidad de trabajo social ha atendido al 7.1% de los ingresos hospitalarios. Un 70% a demanda de los profesionales del centro y un 30% de los usuarios. De los casos detectados por el programa, prácticamente todos precisaban atención. Los servicios de medicina, cirugía general y traumatología aportan casi el 80%. A partir de los 70 años, y más en hombres, aumentan las situaciones con problemática sociosanitaria. El estudio de los casos nos ha llevado a ajustar los criterios de derivación a trabajo social. La información de estos profesionales se ha incorporado a la historia clínica. Se han abierto circuitos de comunicación con otros servicios asistenciales, tanto sanitarios como sociales.

5 Discusión-Conclusión

Las necesidades de atención sociosanitaria son altas en el hospital, como corresponde a una población atendida con más del 27% mayor de 65 años. La detección del riesgo social ha aumentado el número de casos atendidos, ahorrando recursos. Este programa nos ha permitido establecer criterios de riesgo social en nuestro medio. Aunque con la edad aumentan las necesidades, los años no son en sí mismo un indicador de riesgo. Se ha mejorado la coordinación con otros niveles asistenciales. La atención sociosanitaria debe ser sistemáticamente contemplada dentro de los cuidados que ofrecemos a nuestros pacientes.

6 Bibliografía

<https://www.elsevier.es>.

Capítulo 414

EL CELADOR EN LA SALUD PUBLICA

JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ

JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

La Constitución Española reconoce, en el artículo 43, el derecho a la protección de la salud y atribuye a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública a través de medidas preventivas y de la prestación de servicios necesarios. En desarrollo de este mandato constitucional se dictó la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que establece las bases y la coordinación general de la sanidad en España.

La salud es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo (un ser humano asume como aceptable el estado general en el que se encuentra) o a nivel objetivo (se constata la ausencia de enfermedades o de factores dañinos en el sujeto en cuestión). El término salud se contrapone al de enfermedad, y es objeto de especial atención por parte de la medicina y de las ciencias de la salud.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto, sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo

de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

-La salud se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprometer su sistema de vida. Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente....(Moshé Feldenkrais).

-La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o de convertirse en lo que quiere ser.... (René Dubos).

-La salud es el equilibrio dinámico de los factores de riesgo entre el medio y dentro de ciertos parámetros....(John De Saint).

-La Salud Pública es la ciencia y el arte de impedir, prolongar la vida, fomentar la salud así decía Winslow (1920) .

-La ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes habitantes dijo (Piédrola et al).

Estas definiciones han sido cuestionadas ya que se la considera una definición ideal, puesto que no toda la población alcanzaría ese estado. Hoy asumimos que la salud es un proceso en el cual el individuo se desplaza sobre un eje salud-enfermedad acercándose a uno u otro extremo según se refuerce o rompa el equilibrio.

La salud se concibe como la posibilidad que tiene una persona de gozar de una armonía biopsicosocial, en interacción dinámica con el medio en el cual vive.

2 Objetivos

- Vigilar el estado de salud de la población y sus necesidades.
- Desarrollar las mejores políticas de salud y garantizar la prestación de servicios sanitarios.
- La función del celador en los servicios sanitarios.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, concepto de salud, salud física, social , celador, funciones, salud publica.

4 Resultados

Su desarrollo se caracteriza por:

- Énfasis en la responsabilidad colectiva sobre la salud.
- Dirigida a toda la población.
- Énfasis en la prevención.

En la salud existen 4 tipos de estrategias:

- Protección de la Salud

Son aquellas acciones que inciden en: Saneamiento ambiental: vigilancia y control de los agentes físicos, químicos y biológicos presentes en los en los distintos elementos del medio y en los lugares de convivencia humana. Control de calidad de los alimentos. Inspecciones, recogida de muestras, los análisis de laboratorio, control de plaguicidas laboratorio. Saneamiento ambiental: calidad agua. Saneamiento contaminación atmosférica. Control de calidad de medicamentos, medio laboral. Enfoque Multidisciplinar.

- Prevención de la Enfermedad

Conjunto de medidas encaminadas a limitar el progreso de la enfermedad en cualquier estadio de su desarrollo, reducir su probabilidad de aparición o interrumpir o enlentecer su progresión. Existen 3 niveles de prevención de la salud: Primaria: actúa antes de que a antes de que aparezca enfermedad (mejorara las condiciones SE Vacunas).

Secundaria Interviene la fase Presintomática (Detección precoz cáncer).

Terciaria Cuando la persona está ya enferma (Asistencia sanitaria habitual).

- Promoción de la Salud

Defensa de la Salud: tomar postura y legislación que promueve la salud.

Funciones de la Promoción de Salud: capacitación (Capacitar para un uso más autónomo de la salud y los servicios sanitarios).

Mediación: lograr la coordinación y cooperación entre diferentes agentes y sectores, buscando el equilibrio entre grupos e intereses contrapuestos.

- Restauración de la Salud

Atención primaria: primer nivel de atención Puerta de entrada.

Atención especializada: atención a los problemas de mayor complejidad.

5 Discusión-Conclusión

La cuestión del concepto de salud no es baladí, pues de ella dependerán la filosofía para alcanzarla y los dispositivos que se pueden poner (o no) para conseguirla. Los indicadores de salud son variables susceptibles de ser medidas y reflejan el estado de salud de la comunidad. La historia natural de la enfermedad es la evolución que sigue ésta en ausencia de intervención.

Los niveles de prevención se establecen según la fase de actuación. Los objetivos de la salud son vigilar el estado de salud de la población y sus necesidades, desarrollar las mejores políticas de salud y garantizar la prestación de servicios sanitarios. El desarrollo de las funciones de salud pública requiere una aproximación multidisciplinaria.

No todos los trabajadores de un hospital o centro sanitario en contacto directo con los pacientes son profesionales sanitarios. Un celador sanitario es un profesional imprescindible para el funcionamiento diario de estos centros y hospitales. Entre las funciones del celador de hospital prima el contacto con pacientes y sus familias. También con el personal sanitario y administrativo del hospital o clínica en la que ejerce su labor profesional. Se conoce como celador a la persona que tiene por oficio vigilar el cumplimiento de las normas y el mantenimiento del orden en un hospital o centro sanitario y así como la realización de otras tareas de apoyo en este.

6 Bibliografía

- Delgado M, Llorca J. Concepto de salud. El continuo salud-enfermedad. Historia natural de la enfermedad. Determinantes de la salud.
- La salud y sus determinantes. Concepto de Medicina y Salud P Preventiva y Salud Pública. En: R. Gálvez Vargas et al. (Dir.). Pi (Dir.). Piédrola Gil, Medicina preventiva y salud, Medicina preventiva y salud pública (10ªed.). Barcelona: Masson, 2009.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actuación.

- La salud y sus determinantes (Tema 1). En: Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales (Tercera Edición). Ed. Ruiz Frutos C, García A, Delclòs J, García Benavides F. Barcelona: Masson, 2006.

Capítulo 415

CELADOR DENTRO DEL SERVICIO DE URGENCIAS

JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ

1 Introducción

El servicio de Urgencias de cada hospital sigue una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad. No olvidemos que uno de los lugares por donde el paciente suele ingresar, es el servicio de urgencias, debiendo para ello tener una organización adecuada y funcional, con unas zonas definidas y delimitadas para una correcta atención y que no se produzcan retrasos en la atención al enfermo o una desorganización en cuanto a la atención del mismo.

En un servicio de urgencias, tendremos las siguientes áreas o salas.

- Admisión de urgencias

Su objetivo es registrar las entradas y salidas de los pacientes y dirigirlos a la unidad de Triage. En ocasiones actúa como centro de información de pacientes y como servicio general de Admisión en días festivos o fines de semana.

Entre sus funciones destacamos: registro de entrada de pacientes, derivación del paciente al triage, custodia de pertenencias en casos excepcionales o a solicitud

del enfermo, avisar a ambulancias, cumplimentar la documentación oportuna (partes al juzgado, etc.).

- Triage.

Es el lugar físico en el que el profesional de enfermería y el personal médico acogen, clasifican y ubican a los enfermos.

En los hospitales este término está empezando a no usarse, sustituyéndolo por R.A.C (Recepción Acogida y Clasificación) dejando la palabra Triage, para catástrofes.

- Primer nivel de atención de críticos.

Corresponde al área del servicio de Urgencias en el que se tratan a aquellos pacientes cuyo estado de gravedad es grave o muy grave, o bien que sin serlo precisan de una atención inmediata a fin de evitar una situación de mayor gravedad.

- Segundo nivel o sala de boxes.

Es donde los profesionales sanitarios llevan a cabo acciones para mejorar la salud de los pacientes que presentan un riesgo moderado o grave que no compromete su salud.

- Salas de espera.

Donde estarán los familiares de los enfermos o acompañantes, a la espera de que sean requeridos para información médica.

Generalmente se encuentra ubicada al lado de la puerta de entrada de urgencias, junto al servicio de admisión.

- Sala de observación.

Es un lugar habilitado con camas, donde el enfermo estará un máximo de 24h para “observar” la evolución de su enfermedad, para posteriormente ser ingresarlo en la unidad de hospitalización correspondiente, o bien, ser dado de alta a su domicilio.

2 Objetivos

- Definir el concepto de urgencia, clasificarlas teniendo en cuenta la prioridad, la especialidad y por aparatos.

- Conocer y concretar el rol del celador dentro del equipo multidisciplinar de una unidad de urgencias.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: celador, traslados, paciente, movilización, urgencias, quirófano, atención.

4 Resultados

El celador en este servicio se ocupará de lo siguiente:

Celador de Puerta

- Nunca dejará la puerta sin atención o recepción y ayuda a los pacientes que vengan en vehículos particulares y ambulancias o transporte de los pacientes en sillas de ruedas, camillas, etc.
- Trasladar al enfermo al mostrador de Admisión de Urgencias para que el personal administrativo tome datos. En caso de que su estado de salud no le permita esperar, lo pasará directamente a la zona de triage.
- Aviso al personal sanitario cuando sea preciso. o Mantener un número suficiente de sillas de ruedas y camillas en la entrada de urgencias.
- Vigilancia de las entradas al Área de urgencias, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Información general no sanitaria, no administrativa.(el celador nunca informa del estado de un enfermo).
- Mantenimiento de las normas de convivencia general (no fumar, buen uso de las instalaciones, etc.
- Indica a los familiares o al paciente que aguarden en la sala de espera de la zona de triage, donde será visto por un facultativo que valorará su situación.
- Instalar al paciente en el box.
- Controlar que solamente pase a la zona de boxes un acompañante por paciente este es el encargado del servicio (Celador de “Boxes”).
- Instalar al paciente en el box, movilizándolo y colocándolo en la posición que le sugiera.
- Acompañar o trasladar al paciente a realizar pruebas de diagnóstico en el interior del servicio (TAC, radiografías, ecografías etc.)
- Llevar muestras de orina, heces, sangre etc. hasta los laboratorios correspondientes.

- Ayudar en punciones lumbares, inyectables y otras pruebas que requieran inmovilización.(colocando al enfermo en la posición que le solicite).
- Traslado del paciente hasta el medio de transporte en la entrada cuando es dado de alta.

Dentro de las áreas específicas del servicio el celador realizará una atención concreta en cada box que son específicos para el servicio, uno de ellos es el : Quirofanillo, (lugar de cirugía menor, sutura y limpieza de heridas) sala de yesos (colocación de vendajes y yesos) Box vital o de R.C.P (box acondicionado para reanimaciones, y atenciones vitales de urgencia extrema).

En estas zonas, tendrá las siguientes funciones:

- Custodiar la zona quirúrgica de toda persona ajena al área de urgencias.
- Pasar a los enfermos de uno en uno (salvo en casos excepcionales).
- Mantener la intimidad del paciente.
- Ayudar si lo requieren en la colocación de yesos, férulas etc.
- Ayudar si lo requieren en la realización por parte del médico de suturas, curas quirúrgicas, etc.
- Transporte y control interno de pacientes y familiares.
- Ayuda al personal sanitario en general.
- Auxilio en aquellas labores propias del celador en las áreas de Yesos y Quirófano de cirugía menor, así como las que sean ordenadas por los médicos,supervisoras o enfermeras.
- Transporte y control de documentos, correspondencia u objetos.
- Control de personas en el área interna de urgencias.
- Ayuda en la higiene de los pacientes en las camas de observación, así como en su movilización.
- Atención a la sala de Reanimación Cardiopulmonar.
- Transporte de aparatos y mobiliario dentro de la unidad.
- Colaboración en la inmovilización y sujeción de enfermos mentales agitados.
- Traslado de pacientes a Radiología, y traerlos de vuelta una vez realizada la prueba.
- Traslado de documentos, correspondencia u objetos a los laboratorios y servicios o unidades del Hospital.
- Traslado de los pacientes a las unidades de hospitalización y unidades especiales.
- Traslado de cadáveres al mortuario.

5 Discusión-Conclusión

El celador tiene como función principal la de vigilar y trasladar a las personas, cumpliendo con las normas y el mantenimiento del servicio.

Las funciones del celador son múltiples y variadas, están recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (5/7/1971). Estas pueden variar ligeramente según en qué área hospitalaria esté ejerciendo su labor profesional como sanitario.

No quiere decir que todos los celadores deban ejercer todas estas tareas. Dependerán del puesto concreto que ocupen. Sí deberán estar capacitados para ejercer estas funciones de celador si sus superiores les asignan estas tareas.

6 Bibliografía

- En el Real Decreto 836/2012, de 25 mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.
- CEN 1789:2007 norma de la Unión Europea específica los requisitos para el diseño y equipamiento de los vehículos de transporte sanitario.
- www.oposiciones-sanidad.com.
- Manual/Temario Online de Celadores de Instituciones Sanitarias .
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.
- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador.htm.
- El celador en servicios especiales y centros de salud. Formación continuada Logoss. 13º edición. Temas 6, 7, 10.

Capítulo 416

INVESTIGACION DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y POLITICAS

JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ

JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ

1 Introducción

Los países europeos han alcanzado unos niveles de salud y de riqueza sin precedentes. En las últimas décadas la esperanza de vida ha crecido significativamente. Y no sólo se vive más sino más tiempo con buena salud. Sin embargo, esta nueva realidad acarrea nuevos desafíos que necesitan nuevas soluciones: el envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas y las desigualdades sociales en salud. Afrontar estos retos no puede ser una tarea exclusiva y solitaria del sector sanitario ya que la salud esta principalmente determinada por factores externos al sector sanitario. La salud no depende únicamente de factores biológicos o hábitos de vida sino, que existen, múltiples condicionantes y necesidades sociales que configuran la forma de vivir y enfermar de cada sector de la sociedad. Por lo tanto, se hace necesario adoptar una visión holística y comprensiva en el diseño de las políticas de salud que tenga en cuenta las relaciones entre los determinantes sociales y la salud. La salud es uno de los pilares

fundamentales de la calidad de vida de una comunidad y su mejora depende, en buena medida, de las políticas de salud que establezcan los gobiernos, en las que se disponen los objetivos y metas así como los medios específicos que se prevén emplear con el fin de mejorar la salud de la población. La sociedad actual cambia muy rápidamente modificando sustancialmente el contexto de aplicación de las estrategias políticas.

Un vertiginoso cambio social, económico y político que demanda nuevas soluciones adaptadas a los actuales desafíos en salud. Desde hace siglos, se reconoció el vínculo entre los determinantes sociales y la situación de salud de las personas, aunque en las últimas tres décadas ha renacido el interés en estudiar esa relación. Aumentaron las publicaciones científicas cuyos contenidos se relacionaban con las desigualdades sociales en salud y su vigencia lo convierte en tema obligado para el campo de la Salud Pública.

La salud no se distribuye de forma homogénea en la población sino que esta determinada por factores como la clase social, la educación o el género. La evidencia indica que las desigualdades en salud pueden disminuirse mediante políticas sociales y sanitarias apropiadas.

2 Objetivos

-Revisar la información relevante sobre el tema de los determinantes y las desigualdades sociales en las políticas de salud. Breve recuento histórico acerca de las relaciones entre el estado de salud de las personas y sus condiciones sociales, así como, valoraciones y comentarios críticos sobre los enfoques utilizados por investigadores prestigiosos. Se resumieron los métodos utilizados para estudiar las desigualdades en salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión documental en bases de datos como Medline, Cochrane, Pubmed, Medline y Google Scholar y en formato electrónico sobre el tema. Se utilizaron los descriptores determinantes sociales, desigualdad e inequidad en salud, para la búsqueda en los sitios y páginas web de instituciones y centros bien reconocidos.

4 Resultados

En un documento publicado por la OMS, proponen 10 principios para la acción que deben servir como guía general cuando se pretende poner en marcha políticas para disminuir las desigualdades en salud.

Estos principios son:

- Las políticas deben mejorar los niveles de salud de la población. Para disminuir las desigualdades en salud entre distintos grupos, el objetivo es aumentar el nivel de salud de los menos privilegiados y no reducir las desigualdades disminuyendo el nivel de salud de los grupos más privilegiados.

- Se deben utilizar distintas aproximaciones para disminuir las desigualdades en salud. Las tres más frecuentes son:

Reducción de las desigualdades en toda la población. Esta aproximación tiene en cuenta que hay un gradiente de salud y enfermedad entre las distintas clases sociales y, por tanto, es necesario tenerlas todas en cuenta estableciendo políticas universales. Estas políticas son necesarias ya que, tal como se ha comentado anteriormente, protegen a la población frente a las desigualdades (p. ej., las políticas de estado de bienestar).

Disminución de las desigualdades entre los grupos menos privilegiados y los más privilegiados, mejorando a un ritmo más rápido la salud de las clases desfavorecidas.

Focalización en la población vulnerable con enfoques selectivos, así que tratan de mejorar la salud de esta población. Estas políticas se presentan como un planteamiento complementario y necesario para abordar las desigualdades en la salud. El concepto de población vulnerable difiere del de poblaciones de riesgo. Una población de riesgo se define por una alta exposición a un factor de riesgo específico, mientras que una población vulnerable es un subgrupo que, debido a unas características sociales compartidas, tiene una mayor probabilidad de estar expuesto a diferentes riesgos. Según Link y Phelan, la acumulación de factores de riesgo es la expresión de las causas fundamentales ligadas a la posición en la estructura social (tal como supone el modelo conceptual presentado anteriormente). Estas «causas» son los riesgos que generan la exposición a otros riesgos.

- Las intervenciones poblacionales para mejorar la salud también deben centrarse en la disminución de las desigualdades entre los distintos grupos sociales. A menudo, las intervenciones no tienen en cuenta las desigualdades y ello hace que los grupos socioeconómicos más privilegiados se benefician más de ellas.

- Las acciones deben considerar los determinantes sociales de las desigualdades en salud y no sólo los determinantes de la salud, ya que puede ser que los determinantes de las desigualdades no sean los mismos 24. Las intervenciones de salud pública dirigidas a disminuir las desigualdades en salud han de ser necesariamente multisectoriales. Tal como se ha comentado en el apartado anterior sobre el modelo conceptual, las causas fundamentales que crean la vulnerabilidad están enraizadas en la vida cotidiana, y las competencias para actuar sobre ellas recaen fundamentalmente fuera del sector sanitario (p. ej., las condiciones de vida y de trabajo). Así, el papel del sector sanitario no es tanto actuar directamente en la transformación de los determinantes sociales, sino asumir un papel de liderazgo y convencer a otros sectores para actuar conjuntamente en la reducción de las desigualdades en salud.
- Deben registrarse los efectos adversos de las intervenciones implementadas. Así, por ejemplo, las políticas de reforma de los sistemas sanitarios llevadas a cabo en países de Latinoamérica promovidas por el Banco Mundial, a menudo han aumentado las desigualdades y afectado principalmente a los sectores más desfavorecidos de la población.
- Es necesario disponer de instrumentos para evaluar la extensión de las desigualdades en salud y las intervenciones puestas en marcha. Para ello, se deben medir las desigualdades entre los grupos sociales, tanto en su versión relativa como absoluta. Puede ser que las desigualdades estén disminuyendo en valores relativos, pero que aumenten en términos absolutos, o viceversa.
- Se debe promover y facilitar la participación de la población más vulnerable. Una de las críticas a los abordajes poblacionales es que con frecuencia las poblaciones diana tienen diferentes actitudes, valores y preocupaciones que los responsables políticos y los profesionales de promoción de la salud, por lo que deben incluirse miembros de los grupos vulnerables desde el análisis de los problemas hasta el desarrollo de los programas y su evaluación. Este tipo de estrategias supone un cambio radical en las políticas de salud pública, que implica un modelo diferente del basado en el paradigma clínico de enfermedad y centrado en los problemas cotidianos de la gente, y no en los problemas que preocupan a los profesionales de la salud pública, a menudo alejados de la comunidad.
- Las desigualdades en salud se deben describir de forma separada para hombres y mujeres, ya que sus determinantes pueden variar según el sexo. A menudo, los estudios sobre las desigualdades en salud según el sexo se han realizado de forma paralela a los estudios sobre las desigualdades según la clase social, sin que

haya una visión que integre ambas líneas de trabajo, pero es importante tener en cuenta los dos ejes de desigualdad.

- Se deben describir las diferencias en salud según la etnia o el área geográfica teniendo en cuenta la posición socioeconómica. También en este caso es importante considerar otros ejes de desigualdad, además de la posición socioeconómica o la clase social.
- Los sistemas de salud se deben basar en principios de equidad, proporcionando atención a la población, independientemente de su capacidad económica.

Las políticas según los puntos de entrada. Las políticas para disminuir las desigualdades deben basarse en el modelo conceptual que las produce. De acuerdo con el modelo presentado anteriormente, las políticas pueden tener distintos puntos de entrada. A continuación se presentan algunos ejemplos de políticas.

- Políticas sociales destinadas a aumentar el estado del bienestar. El estado del bienestar se refiere a la protección y a la promoción del bienestar económico y social de los individuos por parte del Estado. Ejemplos de ello son las políticas destinadas a aumentar la protección mediante la provisión de servicios públicos universales de educación, de atención a la salud o a la dependencia.
- Políticas macroeconómicas. Pueden contribuir a la disminución de las desigualdades de renta o de la pobreza. Algunos ejemplos son disminuir las desigualdades de renta incrementando la fiscalidad progresiva, regular el mercado impulsando estrategias o promover las pensiones mínimas para combatir la pobreza.
- Políticas de mercado de trabajo, como las dirigidas a mejorar las condiciones de empleo para reducir las exposiciones dañinas para la salud, la regulación de salarios, de los horarios de trabajo y del trabajo temporal, así como la protección frente a la enfermedad y el desempleo. También están incluidas en este apartado las políticas destinadas a conseguir el pleno empleo.

5 Discusión-Conclusión

Las políticas para disminuir las desigualdades en salud son una prioridad para muchos países y responden al objetivo número 2 de la estrategia de «Salud para el siglo XXI» de la OMS: «Para el año 2020, las diferencias en salud entre los grupos socioeconómicos de cada país se deberán reducir en al menos una cuarta

parte en todos los Estados miembros, mediante la mejora sustancial del nivel de salud de los grupos más desfavorecidos».

Este tipo de políticas coloca a la salud pública ante un gran reto, ya que la reducción de las desigualdades en la salud requiere pasar del paradigma biomédico centrado en los problemas de salud, que coloca la responsabilidad principal en el ámbito sanitario, a otro basado en los determinantes sociales de la salud, que requiere un alto compromiso político que implica a todas las áreas del gobierno y a la participación de la ciudadanía en la priorización de los problemas, su diagnóstico, diseño de programas, implementación y evaluación.

España es uno de los países en que son evidentes las desigualdades socioeconómicas en salud, pero las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política.

En cambio, las políticas para disminuir las desigualdades de género en la salud han sido algo más priorizadas. Se han realizado ciertas experiencias en algunas comunidades autónomas que señalan que se puede estar produciendo algún cambio, como por ejemplo el nuevo Plan de Salud de la Comunidad Autónoma Andaluza o la Ley de Barrios de Cataluña, que deberán ser evaluadas en el futuro para conocer su viabilidad y efectividad.

Gozar de buena salud es una de las principales ambiciones de cualquier ser humano. Pero no sólo los individuos se preocupan por su salud, sino que es también una ambición colectiva de los Estados y organismos supraestatales. Un buen estado general de salud es un activo importante de un país, que contribuye al bienestar general y mejora su capital humano y su competitividad internacional. Una población sana es un requisito indispensable para la productividad y prosperidad económica.

El “Healthy People 2010” estableció dos objetivos integrales: aumentar la calidad y los años de vida saludable y eliminar las desigualdades existentes en la salud. Desarrollar acciones con énfasis en conductas individuales, sin buscar transformaciones en las condiciones de vida, lleva a resultados poco efectivos. Es decir, la promoción de una vida saludable es un proceso que incluye cambios individuales, grupales y comunitarios. Las intervenciones individuales consideran la autonomía individual como elemento esencial para entender la razón por la que las personas optan o no por estilos de vida saludables.

Las estrategias estructurales consideran la influencia que ejercen los entornos

físico, social y económico de las personas en dichas opciones y por tanto están dirigidas a la modificación de los mismos para favorecer opciones saludables. Así, una estrategia efectiva incluiría tanto intervenciones individuales como estructurales. Una de las formas clave para lograr que se actúe sobre los determinantes de la salud, es propiciando que los diferentes sectores responsables de definir políticas relacionadas con esos determinantes, incorporen la salud en su agenda y evalúen los impactos y consecuencias que pueden tener para la salud de la población. La mejora de la salud debería ser un objetivo de todas las políticas y de todos los sectores. Así sería necesario reforzar las estructuras y procesos que facilitarían el trabajo interdisciplinario, intersectorial e interinstitucional en aras a maximizar los beneficios sobre la salud de todas las personas.

6 Bibliografía

- Miguélez F, García T, Rebollo O, Sánchez C, Romero A. Desigualtat i canvi. L'estructura social contemporània. Barcelona: Biblioteca Universitària, Edicions Proa, Universitat Autònoma de Barcelona; 1996.
- Benach J. La desigualdad perjudica seriamente la salud. Gac Sanit. 1997;11:255-57.
- Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950-1998. Int J Health Serv. 2003; 33: 419-94
- Borrell C, Peiró R, Ramón N, Pasarín MI, Colomer C, Zafra E, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. Gac Sanit. 2005; 19: 277-85.
- Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gac Sanit. 2004;18 Supl 2:36-46.
- Tercer plan andaluz de salud, 2003-2008 [citado 2 May 2008].
- Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
- Desigualdades sociales en salud: factores determinantes y elementos para la acción (pp. 11-40). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L. & Rodríguez, C. (1994). Diferencias y desigualdades en salud en España. Madrid, España: Díaz de Santos.

Capítulo 417

PRIMEROS AUXILIOS Y LA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR (RCP)

JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ

JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

Las Técnicas de Primeros Auxilios consisten en esa primera ayuda, imprescindible y necesaria, que se desarrolla en favor de una o varias víctimas, afectadas súbitamente por una lesión o un accidente, con el fin de evitar que empeore su estado psico-físico, y prestar las atenciones iniciales y precisas, encaminadas a resolver esa situación, por grave que sea.

En segundo lugar, se impone exponer el concepto de urgencia, dentro del cual pueden comprenderse las Técnicas de Primeros Auxilios cuando se han producido, de por medio, daños personales.

Urgencia, podría definirse como toda situación anormal en la que se ha generado un peligro o se ha materializado un daño en bienes y personas, que requiere la puesta en funcionamiento de uno o varios protocolos de emergencia para su propia y efectiva resolución.

Estos protocolos son sistemas de actuación, establecidos tras un estudio de las diferentes situaciones de urgencia que puedan darse, y que han de seguirse de manera puntual y ordenada, para asegurar así la neutralización del peligro o el cese de los daños en el menor tiempo y de la manera más efectiva posible.

Son estos protocolos los que establecen el orden de prioridad en la asistencia a las víctimas, pero siempre se ha de contar con el análisis previo, que haga el celador o la persona encargada de activar el sistema de emergencia, con respecto a la situación a resolver, eligiendo bajo su criterio el protocolo más adecuado para alcanzar dicha meta.

2 Objetivos

- Saber actuar correctamente ante situaciones de emergencia, primeros auxilios.
- Conocimiento de los procedimientos generales que se han de tener en caso de pérdida de conciencia, lesiones, etc.

3 Metodología

Se realiza una revisión documental en bases de datos como Medline ,Pubmed, Medline y Google Scholar y en formato electrónico sobre el tema. Se utilizaron los descriptores determinantes primeros auxilios, rcp básica, reanimación cardiopulmonar.

4 Resultados

En los criterios de elección, donde nos debemos centrar ahora, y enumerar una relación (no cerrada) de principios que han de guiarlos:

- No correr peligros innecesarios, ser conscientes de nuestras limitaciones y no ejecutar acciones temerarias.
- Pedir ayuda siempre, aportando toda la información de importancia, de forma breve y concisa, solicitando los recursos que, a nuestro juicio, puedan ser necesarios para llevar a buen término la urgencia.
- Seguir los protocolos de emergencia.
- Ser la primera línea de ayuda, mantener la seguridad y estabilidad dentro de lo posible, y resistir lo que razonablemente se pueda.
- Mantener la serenidad y sangre fría, pero la mente despierta.
- Actuar según la gravedad y prioridades que la urgencia nos imponga.

Ante todo accidentado se debe conocer que tenemos la obligación de auxiliarle primero “por solidaridad” y segundo, “por precepto legal”. Debemos de conocernos y ser conscientes de nuestras limitaciones y seguir los siguientes consejos:

- No hacer las cosas sin saber.
- Protegernos y proteger.
- . No hacer comentarios.
- Jamás prometeremos nada a los pacientes.
- Transmitir nuestra tranquilidad.
- No perder nunca la calma ante los accidentes.

Reanimación CardioPulmonar (RCP)

Es un procedimiento de emergencia para salvar vidas que se realiza cuando alguien ha dejado de respirar o el corazón ha cesado de palpar. Esto puede suceder después de una descarga eléctrica, un ataque cardíaco o ahogamiento. Cualquier persona puede llevar a cabo maniobras de reanimación pulmonar (RCP) y emplear un desfibrilador automático. A través de la aplicación móvil CPR11 a continuación se explican los 11 pasos necesario para realizar un RCP.

1. Reconocer la parada cardiorrespiratoria.

Hay que sospechar cuando un deportista cae de repente sin necesariamente haber sufrido un impacto y queda inconsciente. La persona no responde a los estímulos y no respira con normalidad. “Cuando esto sucede, es vital iniciar la reanimación cardiopulmonar (RCP) en los dos primeros minutos tras el colapso”, se enseña en la aplicación.

2. Evaluar y colocar boca arriba.

El siguiente paso es poner al deportista boca arriba, teniendo cuidado para no dañar el cuello. Habría que estimularle y averiguar si hay respuesta de algún tipo.

3. Llamar a emergencias.

Si el deportista no responde se debe llamar al 112. Según la app, es conveniente pedir que traigan un desfibrilador y señala la importancia de que la primera descarga se dé en los tres primeros minutos después del colapso.

4. Si el deportista no respira, iniciar las compresiones torácicas.

Si no respira, no respira con normalidad o se tiene dudas al respecto, se inician las compresiones torácicas. La app recuerda que alguien debe apuntar el momento de inicio de las maniobras.

5. ¿Cómo realizar las compresiones torácicas?

Lo ideal sería que alguien se situara detrás del deportista para estabilizar el cuello, mientras el resto realiza las compresiones.

CPR11 explica paso a paso cómo colocarse:

- Poner la base de una mano sobre el esternón, en el centro del tórax.
- Colocar la otra mano sobre la primera, entrelazando los dedos.
- Mantener los dedos separados del tórax.
- Situar los hombros sobre las manos.
- Poner los brazos perpendiculares al cuerpo.
- Estirar los codos.
- Presionar sobre el talón de la mano, dejando caer el cuerpo sobre ella.
- Hacer compresiones rápidas, unas 100 por minuto; y profundas, 5 centímetros.
- Cambiar de persona cada dos minutos para evitar la fatiga.
- Es esencial no interrumpir las compresiones.

6. Técnica de ventilaciones.

La reanimación con compresiones torácicas puede ser suficiente en los primeros minutos. Después se puede iniciar la RCP estándar con 30 compresiones por cada dos ventilaciones.

7. Utilizar el desfibrilador automático (DEA).

Desde la aplicación se insiste en que la primera descarga ha de hacerse en los tres primeros minutos después colapso. El propio desfibrilador va dando instrucciones de voz. Tras encenderlo, simplemente se seguirían las indicaciones.

Antes de dar la descarga hay que cortar la camiseta del paciente para dejar su pecho al descubierto. Se seca la humedad o el sudor si hay y se colocan los parches. El parche superior se pone en el costado derecho, a la derecha del esternón, por encima del pecho y por debajo de la clavícula. El parche inferior en el costado izquierdo, por debajo del corazón.

Nada más colocarlo se reanudan las compresiones y se espera a que el desfibrilador indique la detención del RCP. Según explica la aplicación, el DEA indica si es necesaria la descarga. “En ese caso nadie toca al deportista y se aprieta el botón de descarga”. Se sigue con las compresiones con ventilaciones hasta que el desfibrilador vuelva a analizar el ritmo cardíaco.

8. Si no es necesaria la descarga.

Si el desfibrilador dice que no es necesaria la descarga, se siguen con las compresiones y ventilaciones.

9. Continuar con la RCP sin interrupción.

Mientras se siguen las instrucciones del desfibrilador, se continúa con el RCP hasta que el deportista dé señales de vida o lleguen los servicios de emergencia.

10. Inmovilización y traslado.

Para trasladar al deportista a la ambulancia o al centro médico, se le estabiliza mediante una camilla o con un dispositivo de inmovilización rígido. No se paran las compresiones, ni la desfibrilación (en caso de que el aparato indique su necesidad).

11. Si el deportista respira, colocar en posición lateral de seguridad.

En caso de que el deportista no responda pero respire con normalidad, hay que ponerlo en posición lateral de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La gravedad de la problemática, que originan las paradas Cardio- Respiratorias obliga a que las sociedades avanzadas desarrollen una política decidida de prevención, complementada con la estructuración de una respuesta asistencial eficiente. Esta respuesta debe basarse en una cadena de socorro/supervivencia, cuya efectividad va a depender de la que alcance su eslabón más débil.

Por tanto las posibilidades de sobrevivir a una RCP van a depender no sólo de la enfermedad subyacente, sino también de la combinación de los tiempos de respuestas con la calidad de las maniobras aplicadas. Por ello los conocimientos sobre RCP deben estar ampliamente difundidos, a nivel básico entre la población, a nivel intermedio entre los miembros de los cuerpos de seguridad, salvamento y rescate y a nivel avanzado entre el personal sanitario titulado.

Las recomendaciones sobre RCP realizadas por la La American Heart Association (AHA)son un instrumento útil para difundir este conocimiento y mejorar la calidad en las técnicas de RCP. En estas recomendaciones se ha realizado un esfuerzo para simplificarlas y así facilitar su memorización y aplicación.

La FV es la responsable del 85% de las RCP de origen cardíaco, disminuyendo las probabilidades de éxito del tratamiento según se retrasa la desfibrilación. Por ello se subraya la necesidad de poder disponer de una monitorización y una desfibrilación precoz, destacándose la importancia del tratamiento eléctrico.

Las maniobras de reanimación cardiopulmonar han demostrado su eficacia a lo largo de los últimos años y son responsables del descenso de fallecimientos por paradas respiratorias. Gracias a los aparatos desfibriladores semiautomáticos podemos actuar antes de cinco minutos, algo esencial no solo para salvar la vida del paciente sino también para acelerar la recuperación y prevenir las secuelas que pueden dejar estos ataques, sobre todo las neurológicas.

6 Bibliografía

- Pérez Vigueras, J. et al. (2015) Reanimación cardiopulmonar básica y manejo del desfibrilador. ISBN 978-1518751837.
- Video de RCP (solo con las manos) de la American Heart Association.
- <https://international.heart.org/es>.
- Manno M. Pediatric respiratory emergencies. In: Marx JA, Hockberger RS, Walls RM, et al, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009:chap 166.
- Medlineplus
- www.importancia.org/emergencia.
- 7. www.primerosauxilios.org.
- Aspectos Básicos de los Primeros Auxilios». Salvacorazones Primeros Auxilios con RCP y DEA (en español edición). Barcelona España: Prous Science. 2007. pp. 3-22.

Capítulo 418

DEFINICION Y ACTUACION DE PRESTACIONES SANITARIAS

MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ

JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ

JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

1 Introducción

La asistencia sanitaria es el conjunto de informaciones, cuidados, intervenciones, tratamientos médicos y farmacéuticos que reciben las personas enfermas por parte de los profesionales sanitarios. Las prestaciones sanitarias tienen por objeto la prestación de los servicios médicos, quirúrgicos y farmacéuticos dirigidos a preservar, conservar o restablecer la salud de los beneficiarios, así como su aptitud para el trabajo. Son la base de la asistencia sanitaria.

El catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud comprende las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencias, prestaciones farmacéuticas, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

Las personas que reciban prestaciones de la cartera de servicios comunes, tendrán derecho a la información y documentación sanitaria y asistencial, de acuerdo con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la au-

tonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Son el conjunto de iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población. Comprenden las siguientes actuaciones:

- Información y vigilancia epidemiológica.
- Protección de la salud.
- Promoción de la salud.
- Prevención de enfermedades y deficiencias.
- Vigilancia y control de los posibles riesgos para la salud derivados de la importación, exportación o tránsito de mercancías y del tráfico internacional de viajeros, por parte de la Administración sanitaria competente.
- Promoción y protección de la salud ambiental, de la salud laboral y de la seguridad alimentaria.

La prestación de salud pública incluirá, asimismo, todas aquellas actuaciones singulares o medidas especiales que, en materia de salud pública, resulte preciso adoptar por las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones públicas, dentro del ámbito de sus competencias, cuando circunstancias sanitarias de carácter extraordinario o situaciones de especial urgencia o necesidad así lo exijan y la evidencia científica disponible las justifique.

2 Objetivos

- Conocer los distintos tipos de prestaciones sanitarias, diferenciar los conceptos de atención primaria y atención especializada.
- Conocer la información de cada tipo de atención sanitaria.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: prestación médica, atención sanitaria, atención de calidad, primaria, especialización.

4 Resultados

La prestación médica comprenderá los servicios de medicina general, especialidades, internamiento quirúrgico y medicina de urgencia. También los tratamientos y estancia en los centros y establecimientos sanitarios (art. 103.1 LGSS/74). Se distingue entre Atención primaria y especializada, incluyendo dentro de esta última la Asistencia hospitalaria.

Atención primaria:

La atención primaria constituye el nivel básico e inicial de atención (art. 12 Ley 16/2003). Incluye actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social.

Con carácter general comprende:

- La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio.
- La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
- Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud.
- La rehabilitación básica.
- Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.
- Atención paliativa a enfermos terminales.
- Atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada.
- Atención a la salud bucodental.

Atención especializada:

Las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad.

Se presta una vez superadas las posibilidades de la atención primaria. Comprende (art. 13 Ley 16/2003):

- La asistencia ambulatoria especializada en consultas, en «hospital de día» (médico y quirúrgico), la hospitalización en régimen de internamiento y la aten-

ción de la salud mental.

- El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.
- La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Atención paliativa a enfermos terminales.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Atención hospitalaria:

La asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica o la realización de tratamientos o procedimientos diagnósticos, a pacientes que requieren cuidados continuados que precisan su internamiento.

Comprende:

- La indicación y realización de exámenes y procedimientos diagnósticos, incluido el examen neonatal.
- La indicación, realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos o intervenciones quirúrgicas que necesite.
- Medicación, transfusiones, curas, y otros productos sanitarios que sean precisos.
- Cuidados de enfermería.
- Los implantes y otras ortoprétesis.
- Cuidados intensivos o de reanimación.
- Tratamientos de rehabilitación.
- La alimentación, según la dieta prescrita, y la nutrición parenteral o enteral, en su caso.
- La información con instrucciones para el correcto seguimiento del tratamiento y establecimiento de los mecanismos que aseguren la continuidad y la seguridad de la atención y de los cuidados tras el alta. El acceso a la asistencia especializada en régimen de hospitalización se realiza por indicación del facultativo especialista o a través de los servicios de urgencia hospitalaria, cuando el paciente necesite previsiblemente cuidados especiales y continuados, no susceptibles de ser prestados de forma ambulatoria o a domicilio.

Atención Sociosanitaria:

Comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social (art. 14 Ley 16/2003). En el ámbito sanitario, comprende:

- Los cuidados sanitarios de larga duración.

- La atención sanitaria a la convalecencia.
- La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Atención de urgencia:

Se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata, dispensándose tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio del paciente, durante las 24 horas del día, mediante la atención médica y de enfermería (art.15 Ley 16/2003).

Comprende:

- La atención telefónica.
- La evaluación inicial e inmediata de pacientes para determinar los riesgos para su salud y su vida, y la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen.
- La realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios.
- La monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes.
- El transporte sanitario.
- La información y asesoramiento sobre la atención prestada.
- La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de salud están obligados a informar a los ciudadanos de sus derechos y deberes, de las prestaciones y de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, de los requisitos necesarios para el acceso a éstos y de los restantes derechos recogidos en la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como de los derechos y obligaciones establecidos en la Ley General de Salud Pública y en las correspondientes normas autonómicas, en su caso (art. 26 Ley 16/2003).

En resumen:

- La planificación y la gestión sanitaria se basan en la equidad y en la eficiencia.
- La asistencia sanitaria se desarrolla en: primaria y especializada.
- La Atención Primaria de Salud se define por las siguientes características: la atención esencial, la participación comunitaria, su universalidad y el aspecto económico.

- La Atención Primaria será: integral, global, continua, permanente, y descentralizada. Se desarrollará mediante el trabajo en equipo.
- El centro de salud es la estructura funcional en la que se desarrollan las actividades propias de la atención primaria.
- La actuación en el centro de salud se desarrolla por la cita previa, la visita urgente y la visita programada.

Otro aspecto es la atención domiciliaria programada o espontánea.

El equipo lleva a cabo un trabajo coordinado, una programación y una participación activa.

El coordinador médico se encargará de coordinar las actividades del equipo y la relación con otros servicios e instituciones.

En el funcionamiento del equipo hay comisiones de atención al paciente, diagnóstico de salud, sistemas de evaluación y registro, programación, docencia e investigación.

En el centro de salud hay un equipo básico y un equipo de apoyo.

- La Atención Especializada se jerarquiza en el hospital y en las consultas externas cercanas a éste.
- Los hospitales se encargan de la formación y especialización del personal sanitario.
- Las actividades hospitalarias se realizarán en: consultas externas, urgencias, áreas de hospitalización, servicios centrales y generales.
- La asistencia hospitalaria es necesaria, eficaz, equitativa, de calidad y evaluada.
- Las funciones hospitalarias incluyen la asistencia sanitaria especializada, la docencia y la investigación.
- Las normas internas del nivel de calidad se realizan por: instrucciones permanentes, protocolos, e índices.

6 Bibliografía

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2008): “Definición y actualización de las prestaciones sanitarias en países con sistemas sanitarios avanzados”. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias nº 54. Instituto Carlos III. Madrid Septiembre 2008.
- García Cornejo, B (2004) La experiencia en contabilidad de costes y en benchmarking del Sistema Nacional de Salud español. Revista de Administración Sanitaria 2004; 2(1):103-23.
- Gutierrez, JL (2009): “Gestión clínica” Disponible en <http://www.sas.juntaandalucia.es>.

- Peiró, S (2006): "Algunas reflexiones sobre la organización de la información sanitaria en el Sistema Nacional de Salud. Revista de Administración Sanitaria 4 (I): 81-94.
- Rubio González B., Rubio Cebrián, S., Repullo, J.R. (2.007) "En busca de nuevas herramientas de análisis de la eficiencia en el sector sanitario" Rev Adm Sanit.2007;5 (4): 659-72.
- Wright, J; Hill, P. (2006): Gobierno Clínico. Elsevier España. Madrid 2006.

Capítulo 419

PERCEPCION SOCIAL DE LOS PROBLEMAS AMBIENTALES

MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ

JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El deterioro ambiental, la pérdida de biodiversidad, el cambio de uso del suelo, la sobreexplotación y la contaminación de los ecosistemas, entre otros, son problemas ambientales de gran relevancia desde los años setenta, debido a la magnitud en la que se han manifestado, así como al reconocimiento de su impacto negativo sobre el bienestar de la humanidad.

Una de las causas determinantes de la crisis ambiental es la compleja dinámica que surge como resultado de la interacción del ser humano y su entorno. De tal forma que los problemas ambientales se deben al conflicto de intereses entre los seres humanos o grupos de seres humanos y la utilización de los recursos.

En este contexto, los problemas ambientales aparecen en tres niveles:

- El individual, el conflicto entre necesidades y deseos es incompatible, por lo que a menudo se expresa como un dilema personal.
- A nivel social, en que se dan conflictos de intereses entre diferentes grupos o individuos.

- Se sitúa en los conflictos de intereses que se consideran en un nivel estructural de la sociedad, es decir, un conflicto de decisiones políticas y tendencias de mercado, o mecanismos económicos.

De tal manera que resolver los problemas ambientales o, mejor aún, prevenirlos, implica la necesidad de ir cambiando cada acción, de manera que se modifiquen los efectos de nuestra actividad individual y colectiva, para obtener un nuevo mosaico de fuerzas encaminadas en una dirección distinta.

Las medidas y estrategias adoptadas deberán acompañarse de implicaciones y participación de la ciudadanía, ya que no basta con proponer acciones inmediatas que reviertan la degradación ambiental y mejoren las condiciones de vida de la población, si éstas no parten de su reconocimiento.

En el momento de planear, diseñar e implementar estrategias de comunicación, información y educación ambiental es importante consultar la opinión de los ciudadanos sobre diversos temas que intervienen y afectan la calidad de vida. Una herramienta determinante la constituyen las encuestas de percepción, ya que permiten identificar lo que a la gente le importa.

2 Objetivos

El objetivo fue conocer la percepción de los problemas ambientales por una comunidad estudiantil de nivel medio superior, así como identificar los problemas ambientales que los jóvenes consideran como mayor amenaza para su desarrollo integral y el correcto funcionamiento de su entorno social y académico.

Se encuestaron 355 alumnos provenientes de dos escuelas, que encontraron once problemas generales: basura, calentamiento global, contaminación, deforestación, degradación de la capa de ozono, derretimiento de los polos, eventos naturales extremos, efecto invernadero, explotación de recursos naturales, extinción de especies e incendios forestales. Si bien los resultados pudieron mostrar una posible confusión en cuanto a términos y definiciones, éstos son alentadores, pues no representan un impedimento para el desarrollo óptimo de acciones o programas en educación ambiental.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de personas encuestadas de las Universidades de España con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: Recursos naturales, Educación ambiental, Ambiente.

4 Resultados

De los 385 estudiantes de nivel medio superior encuestados, 46% fueron hombres y 54% mujeres. Al considerar la distribución de la población según el rango de edades, el mayor porcentaje se registró entre los 14 y 15 años (49%), seguida por una unidad abajo los jóvenes de 16 a 17 años. Una de las preguntas clave y de carácter exploratorio, para identificar si los jóvenes perciben problemas ambientales o no, fue cuestionarlos con respecto a su presencia.

Pregunta General:

“¿Consideras que existen problemas ambientales que afectan al planeta?”, permitió la inclusión de los participantes al obtener una respuesta afirmativa mayor a 99%.

Cuando se les preguntó sobre los problemas ambientales que conocen, se identificaron en general once problemas: contaminación, deforestación, calentamiento global, basura, degradación de la capa de ozono, derretimiento de los polos, efecto invernadero, extinción de especies, eventos naturales extremos, explotación de recursos naturales e incendios forestales, siendo la contaminación el que tuvo mayor mención.

Cabe resaltar que entre otros problemas identificados se encuentran: el cambio climático, la escasez de agua, caza de especies en peligro de extinción, sobrepoblación, falta de reciclaje, falta de conciencia por parte del ser humano y maltrato a los animales, los cuales están representados en la categoría de “otros”.

Al preguntarle a los jóvenes si realizaban actividades relacionadas al cuidado y la conservación de la naturaleza, 66% respondió de manera afirmativa mientras que 36% comentó que no realiza actividades; y 1% corresponde a preguntas sin respuesta, por lo que se identifican como nulos. Dentro de las acciones que más realizan los jóvenes está la de no tirar basura en las calles y colocarla en un lugar adecuado (55%), ahorrar agua al bañarse o cepillarse los dientes, así como apagar

luces o aparatos eléctricos mientras no son utilizados (18%), reciclar-reusar (11%), plantar árboles (8%). Cabe mencionar que 5% manifestó que realiza separación de residuos en sus hogares, además de compartir el mensaje con familiares y amigos para que hagan lo mismo (5%) .

El 99.5% mencionó no pertenecer a ningún club ecológico, 5% dijo reunirse con sus amigos(as) para limpiar parques, ríos o dar pláticas a más gente como iniciativa propia. La carencia de organizaciones ecológicas en las Universidades, identifica un área de oportunidad para incentivar y organizar a los estudiantes para redireccionar las acciones ambientales.

Con respecto a la formulación y establecimiento de programas ambientales en los planes educativos, se encontró que a 95% le gustaría contar con un programa de educación y conciencia ambiental , siendo la contaminación.

5 Discusión-Conclusión

Esta investigación pone de manifiesto que casi la totalidad de los estudiantes de nivel medio superior de las distintas Universidades y campus en general , considera que hay problemas ambientales que afectan el planeta. Consideraron un total de once problemas, siendo la contaminación el que tuvo mayor prioridad, debido a que los estudiantes piensan que se deberían canalizar los recursos económicos para atender el problema de contaminación y deforestación.

Esta investigación generó una primera aproximación en la percepción de la comunidad estudiantil de nivel medio superior de los intittulos y campus de Universidad, sobre los problemas ambientales, la cual servirá para planear proyectos que consideren la participación de los jóvenes.

Los resultados pudieron mostrar una posible confusión en cuanto a términos y definiciones, éstos son alentadores, pues no representan un impedimento para el desarrollo óptimo de acciones o programas en educación ambiental en España.

6 Bibliografía

- Barraza, L., Ceja, M. La planeación y la realización de la educación ambiental.
- Mogensen y Mayer. 2009. Educación para el desarrollo sostenible: tendencias, divergencias y criterios de calidad, España, Graó Societat Catalana d'Educació Ambiental (SCA).

- Ministerio de Medio Ambiente, 1999. Libro blanco de la educación ambiental en España. Consultado el 31 de agosto de 2013 en <http://www.magrama.gob.es>.
- Cuello Gijón, A. (2003). Problemas ambientales y educación ambiental en la escuela. Centro Nacional de Educación Ambiental.
- Fuentes, L. 2007. Enseñanza de la educación ambiental desde el enfoque inteligente. *Educere*. Año 11, No. 37. 307-314.
- Bonilla Pérez, G.A., Vera Marín, B. (2011). ¿Cómo influye la educación ambiental en la cultura? *Biografía: escritos sobre la biología y su enseñanza*.
- Barraza, L., Ceja. M.P. Los niños de la comunidad: su conocimiento ambiental y su percepción sobre “naturaleza”. En: Velázquez, A., Torres, A., Bocco. G. *Las enseñanzas de San Juan, investigación participativa para el manejo integral de recursos naturales*.

Capítulo 420

BURNOUT: MEDIDAS PARA LA PROTECCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO.

ALEJANDRO MARTIN MANJON

1 Introducción

El burnout también conocido como “síndrome de desgaste profesional” o “síndrome de estar quemado” fue descrito por primera vez en 1974 por el psicólogo Herbert Freudenberger.

Sin embargo, es en los años ochenta cuando Christina Maslach, dándole forma al concepto, relaciona este síndrome con profesiones en las que se precisa de un contacto directo y continuado con otras personas. Desarrolla así mismo el cuestionario de medida Maslach Burnout Inventory (MBI) en el que valora tres dimensiones del burnout: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y realización personal (RP). Posteriormente numerosos autores se adhieren a esta teoría analizando el estrés al que el colectivo de las profesiones sanitarias está sometido, y en consecuencia, cómo este síndrome les afecta de forma creciente.

2 Objetivos

Analizar la relación entre burnout y las habilidades personales, comunicativas y resiliencia individual entre el colectivo sanitario.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en bases de datos, revistas y publicaciones científicas sobre artículos referidos al tema descrito.

- Estrategia de búsqueda: tras realizar una búsqueda sistemática por las diferentes Bases de Datos consultadas como, Pubmed, Cochrane, Dialnet, , Scielo, mediante la utilización de una serie de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), y conectores booleanos AND y OR.
- Los descriptores utilizados fueron burnout profesional, resiliencia, habilidades de comunicación, personal de salud, salud laboral, enfermería.

4 Resultados

El síndrome de burnout aparece cuando fracasan los mecanismos compensatorios de adaptación ante situaciones laborales con un estrés sostenido.

Existe mayor prevalencia en trabajos con un desajuste entre las demandas y los recursos, como en el ámbito sanitario, y especialmente en personas con unas expectativas superiores a las que la realidad finalmente le ofrece. La sensación de estar exhausto emocionalmente a causa del trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás, así como una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes aparece en profesionales afectados. Sin embargo, por definición, niveles bajos respecto a la dimensión de la Realización Personal (RP), expresado por sentimientos de competencia y éxito, es indicativo por sí mismo del síndrome de burnout.

Tras la revisión sistemática cabe destacar la influencia que estos estudios otorgan a las competencias individuales de cada profesional frente los citados factores descriptivos. Se determinan que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento potencialmente estresor. Como afronta cada uno las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio son determinantes. La evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no.

Se evidencia que un aumento en las habilidades de comunicación y la capacidad de resiliencia en el profesional sanitario actúan como factores protectores y mitigadores frente al burnout

Resultados al burnout.

También se concluyó que actúan como variables protectoras: la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica.

5 Discusión-Conclusión

Existe un aumento en los últimos años de publicaciones analizando la incidencia y los factores determinantes del burnout sobre el colectivo sanitario. En contraposición, el número de estudios analizando intervenciones concretas que fomenten los factores protectores para evitar o amortiguar las nefastas consecuencias del síndrome descrito son menores, por lo que resultaría interesante un aumento en los estudios sobre esta línea de investigación.

6 Bibliografía

- Pérez-Fuentes María del Carmen, Molero-Jurado María del Mar, Gázquez-Linares José J., Simón-Márquez María del Mar. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. The European Journal of Psychology Applied to Legal Context [Internet]. 2019 Jun [citado 2019 Sep 25] ; 11(1): 33-40..
- Grau Armand, Flichtentrei Daniel, Suñer Rosa, Prats María, Braga Florencia. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2009 Abr [citado 2019 Sep 25] ; 83(2): 215-230.
Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.
- Albanesi S, Morales C. Riesgo laboral del personal de enfermería. Federación Argentina de Medicina. General. Disponible en <http://www.asmgfy.org>. Citado el 25 de Septiembre del 2019.
- Grau A, Suñer R, García MM. Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales. Gac Sanit. 2005; 19: 463-470.

Capítulo 421

PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS. RECONOCER EL ESTRÉS EN EL TRABAJO.

ALICIA JUARROS SEDANO

SONIA GARCÍA MUÑIZ

ANA MARIA GARCIA GARCIA

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

EVA POLADURA SOLARES

1 Introducción

¿Que es el estrés?

Es una reacción fisiológica de nuestro cuerpo, ante una amenaza al exigirle un rendimiento mayor.

Se puede manifestar en tensión física o mental.

2 Objetivos

- Reconocer los diferentes estados de estrés, la magnitud de sus consecuencias.
- Distinguir las causas de los factores estresantes.
- Examinar los signos de estrés en el cuerpo y ayudar a prevenirlo.

3 Metodología

Se ha realizado búsqueda sistemática en base de datos como PubMed, Dianet y Medline plus.

4 Resultados

Hay diferentes factores que pueden desencadenar el estrés:

- Estrés físico: por posturas en el trabajo inadecuadas, por trabajo físico intenso.
- Estrés Térmico: por trabajos en ambientes extremadamente calurosos.
- Estrés Sensorial: por trabajos ante un ordenador. Por su mala iluminación pantallas desajustadas pueden provocar estrés mental visual. Sin olvidarnos de la agresión sonora aunque sea insignificante a largo plazo puede provocar daños neurofisiológicos y sobre carga en el sistema nervioso. También el aspecto ambiental, factores interpersonales como la relación de compañeros o la falta de conciliación entre vida personal y laboral.
- Estrés Psicosocial: son de diferente origen intelectual, sexual, racial, la competitividad en el trabajo.
- Estrés Psicoemocional: Es el más frecuente lo suelen padecer personas impaciente, competitivas, propensas a perder fácilmente los estribos. Afecta al sistema cardíaco vascular. Provocado por un estado de ansiedad excesiva.

Reconocer las reacciones físicas y los signos del estrés en el cuerpo:

- Dormir mal, enojarse fácilmente, sentirse deprimido y tener poca energía, agobio, angustia. Nos puede ayudar
- El estrés puede desencadenar emociones negativas, enfermedades cardíacas, dolor de cabeza, hipertensión, úlceras
- La preocupación excesiva sobre asuntos diversos, que se prolonguen seis meses o más pueden señalar la presencia del trastorno generalizado de ansiedad pueden alterar el sistema inmunológico y producir un trastorno como la depresión.

Establecer objetivos y prioridades para prevenir el estrés:

- Aprender a decir "No".
- Decidir que se debe hacer ahora y que puede esperar.
- Ser consciente de lo que se ha logrado al final del día, no lo que no has podido hacer.
- Hacer ejercicio regularmente, sólo 30 minutos mejora el ánimo y la salud.
- Hacer actividades relajantes, relajación muscular, ejercicios de respiración y meditación.

5 Discusión-Conclusión

Nuestro cuerpo tiene una respuesta automática fisiológica para sobrevivir. Reconocer a tiempo el estado de estrés puede prevenir una enfermedad emocional mayor.

6 Bibliografía

- Ahmed S.M. Hershberger PJ, Lemkau J.P. Psychosocial influences on health. In: Rakel Dp,eds.
- Textbook of Family, Medicine. 9th ed. Philadelphia, PA:Elsevier, 2016: chap 3. National institute of Mental Health.
- Things you should stress. www.nimh.nih.gov.

Capítulo 422

TERREMOTOS Y SALUD

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ

JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ

JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Los terremotos, además de los múltiples efectos que producen, ponen en evidencia la vulnerabilidad de los sistemas de salud y crean la necesidad de adoptar una política de Estado que ponga en práctica un plan de contención y mitigación de daños a la salud. Asimismo, el comportamiento de las personas durante un terremoto es un factor importante de predicción de su supervivencia, por lo tanto, la educación de la comunidad acerca de cómo comportarse durante un evento es primordial. Por consiguiente, la preparación es necesaria a nivel comunitario, organizacional y de política pública, particularmente de los servicios sanitarios, para mitigar los efectos adversos para salud y para el sistema de respuesta del Estado. Dentro de los factores de riesgo, los niños menores, los adultos mayores y las personas con problemas de movilidad presentan una mayor vulnerabilidad. Esto debe ser tomado en cuenta por los Estados en sus fases de prevención y preparación previas a un terremoto. Desde el punto de vista epidemiológico, la morbilidad y la mortalidad están relacionadas con lesiones traumáticas, las cuales demandan, muchas veces, niveles de atención médica especializada en un periodo corto, para lo cual en muchas ocasiones los Estados no se encuentran preparados.

Además de las víctimas de traumatismos relacionados con el terremoto, los servicios de emergencia y los hospitales también deberían prepararse para responder a otras necesidades de salud.

Entre los factores agravantes figuran la hora a la que se produce el temblor y la intensidad de las réplicas.

Otros peligros agravantes son los incendios, los corrimientos de tierras y los tsunamis.

Factores debidos a la actividad humana:

- Localización de asentamientos en zonas sísmicas.
- Prácticas y normativas incorrectas en materia de construcción de edificios.
- Gran densidad de edificaciones con altos índices de ocupación.
- Falta de sistemas de alarma y de concienciación de la población acerca de los riesgos de terremoto.

2 Objetivos

- Definir el concepto de urgencia, clasificarlas teniendo en cuenta la prioridad, la especialidad y por aparatos.
- Conocer y concretar el rol del celador dentro del equipo multidisciplinar de una unidad de urgencias.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: terremotos; emergencias; servicios de salud, tusnami.

4 Resultados

Desde el punto de vista epidemiológico, la morbilidad y la mortalidad ligadas a los terremotos se diferencian de otros desastres naturales, ya que los sismos provocan altas tasas de mortalidad por traumatismos, asfixia, inhalación de polvo (distrés respiratorio agudo) o exposición al entorno (p. e. hipotermia), por lo que

muchas veces se requieren una atención médica quirúrgica y de resucitación compleja. Asimismo, los sismos destruyen infraestructuras del sector salud y vías de comunicación (carreteras, puentes, etc.), lo que afecta la cadena de suministros de medicamentos e insumos médicos, y el acceso a los servicios de salud. Durante las primeras semanas las necesidades quirúrgicas son importantes. La pauta general de traumatismos está formada en gran parte por heridos con cortes y contusiones leves, por un grupo menor aquejado de fracturas simples, y por una minoría de casos con fracturas múltiples graves, quemaduras, electrocuciones y síndrome de aplastamiento.

En efecto, en algunos siniestros, como los ocurridos en Filipinas (1990) y en Egipto (1992), hubo reportes de muertes y lesiones causadas por estampidas originadas cuando los ocupantes de edificios corrían con pánico a la salida más cercana. Por otra parte, una revisión reveló que quienes corrían inmediatamente fuera de los edificios tenían una menor incidencia de lesiones que quienes se quedaban dentro. Sin embargo, otros reportes revelan que correr hacia fuera puede incrementar el riesgo de lesiones, debido a las caídas de paredes o fachadas externas. También existen otros reportes en el sentido de la eficacia de moverse a un área protegida, como un portal o bajo un escritorio.

La morbilidad relacionada con los terremotos habitualmente incluye traumas, enfermedades infecciosas y desórdenes de estrés postraumático (PSD), cuyo incremento puede favorecerse por el impacto sobre la infraestructura sanitaria y la interrupción de los servicios públicos, lo que perturba la prestación de los servicios básicos de salud pública.³ La mayoría de las personas que sufren lesiones menores o fracturas no complejas, causadas por la caída de materiales como piezas de mampostería, revestimientos y vigas, no requieren asistencia quirúrgica ni hospitalización, ya que son pacientes que pueden ser atendidos de manera ambulatoria.

Según un estudio de revisiones bibliográficas, “las lesiones musculoesqueléticas relacionadas con terremotos más comunes son laceraciones (65%), fracturas (22%) y contusiones o esguinces de tejidos blandos (6%). Las víctimas del terremoto que requieren atención terciaria a menudo tienen fracturas de huesos largos, fracturas pélvicas (particularmente fracturas pélvicas de compresión lateral), lesiones por aplastamiento, síndrome compartimental y gangrena. El 36% de los pacientes con fracturas tienen lesiones múltiples y 6% de las fracturas se asocian con una lesión neurovascular”. Por otro lado, las lesiones severas que requieren hospitalización incluyen fracturas de cráneo con hemorragia (p. e. hematoma subdural),

lesiones cervicales con compromiso neurológico y daño a los órganos intratorácicos, intraabdominales e intrapélvicos tales como neumotórax, laceraciones del hígado o ruptura esplénica. Muchas personas seriamente lesionadas presentan varios compromisos como neumotórax con fractura de extremidades. La hipotermia, la infección secundaria de heridas, la gangrena que requirió amputación, la sepsis, el síndrome de dificultad respiratoria del adulto (SDRA), la falla de múltiples órganos y el síndrome de aplastamiento han sido las complicaciones más frecuentes reportadas después de terremotos severos. El síndrome de aplastamiento tiene efectos sistémicos que incluyen choque hipovolémico y anomalías electrolíticas (hipercalcemia, hipocalcemia, etc.), las cuales pueden causar falla renal y arritmias cardíacas fatales. Según ciertos estudios, se estima que aproximadamente la mitad de los pacientes con síndrome de aplastamiento desarrollan insuficiencia renal aguda y aproximadamente la mitad de éstos requieren diálisis.

Sin embargo, un gran número de pacientes requiere cuidado inmediato por problemas no quirúrgicos tales como infarto de miocardio, exacerbación de enfermedades crónicas como diabetes o hipertensión, ansiedad y otros problemas de salud mental como depresión y enfermedad respiratoria causada por exposición a polvos y fibras de asbesto en escombros, las cuales afectan a víctimas y rescatistas.

Varios estudios consideran que la mayoría de las muertes se produce por traumas que son resultado directo de las lesiones causadas al colapsar las estructuras y por caídas de materiales de construcción u objetos. Las muertes pueden ser instantáneas, rápidas o tardías. Las primeras ocurren dentro de las primeras horas después del siniestro y se deben generalmente a lesiones severas en la cabeza, el tórax, el abdomen o la pelvis por aplastamiento, hemorragia interna o externa, o ahogamiento en terremotos de origen marino (tsunamis/maremotos). Las muertes rápidas ocurren en minutos u horas y pueden deberse a asfixia por inhalación de aerosoles o compresión del tórax, choque hipovolémico o exposición ambiental (es decir, hipotermia). Por su parte, las muertes tardías ocurren en días o semanas y pueden deberse a deshidratación, hipotermia, hipertermia, síndrome de aplastamiento, falla orgánica multisistémica, coagulación vascular diseminada, infección de heridas o sepsis postoperatoria.

5 Discusión-Conclusión

El nivel socioeconómico bajo es un factor muy importante de vulnerabilidad, ya que los que lo integran se ven obligados a construir sus viviendas en áreas local-

izadas en zonas de alto riesgo sísmico sin utilizar estándares de construcción adecuados; se construye con materiales de mala calidad y se habita en condiciones de hacinamiento, en áreas densamente pobladas.

- Los factores topográficos del suelo y los factores estructurales de las viviendas determinan la vulnerabilidad al impacto que tengan los sismos en la sociedad, en términos de morbilidad, mortalidad y afectación. Por lo tanto, es recomendable crear y fortalecer políticas públicas que busquen establecer códigos de construcción según estándares de sismorresistencia internacionales y, sobre todo, en estructuras públicas, primordialmente para las estructuras dedicadas a la atención de la población, particularmente durante un desastre. Al respecto, se recomienda hacer uso de la Herramienta de Autoevaluación de Preparación para Desastres Hospitalarios, desarrollada por el Department of Homeland Security (DHS), la cual se desarrolló para ayudar a los hospitales a revisar y actualizar planes de desastres existentes o en el desarrollo de nuevos planes. Al igual se recomienda el uso del Índice de Seguridad Hospitalaria, herramienta de evaluación rápida, confiable y de bajo costo que proporciona una idea inmediata de la probabilidad de que un establecimiento de salud continúe funcionando en caso de desastre.

El comportamiento de las personas durante un terremoto es un factor importante de predicción de su supervivencia; por lo tanto, la educación de la comunidad acerca de cómo comportarse durante un evento es primordial. Por consiguiente, la preparación es necesaria a nivel comunitario, organizacional y de sistema, particularmente de los servicios sanitarios, para mitigar los efectos adversos para salud y para el sistema de respuesta del Estado.

- Dentro de los factores de riesgo, los niños menores, los adultos mayores y las personas con problemas de movilidad presentan una mayor vulnerabilidad. Esto debe ser tomado en cuenta por los estados en sus fases de prevención y preparación previas a un terremoto.
- Desde el punto de vista epidemiológico, la morbilidad y la mortalidad están relacionadas con lesiones traumáticas, las cuales demandan muchas veces niveles de atención médica especializada en un periodo corto, para la cual muchas veces los estados no se encuentran preparados.
- Además de las víctimas de traumatismos relacionados con el terremoto, los servicios de emergencia y los hospitales también deberían prepararse para responder a otras necesidades de salud como enfermedades cardiovasculares, enfermedades infectocontagiosas y desórdenes de estrés postraumático.

6 Bibliografía

- Doocy S, Daniels A, Parcker C, Dick A, Kirsh TD. The Human Impact of Earthquakes: a Historical Review of Events, 1980-2009 and Systematic Literature Review. *PLOS Currents Disasters*. 2013;1(Apr).
- Bartels SA, Van Rooyen MJ. Medical Complications Associated with Earthquakes. *Lancet*. 2012;379: 748–57.
- Noji EK. Impacto de los Desastres en la Salud Pública. Washington DC: OPS, 2000.
- Servicio Sismológico Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México. Reporte generado por el SSN el 25 de septiembre del 2017. México, SSN, 2017.
- Peiris N, Rossetto T, Burton P, Mahmood S. The Kashmir, Pakistan Earthquake of October 2005: A Field Report by EEFIT. London, UK: Earthquake Engineering Field Investigation Team, Institution of Structural Engineers, 2006.
- Secretaría de Salud. Informe sobre las acciones realizadas ante el sismo del 19 de septiembre. México: Ssa, 2017.
- Pan American Health Organization: Terremoto y tsunami causan devastación en Asia del Sur. *Disasters*. 2005;98(Jan). Disponible en: [http:// www.paho.org](http://www.paho.org).
- Pan American Health Organization: Terremoto y tsunami causan devastación en Asia del Sur. *Disasters*. 2005;98(Jan). Disponible en: [http:// www.paho.org](http://www.paho.org).
- Benjamin E, Bassily-Marcus AM, Babu E, Silver L, Martin ML. Principles and Practice of Disaster Relief: Lessons From Haiti. *Mount Sinai Journal of Medicine*. 2011;78(3): 306-18. <https://doi.org>.

Capítulo 423

LA SALUD Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES

MARÍA ISABEL RODRIGUEZ MARTINEZ

JOSÉ JULIO SUÁREZ FERNÁNDEZ

MARIA ARANZAZU FRANCESENA ALVAREZ

JOSE EVANGELIO MARTÍNEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud, en 1946, dió esta definición, que sigue actualmente en vigor: "La salud es la situación de completo bienestar físico, mental y social, sin limitarla a la ausencia de enfermedad o minusvalía".

Estos tres aspectos: físico, mental y social, están interrelacionados, de tal forma que el deterioro de cualquiera de ellos afectará a los otros dos en mayor o menor medida. La implicación social como miembros responsables y en permanente contacto con la sociedad, las empresas de bebidas refrescantes buscan el beneficio social, invierten en la formación de los trabajadores, en la promoción de un estilo vida saludable, el deporte, la cultura o la protección del medio ambiente.

Un problema de salud pública es una situación que afecta negativamente el bienestar de los individuos y de la población y puede analizarse desde su magnitud o su letalidad. La concepción de Salud ha ido variando a lo largo de la historia en función de los cambios sociales, políticos, económicos que la sociedad ha ido

experimentando así como del avance de los conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad.

En definitiva, el concepto de salud está sujeto a la evolución del pensamiento social, a los avances de las ciencias de la salud y a los nuevos retos a los que hay que hacer frente. Constituye, por tanto, uno de los sustratos básicos de nuestro sistema de valores sobre el que día a día intentamos facilitar el desarrollo de una vida plenamente humana y universal.

El Yorkshire & Humber Public Health Observatory de Gran Bretaña añade que el enfoque está basado en un modelo de salud que incluye sus determinantes económicos, políticos, sociales, psicológicos y ambientales. Se puede aplicar en múltiples contextos que incluyen políticas nacionales, planificación urbana local, transporte, y medio ambiente.

2 Objetivos

El objetivo es mejorar el conocimiento sobre el efecto de las políticas o programas en la salud de las poblaciones, informar a los responsables políticos y a las poblaciones afectadas y facilitar los cambios en las políticas evaluadas para mitigar los efectos negativos y maximizar los impactos positivos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: evaluación de impacto, salud pública, política.

4 Resultados

Los Factores que contribuyen al éxito de las EIS (evaluación de impacto en salud) son: la implicación de los decisores políticos en su diseño y puesta en marcha; la existencia de un seguimiento permanente de la EIS, desde la formulación de la política hasta el análisis de resultados en salud derivados de la misma; y la legitimación de la EIA en el proceso político.

Las revisiones sistemáticas examinan típicamente los efectos previstos de intervenciones cuidadosamente controladas, mientras que las EIS examinan los efectos indirectos en la salud de políticas de otros sectores. Si el criterio para evaluar la evidencia de alta calidad se mantiene tan elevado para las EIS como para las revisiones sistemáticas, encontrar la evidencia adecuada para EIS sería muy complicado, prácticamente imposible, por lo que los decisores políticos seguirían tomando decisiones sin la ventaja de incorporar el conocimiento que pueden aportar las EIS. Un modelo que vincula las decisiones políticas con los cambios en estados y determinantes de salud es el propuesto por Joffe y Mindell, que se basa en el modelo de evaluación de riesgo (identificación/ dosis-respuesta/ niveles de exposición/ caracterización de riesgo) aplicado al modelo de evaluación política/ riesgo. Este modelo permite evaluar EIS de una manera pragmática y realista.

La Dirección General de Salud y Consumo de la Comisión Europea publicó una guía²⁵ en la que se detallan las bases y los pasos necesarios para realizar una EIS.

El procedimiento del asesoramiento es un proceso iterativo y de aprendizaje, ya que según se vaya avanzando, la información generada puede hacer necesario que se replanteen puntos previamente desarrollados. Los métodos para recoger y analizar datos variarán según la profundidad de la EIS. Casi siempre implicará recoger y analizar datos existentes (resultantes de intervenciones similares o de investigaciones previas), aunque en EIS profundas se utilizan múltiples métodos de recogida de datos, cuantitativos y cualitativos, implicando a los decisores políticos y/o a sus representantes e informadores clave. Esto habrá que tenerlo en cuenta para planificar el trabajo del grupo asesor.

Es el resultado final, donde se realiza el asesoramiento, ya que finalizado el proceso de identificación, análisis y priorización de impactos, ya es posible presentar las medidas que el grupo asesor propone para la mejora la política, programa o proyecto evaluado (ya que se pueden presentar los impactos que esa política, programa o proyecto tendría de no ser enmendado). La presentación y el tono del informe son muy importantes, al igual que el compromiso y contacto con los autores de la política, el programa o el proyecto concreto. Por ello, hay que considerar el contexto político así como la dinámica del grupo para que finalmente las recomendaciones se apliquen. La naturaleza iterativa de las negociaciones necesita ser construida a lo largo de todo el proceso de EIS.

Un punto clave de la EIS es monitorizar sistemáticamente los resultados. Hay que estudiar si tras el asesoramiento (a través de las recomendaciones) alcanza

los resultados esperados en dos niveles:

-Evaluación de impacto: qué influencia ha tenido en la toma de decisiones, respondiendo preguntas tales como ¿Cómo se ha desarrollado la EIS en el desarrollo de la política, programa o proyecto? ¿Cómo ha influido el resultado de la EIS en la medida política? ¿Las recomendaciones fueron aceptadas y puestas en ejecución? Si han sido aceptadas ¿cómo y cuándo?, si no lo han sido ¿Por qué? ¿Ha habido efectos no previstos al realizar la EIS?

- Evaluación de resultado: realizar una evaluación de los impactos predichos a nivel de salud de las poblaciones. Es decir, hay que evaluar sistemáticamente los indicadores de salud que potencialmente se iban a ver afectados por la política, programa o proyecto en el diagnóstico inicial, y que se identificaron él en análisis como impactos.

5 Discusión-Conclusión

En ocasiones, el mayor esfuerzo y carga de trabajo en Salud Pública se dedica a diseñar y poner en marcha políticas, programas o proyectos, olvidando que el objetivo de esas medidas es mejorar la salud de las poblaciones. Llevar a cabo este análisis final a través de la EIS, presentando las limitaciones y oportunidades del proceso de análisis, evaluación, y asesoramiento, aumenta la probabilidad de que las intervenciones propuestas en la política, programa o proyecto evaluado alcancen los resultados en salud para lo que inicialmente fueron diseñadas, y que todo el proceso está lo suficientemente estudiado como para poder obtener información de las acciones que mejores resultados arrojan, y poder reproducirlas en situaciones futuras.

6 Bibliografía

- World Health Organization. European Centre for Environment and Health and Centre for Health Policy. Health Impact Assessment: main concepts and suggested approach. Gothenberg consensus paper. Brussels: World Health Organization; 1999..
- Lock K, McKee M. Health Impact Assessment: assessing opportunities and barriers to intersectorial health improvement in an expanded European Union. J Epidemiol Community Health. 2005;59:356-60.

- Fehr R. Environmental health impact assessment: evaluation of a ten-step model. *Epidemiology*. 1999;10:618-25.
- Boldo E, Aragonés N, Medina S, Pérez-Gómez B, Pollán M, Lope V et al. Evaluación de Impacto en Salud: una herramienta infrautilizada en salud pública. Ejemplo Apheis (Air Pollution and Health: a European Information System). *Bol Epidemiol Sem* 2005;13:97-108.
- Organización Panamericana de la Salud. Estudio de Factibilidad para la Formulación de Indicadores de la Salud Ambiental de la Infancia en América del Norte. Washington DC: OPS; 2003
- Abrahams D, den Broeder L, Doyle C, Fehr R. EPHIA-European Policy Health Impact Assessment: A Guide. International Health Impact Assessment Consortium. Liverpool: IMPACT, University of Liverpool; 2004.
- The effectiveness of Health Impact Assessment. European Commission . 11-11-2007.
- Briggs DJ. Environmental Health Indicators: Framework and Methodologies. WHO: Geneva; 2007.

Capítulo 424

PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

PAULA AHEDO GALINDO

1 Introducción

El ordenamiento jurídico español tiene una jerarquía piramidal, siendo la norma jurídica suprema la Constitución, donde se regula como derecho fundamental la protección de datos. Por debajo de la CE se encuentran las leyes orgánicas, ordinarias, decretos-ley, decretos legislativos, órdenes, resoluciones... Así bien, toda esta jerarquía normativa deberá adaptarse y nunca contradecir a la normativa europea.

El 25 de mayo de 2018 entró en vigor el nuevo reglamento europeo general de protección de datos, para proteger y amparar los datos personales de los ciudadanos, por lo que España tuvo que acogerse al nuevo reglamento derogando el que estaba en vigor en aquel momento y adoptando la nueva Ley Orgánica 3/2018, del 5 diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Esta nueva Ley Orgánica tiene como objeto adaptar el ordenamiento jurídico español al reglamento UE 2016/679 y garantizar los derechos digitales de los ciudadanos conforme al artículo 14.8 de la Constitución Española.

En el marco sanitario, además, debemos tener en cuenta la ley 41/2002, del 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta ley tiene como

objeto regular los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios, profesionales, centros y servicios sanitarios tanto públicos como privados, en materia de autonomía del paciente, información y documentación clínica.

Para comenzar, es importante entender ciertos conceptos que se repiten a lo largo del presente capítulo.

Los datos personales se entienden como toda información sobre una persona física identificada o identificable. Estos datos deberán estar actualizados ajustándose a los principios de exactitud, confidencialidad y consentimiento.

En el caso de la inexactitud de ciertos datos, sería importante señalar que no existe responsabilidad por parte del encargado del tratamiento de los datos, siempre y cuando haya tomado todas las medidas razonables para que se rectifiquen sin dilación en los siguientes supuestos: cuando los datos hayan sido obtenidos directamente del afectado o por mediador o intermediario, los obtenidos por otro responsable a través del ejercicio de derecho de portabilidad del afectado u obtenido por registro público.

El deber de confidencialidad de los datos personales, abarca tanto al responsable u encargado como a cualquier persona que intervenga en el tratamiento, complementando éste al deber de secreto profesional.

El consentimiento del interesado al tratamiento de sus datos se define como la manifestación de la voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que se acepta mediante declaración o clara acción positiva.

Existe una singularidad cuando se refiere al manejo de los datos de menores de edad. Para los menores de catorce años es obligatorio su propio consentimiento así como el de los padres o tutores. Sin embargo, a los menores de edad pero mayores de catorce años se les exigirá únicamente su consentimiento, excepto en aquellos actos señalados por ley.

Los derechos reconocidos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, portabilidad y oposición sobre el tratamiento de los datos personales se ejercerán por el interesado o por medio de representante.

Conviene señalar que para evitar situaciones discriminatorias, determinados datos en cuanto a religión, orientación sexual, creencias, origen racial o étnico, ideologías o afiliación sindical, deben contar con una protección particular. No

obstante, podrán utilizarse al amparo del interés sanitario.

Así mismo, es importante mencionar la existencia de la agencia de protección de datos, autoridad administrativa independiente con potestad sancionadora de ámbito estatal, con personalidad jurídica y capacidad jurídica plena, pública y privada, que se relaciona con el Gobierno a través del Ministerio de Justicia.

2 Objetivos

- Señalizar y dar a conocer los nuevos objetivos legales sobre la protección de datos de los usuarios en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre las leyes que regulan los derechos del paciente en el ámbito sanitario publicados en la agencia española de protección de datos.

4 Resultados

Una vez visto a grandes rasgos las peculiaridades de la protección de datos, nos centraremos en el ámbito sanitario.

Para garantizar el derecho a la intimidad de las personas, los centros sanitarios adoptarán las medidas necesarias para respaldar el carácter confidencial de los datos, impidiendo el acceso sin autorización previa y elaborarán procedimientos protocolizados en aquellos casos en los que proceda. Para alcanzar dichos objetivos, las Comunidades Autónomas deberán apoyar la iniciativa y aprobarán disposiciones para que éstos puedan acogerse a medidas técnicas y proteger las historias clínicas.

Toda persona que recibe atención sanitaria genera la elaboración de una historia clínica que garantiza una asistencia adecuada a través del conjunto de documentos relativos a sus procesos asistenciales, identificando los médicos y profesionales que han intervenido en el proceso, quedando por escrito o en cualquier otro soporte adecuado aquellas referencias para acceder al conocimiento verdadero y actualizado del estado de salud.

La historia clínica integrará la información sustancial para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. El contenido mínimo será el siguiente: la documentación relativa a la hoja clínicoestadística, la autorización de ingreso, los informes relativos a urgencias, exploraciones complementarias, anestesia, quirófano y parto, anatomía patológica y el clínico de alta, la anamnesis e la exploración física, la evolución, las ordenes medicas, la hoja de interconsulta, el consentimiento informado, la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constantes.

Cuando se trate de procesos de hospitalización y cuando así se disponga únicamente serán requeridos los informes de urgencia, de anestesia, de quirófano y registro del parto, de anatomía patológica, del clínico de alta, así como la autorización de ingreso, el consentimiento informado y el gráfico de constantes.

Cada centro de salud deberá custodiar todas las historias clínicas de sus pacientes para su seguridad, conservación y recuperación de la información recogida en ellas. Además la administración sanitaria está obligada a establecer mecanismos para respaldar la autenticidad de la información recogida, los cambios sufridos y las reproducciones futuras.

Como marcan los procedimientos regulados por las Comunidades Autónomas, el acceso al uso de estos datos estarán restringidos a determinados colectivos como los profesionales, personal de administración y gestión, personal sanitarios y para fines judiciales, epidemiológicos, salud pública, investigación y docencia. Todas ellas con ciertas limitaciones que veremos a continuación, siempre quedando sujetos al deber de secreto.

Los profesionales asistenciales y el personal sanitario del centro que tienen como misión el diagnóstico del paciente tienen acceso a la historia clínica como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

El personal de administración y gestión del centro solo puede utilizar los datos para sus propias funciones a desarrollar.

En los casos en que la información recogida en las historias clínicas se utilice para fines distintos a los meramente asistenciales, deberán separarse los datos relativos a la identificación personal de los datos clínico asistenciales, salvo consentimiento del paciente y en los casos de investigación y prevención de salud pública y en aquellas disposiciones marcadas por las autoridades judiciales.

Los centros sanitarios están obligados a atesorar la documentación clínica du-

rante al menos cinco años desde el alta de cada proceso asistencial.

En párrafos anteriores se ha mencionado los sujetos autorizados al acceso al uso de información clínica, sin embargo, no son los mismos que gozan del derecho de acceso a la documentación de historia clínica, así como de obtener copia de los datos contenidos. En este caso, solo encontramos dos sujetos que disfrutan de este derecho, que son el propio paciente y aquella persona que tenga calidad de representante siempre y cuando estuviera acreditada.

El derecho de acceso del paciente a la documentación de su historia clínica tiene sus límites en el perjuicio de derechos de terceras personas, en la confidencialidad de datos de intereses terapéuticos y en el perjuicio de derechos de los profesionales participantes en la elaboración.

Aparte de los derechos ya mencionados que tiene el paciente, se incluye también el deber que tienen los centros sanitarios para constituir un mecanismo de custodia activa y diligente que permita la recogida, integración, recuperación y comunicación de la información, sometido en todo caso al principio de confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

De todo lo anteriormente expuesto podemos concluir señalando la importante evolución de toda la normativa que regula la protección de datos personales, sin menoscabar el derecho a la protección de la salud como derecho constitucional de todos los ciudadanos.

6 Bibliografía

- <https://www.aepd.es/> .
- <https://ayudaleyprotecciondatos.es>.
- <https://elderecho.com>.
- <https://protecciondatos-lopd.com>.

Capítulo 425

CUMPLIMIENTO DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

PAULA AHEDO GALINDO

1 Introducción

Para desarrollar el tema de riesgos laborales, se deberá empezar por definir el término. Según la Ley 31/1995, 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, éstos se definen como la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. También define la palabra prevención como el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de actividades de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.

2 Objetivos

Garantizar el cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en todos los ámbitos laborales.

3 Metodología

Exponer en qué consiste y cómo se debe de garantizar el cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales en todos los ámbitos laborales.

4 Resultados

En aquellas empresas de menos de cincuenta trabajadores, o a través del Comité de empresa en los demás supuestos, son los responsables de informar a los trabajadores de los riesgos generales que conlleva el trabajo en la empresa, así como los riesgos particulares del puesto de trabajo desempeñado, de las medidas de prevención de riesgos laborales y de las medidas de emergencia sobre primeros auxilios, actuación a seguir en caso de incendio y evacuación de los trabajadores.

El empresario deberá consultar a los trabajadores o a sus representantes sobre cuestiones de diversa índole como la introducción de nuevas tecnologías, las actividades de protección de la salud y prevención de los riesgos, la designación de los trabajadores encargados de las medidas de obligado cumplimiento y la formación en materia preventiva.

Los trabajadores tienen derecho a participar en materia relacionada con la prevención de riesgos en el trabajo. Para ello pueden hacerlo directamente, o a través de órganos de participación como el Comité de Seguridad y Salud, que es un órgano paritario y colegiado compuesto por un número igual de delegados de prevención y empresarios y/o representantes, que se encuentra en aquellas empresas o centros de trabajo de cincuenta o más trabajadores.

También, podrán realizar cursos que garanticen una suficiente, adecuada, teórica y práctica formación en materia preventiva en el momento de la contratación y cuando se produzcan cambios en la equipos a utilizar o en el puesto de trabajo.

En casos de riesgo grave e inminente durante la jornada laboral, el trabajador podrá paralizar su actividad y abandonar el puesto de trabajo. En estos casos, el empresario está obligado a adoptar las medidas necesarias para abandonar el puesto. En caso contrario, los representantes de los trabajadores por mayoría simple o los delegados de prevención acordarán la paralización e informarán al empresario y a la autoridad laboral de lo sucedido.

El trabajador tiene derecho a una vigilancia periódica consentida de su estado de salud, cuyas pruebas deben ocasionar las menores molestias posibles y deben ser proporcionales al riesgo que asumirá en su puesto. Los resultados de las pruebas se comunicarán únicamente al trabajador. A la información médica de carácter personal solo tendrán acceso el personal médico y las autoridades sanitarias o cuando lo consienta expresamente el interesado. Las conclusiones de aptitud se comunicarán al empresario y al personal responsable de prevención de riesgos

laborales.

Para poder asegurar la práctica de los derechos de los trabajadores mencionados anteriormente, los empresarios tienen la obligación de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo, un conveniente seguimiento de las actividades preventivas, adoptar las medidas necesarias de protección ante cambios, así como cumplir con todos los requisitos que plantea la Ley de protección de riesgos laborales.

El plan de prevención es el instrumento formado por el conjunto de responsabilidades, funciones, prácticas, procesos y procedimientos de la estructura organizativa de la empresa y los recursos necesarios.

Los instrumentos esenciales para aplicar el plan de prevención consisten en primer lugar, en una evaluación de riesgos. En el caso de que se haya detectado algún riesgo se procedería a la planificación de la actividad preventiva.

El empresario está obligado a investigar las causas cuando se produce algún daño o cuando las medidas hayan sido insuficientes. También tiene la obligación de proporcionar equipos de trabajo adecuados que garanticen la seguridad y salud y velar por el uso de ellos. Como regla general, se utilizan equipos de protección colectiva, pues los equipos de protección individual se usan cuando los riesgos no se puedan evitar con medidas de protección colectiva.

Al igual que los empresarios tienen obligaciones para un correcto procedimiento de prevención de riesgos laborales, los trabajadores también tienen responsabilidades. Éstos deberán usar adecuadamente los equipos determinados, equipos de protección y los dispositivos de seguridad, deberán informar a los superiores jerárquicos sobre los riesgos detectados, contribuir al cumplimiento de las obligaciones y cooperar con el empresario.

Los trabajadores y sus representantes podrán acudir a La Inspección de Trabajo y Seguridad Social, cuando las medidas son insuficientes.

La Inspección de Trabajo y Seguridad Social realizara visitas a los centros de trabajo para verificar el estado de las medidas enunciadas. Su presencia la deberá comunicar al empresario, al Comité de Seguridad y Salud y a los delegados de prevención. Con los resultados obtenidos de la visita se realizará un informe que deberá ser notificado a los delegados de prevención y al empresario.

5 Discusión-Conclusión

Es función tanto del empresario como del trabajador la utilización adecuada de todos los instrumentos en materia de prevención que mejoren la calidad laboral y asimismo faciliten el cumplimiento de la ley.

6 Bibliografía

- <http://www.mitramiss.gob.es>.
- <http://www.iaprl.org/>
- <https://prevencion-riesgoslaborales.com/>

Capítulo 426

TÉCNICAS DE BARRERA COMO PREVENCIÓN ANTE EL CONTAGIO RESPIRATORIO INTRA-HOSPITALARIO

ANA BELEN PARAJA SUAREZ

MARIA TERESA PARAJA SUAREZ

1 Introducción

Cuando nos referimos a factores de riesgo nos referimos a aquellos condicionantes que aumentan la probabilidad de que los pacientes o trabajadores hospitalarios padezcan una infección nosocomial. Estos factores pueden ser de dos tipos: intrínsecos y extrínsecos. Cuando se combinan ambos tipos de factores, el riesgo de padecer infecciones nosocomiales aumenta considerablemente. “Pujól, M., Limón, E. (2013)”.

Los factores intrínsecos son inherentes a la propia persona y están relacionados con, características fisiológicas o con la situación clínica del sujeto (neoplasias, diabetes, desnutrición, úlceras...). Los factores extrínsecos, son los que se derivan de la actividad asistencial o laboral, como técnicas diagnósticas o terapéuticas (catéteres, sondas, traqueotomías, cirugías..), los tratamientos con antibióticos o inmunodepresores, así como la exposición a diferentes microorganismos de los trabajadores hospitalarios. “Olaechea, P.M., Insausti, J., Blanco, A., Luque, P. (2009)”.

En lo que se refiere al contagio respiratorio, la medida de prevención utilizada mayormente será el aislamiento, considerado de eficacia lógica al estar englobado en el grupo de grado II de efectividad “Sangorrin, A. (2014)”.

Se conoce como aislamiento hospitalario al conjunto de normas que hay que tomar en el hospital para evitar la propagación de las enfermedades infecciosas dentro de las distintas estancias y servicios hospitalarios. Mediante el aislamiento se pretende evitar la propagación de microorganismos entre los pacientes, interrumpiendo la cadena epidemiológica en la vía de transmisión. Aunque en muchas ocasiones es difícil conseguir el aislamiento completo, por ello la necesidad de implantar barreras técnicas entre el personal sanitario y no sanitario en contacto con el paciente, a fin de evitar los contagios respiratorios intrahospitalarios. “Morán, M., Tejedor, R., Sanchís, J., Reig, R., Abizanda, R., Bernat, A. (2006)”.

2 Objetivos

- Reseñar los diferentes modos de contagio dentro de las enfermedades respiratorias y los tipos de aislamiento utilizados cuando se presentan.
- Analizar las normas de actuación de los profesionales sanitarios y no sanitarios ante paciente que padece enfermedad respiratoria contagiosa.

3 Metodología

Para la elaboración de la presente revisión sistemática, se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica, sobre determinada literatura científica, y se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, consultándose también diversos artículos en las principales bases de datos: Pubmed, y Scielo, seleccionando los artículos científicos adecuados con el tema a desarrollar de la mayoría de las publicaciones académicas revisadas.

Los descriptores usados: “aislamiento respiratorio”, “gotas wells”, “sarampión”, “varicela”, “tuberculosis” Y se introdujeron esos mismos descriptores en inglés para la obtención de datos internacionales.

Se revisaron un total de 15 artículos descartándose dos de ellos por no contener información directamente relacionada con el tema a tratar en esta revisión, por desarrollar estudios de otros sectores profesionales diferentes al sanitario o no disponer de textos completos.

El periodo de años utilizados de búsqueda ha sido desde 2003 hasta el año 2019. La elección de un periodo extenso, se debe al objetivo de utilizar datos actuales, sin desaprovechar la posibilidad de realizar un estudio amplio de la materia.

4 Resultados

- Son varias las enfermedades y agentes infecciosos que debido a que la vía de eliminación de los gérmenes y la vía de entrada en el receptor es respiratoria, precisan del aislamiento respiratorio, pero en este tipo de aislamiento se debe diferenciar dos tipos de contagios; por aire o por gotas. “Martín-Aragón, S. (2010)”.

El contagio por gotas, lo producen las gotas Pflüger de la saliva en forma de aerosol, estas tienen un tamaño mayor a las 5 micras y están relacionadas con enfermedades como la meningitis meningocócica, la neumonía, la sepsis meningocócica, la parotiditis, o la rubeola. Las responsables del contagio por aire, son microgotas de menos de 5 micras de espesor, denominadas Wells, que se liberan durante la función respiratoria, contaminando el ambiente del enfermo. Estas están relacionadas con enfermedades como la tuberculosis, el sarampión o la varicela. “Riquelme, R. (2005)”.

Los aislamientos utilizados para este tipo de contagios serán; el aislamiento estricto para las gotas Wells, el aislamiento respiratorio para las gotas Pflüger, que desarrollamos a continuación. “Fernández, A. (2003)”.

* El aislamiento estricto, se aplica cuando se prevea la presencia de aerosoles en el aire con alto rango de difusión y que quedan en suspensión, como es el caso de las partículas denominadas gotas Wells. Debe aplicarse en casos de; Tuberculosis bacilífera pulmonar, Varicela o herpes zoster diseminado, Sarampión, Síndrome pulmonar por virus Hanta, Difteria, Neumonía estafilocócica, Rabia, Viruela.

Las características del aislamiento son; habitación individual cuya puerta permanecerá cerrada, mascarillas obligatorias desde antes de entrar en la habitación, Utilizar la mascarilla 3M 1860 en caso de TBC y quirúrgica en los otros casos, el uso de gafas si se prevén salpicaduras, y guantes en presencia de lesiones cutáneas.

* El aislamiento respiratorio, se aplica cuando se prevea la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro), que son las denominadas gotas Pflüger. Y debe aplicarse en los casos de: Meningitis meningocócica o por H. Influenza, Meningitis meningocócica, Rubéola, Sarampión, Tosferina,

Tuberculosis Pulmonar.

Las características del aislamiento son; habitación Individual: en lo posible, si no es posible establecer separación espacial de al menos 1 metro con otro paciente. Mascarilla obligatoria para cualquier persona que se acerque a menos de un metro del paciente, guantes y gafas en procedimientos de aspiración, KTR, laringoscopia, fibroscopia, intubación, SNG, aseo cavidades etc. “Hernández-Orozco, H.G. (2012)”.

- Se establece que, con la finalidad de evitar la propagación de infecciones en el hospital, el personal debe seguir estrictamente las recomendaciones generales, vacunándose de la hepatitis B, realizando lavado de manos antes y después de entrar en las habitaciones, evitar el contacto con heridas, úlceras o secreciones de los pacientes. Entre ellas es sumamente necesario por su constatada eficacia, la utilización de las prendas de aislamiento del personal: calzas, gorro, mascarilla, gafas protectoras, bata y guantes. “Ortega, M., Mensa, J. (2008)”.

Estas prendas de aislamiento son las denominadas técnicas barreras que funcionan como mecanismos físicos o mecánicos que actúan como barrera previniendo la transferencia de contaminantes. Estas barreras van desde el lavado de manos como principal barrera, hasta el uso de prendas de aislamiento o estructurales como son los boxes de aislamiento, los círculos de aire de presión positivo o negativo, o los filtros de los dispositivos de ventilación del aire tan necesarios en los aislamientos de enfermedades contagiosas respiratorias. Ferreiro, I., Pérez, A. (2018).

5 Discusión-Conclusión

Es importante que el profesional sanitario conozca los diferentes modos de contagio de las enfermedades respiratorias, para que a través de estos conocimientos los profesionales realicen actuaciones preventivas de calidad, así como, desarrollar las normas generales y técnicas de barrera específicas utilizadas en contagios respiratorios, como método de prevención de contagio frente a las enfermedades nosocomiales respiratorias.

El incumplimiento de las normas de seguridad para evitar el contagio, puede ocasionar graves consecuencias, por lo que es muy importante dotar al profesional sanitario de los conocimientos requeridos para ello.

6 Bibliografía

- Pujól, M., Limón, E. (2013). Epidemiología general de las infecciones nosocomiales. Sistemas y programas de vigilancia.
- Olaechea, P.M., Insausti, J., Blanco, A., Luque, P. (2009). Epidemiología e impacto de las infecciones nosocomiales.
- Sangorrin, A. (2014). Precauciones de aislamiento en la atención sanitaria.
- Morán, M., Tejedor, R., Sanchís, J., Reig, R., Abizanda, R., Bernat, A. (2006). Aislamiento de contacto y prevención de diseminación de infecciones graves en una unidad de cuidados intensivos. Descripción de un protocolo.
- Martín-Aragón, S. (2010). Tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias altas.
- Riquelme, R. (2005). Transmisión de virus respiratorios.
- Fernández, A. (2003). Aislamientos hospitalarios según categorías.
- Hernández-Orozco, H.G. (2012). Criterios para aislamiento por enfermedades infectocontagiosas.
- Ortega, M., Mensa, J. (2008) Precauciones de aislamiento en el área de urgencias.
- Ferreiro, I., Pérez, A. (2018) Medidas de protección individual y colectiva para el personal sanitario ante los distintos tipos de aislamientos en el medio hospitalario.

Capítulo 427

ACOSO LABORAL EN LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PAULA AHEDO GALINDO

1 Introducción

El acoso laboral, también conocido popularmente con la terminología anglosajona “mobbing”, se define jurídicamente como toda conducta demostrable y continua orientada a provocar miedo, terror o intimidación en el trabajo, originando desmotivación o incluso la renuncia al trabajo. Estamos hablando de una conducta abusiva o de violencia psicológica que se presenta en forma de comportamientos, insultos o actitudes que afectan a la dignidad del trabajador.

No hay una única definición ni un solo tipo de acoso laboral. Esta práctica, puede ser ejercida por parte de los superiores jerárquicos, por los propios compañeros con su misma categoría e incluso por subordinados del propio trabajador.

Los protagonistas del acoso jerárquico horizontal suelen pertenecer al mismo nivel jerárquico, es decir, realizan labores idénticas o muy similares. Las causas que desencadenan esta modalidad son sobre todo por enemistad, envidia y/o aburrimiento.

En el acoso jerárquico vertical, la víctima y el agresor pertenecen a diferente escala profesional. Por lo que podemos hablar de acosos ascendente o descendente. En el primero de ellos, el acosado tiene un puesto superior al acosador y en el acoso descendente el acosado sufre hostigamientos por parte de compañeros de categorías superiores.

El Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público reconoce como derechos individuales de todos los empleados públicos el respeto de su intimidad, orientación sexual, propia imagen y dignidad en el trabajo, especialmente frente al acoso sexual y por razón de sexo, moral y laboral. Derecho a la no discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, género, sexo u orientación sexual, religión, opinión, discapacidad y edad. También se contempla el derecho al desempeño efectivo de las funciones o tareas propias de su condición profesional.

2 Objetivos

Reconocer y tomar la medidas necesarias cuando se presenta una situación de acoso laboral.

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

Puede resultar difícil para el propio trabajador reconocer que está padeciendo acoso en el ámbito laboral, lo que impide iniciar las medidas oportunas para terminar con tal práctica.

Entre los indicios que permiten identificar la existencia de una situación de acoso laboral podemos encontrar los siguientes:

- Malas relaciones personales en el horario laboral, como falta de comunicación, malos gestos, tono de voz inapropiado e incluso el silencio y el rechazo.
- El desprecio del trabajo realizado, recibiendo críticas o falsas declaraciones injustificadas.
- Encomendar al trabajador una sobrecarga de trabajo imposible de finalizar a corto plazo.

- No asignar tarea alguna, ni las indicaciones necesarias para realizarlas.
- El acoso sexual, tanto insinuaciones como proposiciones.
- Relegar a tareas rutinarias inferiores a las que les corresponde realizar por su categoría.

Cabe diferenciar dos grandes ámbitos en cuanto a la tipología de la empresa en la que se puede producir las situaciones que estamos señalando: el ámbito empresarial privado y la Administración Pública.

En las Administraciones Públicas debido a sus propios estatutos y textos refundidos no reconocen el despido improcedente que sería una estrategia usada en la empresa privada.

La rigidez de la estructura jerárquica de la Administración Pública considera la obediencia un elemento de buen funcionamiento que en determinadas situaciones puede confundirse con el acoso.

La forma de acceder a puestos directivos en la Administración Pública no suele ir acompañada de una capacidad probada en la dirección y gestión de equipos humanos y sus interrelaciones que dificulta la detección de situaciones de acoso y se debido seguimiento y solución.

Todas estas actuaciones impactan psicológica y físicamente en la víctima ocasionando multitud de problemas laborales y personales.

Los efectos que presenta la persona que padece este tipo de prácticas se manifiestan tanto en el ámbito empresarial como en el terreno particular, los más frecuentes son la baja autoestima, el insomnio, dolores de cabeza, cambios de humor, inhibición sexual, aislamiento social y/o problemas en el metabolismo.

5 Discusión-Conclusión

Una vez que el trabajador reconoce que es víctima de acoso laboral, deberá tomar medidas al respecto. Para ello, lo primero que debe hacer es buscar asesoramiento jurídico especializado en derecho laboral y exponer las situaciones vividas para verificar que realmente estamos ante una situación de acoso laboral. Es imprescindible tener suficientes pruebas para probar las declaraciones expuestas.

La empresa está en la obligación de iniciar un protocolo de actuación ante el acoso laboral, que deberá iniciar una vez comunicado por el trabajador o su rep-

resentante. Si la empresa no ejerce su compromiso, es cuando se deberá iniciar el procedimiento legal para sancionar a los culpables y concluir con tal práctica.

Así mismo, es importante comprobar el estado de salud física y mental del acosado, por lo que se recomienda acudir a profesionales que puedan cooperar en la regeneración del estado previo al acoso.

6 Bibliografía

- <https://psicologiaymente.com>.
- <https://www.sanitas.es>.
- <https://prevencionar.com>.

Capítulo 428

BURNOUT, EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS

ANDREA GARCIA FLOREZ

1 Introducción

Burnout es lo que conocemos como el síndrome de desgaste profesional o síndrome del quemado. Fue descrito por Herbert Freudenberger en los años 70. En los últimos años se ha visto un aumento de casos de profesionales que sufren este “estrés laboral” siendo cada vez mas común hacer visitas medicas para poder seguir con el día a día, ya que este síndrome no solo afecta al ámbito laboral, si no que llega a estar presente en el total de la vida de las personas que lo padecen. Podemos decir que se caracteriza por los altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

2 Objetivos

- Identificar los síntomas mas frecuentes de este síndrome.
- Enumerar causas que llevan a este síndrome.
- Enumerar las consecuencias mas frecuentes que se manifiestan por este síndrome.
- Explicar estrategias de prevención del síndrome.
- Identificar tipos de burnout.

3 Metodología

Revisión de las referencias del síndrome de desgaste profesional o burnout en las ultimas dos décadas.

Descriptores utilizados: “burnout” “síndrome del quemado” “desgaste profesional” “estrés laboral” “riesgos laborales psicosociales”.

4 Resultados

Síntomas

Los síntomas mas frecuentes de este síndrome pueden ser: baja autoestima, nerviosismo, sensación de agotamiento, fracaso, impotencia, agresividad, taquicardia, insomnio, dolor de cabeza, irritabilidad, aburrimiento, baja realización personal.

Causas

El principal detonante de burnout es el entorno y las condiciones laborales. Las causas pueden ser una alta exigencia hacia uno mismo, carga excesiva de trabajo, falta de formación para realizar sus funciones, mala relación entre compañeros, etc... Cualquiera de estos ejemplos podría ser el detonante de un estrés crónico que derivaría en burnout.

Consecuencias

Lo podemos resumir como un malestar general que se traduce en cambios de humor, cambio de hábitos alimenticios, insomnio, apatía, mal humor, etc.... y no solo en el ambiente laboral, todo esto nos lo llevamos a casa.

Prevención

La prevención del burnout debería ser común entre individuo y empresa:

- Intentar ser asertivo para no tener malos entendidos.
- Limites. Debemos ser capaces de marcarlos sobre cosas a las que no podemos comprometernos o no sabemos si seremos capaces de llevarlas a cabo.
- Tener metas realizables en nuestro trabajo.
- Relajación. Debemos aprender a relajarnos. Técnicas como el yoga pueden ayudarnos a controlar el estrés.
- Renuévate. Si nos sentimos estancados siempre podremos reciclarnos con nueva formación que nos atraiga y que puede sernos útil en el presente o en el futuro.

Tipos los dividimos en burnout activo y burnout pasivo

En el activo, el trabajador será asertivo y se relacionará con elementos externos a la profesión. En el pasivo, el individuo tendrá sentimientos de apatía y se relacionará con elementos internos a la profesión.

5 Discusión-Conclusión

Deberemos saber diferenciar entre estrés psicológico y síndrome del quemado ya que pueden confundirse en múltiples ocasiones. El primer paso para evitar este síndrome será formar al trabajador e intentar disminuir los estresores, además de tener pequeños momentos de descanso durante la jornada laboral y tener apego emocional tanto con compañeros como con superiores.

Mejorar el ambiente laboral y saber desconectar una vez acabada la jornada también nos será de gran ayuda. Realmente es un gran problema de la vida actual a causa del acelerado tren de vida que llevamos y nadie está exento de sufrir este síndrome, pero si debemos ser capaces de saber lidiar con él diariamente para no cronificarlo y evitar llegar a este punto.

6 Bibliografía

- <https://www.who.int>.
- <https://www.sesst.org>.
- <https://www.iberley.es>.
- <https://dialnet.unirioja.es>.
- <https://www.salud.mapfre.es>.
- <https://www.ucm.es>.
- <https://www.medigraphic.com>.
- <http://www.scielo.org.co>.

Capítulo 429

INFLUENCIA DE LOS HORARIOS LABORALES SOMETIDOS A TURNOS SOBRE EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN CENTROS HOSPITALARIOS

CLAUDIO GARCIA MURIAS

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

SONIA GARCÍA MUÑIZ

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

1 Introducción

El ritmo circadiano es un ciclo que dura aproximadamente 24 horas donde se engloba los estados de sueño y vigilia en seres vivos.

Los seres humanos poseemos un reloj interno situado en el hipotálamo que regula nuestros ritmos corporales, entre los que se encuentra el ciclo de sueño/vigilia. El organismo está sometido a una evolución constante, por lo que hemos desarrollado la capacidad de adaptar nuestras actividades a las fases de luz y oscuridad, ya que nos encontramos activos por el día y descansando o durmiendo por lo

noche, momento que también coincide con el descenso de la temperatura corporal debido al metabolismo.

Los servicios sanitarios están disponible las 24 horas del día, por tanto los trabajadores de los servicios de salud, tienen un turno de trabajo el cuál va rotando en función del día, ya que un día pueden estar trabajando de durante el día, y otros días durante la noche. El sistema circadiano del ser humano, no está capacitado para adaptarse con rapidez a este turno de trabajo, por tanto, aparece discodancia entre los ritmos corporales naturales y los ritmos impuestos por las necesidades horarias del puesto de trabajo.

Esta situación, origina trastornos en el ciclo del sueño que tienen una relación directa con nuestra calidad de vida, con nuestra salud e incluso con nuestra longevidad.

La calidad de vida viene determinada directamente entre otros muchos factores por las circunstancias que rodean nuestro trabajo, puesto que gran parte de las horas del día las destinamos a trabajar. El horario laboral no sólo influye en la salud sino también en nuestras interacciones sociales, ya que nuestras vidas afectivas, la relación con seres cercanos, familiares y amigos, se desarrollan en nuestra vida extra-laboral.

Intrínsecamente, el trabajo desarrollado en un hospital requiere un horario que cubra las 24 horas del día. El buen funcionamiento del centro, depende de un conjunto de personas cuyos puestos de trabajo se ven afectados por esa necesidad. No sólo hablamos de personal sanitario como el facultativo, de enfermería o auxiliar de enfermería, sino también de personal no sanitario como el de celadores, administrativos, cocineros, auxiliares de cocina, etc. Cada uno de ellos tiene un papel fundamental.

La única forma de abarcar las 24 horas del día es la creación de un sistema de turnos de trabajo de mañana, tarde y noche. Actualmente este sistema es rotativo, es decir, comienza con una serie de días en turno de mañana, pasando a continuación al turno de tarde, posteriormente al turno de noche y finalmente se realiza un descanso.

Una vez finalizado el ciclo, vuelve a empezar.

Durante las 24 horas del día, el ser humano presenta estados de vigilia y sueño, psíquico-consciente en el primero y de desconexión en el segundo. Entre el sueño y el estado de salud físico y psicológico de una persona hay una estrecha relación.

Lo comúnmente asumido por la mayoría de autores es que la cantidad de horas necesaria para el bienestar de una persona está entre 7 y 8 horas diarias, con excepciones en función de cada sujeto.

Como comentábamos, la falta de sincronía entre los ritmos corporales y los que nos impone el horario laboral acarrea como consecuencia trastornos en el sueño que el personal sometido a horarios laborales a turnos sufre en mayor o menor medida dependiendo del individuo.

Por tanto, se va a realizar una revisión bibliográfica acerca de los trastornos asociados a los trabajadores con este tipo de trabajo.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Reunir información acerca de los trastornos ocasionados por los puestos de trabajo sujetos a horarios a turnos en los centros hospitalarios sobre el personal sanitario y no sanitario (facultativos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, auxiliares administrativos, personal de seguridad, etc.).

Objetivos secundarios:

- Describir los trastornos físicos, mentales y en la vida social del individuo.
- Enumerar recomendaciones para mejorar la calidad de vida del individuo.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y sistemática.

4 Resultados

Clasificaremos en tres grupos los daños que el trabajo a turnos en un centro hospitalario puede ocasionar al trabajador:

Trastornos físicos:

- Trastornos de la alimentación debidos a los continuos cambios de horarios de comidas, como problemas gastrointestinales, colitis, úlceras, digestiones pesadas, diarreas, etc.
- Trastornos en las vías urinarias debido a que el volumen de orina secretada en horarios nocturnos es menor.

- Trastornos hormonales. Los cambios de turno pueden ocasionar cambios en el nivel de hormonas producidas, como por ejemplo los corticoides , cuya producción es alta al comenzar el día y va disminuyendo a lo largo de la tarde y la noche.
- Trastornos producidos por un aumento de sustancias llamadas "escapistas" como el café, tabaco y alcohol.

Trastornos mentales:

- Fatiga mental, que puede ir desde el cansancio propiamente dicho hasta casos graves como el síndrome de fatiga crónica. - Estrés y síndrome de Burnout o síndrome del "quemado".
- Ansiedad.
- Trastornos afectivos.
- Depresión.

Trastornos en la vida familiar y social

- Dificultad para conciliar la vida familiar con el trabajo, que se traduce en problemas matrimoniales o de pareja, escasa relación con los hijos. La tasa de divorcios en personal sujeto a horario laboral a turnos es superior a la media.
- Dificultad para conciliar la vida social con el trabajo, ya que los horarios no coinciden, lo que hace que las relaciones personales se deterioren o dejen incluso de existir. Los momentos de ocio acompañado de amigos y seres queridos ,tan necesarios para el descanso mental, se ven reducidos. En los casos en que esas relaciones permanezcan, suele ser a costa de horas de sueño del trabajador, que minimiza su tiempo de descanso para poder estar con su familia y amigos.

Recomendaciones:

- Mantener las 5 comidas al día independientemente de la jornada laboral, haciendo un esfuerzo en llevarnos al trabajo alimentos de calidad en vez de alimentos precocinados y de alto contenido calórico especialmente en los turnos de noche.
- Evitar largos periodos de ayuno. En los turnos de noche por ejemplo, consumir algún alimento en el descanso y comer algo ligero al llegar a casa antes de dormir.
- Organizar las comidas. Cocinar el día antes o en grandes cantidades para tener comida saludable congelada evitando así, las comidas precocinadas.
- Dormir el número de horas necesarias siempre que sea posible.
- Organizar la vida familiar de forma que en la medida de lo posible, se respete el horario de sueño del trabajador evitando en ese tiempo actividades ruidosas.
- Practicar deporte siempre que sea posible es una actividad que relaja y favorece el sueño.

- Reducir al máximo el uso de cafeína y estimulantes.
- Procurar mantenerse bien hidratado.

5 Discusión-Conclusión

Según la Organización Internacional del Trabajo, se envejecen prematuramente 5 años de vida por cada 15 de trabajo en actividades nocturnas. Los trabajadores que desempeñan su actividad laboral a turnos tienen un 40% más de riesgo a padecer afecciones cardiovasculares y un aumento en la propensión a problemas neurológicos.

El trabajo a turnos conlleva un riesgo para la salud sujeto a infinidad de factores, unos mitigables por el trabajador, como el seguimiento de una serie de recomendaciones saludables en cuanto a su alimentación o rutinas diarias, y otros en los que no puede influir, como los inherentes al propio trabajo (características de puesto, horarios, grado de peligrosidad, etc.) y las consecuencias físicas, psíquicas y sociales en las que se traducen.

Estos trabajadores están sometidos a unas condiciones en las que su vida personal se ve perturbada, lo que implica en muchos casos trastornos psicológicos a parte de los mencionados trastornos físicos.

La conciliación con la vida familiar y social es generalmente muy dificultosa lo que genera situaciones de estrés acumulado e impotencia.

Es imprescindible que este tipo de personal sanitario y no sanitario mantenga una vida disciplinada en cuanto a horarios, rutinas saludables, alimentación y tiempo de descanso, ya que en caso contrario el riesgo para su salud se ve incrementado considerablemente provocando trastornos que van desde tipo leve, hasta trastornos de seria gravedad.

6 Bibliografía

- Sueño y calidad de vida . Elena Miró, María del Carmen Cano-Lozano, Gualberto Buena-Casal. Universidad de Granada, Universidad de Jaén. Morfolia – Vol. 5 - No.3 - 2013 .
- Ritmo circadiano: el reloj maestro – Saavedra, J, Zúñiga L, Amézquita A, Vásquez J. Sociedad de Ergonomistas de México, A.C. Universidad de Guanajuato.
- Memorias del Vi Congreso Internacional 26 al 29 de mayo del 2004 de Ergonomía. INFLUENCIA DEL TRABAJO NOCTURNO Y LA ROTACIÓN DE-

TURNOS EN EL INDIVIDUO Ing. Manuel Jesús Medina Departamento de Ingeniería Industrial Instituto Tecnológico de Mérida. Index Enferm vol.22 no.3 Granada jul./sep. 2013 .

- Riesgo de los turnos nocturnos en la salud integral del profesional de enfermería .Noé RamírezElizondo¹, Tatiana Paravic-Klijn² , Sandra Valenzuela-Suazo.
- Hábitos saludables en trabajos a turnos. Publicado el 26 mayo 2017 en Empresa Saludable. Camila Rolón (Dietista Nutricionista).
- Trabajar en turno de noche. Eva Salavert.

Capítulo 430

LA MUJER COMO CUIDADORA. CONSECUENCIAS FISICAS Y MENTALES EN EL AMBITO SOCIAL Y SANITARIO

CLAUDIO GARCIA MURIAS

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

ALICIA JUARROS SEDANO

SONIA GARCÍA MUÑIZ

1 Introducción

La mujer, desde los orígenes de nuestra historia y hasta la actualidad, ha venido desarrollando las labores propias del cuidado de las personas dependientes en la sociedad, de una forma mayoritaria frente al papel del hombre en ese mismo rol, que por otra parte siempre se ha asociado más al trabajo externo, alejado de las tareas domésticas o comúnmente llamadas "del hogar".

De alguna forma, hemos ido con el tiempo asimilando erróneamente ciertos roles de lo femenino y masculino como inamovibles. Incluso en estos momentos y frente a estas palabras habrá quien piense que cuidar de los niños es propio de las mujeres o que el rol de castigar al hijo es propio de los padres. Parecen ideas

de otra época pero aún recuerdo con total claridad como mi madre me decía de pequeño "verás cuando llegue tu padre y se lo cuente", haciendo clara alusión a ese papel masculino de "máxima autoridad" en castigos.

Estos roles que con los siglos han ido enraizando en nuestra sociedad desde sus cimientos, constituyen el pilar básico a la hora de explicar el por qué la mujer sigue teniendo aún en nuestros días, ese papel fundamental en el cuidado de las personas, bien sea en el propio hogar haciéndose cargo de sus familiares, como en el ámbito profesional desarrollando labores tan importantes como la enfermería, trabajo social, atención socio sanitaria y un largo etcétera de profesiones ejercidas mayoritariamente por mujeres.

¿De dónde viene esa vocación? Como veremos más adelante ese es en cierto modo el tema que nos ocupa en este capítulo, que no siempre es vocación, sino que en la mayoría de casos especialmente en el ámbito del hogar se trata de "obligación", y entrecomillo esta palabra porque a pesar de vivir en una sociedad libre, a veces la obligación es una conducta asumida social o moralmente que nos empuja a hacernos cargo de una situación porque consideramos que es nuestro deber.

El objetivo de este trabajo es en primer lugar dar a conocer la existencia en España de una mayoría de mujeres que sacrifican parte de su vida social y laboral dedicándose al cuidado de sus familiares dependientes, asumiéndolo en muchos casos como su deber por ser mujer y asimilándolo como su rol de cuidadora familiar.

En segundo lugar tendremos como objetivo analizar las consecuencias particulares que este papel de cuidadora tiene para su vida y especialmente para su salud física y mental. En el ámbito sanitario nos encontramos con una infinidad de compañeras, que en el hogar tienen "adjudicado" el rol del cuidado de hijos y mayores dependientes y cuyas consecuencias se manifiestan en forma de cansancio acumulado, depresión o estrés entre otros. Esto se traduce en muchas ocasiones en bajas laborales, peticiones de reducción de jornada o incluso muchas de ellas se ven abocadas a dejar su profesión para dedicarse al cuidado familiar.

Y por último, hacer especial hincapié en la necesidad de un cambio de modelo tanto en nuestro sistema sanitario público como en nuestra mentalidad social, que "libere" a la mujer de este rol y que busque soluciones profesionales al cuidado de nuestros ancianos y personas dependientes en general.

2 Objetivos

- Describir el perfil del cuidador en España.
- Analizar las consecuencias particulares del papel del cuidador en su calidad de vida.

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 sobre la sobrecarga del cuidador en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Empezaremos definiendo a la cuidadora familiar a grandes rasgos como una mujer generalmente casada, de mediana edad (de entre 50 y 60 años), que o bien no tiene ocupación laboral de tipo remunerado o ha tenido que dejar su trabajo para cuidar a algún familiar, con el que generalmente tiene una relación paterno filial, pero que también puede ser su marido o suegros.

Lo contrastamos según datos del IMSERSO 2015 con el perfil del cuidador general y estaría definido como mujer en un 84% de los casos, familiar de la persona cuidada, el 60% sin estudios o con estudios primarios, mayormente sin ingresos propios (58%) y sin actividad laboral en un 74%.

- En la inmensa mayoría de los casos, la mujeres dentro de las familias se ven obligadas a ser ellas las cuidadoras frente al rol masculino de trabajo externo remunerado. Esto no es una obligación "real", sino que viene impuesta por la costumbre, por lo que la sociedad entiende como apropiado, es lo que hemos visto en nuestras casas hacer a nuestras madres y lo que ellas han visto hacer a nuestras abuelas por lo tanto, cuando llega el momento la mujer asume lo que cree ser su papel o su responsabilidad, de la misma forma que asume en muchas ocasiones que las tareas del hogar son su cometido.

En considerables casos esta situación viene agravada por el hecho de ser amas de casa. El no tener un trabajo remunerado que garantice una independencia económica influye en la falsa creencia de que la mujer debe cuidar a los familiares mientras el hombre sale a ganar dinero fuera de casa.

En otras ocasiones ocurre que la asunción de estas responsabilidades por parte de la mujer la "obliga" a renunciar a su trabajo, lo que conlleva esa pérdida de independencia económica. Es como una pescadilla que se muerde la cola.

El envejecimiento de la población que se está dando en la actualidad, provocado principalmente por el aumento de la esperanza de vida en los mayores y la baja tasa de natalidad de nuestros niños, aumenta cada vez más la necesidad de personas que se dediquen a cuidar a los ancianos dependientes cuya cifra se está incrementando. Esto tiene como consecuencia, que aún sean más mujeres las que se vean abocadas a aparcar sus vidas a un lado para cuidar de sus familiares.

Cabe también destacar que en el ámbito profesional, si bien cada vez hay más hombres que se dedican a profesiones relacionadas con el cuidado de personas enfermas o dependientes, el número de mujeres sigue siendo significativamente superior. En muchos casos esto se debe simplemente a la vocación de cada uno, pero existe una gran influencia de los roles de género sobre la elección de nuestras profesiones, de forma que profesiones como las relacionadas con la enfermería, atención socio sanitaria, puericultura, etc. siguen siendo ocupadas mayoritariamente por mujeres.

No podemos dejar de mencionar que muchas de las profesionales que nos encontramos en el ámbito hospitalario o de atención primaria (enfermeras, auxiliares de enfermería, celadoras, auxiliares administrativo, facultativas, cocineras, pinches de cocina, trabajadoras sociales, limpiadoras, lavanderas, etc.) son también luego en sus hogares cuidadoras familiares, de sus hijos, de sus padres, de sus suegros, de sus abuelos. Son heroínas que no tienen descanso, llegan a sus casas después de una larga jornada laboral y ven como cada día su jornada se alarga al llegar al hogar.

Centrémonos ahora en las personas que son atendidas. Según la comunicación sobre dependencia y cuidado presentada por Milagros Julve Negro de la Universidad de Valencia después de entrevistar a una muestra de mujeres cuidadoras llegaron a la siguiente conclusión de que la mayoría de personas dependientes a quienes cuidaban era: mujeres (75%), más del 50% viudas, nivel socio económico muy bajo, de las cuales el 80% padece más de una enfermedad en muchos casos invalidantes que requieren dedicación constante.

Podemos ir poco a poco según analizamos datos, completando el perfil y la situación de estas mujeres cuidadoras añadiendo que por lo general no tienen cualificación previa sobre cuidados a dependientes, que suelen mostrar sentimientos contradictorios, unas veces de satisfacción por la labor humana que realizan y en otras ocasiones de frustración, cansancio físico y mental o soledad, que han poco a poco tenido que renunciar a su vida social, su vida profesional con la pérdida de independencia que conlleva.

En pleno proceso de cambio de una sociedad patriarcal hacia una sociedad igualitaria en la que la mujer por fin ya no es solo una ama de casa destinada a las tareas domésticas y de reproducción, que ha conseguido desarrollar una vida profesional plena, remunerada, que a su vez le da esa independencia económica tan importante, nos encontramos con esta creencia aún tan arraigada en la sociedad de que cuando en el seno familiar se da una situación de dependencia, es ella, la mujer, la más cualificada y por tanto la encargada de dedicarse a los cuidados de esa persona, en gran parte de los casos renunciando a su vida social, a su vida laboral, a su tiempo de ocio y a su independencia.

5 Discusión-Conclusión

Nos encontramos ante un grave problema social y de ámbito sanitario, aparentemente invisible pero que está ahí, que debe preocuparnos y a cuya solución debemos llegar entre todos.

Las consecuencias que conlleva el cuidado de una persona dependiente todos los días durante años, sin descansos, sin vacaciones, sin horarios, sin relevos, sin vida propia, sin momentos de ocio, renunciando en muchos casos a una carrera profesional, a la independencia económica, y todo ello de una forma casi invisible para la sociedad, sin ni siquiera el reconocimiento que por justicia merecen, desemboca en importantes problemas de salud física y mental que piden a gritos un cambio de modelo en nuestra sociedad para que el cuidado de las personas dependientes en el seno de las familias sea responsabilidad de todos, principalmente de las autoridades públicas que deben atacar este problema de raíz, empezando por la educación, por la erradicación de los roles de género, por el apoyo a las personas dependientes, pero sin descuidar a los cuidadores.

Finalmente remarcar, que estas consecuencias sí que no son invisibles para su salud y que por si en el párrafo anterior no hemos sido suficientemente claros, vamos a ponerles nombre profesional: estrés psicológico, estados de ánimo bajos,

depresión, sentimiento de culpa y frustración, síndrome de burnout o síndrome del quemado, agotamiento emocional, tasas mayores de morbilidad que el resto de la población, agotamiento físico, falta de tiempo para el auto cuidado, para el deporte y consecuente deterioro de la salud física y mental.

6 Bibliografía

- La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar . Ismael Jiménez Ruiz¹ , María Moya Nicolás² .Enferm. glob. vol.17 no.49 Murcia ene. 2018 Epub 01-Ene-2018 .
- Dependencia y cuidado: Implicaciones y repercusiones en la mujer cuidadora. Milagros Julve Negro. Universidad de Valencia.
- Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. Jesús Rogero-García¹ Index Enferm vol.19 no.1 Granada ene./mar. 2010.

Capítulo 431

ACOSO LABORAL Y DISCRIMINACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

JOSE MANUEL GARCIA PEREZ

BENJAMIN CASTAÑO COTA

1 Introducción

Acosar según la Real Academia de la Lengua Española es: “Perseguir, apremiar, importunar a alguien con molestias o requerimientos”.

El acoso laboral, conocido también como mobbing, se define como una situación violenta en el ámbito laboral donde se dan determinados tipos de comportamientos de manera continuada. Dichos comportamientos hacen que el trabajador se aíse en si mismo y pierda todo tipo de motivación para desempeñar correctamente su trabajo.

El acoso laboral también puede ser definido como una conducta de hostigamiento sistemático y continuado por parte de, al menos, un trabajador o un superior hacia otro trabajador, lo que le termina creando tanto problemas profesionales como psicológicos.

Generalmente el acoso laboral se ejerce sin que haya testigos, aprovechando encuentros personales para verter amenazas o insultar, difundiendo falsos rumores, menospreciando el trabajo realizado por la víctima, sobrecargándola de trabajo o asignándola tareas intrascendentes alejadas de su capacidad profesional.

2 Objetivos

- Enumerar los requisitos para que se considere acoso laboral.
- Clasificar los tipos de acoso laboral.
- Describir los efectos del acoso laboral en los individuos.

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

4 Resultados

Para que se considere acoso laboral son necesarios tres requisitos :

- Intencionalidad (las acciones no son casuales).
- Frecuencia (las conductas se repiten, no son aisladas, al menos 1 a la semana).
- Duración (la repetición de ataques tienen que continuar en el tiempo, al menos durante 6 meses).

Tipos de acoso laboral pueden producirse :

ACOSO SEXUAL

Citando la de la Ley de Igualdad, art. 7.1: “Cualquier comportamiento, verbal o físico, de naturaleza sexual que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, en particular cuando se crea un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”.

Se puede manifestar en conductas:

Verbales :

- Insinuaciones y proposiciones sexuales molestas.
- Invitaciones y peticiones de favores sexuales a cambio de una mejora en el trabajo.
- Hacer comentarios sexuales obscenos.
- Hacer bromas ofensivas que hagan sentirse denigrada a la víctima.

No verbales:

- Uso de revistas, dibujos, fotografías, etc. de contenido pornográfico.
- Envío de mensajes de móvil, mails, etc. de contenido sexual de carácter ofensivo.
- Miradas y gestos incómodos para la víctima.

Físicas:

- El contacto físico no deseado, que incluye: palmaditas, pellizquitos, roces..
- Buscar quedarse a solas con la persona de forma innecesaria.
- Acercamiento físico excesivo.

ACOSO POR RAZÓN DE SEXO

La directiva 2002/73/ CEE lo define como: “Cualquier comportamiento realizado en función del sexo de una persona, con el propósito de crear un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo”.

Entre las manifestaciones de este tipo de acoso están :

- Discriminación por motivo de embarazo o maternidad o simplemente por ser de un determinado sexo (casi exclusivamente el femenino).
- Utilizar humor sexista con la finalidad de humillar.
- No contar para promoción, formación, premios, viajes, etc. con una persona en función de su sexo.

ACOSO PSICOLÓGICO

El inicio del acoso suele empezar de forma anodina, como un cambio repentino de una relación que, hasta entonces, se consideraba neutral o positiva. Suele coincidir con algún momento de tensión en la empresa, como modificaciones organizativas, tecnológicas o políticas.

Los efectos del acoso laboral que pueden afectar al trabajador son los siguientes:

- Efectos cognitivos e hipereacción psíquica, como olvidos y pérdidas de memoria, dificultades para concentrarse, depresión, etc.
- Síntomas psicósomáticos de estrés: pesadillas, sueños vividos, dolores de estómago y abdominales, diarreas, colon irritable, etc.
- Síntomas de desajuste del sistema nervioso autónomo, tales como dolores en el pecho, sudoración, sequedad en la boca, palpitaciones, sofocos hipertensión, etc.
- Síntomas de desgaste físico, producido por un estrés mantenido durante mucho tiempo (mínimo 6 meses para que sea diagnosticable, según los criterios diagnóstico de Leymann), dolores de espalda, dorsales y lumbares.
- Trastornos del sueño o fatiga crónica.

Además en el acoso moral se ha observado clínicamente la existencia de estrés postraumático, ansiedad generalizada, depresión y otros trastornos obsesivos.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral puede darse bajo las siguientes modalidades: agresión, maltrato, humillación, persecución, discriminación y entorpecimiento. Puede provenir de parte del empleador o del trabajador. Estas situaciones son más comunes de lo que pensamos, a veces observamos como un compañero es hostigado o acosado por otro u otros y aunque no nos parece bien no hacemos nada porque no sabemos cómo actuar.

El primer paso que tienen que dar las personas que se sientan acosadas es darse cuenta de ello, no tienen que pensar “esto no puede pasarme a mí”, ni tampoco echarse la culpa por lo que le está pasando. Es urgente que puedan reconocer que están siendo acosadas, ya que los acosos, en su fase inicial, pueden frenarse más fácilmente.

La víctima, en ocasiones, preferirá tirar la toalla, marcharse de la empresa, no denunciar y olvidarlo todo. Siendo una decisión respetable, sin embargo no es la adecuada, lo que se debe hacer es denunciar los hechos por la vía legal que el abogado/a le recomiende en cada caso, e ir hasta el final en su defensa.

6 Bibliografía

- Vicente Rojo, José. Cervera, Ana María. Mobbing o acoso laboral. Ed Tébar (2005).
- González de Rivera, J.L. El maltrato psicológico, cómo defenderse del mobbing y otras formas de acoso. Madrid: Ed. Espasa (2002).
- Hirigoyen, M. F. El acoso moral en el trabajo: distinguir lo verdadero de lo falso. Madrid: Paidós (2001).
- Piñuel, I. Cómo sobrevivir al acoso psicológico. Santander, Cantabria: Sal Terrae (2001).
- Lanzuela, Rosina. San José Gonzalez, María Isabel . Acosos en el ámbito laboral CCOO Aragón.

Capítulo 432

ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

BENJAMIN CASTAÑO COTA

JOSE MANUEL GARCIA PEREZ

1 Introducción

El estrés es siempre una reacción ante una situación específica, la cual supone un reto o una amenaza. En su gran mayoría se trata de estresores externos, provenientes de condiciones cercanas; sin embargo, pueden provocarse situaciones estresantes ante estados o situaciones internas.

Las reacciones de estrés aparecen como consecuencia de una discrepancia entre lo que se exige y lo que se puede hacer o lograr. El estrés laboral es un fenómeno, cada vez más frecuente, que está aumentando en nuestra sociedad, fundamentalmente porque los tipos de trabajo han ido cambiando en las últimas décadas. Afecta al bienestar físico y psicológico del trabajador y puede deteriorar el clima de trabajo.

Según la Fundación Europea para las Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo un 28% de los trabajadores europeos padece algún tipo de estrés laboral.

El estrés tiene muchas manifestaciones y pueden variar de una persona a otra. Lo que está claro es que afecta tanto al cuerpo como al estado emocional e intelectual.

2 Objetivos

Objetivo primario:

- Conocer la posible presencia de Burnout o "Síndrome del quemado" por estrés laboral.

Objetivos secundarios:

- Identificar los síntomas del Burnout.
- Enumerar las causas que pueden hacer entrar en una fase de estrés y preocupación.
- Analizar técnicas para afrontar el estrés.

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 síntomas más comunes que produce el estrés son los siguientes:

- Síntomas físicos, que se manifiestan a todos los niveles (cardiovasculares, de sueño, musculares...):
Hipertensión, náuseas, insomnio, migrañas, respiración acelerada o sarpullidos.
- Síntomas psicológicos:
Aumento del nerviosismo, irritabilidad, pensamientos negativos o falta de motivación.
- Síntomas conductuales:
Alimentación poco equilibrada, disminución de vida social, aumento del consumo de estimulantes, conductas impulsivas o temerarias, muestras sociales de hostilidad.

Es importante saber identificar estos síntomas para darnos cuenta de que podemos estar pasando por un momento de estrés en mayor o menor medida y a partir de ahí valorar a qué se debe y como podemos ponerle remedio. Algunas de las causas que pueden desencadenar estrés laboral serían:

- Organizativas : jornada de trabajo (rotación, nocturnidad...), relaciones interpersonales o promoción profesional.
- Relativas a la tarea : carga o ritmo de trabajo, contenido de la tarea y control sobre la misma.
- Relativas al entorno físico : condiciones ambientales(luz, ruido, temperatura...), otras condiciones físicas de lugar de trabajo.

Por último citaremos algunas técnicas para afrontar el estrés:

- Técnicas de relajación.

Respiración: inhalar lentamente tomando el aire del diafragma controladamente, mantener el aire unos segundos y expulsarlo con lentitud.

- Técnicas cognitivas.

No sacar conclusiones sin pruebas suficientes (Todo irá mal), evitar minimizar logros y maximizar errores, no pensar en términos absolutos de todo o nada, evitar personalizar y responsabilizar a uno mismo todos los problemas que le pasen.

- Técnicas de gestión de tiempo.

Ser realista en el número de tareas a realizar para que no nos coma el tiempo, optimizar el tiempo para tratar de trabajar mejor en menos tiempo, tener una agenda bien estructurada.

- Técnicas de mejora en habilidades sociales.

- Aprender a interactuar con los demás, empatizar , aplicar técnicas de escucha activa, aprender a tolerar críticas, saber decir que no, no recurrir a amenazas, ser educado.

5 Discusión-Conclusión

En el síndrome del “profesional quemado” o Burnout, nos encontramos con trabajadores, como administrativos, médicos, asistentes sociales, que se enfrentan a una carga afectiva importante y acaban perdiendo el interés. Ofrecen un trato deshumanizado a sus pacientes, clientes o alumnado, a los que ven como enemigos porque están desmotivados y emocionalmente exhaustos por su trabajo.

El estrés ha sido considerado una causa de enfermedad profesional. Diversos estudios muestran que uno de los grupos más afectados por el estrés en su trabajo diario es el de los profesionales del sector sanitario. Este personal trabaja largas jornadas, prestando en muchas ocasiones cuidados a pacientes que requieren altas demandas emocionales, lo que lo hace especialmente vulnerable a presentar alteraciones del bienestar psicológico. Además, como consecuencia, el trabajador puede llegar a desarrollar conductas nocivas para la salud como fumar, comer o beber en exceso para tratar de aliviar este desborde emocional.

Otras consecuencias muy importantes son la incapacidad de desconectar, afectando a nuestro tiempo de ocio y vida personal, además de afectar a nuestro rendimiento diario por el agotamiento que ello produce.

Las personas que se dedican a trabajar dentro de lo que se ha denominado “profesiones asistenciales”, es decir, de servicio público, como los profesionales de la sanidad pueden encontrarse fuertemente afectadas por este síndrome y verse sometidas a un gran desgaste profesional.

En el largo plazo pueden aparecer distintos tipos de complicaciones, muchas de ellas relacionadas con somatizaciones, síntomas gastrointestinales –gastritis o descomposturas-, síntomas musculares –dolores y contracturas- y malestares de cabeza. Todos fenómenos que hablan de un cuerpo que está sufriendo un estado de tensión permanente.

En general todos podemos tener una semana más alterados, más desganados, con mayores dificultades para cumplir las exigencias demandadas. El problema surge cuando estas situaciones se instalan y los síntomas que se presentan se independizan de la situación puntual.

Tanto en la vida como en el trabajo, superar el estrés es importante, por lo que hay que tener en cuenta todos los consejos para evitarlo, sobre todo hay que tener una vida sana con buena alimentación, vida no sedentaria y un buen descanso.

6 Bibliografía

- Álvarez, G., y Fernández L. “El Síndrome de ‘Burnout’ o el desgaste profesional (I): revisión de estudios”, en Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, n.º 21, pp. 257-26 (1991).
- González De Rivera, J. L. “Factores de estrés y enfermedad”,. Psiquiatr., n.º 19, pp. 290-297 (1991).

- Merín, J.; Cano, A., y Tobal, M. “El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención”, en *Ansiedad y estrés*, vol. 1 , n.º 2-3, pp. 113-130 (1995).
- Fernández-López, J.A , Siegrist, J , Rödel, A y Hernández-Mejía, R. *El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer?. Aten Primaria* (2003).
- *Stop al estrés: como gestionar el estrés laboral*. MC Mutual 2008.

Capítulo 433

EL ACOSO LABORAL O MOBBING

JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS

1 Introducción

Actualmente definimos mobbing como el acoso moral, psicológico o psicosocial que sufre una persona en su lugar de trabajo, siendo el objetivo del grupo y estando sometido por este o alguno de sus miembros.

Confundir situaciones de mobbing es relativamente fácil. En situaciones de conflicto laboral una persona podría sentirse acosada por vivir tensiones habituales como discrepancias, ofensas, incluso injurias y calumnias, pero no necesariamente ser acoso laboral o mobbing.

2 Objetivos

- Diferenciar los tipos de acoso laboral.
- Describir las conductas que constituyen acoso laboral.
- Enumerar los efectos del acoso laboral en la empresa.
- Enunciar la prevención ante el acoso laboral.

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 sobre mobbing en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas en las dos últimas décadas.

Descriptores utilizados: “mobbing” , “acoso laboral” , “acosador” , “acosado” , “conflicto laboral”.

4 Resultados

Los tipos de acoso diferenciaremos dos tipos básicos de acoso laboral:

- El acoso horizontal que se da entre iguales dentro del organigrama empresarial (por ejemplo, un medico contra otro medico).
- El acoso vertical que se produce entre personas que están en rangos jerárquicos distintos dentro de la misma empresa (por ejemplo, un jefe de equipo contra uno de sus subordinados). Dentro del acoso laboral vertical diferenciamos dos subtipos, el acoso laboral vertical ascendente y el descendente. Este ultimo es el mas típico de todos, donde un superior hostiga a un subordinado.

En algunos estudios recientes ya se habla de acoso laboral mixto, el cual empieza como horizontal, en el que uno o varios compañeros acosan a la victima, y cuando el o los superiores se enteran de la situación la ignoran o no hacen nada al respecto.

Las conductas acosadora que podemos encontrar son:

- Acoso discriminatorio: Esta motivado por creencias religiosas, políticas, sexo u orientación sexual, edad, raza, nacionalidad, discapacidad, etc.....
- Trato vejatorio: Insultar o menospreciar a un trabajador, reprenderlo delante de otras personas, difundir rumores falsos sobre su trabajo o vida privada.
- Abuso de autoridad: Dictar ordenes de imposible cumplimiento para el trabajador con los medios puestos a su alcance, ordenar tareas inútiles o sin valor productivo, represalias contra trabajadores que planteen denuncias o apoyen a denunciantes.

El acoso puede afectar directa o indirectamente a mucha gente ya que bajará la calidad de los trabajos y los productos, bajará la moral de los empleados, aparecerán mas enfermedades psicológicas y relacionadas con el estrés, por lo que subirán los costos . Habrá un mayor absentismo laboral por lo que se perderá productividad, bajará la moral y tarde o temprano habrá dimisiones y/o despi-

dos.

La mejor estrategia para prevenir el mobbing es mejorar en lo posible el ambiente laboral y dar ejemplo por parte de la dirección. Podemos definirlo con tres factores:

- Apoyo: los trabajadores deben sentirse apoyados y respaldados por sus superiores para lograr sus objetivos.
- Claridad: deben estar claras las responsabilidades y obligaciones de cada profesional. La mayoría de los problemas vienen de conflictos no resueltos.
- Retos: Favoreciendo el trabajo en equipo y la colaboración entre compañeros, y ofreciendo retos y nuevas formas de trabajar, mejoraremos la convivencia, la eficacia y el ambiente laboral.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing es un fenómeno que envuelve muchas caras de la vida moderna y en todas ellas nos va a causar problemas tanto físicos como psicológicos por lo que la valentía a la hora de acometer ciertas acciones nos puede ahorrar muchos quebraderos de cabeza.

Buscar ayuda legal tanto publica como privada será el primer paso para acabar con el acoso.

Se necesitan estudios exhaustivos para determinar las consecuencias del mobbing en el trabajo.

6 Bibliografía

- <https://www.sanitas.es>.
- <http://www.psicoterapeutas.com>.
- <https://www.ucm.es>.
- <http://www.ugtbalears.com>.
- <http://www2.fsc.ccoo.es>

Capítulo 434

RESIDUOS: TRANSPORTE, ELIMINACION Y TRATAMIENTO

ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ

MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

MARGARITA SERRANO SUAREZ

1 Introducción

El manejo de los residuos sólidos hospitalarios en nuestro país es uno de los aspectos de la gestión hospitalaria de gran interés en los últimos años.

2 Objetivos

Explicar y exponer las principales medidas que se deben aplicar en los centros sanitarios, para el desarrollo de una correcta gestión de residuos, la peligrosidad y los efectos ambientales negativos que pueden generar y el poder mejorar la eficacia y eficiencia de la misma.

3 Metodología

Para la ejecución de este capítulo, hemos llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Hemos realizado una búsqueda sistemática de libros.

4 Resultados

ELIMINACION.

Ley 22/11 de residuos. Artículo 18. Obligaciones del productor u otro poseedor inicial relativas al almacenamiento, mezcla, envasado y etiquetado de residuos: “No mezclar ni diluir los residuos peligrosos con otras categorías de residuos peligrosos ni con otros residuos, sustancias o materiales”.

SEGREGACIÓN.

Es el punto de partida de todo el proceso.

Es imprescindible la formación en la materia de todo el personal que esté vinculado al proceso de producción y/o gestión intracentro del residuo.

GRUPO IIIA (biológicos), los envases deben situarse en el campo de acción del trabajador que los maneje, para que puedan ser eliminados directamente por quien los ha utilizado, evitando intermediarios en el deshecho de los mismos.

GRUPO IIIB (medicamentos citotóxicos y citostáticos):

No se han de acumular en las habitaciones de los enfermos ni en las zonas donde se realicen actividades directas con los enfermos.

Contenerizarlo antes posible para evitar accidentes inesperados o contaminación imperceptible a los ojos del manipulador.

Los envases se retirarán tan pronto se llenen, evitando su acumulación en las zonas de generación.

GRUPO IIIC (químicos) estos deben segregarse en origen, de acuerdo a los siguientes criterios: Separar los peligrosos de los inocuos.

Separar los líquidos de los sólidos.

Separar los cancerígenos de los que no lo son.

Separar los agentes oxidantes de los agentes reductores.

MINIMIZACION.

“Es la adopción de medidas organizativas y operativas que permitan disminuir, hasta niveles económica y técnicamente factibles la cantidad y peligrosidad de los residuos”.

Ejemplos: buenas prácticas en compras, como planificar las compras de forma que no se acumule material que pueda caducar y comprar productos que disminuyan la cantidad de residuos generados, por ejemplo, material que sea reutilizable

o fácilmente reciclable. Potenciación de la *valorización de todos aquellos residuos generados en las distintas áreas de los centros sanitarios que sean susceptibles de tal fin: envases de cartón, papel, envases de plásticos no contaminados, bolsas de plástico, film de paletizar, palets, latas, bricks, vidrio, aceites vegetales, etc. * Valorización: que el residuo tenga otro fin útil.

Minimización Grupo III (citotóxicos y citostáticos)

Rigurosidad en el almacenamiento de los medicamentos, fundamentalmente por las posibles roturas y derrames. En las unidades de internamiento y en el hospital de día no deben acumularse, salvo aquellos de administración inmediata. Las áreas de almacenamiento (Servicio de Farmacia) identificadas y separadas del resto de medicamentos. La producción centralizada de las preparaciones medicamentosas: se ajusta al máximo el número de viales y ampollas necesario para las preparaciones intravenosas.

TRANSPORTE DENTRO DEL CENTRO.

Centros sanitarios: identificados los puntos de producción de residuos.

Retirada de estos puntos periodicidad adecuada: de manera general mínimo diaria. Transporte interno mediante carros.

Carros:

- Sólo destinados a este fin.
- Materiales de fácil limpieza y desinfección Resistentes.
- Diseñados para evitar caídas.
- Trabajadores con la formación adecuada. PRL

Manipulación durante el transporte:

- No sacar las bolsas de su soporte antes de cerrarlas. No trasvasar.
- No comprimir contenido de las bolsas con pie o mano. No arrastrar bolsas.
- Coger bolsas por arriba (evitar cortes con objetos punzantes) Usar guantes.

ETIQUETADO DE RESIDUOS PELIGROSOS.

Los recipientes o envases que contengan residuos peligrosos deberán estar etiquetados de forma clara, indeleble y legible al menos en lengua española. La etiqueta se fijará firmemente sobre el envase y se anularán las anteriores, que pudiera llevar el mismo, pues podrían inducir a error. El tamaño de la etiqueta será, como mínimo, de 10 x 10 cm.

En la etiqueta deberá figurar:

- Nombre, dirección y teléfono del titular del residuo.

- El código de identificación del residuo, según el sistema que se describe en los Reales Decretos 833/1988 y 952/1997.
 - Conjunto de códigos: a) La razón por la que los residuos deben ser gestionados (Código Q) b) Las operaciones de gestión (código D/R) c) Los tipos genéricos de los residuos (código L, P, S, G) d) Los constituyentes que dan al residuo su carácter peligroso (código C) e) Las características de los residuos peligrosos (código H) f) Las actividades generadoras de los residuos (código A) g) Los procesos en los que se generan los residuos (código B)
 - Código LER.
 - Fecha de envasado (llenado del recipiente e indica el comienzo del almacenamiento máximo 6 meses)
- Pictogramas

ALMACENAMIENTO INTERMEDIO.

En centros sanitarios de cierto tamaño. Sirven para depositar temporalmente los residuos, debidamente segregados, hasta su transporte y depósito en el almacén final. Locales con acceso restringido y debidamente señalizados.

Cercanos a los puntos de producción y con una adecuada ventilación. Sus paredes y suelo serán Impermeables. Fácil limpieza. Ubicación no podrá coincidir con circuitos limpios o zonas de tránsito de personal y/o usuarios. El almacenamiento en esas zonas no deberá exceder a las 24 horas.

ALMACENAMIENTO FINAL.

El almacén final de residuos será un local separado de la actividad sanitaria y de uso exclusivo. Tiempo de almacenamiento de los residuos peligrosos, por parte de los productores, no podrá exceder de 6 meses. Excepciones: Grupo IIIA, la periodicidad de recogida será de 48-72 horas, salvo: Aguja y otro material punzante y/o cortante. Centros sin bloque quirúrgico y con una producción de residuos peligrosos inferior a 100 Kg/mes.

5 Discusión-Conclusión

Con esto, podríamos llegar a la conclusión de que los almacenes llevasen a cabo las siguientes recomendaciones:

- Protegido de la intemperie, de las temperaturas elevadas y de los animales.
- Zonas separadas de las áreas de trabajo, circulación de personas o almacenamiento de alimentos.

- Zonas que permitan el fácil acceso a los vehículos de recogida y el movimiento del personal de seguridad y bomberos. Adecuada ventilación (natural o forzada) e iluminación.
- Suelos y paredes deberá ser impermeable y fácil de limpiar.
- Los productos peligrosos no deben almacenarse nunca en estanterías altas.
- El almacén permanecerá cerrado y contará con una señalización, en lugar visible. Se permitirá el acceso al personal autorizado.
- Diferentes áreas de almacenamiento para cada tipo de residuo peligroso, especialmente en el caso de incompatibilidad fisicoquímica

6 Bibliografía

- Acuerdo de 14.6.2001 (Consejería Medio Ambiente, BOPA 7.7.2001). Plan Básico de Gestión de Residuos en Asturias. Residuos sanitarios: Punto 4.1
- Manual Básico de Gestión de Residuos Sanitarios del SESPA - Principado de Asturias-Marzo 2012.
- Agentes químicos en el ámbito sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid
- 2 Protocolo de Vigilancia Sanitaria específica de Agentes Citostáticos. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud. 2003.010.
- Guía Técnica para la evaluación y la prevención de los riesgos relativos a la utilización de los lugares de trabajo. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Edición 2006.
- NTP 853: Recogida, transporte y almacenamiento de Residuos sanitarios.
- NTP 372: Tratamiento de residuos sanitarios.
- Reglamento (CE) 1272/2008, sobre clasificación, etiquetado y envasado de sustancias.
- Decreto 53/2006, de 8 de junio, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios, del Principado de Asturias. y mezclas (CLP).

Capítulo 435

PRESTACIONES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y PROBLEMAS DE ACCESIBILIDAD. LAS LISTAS DE ESPERA. ANÁLISIS DE LA NORMATIVA ESPAÑOLA. CAUSAS, CONSECUENCIAS Y POSIBLES SOLUCIONES.

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

ALICIA JUARROS SEDANO

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

EVA POLADURA SOLARES

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

1 Introducción

Uno de los principales problemas de la sanidad pública que más preocupa a los ciudadanos actualmente son las listas de espera para acceder a las prestaciones sanitarias. Se entiende por lista de espera el registro de pacientes pendientes de

estar atendidos en consultas, pruebas diagnósticas y terapéuticas o de ser intervenidos quirúrgicamente.

Las quejas y reclamaciones por el tiempo de demora en la atención sanitaria muestran el descontento de los usuarios en este tema y el último barómetro sanitario refleja que la población no percibe mejora alguna en lo que a listas de espera se refiere.

Por su parte el personal sanitario también se ve afectado con altos cupos de pacientes por médico, hospitales y centros de salud saturados.

Las listas de esperas, son un indicador de la calidad sanitaria y por ello, los gobiernos establecen entre sus objetivos la reducción de las mismas a través de diferentes políticas, amparándose en lo que en lo que a garantías de tiempo se refiere, en la ley de 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, que establecen el derecho de los ciudadanos a recibir asistencia sanitaria en un tiempo máximo.

Cada comunidad autónoma establecen su propia normativa y comparando datos es más que evidente que existen muchas desigualdades entre ellas lo que da lugar a un sistema sanitario poco equitativo y donde la igualdad efectiva que pretende garantizar la Ley General de sanidad en su artículo 3.2 no se cumple.

2 Objetivos

- Informar sobre la normativa en lo que garantías de tiempos máximos de listas de espera se refiere.
- Analizar el estado de las listas de espera en la sanidad española.
- Resumir posibles causas, consecuencias y soluciones ante este problema sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos publicados en revistas indexadas en bases de datos de Pubmed, Scielo, Cuiden.

4 Resultados

- Leyes de garantías de tiempos máximos de lista de espera son:

A nivel estatal:

Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud: Pretende establecer acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas para asegurar a los ciudadanos el derecho de protección a la salud garantizando la equidad, la calidad y la participación social en el sistema Nacional de Salud.

Su artículo 25 regula las garantías de tiempo y dispone que “en el seno del Consejo Interterritorial se acordarán los criterios marco para garantizar un tiempo de acceso máximo a las prestaciones del sistema Nacional de Salud, que se aprobarán mediante Real Decreto. Las Comunidades Autónomas definirán los tiempos máximos de acceso a su cartera de servicios dentro de dicho marco.”

El Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio. Establece los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias (gravidad de las patologías, eficacia de la intervención y oportunidad de la intervención). En él también se excluyen ciertas intervenciones (trasplantes de órganos y tejidos, atención sanitaria en catástrofes, urgencias...), se establecen garantías y quedan definidos unos tiempos concretos para ciertas intervenciones. En concreto, 180 días naturales para cirugía cardíaca valvular, cataratas, prótesis de cadera y prótesis de rodilla.

Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Surge por la necesidad que planteaba el Consejo Interterritorial de Salud y la Oficina del Defensor de Pueblo de establecer unos criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes, en materia de información de listas de espera para poder analizar resultados y evaluación de su funcionamiento.

A nivel autonómico:

La ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, da lugar a un sistema descentralizado otorgando autonomía en gestión sanitaria a las Comunidades Autónomas. Por ello, cada Comunidad Autónoma establece sus propias leyes para garantizar los tiempos máximos. Cada Servicio de Salud tiene a disposición del usuario toda la información sobre la normativa aplicable en materia de listas de espera quirúrgica, de pruebas diagnósticas y de consultas externas, así como estudios e indicadores que muestran la situación actual de las listas.

Para resumir, diremos que éstas normas, tienen estructuras similares y abarcan

los siguientes temas: situaciones clínicas garantizadas, plazos máximos de espera en intervenciones quirúrgicas, consultas externas y pruebas diagnósticas, suspensión y pérdida de las garantías, registros de pacientes e información sobre listas de espera.

Cabe destacar para el conocimiento del lector que, en caso de incumplimiento de los plazos máximos, el paciente tiene derecho a ser derivado a otros centros concertados sin coste alguno.

- La situación de las listas de espera en la sanidad española es la siguiente:

De los datos proporcionados por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social a fecha de junio de 2019 podemos extraer que la situación de las listas de espera en los últimos años ha empeorado. Si el tiempo medio de espera era de 45,66 días en consultas en diciembre de 2016, en junio de 2019 se sitúa en 61,84. Por otra parte, la lista de espera en intervenciones quirúrgicas pasa de 614.101 en diciembre de 2016 a 671494 en junio de 2019. Los tiempos aumentan a la par que se refleja una desigualdad importante entre Comunidades Autónomas. Así, observando las tablas de datos por Comunidad Autónoma vemos que los pacientes manchegos esperan casi tres veces más que los vascos por una operación y mientras que en Baleares acuden a consulta en sólo 3,7 días de media, la espera media de los murcianos es de 68,8 días.

A nivel europeo, los últimos datos del euro Health Consumer Index (EHCI) de 2018, que evalúa los sistemas sanitarios, posicionan a España en el número 19, con Suiza a la cabeza y en el último puesto, el 35, Albania. Si bien España aprueba en calidad de la atención, baja posiciones debido a la dificultad de acceso con las listas de espera y a las desigualdades entre regiones.

- Las posibles causas de las listas de espera son:

En primer lugar, diremos que las listas de espera son un problema de oferta-demanda. Son el precio a pagar cuando la capacidad del sistema sanitario es insuficiente frente a las necesidades de la población. Pero hablamos de sanidad, y es evidente, que es imposible conseguir un Sistema de Salud sin tiempos de espera, ya que implicaría que muchos de los recursos no fuesen productivos (profesionales sanitarios parados o infraestructuras sanitarias sin uso esperando por pacientes). Por otra parte, es complicado prever las necesidades de salud de la población y qué servicios van a demandarse más en un momento u otro...

Partiendo de estas dificultades, y teniendo en cuenta que son múltiples factores los que afectan a las listas de espera, resumiríamos como causas importantes las siguientes:

- Envejecimiento de población y aumento de la cronicidad:

La esperanza de vida aumenta en todo el mundo y España tiene una tasa de 83,24 años, de las más altas de Europa. Un 19,1% de la población es mayor de 65 años lo que da lugar a un evidente incremento de la demanda sanitaria. Vivimos más pero también queremos vivir mejor, y buscamos medidas que mejoren nuestra calidad de vida, lo que implica que demandamos más sanidad. El envejecimiento y las enfermedades crónicas van de la mano, y con ellos, una necesidad de infraestructuras y recursos sanitarios distintos.

- Medicalización profesional:

La búsqueda de una mejor calidad de vida hace que se consideren enfermedades situaciones o problemas que hasta ahora no tenían dicha consideración incrementando también la demanda sanitaria.

- Inversión sanitaria:

La inversión sanitaria se ha visto muy afectada por la crisis económica especialmente entre el 2009 y el 2013. La consecuencia ha sido la reducción y la precarización del personal y la escasez de recursos de todo tipo incluyendo la disminución del número de camas y el número de hospitales. Aunque la inversión aumenta, la sanidad no se ha recuperado y las secuelas de la crisis económica no han desaparecido.

- Mala coordinación/gestión sanitaria:

Exploraciones repetidas, historias duplicadas, derivaciones innecesarias a hospitales, entre otras, evidencian una mala coordinación sanitaria entre atención primaria y especializada y una mala gestión que favorece el incremento de las listas de espera.

Las consecuencias de la lista de espera para el paciente son:

Las listas de espera generan incertidumbre, agobio y preocupación en un paciente que se ve obligado a esperar sin información suficiente sobre las consecuencias de la espera en su enfermedad. En los peores casos tenemos consecuencias gravísimas para su vida e incluso la muerte. La espera también puede tener consecuencias laborales en el paciente. No nos sorprende que muchas empresas decidan despedir a sus empleados con bajas por incapacidad largas.

Por último, hablaremos de consecuencias económicas para el paciente que no aguanta la espera y deciden optar por la sanidad privada cuya demanda aumenta en los últimos años ante esta situación.

Las consecuencias para la administración son:

Las listas de espera son un indicador de la calidad de la sanidad y es objeto político su reducción pues no interesa que los barómetros mundiales de sanidad suspendan a España en este tema. La visión mundial de la calidad de los sistemas sanitarios es importante para los gobiernos. Por otra parte, el coste para la administración es elevado si tenemos en cuenta que hay que hacerse cargo de incapacidades temporales, paro...

Las consecuencias para el personal sanitario son:

El personal sufre desbordamiento, soporta mayor carga de trabajo y además en los últimos años se ve afectado por un aumento de la agresividad por parte del paciente que no concibe tanta demora. La gestión de quejas y reclamaciones desbordan las oficinas de atención al usuario.

Las posibles soluciones a las listas de espera son:

Hasta ahora las líneas de actuación de España ante las listas de espera se resumen en tres líneas: Garantías de tiempos máximos de espera, leve incremento de los recursos y derivación a la sanidad privada. Los datos demuestran que no han tenido el éxito esperado y los objetivos no se cumplen. Todos estaríamos de acuerdo en pensar que para poner fin o mejorar los negativos datos de las listas de espera sería importante aumentar la inversión, mayor gasto en sanidad, más recursos, más personal, más médicos, más consultas abiertas, más quirófanos... Sin embargo, estudios demuestran que no siempre esto resulta exitoso cuando la gestión no es adecuada.

Hablar de soluciones en un sistema tan complejo y que depende de tantos factores es complicado, pero podríamos destacar dos puntos clave para minimizar el problema. Por un lado, la información. Para atajar el problema es importante analizarlo, conocerlo. Se necesitan saber más datos por comunidad dadas las desigualdades, listas actualizadas periódicamente, análisis de cada situación... Solo conociendo bien la demanda podremos adecuar la oferta. El otro punto fundamental se encuentra en el control de la gestión. Con el establecimiento de prioridades por enfermedad, protocolos de actuación en función del paciente, mayor eficiencia en la utilización de recursos, mejor comunicación entre atención primaria y especializada, motivando e incentivando a los profesionales, entre otros, los resultados en las listas de espera serían más positivos.

5 Discusión-Conclusión

Las listas de espera sanitarias son el tendón de Aquiles de la sanidad española. Tenemos un importante problema de accesibilidad que hace disminuir la calidad de nuestro Sistema de Salud. Por otra parte, las desigualdades entre las Comunidades Autónomas incumplen la igualdad efectiva que pretende garantizar la Ley de Sanidad. El sistema no es equitativo.

Las leyes de garantía de tiempos máximos de acceso a las prestaciones no siempre se cumplen o parecen no resultar lo suficientemente efectivas lo que abre un debate político y social complicado de resolver. No existen fórmulas exactas para minimizar el problema si bien, la información y las mejoras en la gestión son puntos claves para obtener mejores resultados.

6 Bibliografía

- <https://www.mscbs.gob.es>.
- Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis. (Agustín Cañizares Ruiz. Álvaro Santos Gómez).
- Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?. Cuadernos de la Fundació Victor Grifols.
- <https://www.elsevier.es>. Listas de espera de la sanidad. ¿Por qué son estables?
- Informe Euro Health Consumer Index 2018.
- Reflexiones sobre las listas de espera en el sistema Nacional de Salud y propuestas para su mejora. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.
- Webs de los servicios de salud de cada Comunidad Autónoma.
- <https://www.mscbs.gob.es>.

Capítulo 436

CLASIFICACIÓN DE LOS DISTINTOS TIPOS DE RESIDUOS SANITARIOS

JOSE ANTONIO CIENFUEGOS VILAS

1 Introducción

Hablaremos de residuos sanitarios de todos aquellos que se generan en centros hospitalarios, aunque también incluiremos los centros farmacéuticos, los veterinarios y los de investigación. Estos centros están obligados a tener el tratamiento de los residuos contratados con una entidad certificada para su tratamiento. Los centros sanitarios deben tener un responsable para que se cumplan las obligaciones derivadas de la producción y gestión de estos residuos. Estos procedimientos de gestión residual deben estar escritos y deben ser conocidos y aplicados por todo el personal del centro.

2 Objetivos

- Determinar la clasificación y tipología de residuos sanitarios.
- Establecer los procedimientos de manipulación y minimizan de residuos.

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. Revisión de referencias de clasificación de residuos sanitarios de las últimas dos décadas. Palabras clave utilizadas “Residuos sanitarios”, “Protocolos”, “manipulación”, “minimización”.

4 Resultados

- Clasificación y tipología de los distintos tipos de residuos sanitarios:

Grupo 1: residuos sanitarios no específicos o asimilables a urbanos. Estos residuos pueden ser desde envases hasta papel, cartón, y también incluiremos residuos manchados de sangre o de líquidos biológicos que no estén incluidos en los grupos 2 y 3. Estos residuos irán en bolsas negras y no tendrán ningún método especial de manipulación, ya que podemos compararlos con la basura que creamos en un hogar.

Grupo 2: para una correcta gestión de este grupo, llevaremos a cabo una forma distinta del grupo 1 con el fin de prevenir posibles riesgos para el trabajador o personal del centro. Además también pensaremos en el reciclado y en su eliminación. En este grupo podemos hablar de residuos cuya recogida o eliminación no sigue ningún requisito especial como son: restos de curas, bolsas de orina, ropa y ropa desechable; objetos punzantes sin contacto expuestos a materiales infecciosos, sangre y hemoderivados en cantidades menores a 100ml, como los recipientes destinados a contenedores o vacunas inactivas. También incluiremos productos químicos no peligrosos y medicamentos (nunca citotóxicos o citostáticos), medicamentos caducados, o simplemente restos de medicación no administrados.

Grupo 3: estos residuos precisan de medidas específicas para su perfecta gestión ya que son residuos con riesgo potencial para los trabajadores expuestos o incluso para el medio ambiente. Aquí incluiremos los siguientes residuos: los infecciosos, agujas o material cortante y cultivos, fluidos corporales o de sangre que no estén en el grupo 3, vacunas vivas y residuos anatómicos (tumores, etc...). Grupo 4: estos residuos son sólidos, gases o líquidos procedentes de productos químicos que sean catalogados por su composición como una sustancia peligrosa. En este grupo están incluidos tanto los residuos químicos, que deberán disponer de etiqueta para poder clasificarlos; como los residuos citotóxicos o citostáticos que irán en contenedores bien sellados para su eliminación.

- Identificar los procedimientos para manipulación y/o minimización:

Minimización y manipulación de los residuos del grupo 2: hablamos de minimización cuando nos referimos a medidas operativas que permiten disminuir la cantidad y la peligrosidad de los residuos. Una de estas buenas medidas es la compra con planificación para no acumular material o comprar material reutilizable. En la manipulación habrá que seguir unas precauciones como no hacer trasvases entre envases, no comprimir con pies o manos o mantener alejados del cuerpo para evitar accidentes.

Grupo 3 :estos residuos han de mantenerse en contenedores para evitar accidentes o la contaminación. Los contenedores han de retirarse tan pronto se llenen para evitar su acumulación. Estos residuos deberán ir en bolsas o envases de 3 tipos: contenedores, bidones y palés y garrafas. Los envases se deberán identificar con la señal de peligro biológico.

Grupo 4: tendremos en cuenta que el almacenamiento de esos medicamentos será en el servicio de farmacia. Las áreas de estos medicamentos deben estar identificadas y separadas del resto de medicamentos. En su manipulación el personal destinado a ello, debe tener los conocimientos de los riesgos y tendrán que estar equipados con los adecuados medios técnicos. En el caso de los residuos químicos, los trabajadores deben adoptar medidas de protección y seguridad específicas, establecidas en la normativa referente a los riesgos relacionados con los agentes físicos.

5 Discusión-Conclusión

Como punto de partida de cualquier proceso encaminado a la gestión de residuos, se debe tener en cuenta siempre los criterios de minimización y los conceptos de higiene, inocuidad, seguridad, y buena práctica en su manipulación. La correcta gestión y normalización de los residuos permite disminuir el posible riesgo hacia el medio ambiente y hacia la salud, por lo que el conocimiento de los distintos procedimientos es una herramienta clave para el personal de los centros sanitarios. Es muy importante conocer y distinguir estos grupos en cualquier categoría que trabaje en un centro sanitario, cuanto más sepamos sobre estos temas menos accidentes tendremos.

6 Bibliografía

- <https://www.larioja.org/>.
- <https://www.astursalud.es>.
- <https://www.um.es>.
- <https://www.ucm.es>.
- <http://www.chospab.es>.
- <https://www.xunta.gal>.
- <http://celadoresonline.blogspot.com>.
- Bases de datos Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 437

TRATO DEL PERSONAL CON EL USUARIO EN SITUACIONES CONFLICTIVAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ

JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ

LAUDELINA ALONSO ALVAREZ

1 Introducción

La violencia ejercida contra el personal sanitario se puede convertir en un factor determinante para la salud, ya que la relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes y usuarios, puede presentar obstáculos por situaciones críticas.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) dice que el 25 % de la violencia ocasionada en el trabajo se produce en el ámbito sanitario, entendiendo como violencia cualquier tipo de agresión verbal, física o psíquica. Ante esta cifra es conveniente establecer unas pautas o normas a seguir por los trabajadores de instituciones sanitarias ante situaciones conflictivas y violentas que pueden surgir con usuarios (pacientes, familiares, acompañantes, etc,...) de este tipo de centros.

Estas directrices iría dirigido tanto a los trabajadores de estos centros como a los usuarios de ellos, ya que son situaciones complicadas de resolver y sobre

todo mejorar las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores del ámbito sanitario.

Con esta publicación se pretende establecer unos criterios básicos y mejorar las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores de las instituciones sanitarias para que tengan unos conocimientos básicos para poder reaccionar rápidamente, ante situaciones conflictivas y violentas de cualquier tipo, lo que ayudará a los trabajadores a no bloquearse y actuar correctamente. Estas pautas pueden ayudar a:

- Reducir los riesgos de agresión y las lesiones en el caso que se lleven a cabo.
- Prevenir las agresiones y situaciones conflictivas y violentas contra los trabajadores.
- Dar seguridad a los trabajadores, usuarios, bienes y servicios de los centros sanitarios, a la vez que ofrece seguridad y confianza, lo que mejorará ambiente laboral.
- Concienciar, informar e instruir al personal sanitario, alentarles a denunciar los sucesos y a sugerir tácticas para reducir o eliminar los riesgos.
- Intentar hacer un método para poder denunciar y registrar las agresiones fácilmente. Permitir a los trabajadores que hayan sido afectados una asistencia tanto sanitaria como psicológica y asesoramiento jurídico

2 Objetivos

- Identificar los lugares y situaciones contextuales propicias para que se de una agresión al profesional.
- Establecer medidas para el manejo de estas situaciones.
- Exponer el procedimiento a realizar tras una agresión.

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, Dialnet y Cuiden, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, empleando las palabras clave: paciente, violencia, profesional, situaciones conflictivas.

4 Resultados

Las agresiones hacia los trabajadores de los centro hospitalario se producen mas comunmente en los siguientes sitios y situaciones:

- En los desplazamientos a domicilio para recibir asistencia .
- En situaciones emocionales complicada de pacientes y/o usuarios ante hechos como el dolor, la muerte, sufrimiento ya que se puede ocasionar situaciones de riesgos por que entienden que hay una falta de información o apreciar una insuficiente asistencia o por la demanda de atención urgente, ya que todo esto provoca una carga de estrés emocional importante.
- En situaciones en las que se cree que hay un beneficio económico o administrativo.
- Elevada presión asistencial.
- Cuando las perspectivas de los pacientes no son cumplidas.
- Cuando las necesidades de los usuarios y /o pacientes no se corresponde con la realidad.
- Retrasos y errores en citas, diagnósticos y terapias, las listas de espera y el tiempo de espera para ser atendidos, aglomeraciones en salas de espera, etc.
- Cuando se deniega un servicio solicitado.
- Actuación contra el deseo del paciente.
- Falta de información por parte del usuario.
- Cuando el comportamiento del profesional es hostil por ejemplo se usa un lenguaje con amenazas, insultos, cuando no se hace caso de las quejas del usuario, etc.
- Profesional con problemas de dependencias, problemas mentales, mala praxis.
- Cuando hay un solo trabajador, o el personal escasea, se trabaja en lugares aislados o en zonas conflictivas.
- No saber detectar las situaciones conflictivas y violentas.
- Cuando no hay seguridad.
- En zonas poco frecuentadas como pasillos, salas solitarias o lugares poco iluminados.

Medidas para el manejo de estas situaciones: lo primero que hay que intentar hacer es Identificar indicios que nos puedan sugerir que estamos ante una situación de conflicto como por ejemplo:

- Un tono de voz elevado y un lenguaje hostil.
- Gestos intimidatorios.
- Vocabulario malsonante y amenazador.

- Incitar al resto de personas para poniéndolos en contra del personal afectado.
- Sospecha de consumo de drogas o alcohol.

Intentar tener una conducta con la que se pueda controlar la situación de agresión: mantener la calma, no responder a las amenazas, ser positivos, estar atento ante cualquier señal. En el caso que la situación de agresión se produzca debemos de tener en cuenta se hay agresión física o no.

- Si no hay agresión y la violencia es controlada: hacer lo posible por controlar y calmar la situación, usar un tono de voz tranquilo y sosegado, invitar al provocador a abandonar la estancia, si hay agresión o violencia descontrolada, internar salir rápidamente del lugar donde se está produciendo el altercado, si hubiese servicio de vigilancia en el centro solicitar su intervención, pedir ayuda a compañeros o personas que estén cerca para sofocar el ataque violento. Si la situación continua llamar al 112 para que movilice a los servicios de urgencia que sean necesarios.

- Procedimiento a realizar tras una agresión: si el trabajador agredido física y/o verbalmente y necesitase ser atendido será de manera inmediata y a ser posible en Servicio de Urgencias del centro existe agresión física o verbal y el trabajador agredido necesita asistencia sanitaria, será atendido de forma inmediata en el lugar del incidente o preferentemente en el Servicio de Urgencias. En el caso de lesiones, se pedirá el parte de lesiones correspondiente ya que será necesario a la hora de emprender acciones legales.

El trabajador puede interponer una denuncia sobre los hechos ante el servicio correspondiente, se pondrá en conocimiento a través del formulario correspondiente a su encargado o jefe superior. En caso de que sea necesaria ayuda psicológica será solicitada a través del Servicio de Riesgos Laborales.

5 Discusión-Conclusión

Es importante para los trabajadores de los centros hospitalarios realizar su trabajo en un ambiente de respeto, confianza y seguridad, y para ello es importante establecer unas directrices para llevar a cabo ante situaciones conflictivas o violentas que pueden ser ocasionadas por pacientes, usuarios, familiares o acompañantes contra los trabajadores sanitarios, y que cause un daño físico o psicológico.

6 Bibliografía

- Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud (BOE 301/2003 de 17-12-2003).
- Conserjería de Salud. Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud.
- Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos de 29 de Enero de 2009 por la que se Dictan Instrucciones para la Puesta en Marcha del Registro Centralizado de Agresiones a Trabajadores o Ciudadanos.
- ÁGREDA, J. y YANGUAS, E. El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo. Anales del Sistema Sanitario de Navarra Volumen 24, Suplemento 2. 2001.
- BORRELL Y CARRIÓ, F. Entrevista Clínica. Manual de Estrategias Prácticas. Semfyc Ediciones. Barcelona. 2004.

Capítulo 438

LA ACTUACIÓN DEL PERSONAL DE CENTROS HOSPITALARIOS EN RELACIÓN A LA ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA

ALICIA JUARROS SEDANO

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

ANA MARIA GARCIA GARCIA

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

1 Introducción

Recocer las distintas enfermedades Psíquicas, puede ayudar al personal de los centros hospitalarios afrontar el trato ante una persona con enfermedad psicológicas.

La Organización Mundial de la salud (OMS) define las distintas enfermedades psíquicas, de la siguiente forma:

- La enfermedad es la alteración del funcionamiento mental, suficientemente manifiesta y específica en sus caracteres clínicos para ser uniformemente identificable por referencia a un modelo claramente definido, y lo suficientemente grave como para provocar una pérdida de capacidad profesional o adaptación social que se

traduzca concreta mente por ausencia de trabajo o por intervenciones judiciales o sociales.”

2 Objetivos

- Determinar las principales enfermedades psíquicas, e identificarlas para no poner en peligro la integridad física del paciente, personal hospitalario y las personas que le rodean.
- Establecer pautas para la reducción del paciente psiquiátrico.

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 enfermedades Psiquiátricas se agrupan en psicosis y neurosis:, dentro de ellas en agudas y crónicas:

Las enfermedades agudas:

- Crisis maníacas o manía: suelen aparecer al principio de una crisis depresiva que pasa a una exaltación a veces inesperada (suele durar 5 meses ,suele aparecer entre 20 y 50 años). Los síntomas más frecuentes son: depresión, cambios de humor, trastornos del sueño, agotamiento psíquico.
- Psiconeurosis emocionales: son relacionadas con la ansiedad producida por un shock emocional, sus tratamientos son con sedantes, psicoterapia y curas de sueño. Síntomas: Insomnio, pesadillas confusión mental, agitación, desorientación, suele remitir con el paso del tiempo.
- Depresión: es una estado psíquico, caracterizado por tristeza, melancolía disminución de la autoestima. La depresión suele durar unos cuantos meses y desaparece de una manera inexplicable o permanece toda la vida.
- Psicosis delirantes agudas: es un estado de delirio, que aparece de forma súbita y evoluciona de forma transitoria.

- Delirio: es trastorno mental agudo, caracteriza por desorientación, inquietud, disminución de la conciencia, temor, ansiedad, alucinaciones. Suele estar provocada por una alteración de las funciones cerebrales por trastornos metabólicos como la malnutrición, desequilibrios endocrinos, estrés, inhalación de sustancias tóxicas, alcohol y agotamiento.
- Psicosis confusooníricas: estado mental que se reconoce por una gran desorientación del tiempo, el entorno, obnubilación de la conciencia y delirio. Normalmente se debe por causas tóxicas-infecciosas, aunque puede deberse a un estrés psíquico.

Enfermedades crónicas:

- Perversión sexual: es una desviación de la conducta sexual normal. La anomalía más frecuente es el comportamiento. Masturbación compulsiva. Gerontofilia (con ancianos), zoofilia (con animales), necrofilia (con cadáveres), incesto (con miembros de la propia familia), pedofilia (con niños), exhibicionismo (obtención de excitación sexual mediante la exposición de los genitales a los demás, sin pretensión después de realizar una actividad sexual), sadismo (mediante el dolor de otro), voyerismo (trastorno psicosexual consiste en que la excitación y el placer sexual se obtiene por observación secreta de objetos o situaciones sexuales), frotteurismo: es la obtención del placer a través del frotamiento de los órganos genitales contra el cuerpo de una persona desconocida y sin su consentimiento.
- Neurosis: es un trastorno de la personalidad, causado por conflictos internos que llevan a la ansiedad. Pueden ser de varios tipos: De angustia, fóbica, histérica, profesional, traumática obsesiva. Tienen la percepción de la realidad, aunque esta aparece distorsionada la actitud permanecen dentro de los límites aceptables. Entre sus síntomas destacan agresividad, tic, tartamudez.
- Neurosis de angustia: la característica principal es la ansiedad que tiene el enfermo. Sus síntomas son taquicardias, temor, dudas, náuseas, etc.
- Neurosis fóbica: se caracteriza por sus fobias o temores desmesurados a cosas, objetos, personas, animales. Los síntomas sudoración, ansiedad, pánico, náuseas, palpitaciones. La persona necesita evitar el objeto o la situación que le produce el dolor.
- Neurosis obsesiva: se caracterizan por tener acciones repetitivas o rituales para liberar su tensión o su ansiedad. Suelen tener conciencia de su enfermedad e ideas en su mente que les obsesionan.
- Neurosis histérica: el miedo se apodera de la persona y la hace perder el control de sus emociones.
- Demencia: es un trastorno mental progresivo, los síntomas que destacan: con-

fusión, desorientación, deterioro intelectual, pérdida de memoria y del juicio.

- Paranoia: se caracteriza por sus ideas delirantes de persecución y grandeza, de forma permanente en la mente de la persona. Los síntomas: Obstinación, frialdad, celos actitud nómata, etc. Aparentemente la conducta de la persona es normal de pensamientos y respuestas.

- Oligofrenia: es una deficiencia congénita en el desarrollo de la inteligencia. Se clasifican según el coeficiente intelectual del paciente. Puede deberse factores genéticos (infecciones, alcoholismo de la madre, incompatibilidades sanguíneas, edad de la madre en el embarazo, etc.

- Esquizofrenia: es un trastorno que afecta a como la persona piensa, siente y actúa. Tiene dificultad para distinguir entre lo real y lo imaginario, se siente cohibido o se siente alienado, suele tener dificultades para expresar emociones normales en situaciones sociales. ¿Qué causa la esquizofrenia? La causa no es aún clara, alguna teoría sobre la causa de la enfermedad incluye:

Genética (herencia) el trastorno tiene presencia en la familia y la persona hereda la tendencia a desarrollar, puede ser ambiental. Como las infecciones víricas o situaciones de alta tensión.

Biológica (desequilibrio en la química del cerebro) y posible infecciones virales y trastornos del sistema inmune. El cerebro usa sustancias químicas, que la genética ayuda a determinar, las personas tienen un desequilibrio químico en el cerebro entre la (serotonina y la dopamina) los cuales son neurotransmisores. Los síntomas pueden desarrollarse lentamente o presentarse repentinamente. Puede aparecer y desaparecer en ciclos de recaídas.

La esquizofrenia lo contrario a lo que la gente piensa no es un desdoblamiento de la personalidad o múltiples personalidades, la mayoría de las personas con esquizofrenia no son violentos y no causan peligro para otros. La esquizofrenia, no es causada por las experiencias de niñez o falta de fuerza de voluntad o falta de crianza adecuada, los síntomas son diferentes en cada persona, no respeta razas, cultura, los síntomas aparecen entre las edades de 13 a 25 a veces mas temprano., mas en los hombres que en las mujeres.

- Técnicas de reducción en el paciente psiquiátrico:

Existen tres tipos de reducción ante un paciente agitado o que se resiste a un traslado: reducción verbal, la física y la farmacoterapia. En este capítulo de resultados vamos hablar de la técnica de reducción verbal.

- Técnica de reducción verbal: es un proceso de comunicación entre dos o más personas, cada una actúa con sus propios objetivos emitiendo mensajes verbales

o no verbales. Tenemos que conseguir que el paciente desee comunicarse con nosotros, para conseguirlo tenemos que establecer una alianza con el paciente implicándole activamente, identificando cualidades y habilidades intentando producir sentimientos de auto eficacia. Hablar con claridad sin palabras técnicas, escuchar activamente hacer preguntas específicas, pedir peticiones de su parecer “qué te parece que podríamos hacer “. Aceptar críticas, usar el sentido del humor si consideramos que en ese momento las aceptará. Mensaje no verbal, no movilizar las manos en actitud amenazante, tono de voz y ritmo de conversación relajantes.

Ante una actitud verbalmente hostil, hay diferentes estados:

- Fase racional: suelen ser pacientes razonables.
- Fase de disparo o salida: cuando el paciente acumula irritaciones o enfados, lo mejor es escuchar
- Fase de enlentecimiento: si no hay provocaciones, la reacción de hostilidad acaba por perder energía.
- Fase de afrontamiento: es el momento de intervenir y decir algo, empatizar reconocer su estado emocional puede contribuir a que aparezca una fase de calma.
- Fase de enfriamiento: si se dijo algo empático, llegará la calma.
- Fase de solución: la persona vuelve al nivel racional. Es un buen momento para afrontar el problema.
- Para afrontar cualquier hostilidad debemos:

Escuchar.

Empatizar.

Preparar la situación.

Ser recompensado.

Expresar sentimientos.

Emplear mensajes de yo.

Ante estos pacientes reconocer su irritación, escuchar antes de responder, hacerles ver que se les entiende, hablar en privado con ellos aunque a veces pueda ser difícil, tener tono de voz calmado y bajo, reservarnos nuestros propios juicios sobre la persona, ayudar a la persona a afrontar su error cuando percibe su mal comportamiento. Nos puede ayudar a ganarnos la confianza de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Cualquier personal sanitario o no sanitario, puede encontrarse en su día a día Con pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica. Reconocerlas nos ayudara a

saber como actuar con estas personas en las distintas situaciones y prevenir sus consecuencias. Sin perjuicio para el y personal del ámbito hospitalario que le rodean.

6 Bibliografía

- Logoos.
- Cep.
- Mad.
- Medilineplus.gov/spain.
- Pumed.ncdi.nlm.gov.

Capítulo 439

HUMANIZAR LA SANIDAD, TAREA DE TODOS

VANESA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

Sanitarios, no sanitarios y pacientes reclaman “humanizar” el sistema sanitario para hacer la asistencia al centro de salud más amable para el enfermo. El sector pide más humanística.

España tiene una de las esperanzas de vida más altas del mundo, casi 83 años, pero no aprueba en calidad de la atención ya que el sistema debiera estar centrado en las personas y solo está centrado en resolver procesos.

Los avances científicos y tecnológicos no solo tienen 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 nuestra ayuda profesional a los enfermos que nos la demandan pensamos que son los sanitarios los únicos de deben de tener una aptitud cercana con quién atendamos pero hay otros profesionales no sanitarios como el personal administrativo, agentes de seguridad, personal de mantenimiento, limpieza, celadores, etc... que también contribuyen a humanizar la atención sanitaria que demanda el enfermo.

La corriente de humanización ha empezado a calar aunque en distintos niveles

y velocidades en los centros sanitarios. Estamos perdiendo la perspectiva de la humanidad del trabajador sanitario, sino sanitario-paciente.

2 Objetivos

- Introducir al modelo Housing para fomentar la involucración del paciente en su cuidado en hospitalización de media y larga estancia.
- Instaurar políticas de puertas abiertas para el acompañamiento familiar al paciente.
- Visibilizar y potenciar los espacios de uso compartido con Asociaciones de Pacientes.

3 Metodología

- Campaña informativa (a la población) y formativa (a los profesionales) sobre las Instrucciones y Planes previos al tratamiento de los pacientes.
- Diseño de un proyecto de acceso telemático de los pacientes a la historia clínica.

4 Resultados

Cabe destacar como representativo y que responde a los objetivos del capítulo:

- Atención centrada en la persona con un trato individualizado y digno.
- Calidad y calidez de trato, una asistencia eficaz y de calidad.
- Información y comunicación comprensible. Una gestión transparente y eficiente abriendo la institución sanitaria a la participación de la sociedad y promover una mejor comunicación con los grupos de interés.
- Seguridad y confianza.
- Continuidad de la atención.
- Accesibilidad externa e interna.
- Confort en las instalaciones.
- Una gestión transparente y eficiente abriendo la institución sanitaria a la participación de la sociedad y promover una mejor comunicación con los grupos de interés.
- La formación integral de los futuros profesionales que desempeñarán su labor en el campo socio-sanitario.
- La incorporación de los pacientes a los procesos de adopción de decisiones.
- Fomentar la autonomía y la participación del paciente en su tratamiento.

- El compromiso, la ética, la empatía deben ser también motores del cambio”.

La humanización es la cercanía del sistema sanitario al paciente en una forma de calidad humana, potenciando el abordaje integral y la empatía. No debemos ser trabados como una enfermedad, sino como seres humanos.

Las necesidades formativas de los implicados en los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria deben ser satisfechas mediante el desarrollo y establecimiento de programas integrados en estudios universitarios y de desarrollo profesional continuo, incluyendo la enseñanza de competencias y habilidades relacionadas con la comunicación y la humanización.

La situación actual de la tecnología en el sentido del desarrollo y la innovación sanitaria no evoluciona al mismo ritmo que el desarrollo humanístico de la asistencia sanitaria, por lo tanto hay un desequilibrio grande entre ambos aspectos. Es necesario equilibrar estos dos aspectos para alcanzar una atención de calidad para asegurar el abordaje integral del paciente en todos los niveles.

Las principales barreras en la humanización de la asistencia sanitaria son: la falta de tiempo para dedicar a pacientes por parte de los profesionales sanitarios, la falta de recursos económicos y humanos que garanticen una atención sanitaria de calidad, la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios y la formación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

La humanización de la atención sanitaria, es una cuestión PRIORITARIA y, para ello se requiere principalmente un cambio de ACTITUD. Se trata de cambiar el foco de la atención sanitaria, dirigido tradicionalmente hacia la enfermedad, y poner al paciente y su contexto en el centro del sistema, procurando “dar el mismo trato que nos gustaría recibir”. En este sentido, también se incluye el factor tiempo: se debe pensar que el tiempo de los pacientes no es menos valioso que el tiempo del médico o del resto de profesionales.

Una atención HOLÍSTICA, es aquella donde se contemplan la comunicación, el contacto y donde se dé la misma importancia tanto al sufrimiento físico como al anímico o espiritual, porque de hecho no se pueden separar. Es aquí donde el sistema sanitario tiene un gran reto.

6 Bibliografía

- Abreu Quintero J. L. (2011). Innovación Social: conceptos y etapas.
- Blázquez Manzano A., Feu-Molina S., Ruiz-Muñoz E., Gutiérrez-Caballero J. M. (2012). Importancia de la co-municación interpersonal en la relación médico-paciente en atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*. 3 (1): 62-76.
- Caamaño Ponte J. L. Gandoy Crego M., Del Monte Pérez A. (2015). Asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer en Galicia y Responsabilidad Social Corporativa.
- Cedrés de Bello, S. (2000). Humanización y calidad de los ambientes hospitalarios. *Revista de la Facultad de Medicina*, 23 (2), pp. 93-97.

Capítulo 440

VIOLENCIA EN EL ENTORNO SANITARIO

VANESA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La violencia en el trabajo, tanto física como psicológica, es un problema mundial que traspasa las fronteras, los contextos de trabajo y los grupos profesionales. La violencia en el centro de trabajo, que ha sido una cuestión "olvidada" durante mucho tiempo, ha adquirido gran importancia en los últimos años y hoy en día es una preocupación prioritaria en todos los países, tanto industrializados como en vías de desarrollo, siendo una amenaza grave contra el éxito y la eficiencia de las organizaciones. La violencia trae consigo perturbaciones inmediatas, y a largo plazo, de la organización del trabajo, de las relaciones entre las personas y de todo el entorno laboral.

El sector de la salud corre un riesgo grave, la violencia puede afectar a un número importante de los trabajadores de la salud, más de la mitad. Las consecuencias negativas de esa violencia generalizada repercuten fuertemente en la prestación de los servicios sanitarios, y pueden ocasionar el deterioro de la calidad de los servicios dispensados y al abandono de los trabajadores de sus profesiones.

También puede suponer una reducción de los servicios de salud que ya tenemos a nuestra disposición la población en general, y además aumenten sus costos. La igualdad de acceso a la atención primaria puede verse amenazada si los trabajadores de salud, que ya son un recurso escaso, abandonan su profesión ante la amenaza de la violencia, especialmente en países en vías de desarrollo.

A pesar de no existir un consenso universal al respecto, la definición de violencia laboral en el entorno sanitario ha sido adaptada por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Salud, Consejo internacional de enfermería (CIE) y la Internacional de Servicios Públicos , en el "Programa conjunto sobre la violencia laboral en el sector de la salud " de la siguiente manera: "Incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo, incluyendo los desplazamientos al trabajo y viceversa, con la participación de amenaza explícita o implícita hacia su salud, seguridad o el bienestar."

Distinguimos diferentes tipos de violencia en el trabajo:

- Violencia "externa", la cual es realizada contra trabajadores/as por personas fuera de la organización. Por ejemplo: asaltos contra bancos o comercios.
- Violencia por "clientes-pacientes", la cual es realizada contra trabajadores por sus propios clientes. Por ejemplo: clientes que acosan a personal sanitario o no sanitario.€
- Violencia "interna", que sucede entre los trabajadores de una organización, estas violencias pueden incluir "Mobbing", por ejemplo: humillación hacia nuevos empleados.

Las víctimas están en su gran mayoría en los hospitales públicos, estarían también influenciadas por el tipo de contratos y las inequidades salariales, en cuanto al agresor, se identifican por un lado los pacientes, por otro sus familiares (los beneficiarios del servicio de salud) y otro grupo compuesto por el equipo de trabajo.

Entre los motivos de la agresión se han encontrado diversos: largos tiempos de espera, incompatibilidad médico-paciente, insatisfacción con los tratamientos, , influencia del alcohol o drogas, deficiencias en la comunicación y mal funcionamiento de un sistema sobre el que no ejercen control. Frecuentemente el médico y el personal administrativo queda expuesto y es el que recibe las quejas, y a menudo las agresiones como consecuencia de situaciones vividas como injustas. Una gran parte de los profesionales están amenazados por violencia física o verbal en su trabajo. Los médicos de los servicios de emergencias, psiquiatras y de atención primaria son aquellos que presentan más riesgo de tener actos de violencia, por los pacientes o sus familiares.

2 Objetivos

- Exponer el problema de violencia en el entorno sanitario.
- Resaltar la importancia del problema de violencia en el entorno sanitario.

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 prevención.

La prevención tiene un doble campo: el personal y el institucional.

Personal

- La prevención personal incluye : detección de situaciones de riesgo. La violencia normalmente se genera de manera progresiva. En un principio puede haber aspectos del lenguaje corporal que indican el riesgo; luego se produce violencia verbal contra los objetos y sólo en último lugar contra las personas.
- Habilidades de comunicación. Te permite manejar las situaciones de manera que en muchos casos se evita la escalada de la agresividad. Incluye habilidades como por ejemplo no contestar de forma agresiva, intentar empatizar con el malestar del paciente, informar sobre las formas para vehiculizar su queja, etc.

Institucional

- Prevención institucional Incluye: información. El sistema sanitario debe informar a los usuarios del sistema nacional de salud que las conductas violentas no van a ser toleradas y que se denunciarán por la institución. Debe informarse claramente de los derechos del paciente y también de sus obligaciones, que incluyen el respeto a los profesionales.
- Prevención de situaciones violentas. Hay que intentar reducir el tiempo de espera de los pacientes; es aconsejable la instalación de paneles que informen del tiempo de espera previsto, así como ofrecer información de las causas de la espera. Es aconsejable tener personal de seguridad en los entornos más conflictivos como

puede ser urgencias y psiquiatría, también controlar la entrada de los pacientes de quienes se sospeche consumo de alcohol o sustancias. También es recomendable que en urgencias haya un botón de alarma y una doble salida, y evitar los objetos que puedan emplearse de forma agresiva.

En el año 2017 se notificaron un total de 8.328 agresiones (13,59 por cada 1.000 profesionales del SNS) y en 2018 se notificaron un total de 9.741 agresiones (15,89 por cada 1.000 profesionales del SNS), en el conjunto de las CCAA españolas.

Hay un leve incremento en el año 2018 de las notificaciones de agresiones realizadas por el sexo masculino. Sin embargo, las mujeres siguen siendo en su mayoría (73-78 por ciento) las que notifican un mayor número de agresiones en el ámbito sanitario.

Deben seguirse varios pasos ante una agresión:

- Paso 1. Contenerse verbalmente y solicitar ayuda.
- Paso 2. Informar a la policía.
- Paso 3. Comunicar lo sucedido a la mayor brevedad posible al responsable del centro.
- Paso 4. Hay que valorar las lesiones.
- Paso 5. Poner una denuncia ante el órgano competente.

Todo este proceso hay que hacerlo garantizando siempre la intimidad y confidencialidad del empleado agredido.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, las agresiones traen consecuencias de gravedad sobre el trabajador, con un impacto global en términos de coste, eficiencia y efectividad de los sistemas de salud, afectando definitivamente a la calidad de la asistencia que se presta a la sociedad, y los factores sociales, organizativos, económicos, y culturales implicados en el problema exigen un enfoque integral con coordinación máxima entre las administraciones públicas y los centros sanitarios, junto a los colegios profesionales, en consonancia con las campañas que realizan diversos países europeos, hacia la tolerancia cero.

6 Bibliografía

- E.L. Gómez-Durán, M. Gómez-Alarcón, J. Arimany-Manso.

- Las agresiones a profesionales sanitarios.
- OMS. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud.
- OMC. Documento sobre agresiones médicas. Informe Organización Médica Colegial

Capítulo 441

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE AUTOPSIAS

ULISES GARZÓN DÍAZ

1 Introducción

En este capítulo del libro detallamos las actuaciones específicas del celador dentro del servicio de autopsias, enumeramos las características principales de la sala de autopsia y las principales medidas de prevención.

Antes de entrar en detalle, se hace necesario clarificar los conceptos básicos siguientes:

- Exitus: palabra que proviene del latín y significa muerte. Es sinónimo de óbito, deceso o defunción.
- Cadáver: cuerpo humano durante los 5 primeros años siguientes a la muerte.
- Restos cadavéricos: lo que queda del cuerpo humano después de la destrucción de la materia orgánica una vez transcurridos los 5 años siguientes a la muerte.
- Tanatología: la disciplina integral que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos aplicando el método científico o técnicas forenses.
- Tanatopraxia: es toda práctica mortuoria que permite la conservación, adecuación, reconstrucción y exposición del cadáver con las debidas garantías sanitarias.
- Rigor Mortis o Rigidez cadavérica: es el endurecimiento del cuerpo que se produce de 2 a 4 horas después de la muerte.
- Livor Mortis: como consecuencia del cese de la circulación sanguínea, los hematíes comienzan a romperse liberando hemoglobina y decolorando los tejidos.

Además todos los profesionales incluidos en el campo de la atención sanitaria, están expuestos a pinchazos accidentales y es por ello que se debe tener presente los pasos a seguir ante un pinchazo o corte accidental:

- Retirar el objeto punzante.
- Limpiar la herida con abundante agua y dejar que la sangre fluya durante 2 o 3 minutos.
- Utilizar algún antiséptico y cubrir con una apósito.
- Comunicación del incidente.

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones del celador en el servicio de autopsia.
- Identificar las medidas de prevención en la sala de autopsia.
- Describir la relación del celador con el proceso de paciente agonizante y muerte.

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 sobre el celador en la autopsia. 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

- Una de las principales funciones del celador es el de realizar los traslados de los pacientes fallecidos al mortuario de la forma más discreta posible, este traslado deberá realizarse, una vez recibido el parte de traslado correspondiente. Una vez en el mortuario se depositará en la cámara frigorífica. Funciones según se detallan en el estatuto de personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de las Seguridad Social (publicado en el B.O.E. julio de 1971).

14.2.19- Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.
14.2.20- Ayudará a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre al cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.

- Características de la sala de autopsia: según la Comisión Nacional de Anatomía Patológica Española, la extensión mínima que tienen que tener una sala de autopsia es de 20 metros cuadrados, tendrá que estar dotada con una mesa de autopsia, agua corriente fría y caliente, sistemas de aspiración, desagüe accesible, mecanismos anti terremoto, iluminación eléctrica adecuada, ventilación directa o forzada y extractores de aire directos al exterior. Refrigeradores de cadáveres con capacidad para dos cadáveres, cada 200 camas de hospital. Aseos y duchas de agua caliente y fría y un local de secretaría, así como un laboratorio histopatológico que bien puede ser propio o concertado.

- Las medidas de prevención en la sala de autopsias son:

El riesgo más frecuente son las infecciones, seguido de vertidos, salpicaduras, inoculaciones con jeringas. En definitiva, el celador tiene que dominar a la perfección y conocer las medidas de prevención para realizar el trabajo dentro de una sala de autopsia.

- Se recomienda el uso de guantes de látex desechables, a este sistema de protección se la considera como la barrera profiláctica más importante.

- Las batas que se suelen usar son desechables e impermeables.

- Unos de gafas y mascarillas para prevenir salpicaduras de fluidos corporales.

- Lavado de manos higiénico habitual, es un de los pilares básicos para evitar la contaminación a través de los microorganismos.

- La relación entre el celador y el paciente terminal, y su muerte es:

El celador cumple una misión importante ante un paciente que tiene una enfermedad incurable y por eso, es fundamental incorporar conocimientos suficientes para afrontar estos procesos tan sensibles. En la etapa de terminalidad, los pacientes pasan por periodos de agudización de la enfermedad con el descontrol de síntomas, cambiante e intensos. Entendemos por enfermedad terminal la que se encuentra en el último estado de su evolución y a la que sucederá la muerte de la persona en un plazo relativamente corto, por termino medio en unos 6 meses. Es común que este proceso comience con una fase activa de aislamiento y a partir de ahí se activan unos mecanismos de defensa y adaptación. Respuesta emocionales según la Dra. Kubler Ross, en 5 etapas:

- Negación.

- Angustia.

- Negociación.

- Depresión.

- Aceptación.

Esta etapas ayudan al profesional a comprender los estados de ánimo de los enfermos y a orientar a los familiares con el fin de amortiguar y evitarles el mayor sufrimiento posible. En estos momentos, ante un enfermo agonizante, tenemos que tener claro que el principal objetivo es mejorar el confort del paciente, se le procurará comodidad, aseo y cuidados de la piel y sobre todo acompañamiento.

5 Discusión-Conclusión

La interacción del celador con la muerte en un centro sanitario es diaria y por eso es sumamente importante un conocimiento muy ampliado de todas las funciones y etapas de la muerte. También cobra máxima importancia la sensibilidad personal para manejar diferentes situaciones con las que nos podamos encontrar en el servicio de autopsias y mortuorio.

6 Bibliografía

- http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_celador1.
- <http://html.rincondelvago.com>.
- http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-2_17.html.
- Libro la espera de María Genio Canseco. ISBN: 978-84-7584-850-1.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 442

EL CELADOR Y EL TRATAMIENTO DE LOS RESIDUOS BIOSANITARIOS

MARÍA JESUS ÁLVAREZ PÉREZ

ELENA VIDAL GARCIA

LYDIA WARNER PALLAS

1 Introducción

Se entiende por residuos sanitarios, todos los residuos, cualquiera que sea su estado, generados en centros sanitarios, incluidos los envases, y residuos de envases, que los contengan o los hayan contenido. Entendemos por centro sanitario, cualquier instalación o establecimiento en el que, de forma temporal o permanente, se desarrolle alguna de las siguientes actividades de atención a la salud humana o de carácter veterinario.

Residuos biosanitarios son aquellos residuos sanitarios específicos de la actividad sanitaria propiamente dicha, potencialmente contaminados con sustancias biológicas al haber entrado en contacto con pacientes o líquidos biológicos.

Los residuos citotóxicos y los residuos biosanitarios se acumularán en envases de un solo uso. Una vez que estos envases estén cerrados, no podrán volver abrirse. Asimismo, estos envases deberán permanecer intactos hasta el momento de su eliminación, por lo que no serán sometidos a presiones mecánicas que puedan comprometer su integridad durante el depósito, traslado o transporte. Los envases que estén roto o que tengan fugas deberán ser reenvasados.

2 Objetivos

- Describir las clases y tipos de residuos sanitarios.
- Establecer la frecuencia de retirada de los residuos sanitarios especiales y citotóxicos.

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 residuos sanitarios se clasifican en:
 - Clase I o residuos generales: son los residuos sin ningún tipo de contaminación específica, y que no presentan riesgo de infección ni en el interior ni en el exterior de los centros sanitarios.
 - Clase II o residuos biosanitarios asimilables a urbano: es todo residuo biosanitario que no se clasifique como residuo biosanitario especial o de clase III.
 - Clase III o residuo biosanitario especial: se incluyen todos los residuos que pertenezcan a alguno de los grupos de residuos biosanitarios:
 - * Grupo 1: residuos de pacientes con infecciones altamente virulentas, importadas o de muy baja incidencia en España.
 - * Grupo 2: los residuos de pacientes con infecciones de transmisión oral-fecal.
 - * Grupo 3: residuos de pacientes con infecciones transmitidas por aerosoles.
 - * Grupo 4: los filtros de diálisis de pacientes infecciosos.
 - * Grupo 5: residuos punzantes y cortantes.
 - * Grupo 6: cultivos y reservas de agentes infecciosos.
 - * Grupo 7: los residuos de animales muertos.
 - * Grupo 8: cantidades importantes de líquidos corporales, especialmente sangre humana.
 - * Grupo 9: residuos anatómicos humanos.
 - Clase IV: son residuos de cadáveres y restos humanos.

- Clase V o residuos químicos: son caracterizados como peligros por su alta contaminación química.
- Clase VI o residuos citotóxicos: residuo compuesto por restos de medicamentos citotóxicos y todo el material que haya estado en contacto con ellos.
- Clase VII o residuos radiactivos: residuos contaminados por sustancias radiactivas.

- La frecuencia de retirada de los residuos sanitarios especiales y citotóxicos: todos los centros sanitarios deberán contar con los protocolos de actuación para hacer frente a incidentes. El centro sanitario deberá llevar un registro de los incidentes y accidentes en relación con los residuos. Este registro debe de estar permanente actualizado.

La frecuencia de retirada es la siguiente:

- 72 horas, cuando la producción media mensual de residuos biosanitarios especiales y residuos citotóxicos sea superior a 1000 kilogramos.
- 7 días, cuando la producción media mensual de residuos biosanitarios especiales y residuos citotóxicos esté comprendida entre 251 y 1000 kilogramos.
- 15 días, cuando la producción media mensual de residuos biosanitarios especiales y residuos citotóxicos esté comprendida entre 50 y 250 kilogramos.
- 30 días, cuando la producción media mensual de residuos biosanitarios especiales y residuos citotóxicos sea inferior a 50 kilogramos. En los centros en los que se generan exclusivamente residuos punzantes o cortantes en cantidades inferiores a 3 kilogramos al mes, la retirada podrá ser trimestral.

Hay una obligación de entregar los residuos a gestores autorizados. Los productores de residuos deberán suministrar a los gestores la información necesaria para una correcta gestión de tales residuos.

El responsable legal del cumplimiento de las obligaciones del productor de residuos es la persona que tiene encomendadas las funciones de dirección del centro, y que debe proporcionar a la administración competente todas las informaciones y datos relativos a la producción de dichos residuos.

5 Discusión-Conclusión

Se provoca un gran impacto ambiental por la generación de residuos sanitarios, y por lo tanto sobre la salud pública, debido a la contaminación generada por la utilización de productos tóxicos y el despilfarro de materias primas y energía, como la contaminación química derivada de su gestión. Prevenir la generación

de los residuos debe ser la filosofía que rijan en cualquier plan de gestión de residuos sanitarios. Por ello, en primer lugar, deben separarse los residuos según su composición y su carácter. Una vez que están separados los residuos infecciosos, existen distintas alternativas para desinfectarlos y si además se hace una segregación por composición algunos materiales pueden reutilizarse o reciclarse. En cualquier caso, la esterilización debe realizarse en el centro productor.

La prevención de la generación de residuos asimilables a urbanos pasa por eliminar la utilización de envases y embalajes innecesarios, sustituir productos desechables por productos reutilizables. La generación de residuos químicos puede minimizarse sustituyendo productos y procesos tóxicos por no tóxicos. La prevención de la generación de residuo, además de disminuir el riesgo asociado a la manipulación, transporte y vertido o incineración de los mismos, también mejora las condiciones de seguridad e higiene de los trabajadores de los centros sanitarios y reporta beneficios económicos al ahorrar en los costes de gestión y en las materias primas.

6 Bibliografía

- Levin, M; Gelth, M : "Biotratamiento de residuos tóxicos y peligrosos". ;cgraw-Hill, Nueva York 1997.
- Cepyme, Aenor y Novotec: "Manual práctico para elaborar estudios de minimización de residuos peligrosos" Cepyme-Aragon.
- Garrido de las Heras : "Regulación básica de la producción y gestión de residuos".Fundación Confemetal, Madrid 1998.

Capítulo 443

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

VERONICA VILLA CASTRESANA

1 Introducción

El aumento de problemas relacionados con el estrés es una realidad en el personal de las instituciones sanitarias en Europa y en España. Diversos estudios realizados en hospitales españoles concluyen que el 20% del personal padece de estrés, siendo la segunda causa más importante de bajas laborales. El 25 de mayo de 2019, la OMS, reconoce el síndrome de Burn-out o del “trabajador quemado” como enfermedad profesional.

El síndrome de Burnout es una afección psicológica causada por el estrés derivado de la realización de un trabajo en el que se está en contacto con personas con las que se establece una relación de ayuda (profesionales de la salud, profesores, funcionarios de prisiones), sus consecuencias son: despersonalización, cansancio y fatiga física y mental y realización de las tareas de forma inadecuada y la pérdida de interés por las mismas así como la falta de motivación en todas las facetas tanto profesionales como personales.

Sus principales causas son la implicación emocional y responsabilidad que recae sobre el personal, la tensión y los conflictos que surgen en la actividad diaria, frustración, baja autoestima (Alvarez Gallego y Fernández Ríos 1991) así como el ambiente de trabajo, la edad, antigüedad en el puesto de trabajo, nivel cultural,

las condiciones laborales, la escasez de personal y por lo tanto la sobrecarga de trabajo y los hábitos de vida.

Tras realizarse diversos estudios sobre el tema, se produjo en 1981 en Filadelfia la primera “Conferencia Nacional del Burnout” que sirvió para unificar criterios.

En España el síndrome de burnout está recogido en el artículo 15 de la ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales del 8 de noviembre, BOE 10 de diciembre) :

“Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, a adecuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud”.

“Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integra 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”

Para ello analizaremos el caso clínico de un celador y una auxiliar de enfermería del hospital de Cabueñes de Gijón, en el servicio de urgencias.

2 Objetivos

- Establecer el perfil de trabajadores propensos a contraer el síndrome de Burnout.
- Identificar condiciones laborales asociadas al síndrome.

3 Caso clínico

Presentación y exposición del caso clínico donde dos trabajadores influenciados por el síndrome de Burnout finalizan expeditados y uno de ellos con baja laboral:

María, TCAE de 49 años, realiza su actividad en el servicio de urgencias del hospital de Cabueñes, donde lleva trabajando 20 años. Se encuentra en su segunda noche del turno y ha podido descansar muy poco, ya que por el día no es capaz de conciliar el sueño, por lo está agotada y no tiene muy buen humor; sobre las 4 de la mañana ingresa una señora en una ambulancia procedente de una residencia de ancianos, por lo que es necesario cambiarla de ropa para vestirla con el camión del hospital, demencia, ésta opone resistencia y se agita, lo que provoca que María tenga una reacción desproporcionada agitándola e increpándole para que no se siga resistiendo, de manera que pide la ayuda de un celador y acude

Pedro, 50 años; la paciente muestra una resistencia extraordinaria por lo que le cuesta trabajo calmarla y es necesario la intervención de más personal del servicio y es necesario colocarle unas contenciones para inmovilizarla hasta que se calme. Debido a esos momentos de tensión, surge una acalorada discusión entre la TCAE y el celador ya que ella le increpa por no acudir antes a ayudarla, que va subiendo de tono de manera que compañeros tienen que mediar para detenerlos y como consecuencia son expedientados. A los dos días la TCAE presenta la baja y Pedro continúa con su trabajo pero con gran apatía, cansancio, aislándose de sus compañeros.

4 Resultados

I. El perfil de los trabajadores: celador y la TCAE, cuyo caso estamos estudiando, cumplen:

- Mayores de 40 años, y llevar una media de 20 años trabajando.
- Estar sometidos a sobrecarga de trabajo y mucha presión.
- Llevar unos 10 años en el mismo puesto de trabajo.

II. Las condiciones laborales asociadas en estos casos clínicos de Síndrome de Burnout son:

- Ambos trabajan a turnos, siendo estos de dos mañanas, dos tardes , dos noches y 3 días de descanso ; ambos explican que con el paso de los años, el trabajo a turnos y sobre todo las dos noches seguidas se llegaban a hacer muy duras, ya que por el día se descansa muy poco, por lo que según pasaban los años se les hacen cada vez más cuesta arriba.
- Pedro, el celador, cada vez aumenta más el consumo de alcohol, necesita desconectar dice, y se queja de que cada vez que proponen al jefe de personal subalterno una mejora, la respuesta que reciben es no, por lo que cada vez pierde más interés por su trabajo ya que muchas veces se ve desbordado y parece no interesarle a nadie, así que cada vez intenta hacer lo menos posible.
- La TCAE, tiene una serie de problemas personales que unidos a los laborales, hacen que sea muy duro el día a día, ya que acaba de fallecer su marido y todavía está tratando de superarlo y le cuesta afrontar las difíciles situaciones que se dan en el servicio de urgencias de un hospital, a las que responde con un alto estado de nervios y enfado.

5 Discusión-Conclusión

En el ambiente sanitario, los trabajadores están sometidos a una gran presión y carga asistencial, el cúmulo de jornadas interminables, nuestra condición humana y las experiencias vividas, desembocan en situaciones estresantes que cada uno canaliza de una manera diferente. Esto puede llevar a un desgaste físico y mental que traiga consecuencias como las expuestas en este caso.

6 Bibliografía

- Alvarez Gallego y Fernández Ríos. El síndrome de Burnout o el desgaste profesional.
- Estrés laboral, agotamiento o enfermedad. Ed. J. Buen Día (ed.)
- Revista PW Magazine nº 18.
- GUIA DE BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III.Ministerio de Economía y Competitividad.
- Bernaldo M y Salvador F.G.(2007) Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencias hospitalarios.

Capítulo 444

USO DEL LENGUAJE POSITIVO EN LA RESOLUCIÓN DE SITUACIONES CONFLICTIVAS EN EL PUESTO ADMINISTRATIVO

VANESA MARTINEZ MARTINEZ

1 Introducción

La asistencia al cliente se basa en la comunicación y en la psicología a la hora de escuchar al paciente, por lo que elegir las palabras adecuadas para transmitir un mensaje determinará su reacción. Como pacientes, interpretamos un “no” como si nos dieran un portazo en las narices.

El trabajo de la atención al ciudadano requiere cambiar este concepto de negativismo en el positivismo. Para ello en la resolución de posibles situaciones conflictivas del día a día es necesario el uso de un lenguaje que sea comprensible, cercano, sencillo y positivo en la atención a la ciudadanía. Desde esta perspectiva es necesario poner en práctica una experiencia en las unidades de atención al ciudadano sobre el uso del lenguaje positivo.

2 Objetivos

- Incrementar la eficacia y la eficiencia en la resolución de situaciones complejas, mediante el uso del lenguaje positivo.
- Aumentar la satisfacción del ciudadano en la atención recibida por los profesionales de atención a la ciudadanía.

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

Analizar de las necesidades y las expectativas del ciudadano y la capacidad del profesional del reconocimiento y el valor de las mismas para una mejor resolución.

Dar la formación adecuada a los profesionales que están al frente de las unidades de atención al ciudadano y servicios administrativos con respecto al uso del lenguaje positivo en la resolución de situaciones complejas.

Las expresiones negativas deben de ser sustituidas por expresiones positivas que reflejen el deseo de solucionar un problema. Frases que sean resolutivas como “Me informaré y haré todo lo posible...” dan a entender un deseo de ayudar.

Podemos hacerles ver que somos nosotros los que no hemos sabido transmitirles bien el mensaje, utilizando expresiones como: “lo siento, creo que no me he explicado bien” o “no se preocupe, si tiene cualquier duda le vuelvo a repetir lo que usted desee”, o bien “disculpe, creo que ha habido un malentendido”.

Utilizar un lenguaje positivo puede transformar la vida de las personas, ya que ayuda a mejorar la forma de comunicarnos y relacionarnos, tanto con nosotros mismos como con los demás, e influye directamente en la forma en que podemos percibir y tener una visión del mundo que nos rodea.

5 Discusión-Conclusión

Solamente el hecho de plantear la realización de esta experiencia nos proporciona una visión más amplia del proceso de comunicación y nos enriquece a nivel personal y profesional.

Las expresiones y las palabras positivas consiguen que el paciente tenga experiencias positivas.

Hay que utilizar el lenguaje positivo, que transmita a los pacientes siempre buenas sensaciones y buenos mensajes. Es tan importante es el contenido de lo que decimos, como la forma de decirlo.

6 Bibliografía

- Revistas científicas relacionadas con el tema.
- Efesalud.
- Somos pacientes,
- La comunidad de asociación de pacientes.

Capítulo 445

EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD EN ESPAÑA. GARANTÍAS Y DIFICULTADES.

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

CLAUDIO GARCIA MURIAS

EVA POLADURA SOLARES

ANA MARIA GARCIA GARCIA

1 Introducción

Según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia sanitaria y los servicios sociales necesarios”

La Organización Mundial de la Salud considera el derecho a la salud (“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”) como un derecho humano fundamental y afirma que, «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social». Cualquier discriminación en temas sanitarios es intolerable y es un impedimento al desarrollo mundial.

Todos los países deben proteger el derecho a la salud y en España así lo recoge el artículo 43 de la Constitución:

1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud.
2. 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.
3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.

El artículo 43, se amplía y desarrolla en la Ley General de Sanidad, de 25 de abril de 1986, cuyo objeto es hacerlo efectivo y la protección de la salud también es objeto de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud, así como de la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley General de Salud pública concretando derechos y garantías en cuanto a protección a la salud se refiere.

En conclusión, la normativa española protege y garantiza el derecho a la salud y en éste capítulo se desarrollará el alcance de las mismas. Sin embargo, la salud depende de muchos factores: económicos (desempleo, pobreza...), sociales (discriminación, educación...), ambientales (cambio climático, contaminación del agua...) y, por otra parte, el derecho de protección a la salud va de la mano de otros derechos humanos tan importantes como el derecho a la no discriminación. Por éste motivo, el artículo 43 está sometido a importantes “violaciones” que los gobiernos intentan atajar para conseguir un mayor estado de bienestar.

La protección de la salud en los colectivos más vulnerables de la población, los recortes sanitarios, las consecuencias del deterioro medioambiental en salud son temas de especial preocupación en los últimos años.

2 Objetivos

- Analizar las garantías del derecho a la protección a la salud en España
- Distinguir las más importantes dificultades que sufre el derecho a la protección a la salud en nuestro país.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el derecho a la protección de la salud en España.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, leyes 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

Garantías del derecho a la protección de la salud:

El título I de la Constitución Española trata de los derechos y deberes fundamentales y en él se encuentra el derecho a la protección de la salud, artículo 43.

Existen además en nuestra Constitución más artículos que guardan relación con la salud. Destacaremos el artículo 15, que garantiza el derecho a la vida y a la integridad física y moral, el 40, que nos habla de la seguridad e higiene en el trabajo y el 49, que garantiza la atención a los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos. El artículo 50, protege la salud de la tercera edad, el 51, la salud de los consumidores y usuarios y el 45, nos da derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado. Cabe destacar, que nuestra Constitución desarrolla una organización territorial donde las Comunidades Autónomas deben asumir las competencias sanitarias reservándose al Estado la sanidad exterior, las bases y coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos.

El artículo 43 se enmarca en el capítulo III de la Constitución, “derechos sociales”, y es considerado un principio rector de la política social y económica. Esto significa que la constitución le otorga el más bajo nivel de protección. El alcance de éstos principios rectores viene dado por el artículo 53.3 que nos dice que “el reconocimiento, el respeto y la protección de los principios reconocidos en el capítulo III informarán la legislación positiva, la práctica judicial y la actuación de los poderes públicos. Solo podrán ser alegados ante la jurisdicción ordinaria de acuerdo con lo que dispongan las leyes que los desarrollan”. Esto quiere decir que el derecho a la protección a la salud no puede llevarse ante el Tribunal Constitucional si no que las normas que regulan éstos derechos deben llevarse ante Tribunales Ordinarios según establezcan esas mismas normas. No pueden por tanto acogerse al Recurso de Amparo.

¿Por qué no es considerado un derecho fundamental?? Pues, aunque existen muchas controversias sobre éste tema, la respuesta se encuentra en que para poder ejercitar el derecho se necesita un desarrollo legislativo. No hablamos de un derecho que vincula directamente al individuo, se necesitan leyes... El

apartado 2 y 3 del artículo 43 están dando competencias a los poderes públicos...

Por otra parte, la Constitución Española, en su artículo 54, nos habla de la figura del Defensor del Pueblo, como alto comisionado de las Cortes Generales para la defensa de los derechos del título I, donde se encuentra el derecho a la protección de la salud y el artículo 86.1 prohíbe la adopción de decretos- leyes que afecten a tal derecho.

Si al vulnerar el artículo 43 se violasen los derechos contemplados en los diferentes instrumentos internacionales de derechos humanos existen mecanismos internacionales de defensa y protección eso sí, una vez agotada antes la vía judicial española.

Una vez reconocido el derecho de protección a la salud en la Constitución Española, era evidente la necesidad de realizar cambios en la legislación sanitaria, cambios que llegan en 1986 con la Ley General de Sanidad cuyo objeto era hacer efectivo el artículo 43 además de transformar un sistema de Seguridad Social en un Sistema Nacional de Salud. Esta ley refuerza las garantías en materia sanitaria a través de principios clave.

Destacamos:

- Universalidad: La Ley general de Sanidad declara titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.
- Sistema orientado a la promoción de la salud y prevención de enfermedades
- Igualdad entre hombres y mujeres en las actuaciones sanitarias.
- La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.
- Financiación pública y superación de desequilibrios territoriales: Hasta ese momento el sistema era financiado por cotizaciones de trabajadores y empresarios.
- Atención integral y descentralizada: Las Comunidades Autónomas crean sus servicios de Salud dentro de la Ley General de Sanidad y de sus respectivos Estatutos de Autonomía. Se crea una descentralización de la atención sanitaria y se integran todos los recursos sanitarios en un sistema único para conseguir una atención integral, que extienda sus servicios a toda la población.
- Participación comunitaria en la política sanitaria y en el control de su ejecución.
- Se establecen derechos y deberes de los ciudadanos y de los poderes públicos.

La Ley General de Sanidad amplió las garantías del derecho a la protección de la

salud dándole una mayor cobertura legal y supuso un incremento del bienestar de la ciudadanía.

Por otra parte, mientras las Comunidades Autónomas al amparo del constitucional asumen las competencias sanitarias, las circunstancias económicas, sociales políticas y sanitarias en España van cambiando. Para dar respuesta a esto, se promulga la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud que “establece el marco legal de las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud”.

La Ley de Cohesión y Calidad pretende articular la coordinación sanitaria para garantizar el de derecho de protección a la salud en todo el territorio nacional en condiciones de equidad y establece unos ámbitos de colaboración entre el Estado y las comunidades Autónomas (prestaciones sanitarias, farmacia, profesionales, investigación, calidad, sistema de información sanitaria, actuaciones coordinadas en materia de salud pública, participación social, el Consejo Interterritorial y la Alta Inspección).

Se siguen por tanto ampliando garantías del artículo 43.

Si hablamos de protección de a la salud y normativa española debe destacarse también La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, que da un paso más frente a su antecesora la Ley de Sanidad y como su nombre indica amplía derechos de los pacientes y usuarios y se centra en la relaciones clínico-asistenciales.

La Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, centrada en la prevención, protección y promoción de la salud no es menos importante. La salud de la población depende de su entorno. Su capítulo VI está dedicado a la salud ambiental como protección de la salud y destacan los capítulos 27.1, 30.1 y 30.2.

Dificultades en el derecho de protección a la salud en los últimos años:

- Inmigración y salud: Problemas de exclusión sanitaria.

La crisis ha sido el argumento para que decisiones políticas hayan desprotegido el derecho a la salud en los últimos años. Una de las más graves, garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad fue el Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para de sus prestaciones que dejó sin tarjeta sanitaria a más de 750.000 personas, la mayoría inmigrantes

irregulares.

Con éste decreto se viola el principio de universalidad y sólo las personas que cotizan por su trabajo tienen derecho a la asistencia sanitaria. Los inmigrantes “sin papeles” se ven muy afectados ya que a partir del Real Decreto Ley 16/2012 sólo recibirán asistencia sanitaria en caso de accidente o enfermedad grave, parto y postparto en mujeres y los menores de edad. Todos éstos inmigrantes en España no se encuentran por tanto en condiciones de igualdad sanitaria. Existe discriminación.

Con el Real Decreto Ley 7/2018 sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, se pretendió recuperar la universalidad del derecho a la salud sin embargo, no termina de cumplir sus objetivos y la población más vulnerable se sigue viendo desprotegida en asistencia sanitaria.

- Recortes sanitarios:

La sanidad española ha sufrido las consecuencias de la crisis económica. Los recortes en sanidad derivados de la crisis dan lugar a dificultades en la protección a la salud en distintos ámbitos.

Por una parte, surgieron los copagos de productos y servicios y se eliminó la financiación pública de muchos medicamentos. La salud se ve desprotegida especialmente en la población sin recursos, que no puede acceder a medicamentos.

La reducción del gasto sanitario dio lugar a menos recursos y menos contratación de personal lo que deriva en problemas de accesibilidad como las listas de espera, que afectan a la calidad del sistema sanitario y por tanto salud de toda la población.

Pese a que el presupuesto sanitario en los últimos años ha aumentado, la crisis ha dejado secuelas que aún están lejos de recuperarse.

- Deterioro ambiental:

Es más que obvio que el derecho a la protección de la salud y el derecho a un medio ambiente adecuado van de la mano. La salud humana depende de su entorno.

La contaminación atmosférica, del suelo, acústica, del agua, el cambio climático que da lugar a temperaturas extremas, afectan a la salud de la población española y en especial a la población más vulnerable (niños, ancianos y personas con menos recursos).

Los últimos informes de la Agencia Europea de Medio Ambiente sobre la contam-

inación atmosférica nos indican que la calidad del aire en Europa ha mejorado en los últimos años fruto de políticas establecidas por los países para intentar atajar el problema. Sin embargo, la población de las principales ciudades europeas sigue sufriendo unos niveles de contaminación que ponen en riesgo su salud. Informes de la Organización Mundial de la Salud hablan de 399000 muertes en 2014 en la Unión Europea sólo por éste motivo.

Por otra parte, la Agencia Europea de Medio Ambiente informa de desigualdades en la repercusión del deterioro ambiental. Los países, en los que se incluye a España, donde los ingresos y el nivel educativo son más bajos están más expuestos a la contaminación y también a las temperaturas extremas consecuencia del cambio climático.

En España, la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, es un punto de partida en lo que a protección de salud y sanidad ambiental se refiere. Su artículo 30.1 nos dice que “las Administraciones públicas implementarán programas de Sanidad Ambiental, coordinados por las administraciones sanitarias, para elevar el nivel de protección de la salud ante los riesgos derivados de las condiciones ambientales”.

Así se han tomado medidas en los últimos años como el control del agua, reglamento REACH9 y CLP10 de seguridad química, sistemas de vigilancia ambiental, creación del Observatorio de salud y cambio climático, Plan de Prevención frente a altas temperaturas, etc.

Tanto en España como a nivel mundial se está tomando consciencia del problema que el deterioro ambiental supone para la salud. Pero son necesarias más políticas y mayores esfuerzos para conseguir sólo una pequeña parte de los objetivos.

5 Discusión-Conclusión

El derecho a la protección a la salud es un derecho fundamental y así es recogido tanto en los derechos humanos como en múltiples Constituciones incluida la española, que lo reconoce para posteriormente ser desarrollado en la Ley General de Sanidad. A partir de esta Ley, la normativa española protege y garantiza la salud con el fin de lograr que la población pueda alcanzar una salud plena, y lo hace no solo garantizando el derecho a la salud con asistencia sanitaria para la curación de enfermedades si no también con una mayor información y prevención de las mismas.

Pero son tantos y tan complejos los factores que afectan a la salud que conseguir un sistema sanitario sin “fallos” es prácticamente imposible.

Si lo que se pretende es conseguir una protección efectiva de la salud tan importante es centrarse en políticas que refuercen el sistema Sanitario (más recursos, más gasto sanitario, mejora de la calidad de las prestaciones...), como buscar acciones encaminadas a palear importantes problemas sociales, económicos y ambientales.

6 Bibliografía

- Constitución Española de 1978.
- Ley 14/1986 General de Sanidad.
- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente.
- Ley 33/2011 General de Salud Pública.
- <https://www.derechoshumanos.net> .
- <https://app.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis>.
- “Comprendiendo el derecho humano a la salud”. Cruz Roja Española. 2014.
- Informe sobre la exclusión sanitaria. Yo sí. Sanidad Universal. 2019.
- <https://www.elsevier.es/>

Capítulo 446

ACOSO LABORAL DEL ÁMBITO SANITARIO

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing en inglés es el hostigamiento al que, de forma sistemática y durante un periodo de tiempo prolongado se ve sometida una persona en el ámbito laboral por parte de una o varias personas de su grupo de trabajo.

Este hostigamiento se concreta en acciones conscientes, abusivas, premeditadas y continuadas tales como burlas, insultos, humillaciones, menosprecios, aislamiento, difusión de rumores y en ocasiones incluso en violencia física o sexual.

Los acosadores pueden ser compañeros de trabajo, jefes o subordinados y sus acciones están encaminadas a producir desánimo, angustia, intimidación, miedo, terror, provocar perjuicio laboral, desmotivar en el trabajo o incitar a la renuncia del mismo.

2 Objetivos

- Describir la importancia del acoso laboral o mobbing como riesgo psicosocial emergente en los centros sanitarios.
- Analizar las causas más frecuentes que lo motivan.
- Determinar sus graves consecuencias en los distintos ámbitos (personal, familiar, social, laboral y de la organización) de los trabajadores del entorno sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente publicación se ha realizado un proceso de investigación documental. A través de las fuentes documentales y la consulta de la pertinente bibliografía se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información, que aquí se expone.

Asimismo, la síntesis y aprovechamiento de los datos reportados desde la consulta de distintos recursos digitales han permitido discriminar así como incorporar las principales conclusiones de los estudios más innovadores en la materia que se trata.

4 Resultados

En la actualidad el acoso laboral o mobbing supone uno de los más graves riesgos psicosociales en el trabajo y en particular en los centros sanitarios. Las Naciones Unidas lo considera un problema de salud pública. Está tipificado por la Organización Internacional del Trabajo y es delito en el Código Penal Español.

CAUSAS:

Las causas más frecuente del acoso laboral, según se deduce de los estudios del profesor Iñaki Piñuel, son los celos profesionales y la envidia que despierta el acosado con sus competencias.

No obstante, existen múltiples causas que provocan la aparición del acoso. Algunas de ellas son:

Personales del acosador:

- Anhelo de poder.
- Mediocre profesionalmente.

- Miedo de ser desplazado o despedido por la mayor eficacia del acosado en su trabajo.
- Envidia y celos por características personales o sociales positivas del acosado.
- Perfil narcisista, envidioso, ansioso, intolerante, vengativo, agresivo, manipulador y otros rasgos negativos.

Es habitual que el acosador haya realizado otras acciones previas de acoso. Raramente se trata de un comportamiento aislado.

Personales del acosado:

- Alta capacidad cognitiva y de sentido común.
- Éxito y eficacia por ser personas con gran capacidad profesional.
- Autenticidad en el desarrollo de su trabajo buscando la autorrealización y autoconocimiento y evitando el acomodamiento.
- Inocencia ya que les resulta difícil percibir las malas intenciones ajenas.
- Diferenciación respecto al resto del grupo por raza, ideología, religión, sexo, género y/o aspecto físico.
- Fortaleza, seguridad y con gran sentido de la moralidad que les convierte en difícilmente manipulables haciendo que se nieguen a realizar actividades ilegales en la empresa, a insinuaciones sexuales por parte de compañeros o jefes y a otra serie de exigencias que provocarán la ira del acosador.

No obstante, no existe un perfil psicológico definido de víctima de acoso laboral. Cualquier persona puede convertirse en acosado al ser vista por el acosador como una figura amenazante en su entorno de trabajo.

Organizativas:

- Estrategia empresarial para motivar la renuncia al puesto de trabajo y evitar la indemnización.
- Búsqueda de un chivo expiatorio al que poder culpar cuando surgen problemas en la empresa.
- Fomento de la competitividad entre los trabajadores.
- Precariedad laboral.
- Tipo de mando autoritario.
- Inadecuada especificación de funciones o tareas.

CONSECUENCIAS:

El acoso laboral no afecta en igual medida a todas las personas que lo padecen. El impacto del mobbing será mayor o menor en función del apoyo social, habilidades y recursos de los que disponga cada víctima para afrontar la situación. En cualquier caso, por lo general, las consecuencias son demoledoras y con efectos

no sólo en el ámbito personal (psicológico y físico) de la víctima sino también en el familiar, social, laboral y de la organización.

Las consecuencias más frecuentes son:

Personales:

- Psicológicas: estrés postraumático, ansiedad, depresión que en los casos más graves pueden conducir al suicidio.
- Físicas: síntomas somáticos como cansancio y dolores musculoesqueléticos, problemas gastrointestinales, alteraciones del sueño y del apetito, trastornos del sistema nervioso.
- Otras: dificultades de concentración, pérdidas de memoria, cambios de personalidad, drogodependencias y otras adicciones.

Familiares (pareja, hijos y otros miembros de la familia):

- Efectos negativos en la relación de pareja por la aparición de estados de agresividad, irritabilidad o disminución del deseo sexual entre otras causas. En algunos casos desembocando en separación matrimonial.
- Impacto negativo en el desarrollo emocional de los hijos.
- Abandono o bajo rendimiento en los deberes o compromisos familiares.
- Falta de ilusión o interés en proyectos de familia.
- Asistencia médica y psicológica para miembros de la familia.
- Problemas económicos por pérdida de empleo, incapacidad temporal que reduzca sus ingresos, gastos en terapias psicológicas para la víctima y/o sus familiares o gastos en abogados.

Sociales:

- Mayor gasto económico en sanidad.
- Mayor gasto económico por incapacidades, bajas laborales y jubilaciones anticipadas.
- Pérdida de trabajadores en activo.
- Pérdida de competitividad del mercado.

Laborales:

- Incremento de las consultas médicas y las bajas laborales.
- Deterioro del ambiente laboral, de los canales de información y comunicación.
- Disminución de la calidad y cantidad del trabajo así como del compromiso profesional.

- Pérdida de la satisfacción, ilusión y motivación en el trabajo.
- Más probabilidad de accidentes laborales por negligencia o falta de atención.
- Fin de la relación laboral por dimisión, despido...

De la organización:

- Incremento de los costes en atención sanitaria.
- Reducción en la seguridad de los procesos asistenciales.
- Deterioro en la atención a los pacientes.
- Mayores costes en indemnizaciones para las víctimas.
- Mala imagen pública frente a la competencia, los trabajadores, los pacientes y usuarios.
- Disminución del trabajo por enfermedades, incapacidades, bajas y accidentes y mayor gasto económico en relación a las mismas.
- Incremento del gasto en formación debido a la rotación de puestos.

ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO:

No existen muchos datos en cuanto a cifras de acoso laboral en el entorno sanitario español, sin embargo, se sabe que existe de forma generalizada y que va en ascenso. Algunos motivos que explican su prevalencia frente a otros sectores son la convivencia intensa que existe con motivo de las guardias y que el trabajo se desarrolla siempre en equipo.

Algunas de las causas que provocan su aparición son los regímenes muy jerarquizados (frecuentes en entornos hospitalarios), el silencio por parte de los compañeros por miedo a represalias, asumir comportamientos inaceptables por ser erróneamente considerados como parte del sacrificio del proceso formativo, la falta de conocimiento de los canales para denunciar y la negación del problema por parte del propio profesional.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es un fenómeno creciente que supone un importante riesgo laboral por lo que merece una especial consideración. Las instituciones sanitarias deben unificar esfuerzos para combatir el problema a través de una correcta evaluación, actuación y gestión del mismo.

También, es importante dotar a los profesionales del ámbito sanitario de las habilidades y competencias oportunas para poder tratarlo. Para ello es necesario proporcionarles formación específica para abordar el problema.

El trabajador acosado debe solicitar ayuda a familiares y amigos, a expertos en el problema y a asociaciones de apoyo.

Además, animarse a denunciar y no ignorar el problema es un paso fundamental para luchar contra el acoso laboral.

No obstante, la prioridad debe ser mejorar en su prevención adoptando medidas que eviten en lo posible la aparición de conflictos. Para ello se debe organizar adecuadamente el trabajo (puestos, tareas, objetivos...), implementar un estilo democrático de dirección, fomentar el apoyo entre trabajadores y otra serie de medidas preventivas.

6 Bibliografía

www.medicosypacientes.com, www.inakipinuel.com,
www.acosopsicologico.com, www.elmobbing.com, www.psicoterapeutas.com,
www.psiconet.es, www.amyts.es

Capítulo 447

ATENCIÓN TELEFÓNICA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

1 Introducción

En la actualidad las vías por las cuales los pacientes contactan mayormente con los centros sanitarios son dos: la vía digital (a través del correo electrónico, páginas de gestión de citas...) y por medio del teléfono.

El auxiliar administrativo se encarga de atender las llamadas que se realizan en la institución donde trabaja. Asimismo, también se encarga de poner en contacto esas llamadas con el personal adecuado del centro.

La atención telefónica al paciente es tan relevante como el trato en la consulta y la comunicación online, son diferentes herramientas con las cuales contamos para un objetivo común: lograr la mayor eficacia en la atención al usuario.

2 Objetivos

Una correcta atención telefónica al paciente ayudará a transmitir lo que queremos que los pacientes perciban: cercanía, confianza y profesionalidad. Para conseguir una buena impresión al teléfono es imprescindible dominar una serie de estrategias a nivel verbal y no verbal, como son: la recepción de la llamada, la sonrisa, el silencio, la voz.

Debemos recepcionar la llamada lo antes posible, ya que la actitud del paciente puede verse condicionada por la espera previa. Además, también es fundamental un saludo cordial y amable.

La sonrisa, transmitirá una actitud positiva.

El silencio, hace que el paciente nos pueda aportar información útil.

La voz, un tono cálido, seguro.

3 Metodología

Consulta y análisis de diversas fuentes bibliográficas y webgrafía que abordan las características que ha de tener una atención telefónica del auxiliar administrativo de calidad, consiguiendo así la obtención de unos conocimientos necesarios para el aprendizaje, entendimiento y posterior desarrollo de esta parte concreta del trabajo de un auxiliar administrativo.

4 Resultados

Debemos asegurar que cuando un paciente llama se sienta cómodo y convencido de que en el centro se le atenderá correcta y adecuadamente.

Hemos de practicar la escucha activa. Esto implica que la persona que atiende al teléfono debe dejar hablar al paciente, sin interrumpirle, pero debe dar señales de que lo está escuchando y entendiendo lo que este le está diciendo. Esto se consigue de diferentes maneras, entre ellas, se puede ir repitiendo de vez en cuando lo que el paciente está diciendo, o podemos introducir palabras o expresiones como: “de acuerdo”, “entiendo”, etc. Hemos también de asegurarnos que el paciente ha entendido lo que nosotros le hemos explicado; usando un lenguaje apropiado y comprensible y un tono de voz adecuado.

Es básico que la persona encargada de la atención telefónica tenga conocimiento

de todo lo relativo al centro, derivaciones, servicios y unidades del mismo; así como estar en disposición de las herramientas necesarias para solucionar los problemas que se le puedan presentar al paciente en su llamada.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de abordar la mejora en la atención telefónica al paciente, jamás se debe perder la perspectiva de que se tratan asuntos de salud.

Si la sonrisa, el tono y los silencios son claves para dar buenas sensaciones y generar confianza, luego está el contenido de esa conversación telefónica. Al fin y al cabo nuestra atención al paciente también debe ser útil, o sea, que deberíamos tener claro cuál es el problema que hay que atender, darle la prioridad y el tiempo de consulta que necesite.

6 Bibliografía

<https://aesinergy.es> <https://es.slideshare.net> <https://www.deustosalud.com>
<http://administrativosanitario.blogspot.com/>

Capítulo 448

COMUNICACIÓN LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

1 Introducción

Un buen ambiente laboral empieza por una comunicación eficaz.

Una buena comunicación es decisiva no solo para la eficacia de los procesos laborales y para la productividad de los empleados sino también para el ambiente de trabajo y la motivación del personal.

El ámbito sanitario se caracteriza por su complejidad, por ello a veces la comunicación entre el personal, así como con los pacientes no es precisamente eficiente. Ni en uno ni en otro sentido. Los fallos de comunicación generan malentendidos y estrés tanto en los trabajadores como en los pacientes.

2 Objetivos

“La comunicación es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información”. Quiere decir por tanto, que la

función de la comunicación no es únicamente traspasar el mensaje sino cumplir el objetivo comunicativo que éste conlleva .

La comunicación interna la vemos en todas las empresas, ya sea de modo formal o informal. Por ello, una correcta comunicación interna es imprescindible para el buen desarrollo de las tareas diarias, y que permite facilitar a los trabajadores toda la información que necesitan para un buen desempeño en su trabajo y crear, de esta forma, un clima laboral adecuado.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica y de webgrafía de diversas fuentes con el objetivo de recopilar y sintetizar las características que ha de tener una adecuada comunicación laboral dentro del entramado de una empresa o organización pública.

4 Resultados

Diferenciamos dos tipos de comunicación dentro del entorno laboral:

-Interna: de la empresa con su personal.

-Externa: de la empresa hacia fuera, pacientes y usuarios en este caso.

Los elementos son:

Emisor: emitir mensajes para el beneficio de la empresa.

Código: debe hacer comprensible el mensaje.

Mensaje: contenido y objetivo de lo que se quiere transmitir .

Receptor: el mensaje puede ir dirigido a una persona en concreto o a un grupo.

Canales: tiene que asegurar que la comunicación sea eficaz, hay multitud de ellos, boletines, posters, circulares, cartas, audiovisuales pedagógico, manuales internos para trabajadores, correos electrónicos, etc.

La información, a su vez, puede ser, ascendente, descendente u horizontal; y ,formal, dirigida por la empresa, o informal , que emane directamente de los trabajadores.

En el entorno sanitario, los trabajadores tienen que comunicarse dentro de un contexto, en ocasiones difícil ,con otros compañeros, superiores o pacientes; es básico para ello desarrollar las habilidades comunicativas.

La comunicación debe ser comprensible, clara para llegar a ser eficaz y cumplir su objetivo.

Junto a la comunicación verbal hemos de prestar atención a la comunicación no verbal, para conseguir un resultado óptimo, ambos mensajes deben coincidir.

La comunicación interna se ve ya como una herramienta de gestión en los hospitales. Gracias a las nuevas tecnologías, los hospitales han buscado nuevas estrategias de comunicación. Se pretende al mismo tiempo mejorar la comunicación externa y la interna, comprobando sus ventajas como una herramienta que mejora el entorno laboral y favorece el trabajo diario.

5 Discusión-Conclusión

Hace falta más formación especializada en comunicación.

En el ámbito sanitario la comunicación se da entre los profesionales, pacientes, estudiantes, empresas, etc. Se necesita por tanto un plan de estrategia de la comunicación que asegure la efectividad de la misma, ya sea mediante reuniones, circulares, puntos de información, folletos, páginas web...

Uno de los problemas más frecuentes es la “pérdida de la información”, por ello debemos asegurarnos en la medida de lo posible, de que el mensaje llega al receptor de manera eficaz.

Debemos conocer y prevenir las barreras que impiden una comunicación efectiva y que tienden a distorsionar el mensaje transmitido.

El problema más común de toda organización es la mala o falta de comunicación. La comunicación es fundamental en las empresas ya que mediante ella la empresa es eficiente y eficaz cumpliendo rápidamente con las necesidades de los clientes y también se facilita los procesos dentro de la organización.

6 Bibliografía

- E-espacio uned.
- Cca.org.
- Ionos.es administrativosanitario.blogspot.com/.

Capítulo 449

PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

1 Introducción

La Ley 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales atañe de manera especial al ámbito sanitario; se aborda el consentimiento para el tratamiento de los datos por parte de los usuarios, el acceso a la historia clínica, la confidencialidad que se les debe, la cesión de datos, el registro y archivo de los mismos, etc; todo ello con el objetivo de proteger los datos personales de las personas físicas, incluyendo medidas de seguridad para el tratamiento y la utilización de estos.

2 Objetivos

Asegurar el anonimato del usuario y al mismo tiempo garantizar el acceso a la historia clínica en supuestos de investigación de un riesgo o peligro grave para la salud.

En el contexto del sector sanitario, desde los sistemas organizativos de hospitales y farmacias hasta la investigación científica requiere del uso de datos sensibles de pacientes para llevar a cabo su labor.

Todos los empleados del ámbito sanitario así como los usuarios autorizados, que tengan acceso al sistema de información y ficheros, informáticos o en papel, con datos de carácter personal, han de conocer sus funciones y obligaciones con respecto al Sistema de Seguridad de protección de datos. Esto cubre el acceso para el uso de ordenadores, redes de ordenadores, programas de software, archivos de ordenador, email y fichero no automatizados (en papel).

3 Metodología

Consulta y análisis de diferentes fuentes y bases bibliográficas, jurídicas y normativas para sintetizar y hacer una breve explicación de la problemática actual que presenta el manejo de los datos personales de los usuarios en el Sistema de Salud.

4 Resultados

Debemos confirmar la exactitud y actualización de los datos recogidos. Asimismo dar cobertura a los derechos de los usuarios en materia de protección de datos y de su derecho fundamental a la intimidad y confidencialidad.

Se define la obligación de confidencialidad tanto para el responsable del tratamiento de los datos, como para todo aquel que tenga acceso a ellos.

Es necesario establecer protocolos de seguridad por parte de los Centros Sanitarios para asegurar el cumplimiento de la normativa por parte de sus trabajadores.

Todo paciente tiene derecho a que quede constancia en su historia clínica de la información sobre sus procesos asistenciales, la historia clínica engloba todos los procesos asistenciales sanitarios en la vida del paciente; será el centro el responsable de su gestión y custodia.

El RGPD, los considera Datos Especialmente Protegidos, por lo que se deben guardar una serie de condiciones adicionales para su utilización.

El consentimiento para su uso ha de ser por escrito, salvo casos excepcionales de urgencia vital o salud pública.

Es obligatorio el secreto profesional por parte del personal que acceda a dichos datos.

Los familiares podrán conocerlos, salvo que haya oposición expresa por el paciente.

Se introduce la figura del Delegado de Protección de Datos para asegurar el cumplimiento de la normativa vigente.

Los usuarios podrán hacer uso de sus derecho de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación y portabilidad de su historia clínica.

Al recibir el alta, los datos han de ser conservados durante un período de 5 años por el Centro Sanitario, que será responsable de su custodia y garantizará su confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

La multitud de puntos de entrada de pacientes en el ámbito sanitario (Admisión , Urgencias, Consultas, Servicios especiales) supone un problema por la dificultad de controlar el cumplimiento de la normativa de Protección de Datos, pueden surgir fallos de seguridad debido a errores internos, por ello hay que aumentar la formación del personal.

La implantación de las nuevas tecnología de la información dificulta también el garantizar la confidencialidad de los datos de los usuarios; por ello se debe reforzar la concienciación a nivel social y laboral en este tema, así como contar con apoyos como el Delegado de Protección de Datos y sanciones debidas en caso de incumplimiento que aseguren la protección de los derechos de los pacientes y usuarios del Sistema Nacional de Salud.

6 Bibliografía

- Isanidad.com
- Ayudaleyprotección dedatos.com
- Consalud.es <http://administrativosanitario.blogspot.com/>

Capítulo 450

RIESGOS POR USO DE PANTALLAS DE VISUALIZACION DE DATOS

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

Con motivo de la rápida difusión de las nuevas tecnologías, el uso de equipos informáticos se ha generalizado en todos los ámbitos del trabajo. Éstos ayudan al trabajador a realizar sus tareas con mayor rapidez, eficacia y calidad. Sin embargo, debido a su uso continuado se produce la aparición de un nuevo riesgo laboral vinculado al uso de pantallas de visualización de datos.

El 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, determina que un trabajador usuario de pantallas de visualización de datos (PVD's) es: "Aquel que de forma habitual y durante una parte considerable de su trabajo normal utilice un equipo con pantalla de visualización".

2 Objetivos

- Identificar los factores de riesgo existentes en el uso de pantallas de visualización de datos.
- Analizar sus efectos negativos sobre la salud de los trabajadores usuarios de las mismas.
- Determinar las medidas de prevención y protección adecuadas.

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente publicación se ha realizado un proceso de investigación documental. A través de las fuentes documentales y la consulta de la pertinente bibliografía se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información, que aquí se expone. Asimismo, la síntesis y aprovechamiento de los datos reportados desde la consulta de distintos recursos digitales han permitido discriminar así como incorporar las principales conclusiones de los estudios más innovadores en la materia que se trata.

4 Resultados

Los riesgos que ocasiona el trabajo con pantallas de visualización de datos son elevados y vienen derivados fundamentalmente por los siguientes factores:

- Un defectuoso diseño del puesto de trabajo y/o de los elementos del equipo informático.
- Un incorrecto uso del equipo informático por parte del trabajador.
- Un entorno de trabajo inadecuado (iluminación, ruido, temperatura...).
- Una incorrecta organización del trabajo (tiempo, formación, información...).
- Unas condiciones personales desfavorables (problemas visuales, vicios posturales...).

Sus efectos negativos sobre la salud de los trabajadores los podemos concretar principalmente en los siguientes daños:

- Fatiga visual: pesadez, presión e hinchazón en párpados y ojos. Sequedad, lagrimeo, picor, escozor y enrojecimiento en los ojos. También se pueden producir trastornos visuales tales como visión borrosa transitoria y pérdida de nitidez. Estos síntomas desaparecen tras un periodo breve de descanso.

- Fatiga física o muscular: trastornos musculoesqueléticos en diferentes zonas (manos, brazos, piernas, cuello, espalda...) y estructuras del cuerpo (músculos, ligamentos, articulaciones...). Estos trastornos pueden agravarse derivando en patologías como hernia discal, artritis, artrosis, tendinitis o síndrome del túnel carpiano entre otras. Por lo general se asocian con posturas estáticas incorrectas y prolongadas en el asiento y con movimientos repetitivos en el uso del ratón y teclado.
- Fatiga psíquica o mental: puede aparecer cuando la cantidad de esfuerzo mental que requiere realizar una tarea se prolonga en el tiempo y excede la capacidad de respuesta del trabajador. Este tipo de fatiga puede provocar síntomas somáticos (cefaleas, mareos, palpitaciones...), psíquicos (ansiedad, irritabilidad, estrés...) y trastornos del sueño (pesadillas, insomnio...)

Para evitar o minimizar en la medida de lo posible los daños sobre la salud descritos se deben adoptar una serie de medidas preventivas.

En relación a la pantalla y la luz:

- La pantalla deberá estar situada en frente del trabajador y como mínimo a 40 cm de sus ojos para evitar la fatiga visual.
- La pantalla no debe colocarse por encima del nivel de la vista para evitar flexionar el cuello al mirar hacia arriba.
- Se deben evitar los reflejos en la pantalla inclinándola y evitando el deslumbramiento de lámparas de sobremesa o de techo.
- Se debe mantener la pantalla libre de polvo.
- El equipo informático debe colocarse en un lateral de la habitación y nunca delante de una ventana o de espaldas a ella. Con ello se evita que los ojos deban acomodarse a la cantidad de luz que entra por la ventana cada vez que se quite la vista de la pantalla o que se refleje luz en la misma si se está de espaldas a la ventana.
- El nivel de iluminación recomendado es de 300 a 1.000 Lux en función del tipo de puesto de trabajo.
- La imagen de la pantalla debe ser estable, libre de parpadeos, sin destellos ni centelleos.

En relación al teclado y el mobiliario:

- La mesa y el teclado deben estar situados a una altura de 60-75 cm respecto al suelo.

- La mesa de trabajo debe tener espacio suficiente para apoyar los antebrazos.
- Mantener la columna en posición recta y colocar los antebrazos en un ángulo de 90 grados respecto a la mesa.
- La superficie de la mesa de trabajo y del teclado debe ser mate con el objeto de evitar reflejos.
- El ratón se colocará sobre un reposamuñecas.
- Usar un portadocumentos o atril para colocar los documentos impresos con los que vayamos a trabajar. Se situará a una altura y distancia similares a las de la pantalla para reducir los esfuerzos de acomodación de la vista y los giros del cuello.
- La silla de trabajo debe ir provista de 5 apoyos con ruedas, ser ajustable en altura y el respaldo regulable en altura e inclinación.
- Utilizar reposapiés.

En relación a las condiciones del lugar de trabajo:

- Acondicionar y dotar de espacio suficiente al puesto de trabajo para facilitar la movilidad y los cambios de postura del trabajador.
- Garantizar la iluminación adecuada tanto natural como artificial siendo preferible la primera.
- Mantener las adecuadas condiciones de temperatura y humedad en función del puesto de trabajo y de la estación.
- Minimizar los ruidos molestos.

En relación a la organización del trabajo:

- Establecer un régimen de pausas cortas y frecuentes y de cambio de actividad que reduzcan la carga de trabajo en pantalla.
- Realizar reconocimientos médicos periódicos para vigilar la salud de los trabajadores.
- Proporcionar formación e información específica en relación al uso de pantallas de visualización de datos.

5 Discusión-Conclusión

Los riesgos existentes por el uso de pantallas de visualización de datos son elevados y producen efectos negativos en la salud de los trabajadores considerado usuario de las mismas. Por este motivo el uso de estas pantallas en el puesto de trabajo requiere una especial atención.

Es fundamental identificar los diferentes factores de riesgo presentes en aquellos puestos de trabajo en los que se utilizan pantallas de visualización de datos. A continuación se deberá evaluar dichos riesgos y adoptar las medidas oportunas para evitar o minimizar en la medida de lo posible la aparición de daños en la salud de los trabajadores.

Mediante un correcto diseño del puesto de trabajo, una adecuada formación en información a los trabajadores y una buena organización del trabajo se pueden evitar los efectos negativos indeseables en la salud de dichos trabajadores.

6 Bibliografía

- García González, B. J., Tena Cornelles, D., De Fez Solaz, M.C. (2019). Formación y orientación laboral. Unidad 3 Factores de riesgo y su prevención. Alboraya (Valencia): Edición de TuLibroFP S.L.U., www.boe.es (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), www.mscbs.gob.es, www.maz.es, www.fauca.org, www.uned.es

Capítulo 451

LA CARGA MENTAL DE TRABAJO EN EL ENTORNO SANITARIO

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

1 Introducción

En cualquier trabajo nos encontramos siempre tanto con exigencias físicas como mentales. Podemos hablar de carga física de trabajo relacionada con el esfuerzo muscular y carga mental de trabajo relacionada con el esfuerzo mental.

La carga mental en el trabajo es la relación entre las exigencias del trabajo y los recursos mentales de cada trabajador para enfrentarse a dichas exigencias. Se trata de un riesgo psicosocial relacionado con una inadecuada concepción, organización y gestión del trabajo y que puede generar efectos negativos para la salud de los trabajadores y su rendimiento laboral.

En la actualidad debido a los avances tecnológicos y a la evolución del trabajo se ha producido una disminución de la carga física frente a un aumento de la carga mental.

2 Objetivos

- Determinar la importancia de la carga mental como riesgo psicosocial en el trabajo.
- Identificar los factores que determinan su aparición.
- Analizar su impacto negativo en el rendimiento y en la salud de los trabajadores.

3 Metodología

Para llevar a cabo la presente publicación se ha realizado un proceso de investigación documental. A través de las fuentes documentales y la consulta de la pertinente bibliografía, se ha procedido a una recopilación sistematizada de los datos necesarios para el análisis de la información que aquí se expone.

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.

Asimismo, la síntesis y aprovechamiento de los datos reportados desde la consulta de distintos recursos digitales han permitido discriminar así como incorporar las principales conclusiones de los estudios más innovadores en la materia que se trata.

4 Resultados

La carga mental que supone la realización de un determinado trabajo va a depender de las exigencias que plantean dicho trabajo y la capacidad de respuesta que tiene el trabajador.

Factores determinantes de la carga de trabajo:

- Exigencias del trabajo: son las exigencias de la tarea que dependen básicamente de la información que el trabajador utiliza en su puesto de trabajo. El cerebro debe procesar la información (detectarla, interpretarla y decidir una respuesta adecuada). También guarda relación con el Tiempo que afecta a la carga mental en dos aspectos: el tiempo disponible para preparar la respuesta y el tiempo en que debe permanecer la atención.
- Condiciones ambientales: la iluminación, la temperatura, el ruido, las vibraciones, los olores que afectan al bienestar del trabajador, provocan distracciones y dificultan la concentración.

- Aspectos psico-sociales y organizativos: la organización del tiempo de trabajo, el ritmo del trabajo, la duración de la jornada, el número, duración y distribución de pausas, redes de comunicación e información y estilo de mando entre otros.
- Diseño del puesto: el espacio físico de trabajo, la disposición del mobiliario y el grado de comodidad. Formas y soportes de presentación de la información (legibilidad de documentos, definición de pantallas...). Dificultad del programa informático.

Capacidad de respuesta del trabajador

- Factores personales: la capacidad de respuesta es limitada, varía de unas personas a otras y también para una misma persona en distintos momentos. Influyen factores tales como la edad, el estado de salud, el grado de fatiga, el nivel y el tipo de inteligencia, el nivel de aprendizaje, la experiencia y la actitud hacia la tarea entre otros.
- Condiciones extralaborales: además también condicionan la capacidad de respuesta en un momento determinado los problemas familiares y tensiones entre otros.

Consecuencias de la carga mental:

La Fatiga Mental es la principal consecuencia negativa de la carga mental. Puede aparecer cuando la cantidad de esfuerzo mental o intelectual que requiere la realización de una tarea se prolonga en el tiempo y excede la capacidad de respuesta del trabajador. La fatiga mental implica la aparición de disfunciones físicas y psíquicas junto con una sensación subjetiva de fatiga que se traducen en una disminución del rendimiento. Podemos hablar de dos tipos de fatiga: la normal o fisiológica y la crónica.

La fatiga normal se da cuando el descanso adecuado permite recuperarnos de ella. Sin embargo, la fatiga crónica aparece cuando los descansos resultan insuficientes para recuperarse. En la fatiga normal disminuye la actividad debido a una menor atención, menor motivación y pensamiento más lento. En la fatiga crónica los síntomas no sólo se sienten durante o después del trabajo sino que permanecen en el tiempo. Tales síntomas son de inestabilidad emocional (ansiedad, depresión...), alteraciones del sueño o alteraciones psicósomáticas (digestivas, cardíacas...).

Factores de carga mental en el entorno sanitario:

La recuperación del trabajador se produce después del descanso nocturno o durante el tiempo de ocio. Para ello es necesario respetar un orden entre los tiempos de actividad y descanso. En el trabajo del entorno sanitario este orden puede

verse afectado por el trabajo a turnos, el trabajo nocturno y los excesos de jornada.

En la organización del trabajo en el sector sanitario se hace necesario desarrollar el trabajo mediante turnos (mañana, tarde y noche), para poder proporcionar una amplia cobertura, una adecuada asistencia y un servicio público sanitario a la sociedad.

El problema reside en que el ser humano está sujeto a ritmos biológicos que influyen en el funcionamiento de su organismo. Los ritmos circadianos son los responsables de regular los estados de sueño y vigilia. Trabajar a turnos requiere mantener al organismo activo en momentos en que necesita descansar y a la inversa. Además, el trabajo a turnos altera la vida social y familiar de los trabajadores. De esta manera se produce un triple desajuste entre los tiempos de trabajo, biológico y social.

En el entorno sanitario el trato con los pacientes, los usuarios y sus familiares supone un trabajo de atención al público, en el que a menudo se reciben agresiones verbales y en ocasiones se llega a agresiones físicas.

También algunos factores de la organización en entornos sanitarios que inciden en la aparición de la carga mental son en ocasiones una deficiente comunicación entre los departamentos, los turnos y los distintos profesionales, la ambigüedad de roles, la interferencia con otras tareas y la excesiva carga de trabajo en la jornada laboral debido a la falta de personal.

5 Discusión-Conclusión

La carga mental con su consiguiente fatiga aparecerá en los trabajadores cuando no se den unas condiciones laborales óptimas.

Sin embargo, y a pesar de la importancia de que existan unas condiciones laborales favorables, como hemos visto en la organización sanitaria no siempre se dan debido a las características peculiares del sector (turnicidad, nocturnidad, sobrecarga de trabajo, trato con pacientes, usuarios y familiares, etc.).

Debido a esto la carga mental del trabajo se convierte en un grave riesgo psicosocial de los trabajadores del entorno sanitario al cual se le debe prestar especial atención. Para prevenir la carga mental se deben mejorar las condiciones del trabajo: el contenido del trabajo debe presentar unas exigencias razonables y ser variado, la organización del trabajo debe permitir al trabajador tomar decisiones

e intervenir, el trabajo debe ofrecer la posibilidad de aprender y alcanzar un futuro deseable, las condiciones ambientales deben ser confortables y se debe desarrollar en un entorno de relaciones sociales en el que los trabajadores se sientan apoyados y reconocidos.

Además, se debe mejorar la capacidad de respuesta del trabajador dotándole de más formación, más habilidades y mejores estrategias de trabajo.

6 Bibliografía

- www.observatoriodelaaccesibilidad.es.
- www.prevencionintegral.com.
- www.insst.es.
- www.sanidad.ccoo.es.
- www.ucm.es

Capítulo 452

FUNCIONES DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA.

CARMEN VERÓNICA HERRANZ PELÁEZ

PATRICIA ISABEL PIRES PELÁEZ

DIANA HERNÁNDEZ MONTERO

1 Introducción

Con la ley General de Sanidad se produjo la plena equiparación del enfermo mental con los demás pacientes y usuarios que requieren servicios sanitarios y sociales, sobre la base de la plena integración de las actuaciones relativas a la Salud Mental en el sistema sanitario general. (art.20 LGS)

Como consecuencia , en el ámbito de la Salud Mental, las Administraciones Sanitarias competentes adecuarán su actuación a los siguientes objetivos:

- La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y a los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización
- .-Se consideran de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría.
- La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

- Se desarrollan los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
- Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.

2 Objetivos

- Conocer la clasificación de las unidades de Psiquiatría.
- Describir las funciones del celador en la unidad de psiquiatría.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el celador en las unidades de psiquiatría.

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

Clasificación de las unidades de psiquiatría:

- Unidades de hospitalización:
 - Unidades de Salud Mental del hospital General: plantas asistenciales de los Hospitales Generales es donde ingresan los pacientes psiquiátricos que precisan asistencia en régimen de internamiento.
 - Comunidad terapéutica.

Unidades de hospitalización parcial:

- Hospital de día: se trata de un lugar terapéutico activo, de un hospital sin camas, donde los enfermos mentales reciben una amplia oferta terapéutica durante varias horas al día, reintegrándose después a su medio comunitario de origen.
- Centro de día: de estructura similar al hospital de día, pero con un contenido más rehabilitador y socializador.

- Hospital de noche: es un espacio de hospitalización vespertina y nocturna para enfermos laboral y socialmente activos que, transitoriamente, tienen dificultades para permanecer en su domicilio en razón a peculiaridades psicosociológicas.

Unidades no hospitalarias:

- Unidades de rehabilitación: similar al centro de día.
- Unidad de Salud Mental Infantil.
- Unidad de docencia y Psicoterapia.
- Dispositivos de protección comunitaria.

En la unidad de psiquiatría el celador realiza las siguientes funciones:

- Cuida del entorno ambiental de los pacientes.
- Ayuda al aseo personal de los pacientes que lo precisen.
- Vigila a los pacientes que no quieran asearse para que lo hagan.
- Controla el acceso y la circulación de las personas por la unidad.
- Recoge medicación y otros productos de farmacia.
- Acompaña a los pacientes y el resto de personal sanitario a pasear por las zonas ajardinadas del centro sanitario.
- Vigila a los pacientes en sus paseos o cuando salen al exterior en recintos acotados.
- Vigila el orden y la armonía entre pacientes.
- Ayuda al personal sanitario en la administración de inyectables y tratamiento de pacientes incapaces, que se niegan a colaborar.
- Colabora con otros profesionales de la unidad en la reducción de pacientes agitados. Por ejemplo, sujetando a los pacientes alterados a los que hay que aplicar sujeción mecánica.
- Vigila la puerta de acceso a la unidad. Control de entrada y salida.
- Controla el suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido en su tratamiento.
- Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro que sea preciso.
- Recoge pedidos de los almacenes.
- Realiza funciones de traslado de documentación y objetos.

5 Discusión-Conclusión

La Orden 15 de Julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, regula las funciones propias del celador.

El Celador suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares al llegar a la Institución, éste aspecto es muy importante, ya que de la forma en que se establezca este contacto se puede originar una buena o mala impresión de los mismos. Es por lo tanto muy importante conocer las funciones del celador en cada ámbito y como no, es este ámbito tan importante como es la Psiquiatría.

6 Bibliografía

- Bobes García J, Casas Brugué M (coord.). Manejo clínico del paciente con patología dual. Valencia: Ed. Socidrogalcohol. 2009.
- Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J. Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias. Madrid: Ed. Médica Panamericana. 2002.
- San Molina L (coord.). Consenso de la SEP sobre patología dual. Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. 2004.

Capítulo 453

EL “BURNOUT” EN EL PERSONAL NO SANITARIO DE ASTURIAS EN EL SIGLO XXI

ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ

DANIEL LÓPEZ CARRASCO

VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS

1 Introducción

Habría que remontarse hasta 1969 para vislumbrar la primera referencia del “burnout”, en una metáfora realizada por H.B. Bradley de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término de “staff burnout”.

No obstante el término “burnout” o síndrome de desgaste profesional, fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, proponiendo un problema netamente organizacional. Lo atribuía a sentimientos de agotamiento y frustración combinado con el cansancio que se generaba por una sobrecarga o adicción al trabajo, siendo el primero en asociarlo a un desequilibrio productivo.

Dos años después la psicóloga social Christina Maslach presenta ante un congreso de la Asociación Estadounidense de Psicología definiéndolo como un síndrome tridimensional que consideraba como dimensiones de análisis a los siguientes constructos: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización

personal, y que ocurriría entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes.

Posteriormente, en el año de 1980, Freudenberger publica su libro titulado *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*, ampliando su teoría y conceptualización, agregando así que estos sentimientos se deben a cargas irracionales de trabajo que ellos mismos o quienes los rodean les imponen.

Ese texto ha sido un referente de estudio hasta día de hoy, siendo infinidad los autores que se han sumado al estudio del “burnout”, añadiendo parámetros que consideraban clave para el estudio de esta enfermedad, focalizándose en los puntos más relevantes o identificativos para poder detectarla, llevando esto a poder plantear unas medidas preventivas y métodos para enfrentarla.

2 Objetivos

- Determinar el tipo de persona propensa a desarrollar este síndrome y sus factores diferenciales en el área sanitaria Asturiana en el siglo XXI.
- Extraer los posibles factores detonantes de esta patología.
- Definir los síntomas que lo identifican.
- Plantear las pautas para prevenirlo.

3 Metodología

Realización de rastreo sistemático en las bases de datos académicas: Scielo, Dialnet, Medline y Pubmed. Se ha hecho uso de las palabras clave: burnout, estrés, patología, psicológicas, físicas, prevención, siglo XXI, siglo XX, mujeres, hombres, síndrome de desgaste profesional, Asturias, personal no sanitario.

4 Resultados

Por lo general, el trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización) y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación.

Cualquier personal no sanitario en su trabajo dentro del SESPA puede desarrollar esta condición, aunque las personas conformistas, inseguras, dependientes, con dificultades para manejar situaciones conflictivas o que han elegido su profesión de manera vocacional son más propensas a manifestarlo.

Se puede producir por las siguientes causas:

- Expectativas incumplidas, niveles altos de estrés, excesiva carga de trabajo, malas relaciones en el trabajo con compañeros o usuarios, inseguridad para realizar sus tareas por falta de formación.
- El agotamiento emocional, cansancio físico y psicológico, impaciencia e irritabilidad, aislamiento, actitud fría y falta de compromiso para con su trabajo.

Las medidas principales para prevenir el burnout se pueden encuadrar en tres niveles distintos de actuación:

A nivel organizativo:

- Identificando y evaluando riesgos, estableciendo programas de trabajo que igualen los objetivos de la organización y el individuo.
- Entablar feedback, trabajo en equipo y aumentar grado de autonomía.

A nivel interpersonal:

- Formar vínculos sociales fuertes entre trabajadores favoreciendo el trabajo en equipo.

A nivel individual :

- Diversificar y rotar tareas, realizar programas de reciclaje y formación continua, entrenar el manejo del estrés, entrenar para la identificación y resolución de problemas, la ansiedad y la distancia emocional con el paciente, ajustar la mente para ajustar el individuo al puesto de trabajo.

Además, la dirección de cada centro puede utilizar ciertas técnicas para promover un mayor control del trabajador y protegerlo:

- Las técnicas para alterar los procesos cognitivos de auto-evaluación de los profesionales sirven principalmente para dar un enfoque diferente a una situación problemática para que deje de serlo.
- Guiar al trabajador para su auto-regulación y control sobre gestión del tiempo, delegación, asertividad, solución de problemas y para neutralizar o eliminar las consecuencias del "burnout" y así mantenerlo motivado en su puesto de trabajo.
- Formarle sobre posibles técnicas de relajación, para aumentar su capacidad de enfrentamiento al síndrome.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de "burnout" se incluye así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome.

Dado que es una enfermedad que va aumentando de manera progresiva con el tiempo, pudiendo derivar en situaciones de abuso de psicofármacos, alcohol, drogas o incluso llegar al suicidio, la identificación temprana y las medidas para su prevención son aspectos fundamentales en el tratamiento del "burnout" reconocida ya por la OMS que entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

Una vez hecha la revisión sistemática en el citado periodo temporal y ámbito geográfico no se han encontrado suficientes datos estadísticos durante el siglo XXI en la zona de Asturias capaz identificar un patrón que nos ayude a concluir la evolución del "burnout" en el personal no sanitario. La mayoría de los trabajos encontrados han sido de personal sanitario (personal médico y personal de enfermería), aunque si se hiciese una extrapolación de los datos y tendencias estatales en diferentes colectivos se podría identificar un aumento progresivo desde principios de siglo hasta nuestros días.

6 Bibliografía

- Curso de formación sobre Prevención de riesgos laborales para personal no sanitario - Universidad de Nebrija.
- Quemados: El síndrome del burnout: qué es y cómo superarlo - Marisa Bosqued - ISBN: 9788449321474.
- <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconoce-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado>.
- Olivar, C. C., González, S. M., & Martínez, M. S. (1999). The factors related to job satisfaction and professional burnout in the primary care physicians of Asturias. *Atención primaria*, 24(6), 352-359.
- Martínez Delgado, A. (2012). Síndrome de "burnout" en profesionales de enfermería del Servicio de Urgencias Generales del área IV del Principado de Asturias.
- Olivar C, González S, Martínez MM: Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999; 24: 352-9.
- Fernández, L. M. L., de la Fuente, G. A. C., Martín, M., Pedrosa, I., de la Fuente, G. C., Álvarez, J. S., ... & Sánchez, B. P. (2008). Descripción de los niveles de Burnout

en diferentes colectivos profesionales. *Aula abierta*, 36(1), 79-88.

- Martín, M. C., Fernández, F. B., Gómez, R. N., & Martínez, F. C. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención primaria*, 27(5), 313-317.

Capítulo 454

LA IMPORTANCIA POSTURAL DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DEL SESP

ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ

VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS

DANIEL LÓPEZ CARRASCO

1 Introducción

La prevención de riesgos laborales es una de las materias más importantes para todas las empresas ya sean de ámbito público o privado. Se dedican infinidad de recursos en tiempo y dinero en intentar identificar los posibles problemas que puedan surgir en cada uno de sus ámbitos para así solventarlos o en su caso minimizarlos en la medida de lo posible.

El personal auxiliar administrativo del SESP desarrolla multitud de funciones, la mayoría de ellas las realiza en sedestación, por lo tanto el mantenimiento de una correcta higiene postural en el puesto de trabajo es algo muy importante para prevenir y evitar el rápido avance de numerosas patologías músculo esqueléticas, como pueden ser lumbalgias, hernias discales, escoliosis, lordosis, cifosis, cervicalgias, contracturas musculares o ciática.

Estos trastornos músculo esqueléticos, que sufre en algún momento de su vida laboral al menos un 65 por ciento de los trabajadores, tienen su mayor incidencia en la región dorsal baja, con un 40 por ciento del total de lesiones. Tras ella

se sitúan el cuello y los hombros (37%), los miembros inferiores (32%), la región dorsal alta (27%) y los miembros superiores (20%). Estudios reflejan que a pesar de que un número importante de empleados de oficina empiezan su jornada laboral con una correcta postura en su puesto de trabajo, a las dos horas, la gran mayoría ha adoptado una postura incorrecta.

2 Objetivos

- Describir de los riesgos relacionados con una mala postura durante el trabajo en los puestos que impliquen sedestación del personal auxiliar administrativo del SESPA.
- Plantear las pautas para minimizar las alteraciones de salud que ellos suponen.

3 Metodología

Búsqueda en (BOE) y en manuales formativos de referencia tales como el de la universidad de Nebrija. Se ha realizado un rastreo sistemático en las bases de datos académicas: Scielo, dialnet, Pubmed y Medline.

4 Resultados

Los riesgos para la salud más destacables son:

- Carga postural y dolor muscular.
- Dolores cervicales.
- Mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares.

Unas pautas generales para minimizar los riesgos para la salud:

- Levantarse del puesto de trabajo al menos una vez cada hora durante 5 minutos, aprovechando para realizar leves estiramientos.
- Hacer coincidir el borde superior de la pantalla con la altura de los ojos, y a una distancia aproximada de 40 cm.
- Mantener la espalda recta, con un buen ajuste del asiento para que los codos queden a la altura de la mesa, y muñecas a la altura de los codos, dobladas ligeramente. Apoyar de manera firme los pies en el suelo o un reposapiés en caso de necesitarlo.
- Utilización de sillas adecuadas, altura e inclinación regulable, respaldo y asiento regulable en altura y profundidad, apoyo en 5 ruedas con reposabrazos de manera opcional.

5 Discusión-Conclusión

Una buena higiene postural en los puestos de trabajo, es uno de los factores determinantes para poder realizar las tareas de una manera cómoda y de una forma más eficiente, dado que los trabajadores en el momento que sienten cualquier tipo de dolencia, empiezan a encontrarse incómodos tanto físicamente como mentalmente, generando, un estado de intranquilidad e insatisfacción pudiendo llegar a generar mal humor, lo que nos llevaría a un peor trato a las personas en el día a día.

Centrándonos en el caso de los auxiliares administrativos del SESPA y con el estudio realizado de los factores que afectan directamente a la carga de trabajo en un estado de sedestación prolongada, el seguimiento de todos y cada uno de los puntos expuestos anteriormente, nos ayudará a generar un menor impacto negativo en la salud y una mayor satisfacción a la hora de realizar su trabajo.

Cabe señalar que la tarea para conseguir estos buenos hábitos no se basa solo en la concienciación de los trabajadores, las empresas y en este caso la administración juega un papel muy importante a la hora de abastecer de unas herramientas de trabajo de calidad y que se ajusten a las necesidades de cada puesto de trabajo y usuario.

6 Bibliografía

- R.D. 488/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
- Curso de formación sobre Prevención de riesgos laborales para personal no sanitario - Universidad de Nebrija.
- Remesal, A. F. (2001). Proyecto ADAPTOFI: adaptación de puestos de trabajo de oficina a personas con problemas de sedestación. *Revista de biomecánica*, (32), 27-30.
- Mota Córdova, C. J. (2017). Condiciones de salud y trabajo del personal que labora en la Fundación Universidad de Carabobo sede Valencia, 2015.
- Luna Díaz, A. (2015). Análisis psicosocial y biomecánico de un puesto de trabajo en un centro de salud de Atención Primaria en la Comunidad de Madrid (Bachelor's thesis).
- Viciano Céspedes, F. A. (2018). Riesgos psicosociales, salud y autoeficacia en trabajadores de la sanidad pública.

Capítulo 455

LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

VERONICA FERNANDEZ AHILAGAS

DANIEL LÓPEZ CARRASCO

ALEJANDRO LÓPEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La comunicación con el paciente no sólo se da con palabras, se utilizan expresiones no verbales y el silencio, que también son formas de comunicación. Los profesionales sanitarios y no sanitarios dentro de la formación y prácticas y a través del trabajo han de adquirir habilidades y destrezas para saber interpretar lo que un paciente o usuario del sistema sanitario quiere expresar. Para ello es importante establecer una relación de confianza y ayuda con el paciente en la que haya diálogo y escucha, utilizando una terminología clara y comprensible que facilite al paciente la comunicación.

En la asistencia sanitaria dicha comunicación humana con todo paciente o usuario se hace imprescindible desde un primer momento para tratar cualquier dolencia que tenga el paciente, para darle un diagnóstico y un tratamiento, para contactar con los familiares de un paciente en una situación complicada o para cualquier tema que se haya de tratar con el usuario o paciente de un servicio sanitario.

2 Objetivos

Analizar la bibliografía más reciente en cuanto a las directrices que se deben seguir en la comunicación con el paciente.

3 Metodología

Para la realización del siguiente capítulo se realiza una búsqueda sistemática de artículos científicos en bases de datos como Scielo, Pubmed, Medline, utilizando como palabras clave comunicación, lenguaje, comunicación con el paciente, atención al paciente, asistencia de lenguaje y comunicación, vías para mejorar la comunicación con el paciente, comunicación efectiva. Poniendo además en valor todo los conocimientos adquiridos durante el desempeño del trabajo en el Servicio de Admisión de Urgencias del Hospital Central Universitario de Asturias (HUCA).

4 Resultados

Para tener una interacción positiva con el paciente es imprescindible:

- Utilizar una buena postura lo cuál indica nuestro grado de disponibilidad.
- Mirar a los ojos, transmite al paciente que el canal de comunicación está abierto.
- Sonreír y utilizar gestos que indiquen que estamos receptivos.
- Evitar cruzarse de brazos ya que demuestra desinterés.
- Saludar para iniciar esa comunicación con el paciente.
- Comunicarnos con claridad y simplicidad para ayudar a la comprensión.
- Usar vocabulario comprensible a las circunstancias particulares del paciente.
- Emplear un tono de voz adecuado.
- Hablar pausado y claro para que el paciente alcance a escuchar cada palabra.
- Utilizar el "usted" para dirigirnos a cualquier paciente o usuario.
- Dar mensajes claros y directos para no desconcertar al paciente.
- Realizar una escucha activa para enterarnos de lo que indica el paciente.
- Ser asertivos con el paciente para evitar conductas agresivas.
- Ser educado expresando cordialidad y amabilidad.
- Ser positivo con las palabras que utilizamos.
- Ser resolutivo en la mediación de conflictos.
- Involucrar a la familia presente reconociendo su importante papel en el cuidado del paciente.

Para mejorar la atención con el paciente es necesario:

- Personal entrenado y capacitado.
- Cuidado de la calidad del sistema.
- Accesibilidad y disponibilidad.
- Poco tiempo de espera.
- Burocracia simplificada.
- Comunicación fluida.
- Servicios auxiliares.

La comunicación con el paciente puede darse de manera presencial o de manera telefónica. Actualmente también existen otras vías de atención como la atención virtual. La comunicación presencial es la más inmediata realizándose de manera continuada con el paciente y además implica la utilización del lenguaje no verbal por ello es muy importante a la hora de interactuar con un paciente la manera en que nos dirigimos al mismo, el lenguaje mímico o gestual que utilizamos, el lenguaje corporal o kinésico, también el lenguaje escrito y el lenguaje gráfico.

En cuanto a la actitud corporal debemos mirar a los ojos al paciente, saludar con la mirada, sonreír y utilizar gestos que indiquen que estamos receptivos y evitar cruzarse de brazos. Para lograr una atención satisfactoria hemos de acoger al paciente saludándolo y comunicándonos con claridad y simplicidad, usar un buen tono de voz y tratarlo de una manera amable y cordial, preguntarle cuando no estamos seguros de haber comprendido sus necesidades y reformular las cuestiones importantes. Un paciente o usuario se encuentra más relajado y receptivo cuando no le interrumpimos en su discurso o atendemos a otro paciente al mismo tiempo, cuando no sacamos conclusiones precipitadas, si nos mostramos accesibles y les ofrecemos ayuda cuando les vemos desorientados o dubitativos, si tenemos toda nuestra documentación lista para poder ofrecérsela y explicársela en el momento, cuando derivamos su problema o consulta a otra persona o sección que si le puede ayudar y sobre todo debemos de tener en cuenta la confidencialidad y discreción de los pacientes. Hay que tener una especial atención con los colectivos especiales.

Cuando tratamos con personas mayores debemos de poner más énfasis en determinados aspectos para adaptarnos a sus características. Hemos de acogerles con una actitud aún más cordial y positiva, respetar su ritmo de expresión y comprensión sin perder la paciencia, vocalizar correctamente y elevar el tono de voz si tienen deficiencias auditivas y resumir las instrucciones o datos con notas más simples para facilitarles la comprensión. En el caso de extranjeros hemos de

valorar y tener en cuenta las dificultades con el idioma, diferencias culturales y religiosas y asumir algunas circunstancias especiales que puedan presentar.

Otro colectivo importante es el de personas con discapacidad a las que siempre hemos de mostrar y ofrecer un trato natural, amable y respetuoso, dirigiéndonos en todo momento al paciente directamente aunque vaya acompañado. No debemos evitar el uso de expresiones frecuentes como ver o mirar cuando tratemos con discapacitados visuales o andar o moverse si tratamos con personas con movilidad reducida o con cualquier discapacidad motriz, evitando obviamente transmitir condescendencia, compasión o sobreprotección. Es muy importante la comunicación con el colectivo de pacientes o usuarios descontentos, aquí cobra un gran protagonismo la resolución de conflictos para evitar que el paciente se enoje aún más y derive en un problema mayor por lo que es imprescindible calmar al paciente escuchándolo y sin interrumpirle, empatizar con él, no atosigarle, disculparse y asumir la propia responsabilidad si es necesario, llevar al usuario o paciente a un lugar más reservado, no culpar al usuario o paciente en ningún caso ni culpar a la institución y no responder con ira o agresividad. Así conseguimos que el paciente asuma que tiene la razón pero que nosotros tenemos que ajustarnos a nuestro protocolo de actuación y en la mayoría de ocasiones comprenden que debemos ajustarnos a nuestros procedimientos.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación humana es un concepto fundamental a la hora de tratar con el paciente ya que si la comunicación es deficiente aumenta la cantidad de conflictos con el paciente o usuario del sistema sanitario. Una comunicación adecuada a cada tipo de paciente aumenta la satisfacción del mismo, le genera mayor confianza en el sistema sanitario y disminuye los conflictos a la hora de afrontar determinadas situaciones y facilita el entendimiento a la hora de posibilitar la fase diagnóstica y terapéutica.

6 Bibliografía

- <https://es.wikipedia.org> <http://scielo.sld.cu>.
- <https://tevafarmacia.es/ofacademia/>
- <https://clinic-cloud.com/blog/atencion-al-paciente-definicion>.
- <https://www.deustosalud.com/>

Capítulo 456

BURNOUT O SÍNDROME DEL TRABAJADOR QUEMADO EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha procedido al reconocimiento oficial del “burnout o síndrome del trabajador quemado” en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y cuya entrada en vigor se ha fijado para el próximo 1 de enero de 2022. Es la primera vez que se otorga esta consideración y se ha tomado la decisión en base a las conclusiones de los expertos.

La OMS ha metido al “burnout” dentro de la sección “Problemas asociados” con el empleo o el desempleo, recibe el código QD85 y lo describe como “un síndrome resultante del estrés crónico en el trabajo que no ha sido gestionado con éxito” y que se caracteriza por tres elementos: “una sensación de agotamiento”, “cinismo o sentimientos negativos relacionados con el trabajo” y una “eficacia

profesional reducida”. El registro de la OMS establece que este síndrome “hace específicamente referencia a los fenómenos relacionados con el contexto profesional y no debe ser utilizado para describir experiencias en otras áreas de la vida”.

2 Objetivos

- Dar a conocer los factores que contribuyen a la aparición del burnout.
- Describir los síntomas que experimentan los profesionales que lo padecen.
- Indicar las cinco fases previas que llevan al burnout.
- Enumerar las consecuencias físicas y psicológicas de sufrirlo.
- Analizar cómo se puede identificar si una persona sufre o no burnout.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha revisado y recopilado documentación tras una búsqueda bibliográfica de artículos publicados en diferentes bases de datos como Pubmed, Scielo, introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

Los factores que contribuyen a la aparición del burnout son: sobrecarga laboral por excesiva cantidad de pacientes que atender, presión de horarios, porque los resultados obtenidos no cumplen con sus expectativas, por el continuo contacto con el dolor, sufrimiento, por la falta de apoyo por parte de los superiores y de las instituciones y el bajo salario.

Entre los síntomas que experimentan los profesionales que lo sufren están el agotamiento, el desgaste emocional, el deterioro cognitivo y la indolencia, la despersonalización, la reducción del rendimiento laboral y sentimientos negativos hacia el trabajo.

EL burnout produce en el profesional tanto:

- Consecuencias físicas: Como dolores de cabeza, insomnio, pérdida de energía física.

- Conductas y actitudes relacionadas con la zona donde trabaja tales como: Aparición de desconfianza hacia sus compañeros, deseos de dejar el trabajo , poca colaboración.
- Alteraciones psicológicas: Culpabilidad, cambios frecuentes de humor, disminución de la autoestima, sensación de falta de energía.

Los expertos estiman que el burnout afecta al 10% de los trabajadores y, en sus formas más graves, a entre el 2% y el 5%. Este síntoma afecta más a trabajadores que tiene puestos de trabajo relacionados con la atención de las personas, como médicos, enfermeras, cuidadores no profesionales, etc. Se da en personas muy comprometidas con su trabajo. Es un proceso que suele tardar entre cinco y ocho años.

Existen cinco fases previas que llevan a un estado de agotamiento laboral y prácticamente irreversible. Estas fases son lentas pero continuas, y poco a poco consumen la energía del trabajador haciendo que este sufra cada día más. Debido a que cada caso es diferente, es imposible determinar que estas fases se darán en orden, o incluso que estas siempre se presentan. En algunos casos los trabajadores pasan de una molestia inicial a un estado de tristeza y agotamiento tan rápido, que no pasan por tantas fases intermedias.

Las cinco fases son las siguientes:

- Fase inicial de entusiasmo. Suele ocurrir cuando se comienza con el trabajo y se tienen todas las expectativas positivas y las ilusiones aún intactas.
- Fase de estancamiento. El trabajador sigue manteniendo la ilusión, pero existe un desequilibrio entre sus expectativas y las demandas laborales. Se produce una situación de estrés . En esta etapa se atraviesan varias etapas: se comienza con hiperactividad, trabajando más horas sin cobrarlas, poco a poco disminuye el nivel de compromiso; comienza la pérdida de ilusión; surgen problemas con el resto de compañeros y aparece la inseguridad.
- Fase de frustración. Supone el inicio del síndrome. Supone el empezar a cuestionarse la eficacia del esfuerzo personal que realiza frente a los obstáculos derivados del desempeño del puesto de trabajo. Se siente el trabajo como carente de sentido. Aparece irritabilidad, ansiedad y fatiga. La vida familiar y social puede empezar a resentirse.
- Fase de hiperactividad y apatía. Saltan los sistemas defensivos, se comienza a poner distancia entre el trabajo y la persona, se trata a los demás con frialdad. Entre las reacciones emocionales encontramos culpa, depresión y agresividad. Disminuyen la capacidad cognitiva, la creatividad y la motivación.

- Fase de estar quemado. Encontramos sentimientos de fracaso, vacío, apatía y soledad, así como deseos de ocuparse en otra cosa, insensibilización ante los problemas que requieren ayuda y actitudes negativas y autodestructivas (consumo de drogas, alcohol, juego....).

Para identificar si una persona sufre o no este trastorno, existe un test específico: El Cuestionario Maslach Burnout Inventor, que mide la severidad del desgaste profesional con el objetivo de frenarlo a tiempo. Basado en las tres escalas descritas por Maslach y Jackson, indica una mayor o menor gravedad en función de si el afectado da positivo en algunas de ellas, pero no en todas a la vez. Para ello, deberá responder a preguntas sobre sus hábitos y su ambiente laboral puntuándolas con rangos del cero al seis según la frecuencia con que vive cada una de las situaciones.

5 Discusión-Conclusión

El burnout no solo repercute en la salud física y mental del trabajador, sino que también compromete la calidad asistencial, disminuye la productividad, el rendimiento y la competencia, aumenta el absentismo, se relaciona con un incremento de los accidentes y puede incluso conducir al abandono del puesto trabajo provocando un aumento de las rotaciones(turnover), teniendo una fuerte influencia en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios, generando pérdidas económicas y aumentando las quejas de los usuarios.

Por otra parte, la mayoría de las soluciones propuestas frente al síndrome se centran en la dotación al personal de conocimientos sobre técnicas de relajación, de control, de gestión de tiempo, ejercicio físico, alimentación etc, es decir soluciones que lo pueden disminuir, pero que van a desaparecer en un corto período de tiempo, porque las causas que lo provocan no se modifican.

El origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo, apareciendo en la fase final de una sucesión de etapas que siguen al estrés, como una respuesta a una situación laboral intolerable. La prevención, entonces, debe ser Primaria dirigida a disminuir o eliminar los diferentes factores que intervienen en la aparición del burnout.

En España, el burnout no es una enfermedad profesional, pero hay sentencias que lo reconocen como un accidente de trabajo. En España hay que modificar la legislación y que se incorpore dentro de las enfermedades profesionales. Para ser

catalogado así, debería aparecer en el listado de enfermedades del Real Decreto 1299/2006. Esta Ley asocia el daño profesional a un agente causal (químico, físico, biológico...) y, a día de hoy, esa estructura hace bastante difícil la inclusión de este síndrome.

La nueva inclusión del burnout en el sistema de clasificación CIE-11 es importante porque:

- Aporta visibilidad a un síndrome especialmente dañino con los profesionales que cuidan de personas (como la sanitaria).
- Implica una nueva justificación para el desarrollo de la investigación que permita un mejor diagnóstico temprano.
- Empuja a las organizaciones a considerar un riesgo laboral ante el que necesariamente tendrán que realizar evaluaciones e intervenciones preventivas y de promoción de la salud.
- La categorización diagnóstica de las personas afectadas se ligará a condiciones del trabajo, siendo las coberturas por contingencias derivadas del mismo superiores a las derivadas de enfermedad común o de accidente no laboral.

6 Bibliografía

- Redacción médica disponible en <https://www.redaccionmedica.com>
- Revista médica electrónica portales médicos incluido en medicina laboral disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com>
- Organización Mundial de la Salud(OMS).
- El País disponible en <https://elpais.com>
- Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de médicos. <https://www.cgcom.es>
- Médicos y pacientes. <https://www.medicosypacientes.com>
- Medscape. Fuente médica para los médicos.
- Humanizando los Cuidados Intensivos. <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com>
- LEGALTODAY POR Y PARA ABOGADOS <https://www.legaltoday.com>.
- El Confidencial. <https://www.elconfidencial.com>
- PERSUM. Clínica de psicoterapia y personalidad. <https://psicologosoviedo.com>

Capítulo 457

SALUD LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

1 Introducción

Existen diferentes tipos de salud, y la salud laboral es uno de ellos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud general como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”

La salud laboral se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas, donde los trabajadores y trabajadoras puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condiciones de salud y seguridad. La salud laboral es según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) una actividad multidisciplinaria que promueve y protege la salud de los trabajadores. Esta disciplina busca controlar los accidentes y las enfermedades mediante la reducción de las condiciones de riesgo.

Se entiende la salud laboral como la reducción y/o eliminación de los factores de riesgo dentro del centro de trabajo. Y más específicamente en el puesto de trabajo y en las tareas que realiza el trabajador en concreto. Para lo cual se tienen en cuenta las condiciones de trabajo y la organización del mismo.

2 Objetivos

Conocer el objetivo y la finalidad de la salud laboral así como los principales factores de riesgo para la salud laboral en el ámbito sanitario y la normativa sobre salud laboral.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha revisado y recopilado información tras una búsqueda bibliográfica de artículos científicos relacionados con la salud laboral en diferentes bases de datos introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar.

El período de estudio de la información publicada fue el comprendido entre el año 2016 y 2019 realizándose la última búsqueda el 21 de enero de 2019.

4 Resultados

El principal objetivo de la salud laboral es la aplicación de las medidas necesarias para evitar, o al menos minimizar, los riesgos en el trabajo y promocionar la salud entre los trabajadores. Esto significa que al hablar de salud laboral no nos referimos solo a las afecciones o a las posibles enfermedades profesionales que puedan padecer los profesionales, sino que se trata de un concepto mayor, directamente relacionado con el bienestar y la satisfacción en el puesto de trabajo.

Uno de los instrumentos de los que se sirve la Vigilancia de la Salud es el Examen de Salud Laboral. Es un derecho que tiene el trabajador cuyo objetivo consiste en prevenir y detectar problemas de salud derivados del trabajo. El Examen de Salud, se realiza por profesional cualificado. El médico y el personal de enfermería deben de tener la formación específica en material de salud laboral. Si vas a someterte a un examen de salud de calidad, debes conocer su contenido.

El examen de salud laboral incluye:

- Historia clínico-laboral:

Consta de una descripción detallada del puesto de trabajo, el tiempo de permanencia, los riesgos del puesto y las medidas preventivas a aplicar, especialmente el uso de equipos de protección individual.

Es importante registrar si el trabajador, en su vida laboral, ha cambiado de puesto de trabajo por motivos de salud, especialmente, cuando alguna dolencia es incompatible con los requisitos del puesto actual y/o tiene reconocida una incapacidad permanente con las limitaciones orgánicas y funcionales correspondientes.

- Realización de una anamnesis:

Consiste en la recopilación de la información médica pasada y actual, facilitada por el paciente durante la consulta, mediante una serie de preguntas para obtener datos útiles, que permitan valorar el estado de salud del trabajador.

En este caso es conveniente que el personal sanitario de servicio de prevención conozca las enfermedades que se produzcan en los trabajadores y las ausencias del trabajo por motivos de salud (incapacidad temporal), para poder identificar cualquier relación entre la causa de enfermedad y/o ausencia y los riesgos para la salud que puedan presentarse en los lugares de trabajo.

- Exploración Clínica:

Incluye la exploración física y la exploración complementaria.

- Control biológico:

Normalmente consiste en la realización de una analítica de sangre con hemograma (recuento celular) y bioquímica (glucosa, colesterol, etc.). En caso de exposición a agentes químicos con valor límite biológico, la determinación del mismo, completará el examen de salud laboral.

Con todos los datos obtenidos del examen de salud laboral, los Médicos Especialistas en Medicina del Trabajo de los servicios de prevención, valorarán si el trabajador es Apto para desempeñar las tareas del puesto de trabajo, si se tiene que establecer restricciones para la realización de alguna tarea o por el contrario, no puede o no debe realizar las tareas fundamentales de su puesto de trabajo, emitiendo, en este caso, un informe de no apto. La realización de los exámenes de salud laboral, es muy importante para conocer nuestro estado de salud y recibir los consejos más convenientes para mejorarla, así como asegurar que los riesgos de nuestro puesto de trabajo no están afectando a nuestra salud asegurando así, una buena actuación en prevención de riesgos laborales.

El empresario está obligado a ofrecer el examen de salud, pero el trabajador ha de prestar su consentimiento, siendo tres, las excepciones a esta voluntariedad:

- Para verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas

con la empresa.

- Cuando este establecido en una disposición legal en relación con la protección de riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad.
- La realización de los reconocimientos sea imprescindible para evaluar los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores.

La salud de los trabajadores puede verse afectada ante la presencia de diferentes elementos. Si hablamos de puesto de trabajo, podemos hablar de diferentes factores de riesgo, que son aquellos que pueden disminuir el bienestar de un trabajador. Los principales factores de riesgo laboral los podemos agrupar en cinco grupos que son:

- Factores debidos a las condiciones de seguridad: Hace referencia a los materiales que pueden provocar un accidente de trabajo
- Factores derivados del entorno físico de trabajo: Hace referencia a aquellos factores del medio natural que pueden aparecer modificados en el entorno laboral y que afectan a la salud de los trabajadores.
- Factores de origen químico o biológico: Son agentes externos a la persona.
- Factores derivados de las características del trabajo: Tienen que ver con los esfuerzos físicos y mentales.
- Factores derivados de la organización del trabajo: Tienen que ver con la estructura y la organización del trabajo, que afectan a nivel físico, mental y social.

Los factores de riesgo que afectan a la salud laboral son: el aumento de la carga de trabajo y la interrupción del tiempo de descanso, lo que produce estrés, fatiga y debilitan la salud mental de muchos trabajadores, también hay que destacar que la exposición a altas y bajas temperaturas así como al ruido son los riesgos físicos y ambientales más señalados. En cuanto a los de carácter ergonómico los movimientos repetitivos y las posiciones dolorosas continúan siendo los riesgos más frecuentes.

La salud laboral se sustenta legalmente en una serie de leyes y medidas de obligado cumplimiento para garantizar la seguridad y salud de los trabajadores. En España, la salud laboral se encuentra regulada principalmente por La Ley 21/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales que posteriormente se ha ido desarrollando y completando por legislaciones posteriores.

Tal y como establece la Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, el empresario debe garantizar y ofrecer una vigilancia de la salud en relación a los riesgos del puesto de trabajo a todos sus trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Para avanzar en salud laboral es necesario revisar la legislación sobre seguridad y salud en el trabajo, establecer los canales adecuados de información , comunicación y coordinación de las políticas sanitarias y sociales con la seguridad y salud en el trabajo y entre las diferentes administraciones y favorecer la investigación como una actividad continua para mejorar la salud laboral.

6 Bibliografía

- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). <https://istas.net/salud-laboral>
- Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. [mscbs.gob.es](https://www.mscbs.gob.es)
- Valora Prevención. <https://www.valoraprevencion.es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Psicología y mente. <https://psicologiaymente.com>

Capítulo 458

ATENCIÓN AL USUARIO TENIENDO EN CUENTA LA DIVERSIDAD CULTURAL EN EL AMBITO SANITARIO

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

1 Introducción

En las últimas décadas la sociedad española, se ha convertido en un mosaico de culturas diversas, fruto de los movimientos migratorios, lo cual ha tenido como resultado que este hecho se haya hecho más visible y patente. Esto se pone de manifiesto en todos los ámbitos de la sociedad siendo el sistema sanitario especialmente importante.

Esta presencia de población extranjera en los espacios de la red sanitaria pública, consultas de pediatría, centros de salud, urgencias, salas de espera y hospitales, es lo que nos aporta esta diversidad cultural, lo cuál lo podemos traducir en un

punto importante tanto en el funcionamiento y organización de las instituciones asistenciales así como de la cultura de los propios profesionales.

En 2001, la UNESCO publicó la “Declaración Universal de la Unesco sobre Diversidad Cultural”, donde podemos ver un extracto del mismo: “La cultura adquiere formas diversas a través del tiempo y del espacio.

Esta diversidad se manifiesta en la originalidad y pluralidad de las identidades que caracterizan a las sociedades y los grupos que componen la humanidad. Como la diversidad biológica para los organismos vivos, así la diversidad cultural es necesaria para el género humano, porque es fuente de intercambios, innovación y creatividad. En este sentido, constituye el patrimonio común de la humanidad y debe ser reconocida y consolidada en beneficio de las generaciones presentes y futuras.

En nuestras sociedades cada vez más diversificadas, resulta indispensable garantizar una interacción armoniosa y una voluntad de convivir de personas y grupos con identidades culturales plurales, variadas y dinámicas. La diversidad cultural es un medio de acceso a una existencia intelectual, afectiva, moral y espiritual satisfactoria, y por esta razón amplía las posibilidades de elección que se brindan a todos. En la actualidad, la diversidad cultural es un hecho que nos atañe a toda la sociedad, los movimientos migratorios producidos durante los últimos años hacen que la sociedad haya sufrido un cambio revulsivo en su composición.

2 Objetivos

Garantizar que todos los ciudadanos puedan acceder en condiciones de igualdad y situaciones de necesidad a una asistencia sanitaria, sin que el idioma o cultura de los mismos sea un impedimento para ello.

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

En el ámbito sanitario, pueden existir múltiples trabas que dificulten este acceso, pudiendo presentarse estas en todos los estadios de la red sanitaria, desde los centros de salud, hasta los hospitales pasando incluso por las farmacias, es por ello que sería recomendable que los empleados de los centros donde se preste asistencia sanitaria o farmacéutica, dispusiesen de métodos o sistemas de apoyo que les permitiese ayudar al ciudadano que presente dificultades en la comunicación debido al desconocimiento del idioma por motivos culturales.

Cuando hablamos de diversidad cultural estamos haciendo referencia a la convivencia e interacción entre personas pertenecientes a distintas culturas y, por tanto, a las, normas, métodos y valores que han sido capaces de desarrollar para convivir en sociedad y así adaptarse a diferentes entornos y espacios.

En el ámbito sanitario sería necesario establecer una formación para facilitar una atención adecuada a todos los ciudadanos. Establecer protocolos/ procedimientos de actuación por parte de las principales autoridades para garantizar una adecuada comunicación y atención a todos los ciudadanos atendiendo a la diversidad cultural así como para resolver los conflictos que pudiesen surgir consecuencia de cualquier relación humana.

Impartir cursos básicos de idiomas al personal que directamente trata con el público y otra elaborar una política informativa adaptada de plantillas en diferentes idiomas donde el ciudadano pueda plasmar de forma breve y concisa sus necesidades/ problemas con el objetivo de facilitar un acceso en condiciones de igualdad. Trabajar en la mejora de la comunicación y comprensión entre profesionales y pacientes. Incorporar en la formación de los profesionales la sensibilidad y competencias interculturales así como la superación de estereotipos y prejuicios.

Todos los pacientes tienen derecho a ser atendidos adecuadamente, sin que el idioma o cultura sea un impedimento para ello; teniendo en cuenta esto, se debe responder a esta diversidad y cooperar para que en ningún caso sean objeto de discriminación o impedimento para el acceso de esta población a los servicios de salud.

El sistema sanitario necesita estar organizado para responder con eficacia a la diversidad de los pacientes. Sería interesante contar también con un plan de formación de los trabajadores, con las que se asuman compromisos colectivos de

mejora.

5 Discusión-Conclusión

La llegada de inmigrantes a nuestra sociedad, ha provocado importantes cambios en todos los ámbitos de la misma; La Constitución Española en su art. 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, según lo cual, el sistema sanitario debe propiciar una atención sanitaria adecuada a todos los ciudadanos, sin que las diferencias de idioma o culturales supongan trabas para el acceso a esa asistencia sanitaria.

6 Bibliografía

- Consulta de bases de datos y fuentes bibliográficas así como de páginas web, entre las que cabe mencionar: scielo.isciii .
- www.aulaintercultural.org
- www.berrigasteiz.com
- UNESCO
- Constitución Española 1978

Capítulo 459

RECOMENDACIONES DE ERGONOMÍA EN EL ÁMBITO ADMINISTRATIVO

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

1 Introducción

Un alto porcentaje de las personas adultas en nuestra sociedad han padecido en algún momento de su vida de dolores de espalda.

Esta situación, que en muchos casos es pasajera puede derivar en dolores persistentes, recaídas o patologías más graves que requieran de hospitalización o intervenciones quirúrgicas.

En la actualidad, el dolor de espalda es un dolor habitual, el cual suele darse como resultado de posturas erróneas, de practicar poco ejercicio y de una dieta desequilibrada.

Mantenerse en forma es muy importante, pero también lo es aprender una higiene postural correcta. La mayoría de la población de manera inconsciente

adoptamos posiciones incorrectas que acarrearán consecuencias perjudiciales para nuestra salud.

Uno de los remedios más eficaces de que disponemos para evitar que aparezcan los problemas de columna es el fortalecimiento de la musculatura de la espalda mediante ejercicio físico.

Las buenas prácticas de mantenimiento de una espalda sana no deben ceñirse sólo al ámbito laboral, sino que deben extrapolarse y seguir aplicándose en cualquier otra actividad de la vida diaria.

2 Objetivos

- Conocer y describir la higiene postural adaptada a cada trabajador para evitar que adopten malas posturas.
- Analizar los distintos puestos de trabajo que desempeña el personal administrativo así como los posibles riesgos que se sufre en cada uno de ellos

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 imprescindible reconocer cuándo nos encontramos en una postura incorrecta durante el desempeño del trabajo de administrativo para evitar las posibles enfermedades de nuestra espalda.

Al desarrollar los trabajos administrativos, en muchas ocasiones no somos conscientes de los riesgos que entrañan en este ámbito, puesto que existe una gran cantidad de dolencias como dorsalgias y cervicalgia entre otras. Ésto es debido muchas veces a una mala postura durante el transcurso de la jornada laboral así como por no disponer de material de oficina adecuado.

Una mala posición corporal durante la jornada laboral puede desarrollar enfermedades crónicas y bajas laborales prolongadas debido a la aparición de lesiones que aunque en un principio pueden provocar pequeñas molestias, con el paso del tiempo pueden cronificarse pudiendo dar lugar a enfermedades degenerativas e inflamatorias, por esto es importante implantar las medidas preventivas oportunas.

Uno de los riesgos a los que nos enfrentamos es la carga postural, produciendo molestias en las cervicales, lumbares o muñecas, debido a que el puesto de trabajo no está correctamente diseñado para evitar esta carga postural, por ello es necesario contar con una silla adecuada que permita mover piernas y espalda, mantener la espalda recta y que permita ajustar el apoyo lumbar al cuerpo y siempre a la altura adecuada.

Otro elemento a tener en cuenta es utilizar un reposapiés, además de ubicar la pantalla del ordenador a una distancia y altura adecuada que nos permita mantener el cuello recto y relajado.

Además es recomendable hacer pausas cada cierto periodo de tiempo para realizar algún tipo de estiramiento.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante que todos los trabajadores dispongan de la información necesaria y sean conscientes sobre los riesgos para la salud a los que pueden estar expuestos debido a las cargas posturales derivadas del puesto de trabajo así como su prevención, además de la información también es necesaria una correcta adaptación de los puestos de trabajo aplicando los principios ergonómicos básicos, lo cual nos ayudará a prevenir las posibles enfermedades de nuestra espalda provocada a causa de una incorrecta postura ante el ordenador.

6 Bibliografía

- Revisión de bases de datos : terapia-física, Ergo ibv, clinica fivasa, accion preventiva, Quirón prevención.

Capítulo 460

ATENCIÓN AL PACIENTE /USUARIO AGRESIVO EN EL ÁMBITO SANITARIO

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

1 Introducción

En ocasiones, en el ámbito administrativo se da la situación de atender a usuarios/pacientes con un trato especialmente difícil. En ocasiones, este comportamiento es fruto de una queja o malestar contra la institución y se manifiesta con irritación y formas no adecuadas hacia el personal tanto no sanitario como sanitario. Otras veces, son personas que pierden su autocontrol llegando a gritar, amenazar, insultar, pudiendo llegar incluso a las agresiones físicas, por lo cual los profesionales deben contar con técnicas o habilidades para contener estas situaciones.

2 Objetivos

- Describir y conocer las técnicas y habilidades de actuación ante un usuario / paciente agresivo en el ámbito sanitario.

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

Cuando nos encontramos en estas difíciles situaciones de tensión, es de especial importancia saber:

- Cómo gestionar la situación que está provocando el conflicto, la cual puede ser peligrosa no solo para el profesional, sino para todas personas que puedan estar presentes en ese momento.

- Sobre todo cómo ayudar a que la persona agresiva pueda canalizar la ira y así regular sus emociones, para que vuelva a un estado de “calma” y reconducir la situación con el objeto de mitigarla.

Existen varios métodos para rebajar esta situación de tensión provocadas por personas alteradas emocionalmente o con picos de agresividad, podemos citar alguno de ellos:

- Mantener la educación y compostura, por muy desagradable que se muestre la otra persona hay que mantener la calma manteniendo un tono suave y pausado, no mostrar miedo, tensión o agresividad y no discutir ni desafiar.

- Mostrar empatía y comprensión, lo que se conoce como ponerse en el lugar de la otra persona, así como mantener un contacto visual, realizar una escucha activa, hacer gestos de asentimiento y preguntar si no hemos comprendido algo.

- Evitar juzgar los comportamientos agresivos, son actos que normalmente rebaja la tensión de la situación al usuario sentirse escuchado.

Si la situación se pone violenta y consideras que puede desembocar en una agresión, ponerse de pie y continuar la conversación cada vez más próximo a la puerta e intentar dirigir a la persona agresiva hacia fuera.

Si lamentablemente se produce una agresión, el/la trabajador/a deberá pedir ayuda por los medios a su alcance, para que acudan los compañeros y/o el personal de seguridad.

Los casos de agresividad o violencia suponen en el profesional un gran impacto emocional y pueden producir secuelas en su salud, como estrés laboral crónico,

bajo rendimiento, trastorno por estrés postraumático, ansiedad, depresión, secuelas físicas y en casos más extremos la muerte.

Muchos de estos factores de riesgo pueden minimizarse las situaciones de riesgo adoptando las adecuadas medidas de seguridad, propiciando una formación adecuada a los profesionales (tanto sanitarios como no sanitarios) en cuestiones de gestión y manejos de situaciones agresivas y mejorando la experiencia de usuario.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia que todos los trabajadores/as (tanto del ámbito sanitario como no sanitario) tengan a su alcance y dispongan de la formación adecuada sobre la metodología o las actuaciones a llevar a cabo en situaciones de agresividad que pudiesen darse a lo largo del transcurso de la jornada laboral, así como formas de prevenir o minimizar las mismas.

6 Bibliografía

- Actuaciones ante situaciones conflictivas Región de Murcia,Acercamiento a pacientes violentos.
- Medium.com.
- Psiquiatría.com.

Capítulo 461

AGRESIONES AL PERSONAL ADMINISTRATIVO EN CENTROS SANITARIOS

MARIA DE LA PAZ LARUELO RODRIGUEZ

1 Introducción

En los últimos años han aumentado los casos de violencia, tanto física como verbal, por parte de los usuarios y sus acompañantes o familiares hacia el personal sanitario y no sanitario que los atiende, tanto en centros de atención primaria como en hospitales públicos.

Según datos de la Organización Internacional de Trabajo, el 25% de las agresiones que se producen en el entorno laboral lo son dentro del ámbito sanitario. El incremento de casos de los últimos años ha hecho que estos tipos de agresiones hayan pasado de ser considerados casos aislados a ser un problema realmente preocupante al cual es preciso prestar atención.

Además, define violencia laboral como “toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra en el ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”.

2 Objetivos

- Evaluar las causas que provocan las agresiones en el centro sanitario.
- Analizar el modo de actuación ante estas agresiones.

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.

Además, para conocer el modo de actuación ante una agresión física o verbal en los centros sanitarios no solo se ha consultado varios artículos publicados en Internet, sino que se ha analizado la experiencia del personal auxiliar administrativo en centros sanitarios.

4 Resultados

- La violencia sanitaria se puede definir como aquélla que se produce mediante una agresión física o un maltrato verbal o gestual sobre una persona que trabaja para la Administración sanitaria, sea personal sanitario o personal no sanitario de la misma, con motivo de la prestación del servicio público, y en relación directa con dicha prestación, al margen de que tenga lugar o no en un centro sanitario. Tipos de causas:

A). Causas objetivas: son aquéllas que se relacionan con una deficiente organización o gestión del servicio, cuyo contexto provoca en el paciente una injustificable reacción violenta. Aquí pueden comprenderse todas las causas que tienen que ver con la masificación o saturación de centros, la insuficiencia de recursos humanos o materiales, la burocratización de los servicios, las esperas prolongadas, una atención lenta o no inmediata en términos razonables, la derivación de un enfermo de un centro a otro, los errores de organización, los errores sanitarios, la falta de explicaciones ante determinadas decisiones, etcétera. En estos casos, los pacientes o las personas que les acompañan se sienten mal atendidos o consideran que no se les otorga un trato digno, lo que puede provocar que pierdan los nervios, se encrespen y se incrementa su agresividad, factores que, si pierden el control, pueden llevarlos a una reacción violenta consistente en insultos o agresiones a las personas que prestan el servicio público.

B). Causas subjetivas por razón del paciente o de sus acompañantes. Comprende un cúmulo de causas de lo más variado que tienen como elemento común la

ausencia de control de la emotividad en el usuario por distintas razones (la angustia por un familiar cercano, la inmadurez para esperar su turno, el alcoholismo, la drogadicción, la xenofobia, un mal entendimiento de lo que es un servicio público) o hechos (la negativa del médico a dar la baja solicitada o el alta, la disconformidad con el alta, la negativa a suministrar determinados medicamentos, la disconformidad con el diagnóstico -la famosa frase “el médico no me acierta” o con el tratamiento pautado, etc).

- Modo de actuación: para hacer frente a estas agresiones en el ámbito sanitario es necesario adquirir una formación y realizar una serie de recomendaciones al personal que nos permitan prevenir agresiones ante actitudes violentas.

Lo primero es descubrir al paciente potencialmente agresivo, el cual la mayoría de las veces resulta fácil por su actitud y el tono amenazante; pero no siempre basta con estas señales ya que también debemos fijarnos en el lenguaje corporal de las personas como puede ser: contracción de músculos de la cara, apretar puños, etc., aunque también cabe sospechar cuando nos encontramos con un lenguaje excesivamente calmado, correcto incluso halagador o irónico.

Ante estas señales en los protocolos se recomienda tratar de mantener la calma y no responder a las provocaciones. Tratar de usar un tono neutro y profesional, comprensivo pero firme (el tono frío y distante puede aumentar la agresividad). Si los ataques son verbales es recomendable seguir las siguientes pautas:

- Permitir hablar al paciente para liberar su tensión emocional y que explique sus sentimientos, dudas, expectativas no cumplidas, manteniendo la escucha activa.
- Reconocer y admitir las posibles deficiencias propias y/o de la organización.
- Intentar encontrar puntos de vista comunes, señalando aquello en lo que estamos de acuerdo con él.
- Pedir la ayuda de otro profesional o compañero que pueda colaborar a solucionar el motivo que ha generado la tensión.
- Manifestar los propios sentimientos al paciente. Se puede hablar de los sentimientos de tristeza y malestar que ha generado el incidente. Con esto se puede conseguir en ocasiones que reflexione y pueda darse cuenta de las posibles consecuencias de su conducta.

En estas situaciones es importante evitar:

- Quitar importancia a las quejas o las críticas del paciente ya que puede exasperarle.
- Hacer señales corporales que se puedan entender como desafío, hostilidad, amenaza como ponerse en pie en oposición frontal, cruzar los brazos, señalar con el dedo, el contacto ocular prolongado...
- El contacto físico y el exceso de proximidad.

- Dar la espalda.

Si la actitud de violencia persiste o se intuye la agresión como posible se recomienda:

- Dar por finalizada la conversación (no conviene prolongarla demasiado).
- Localizar una forma de huida.
- Avisar al personal de seguridad.
- Usar, si se tiene, el timbre de alarma.

Si el agresor quiere impedir la salida:

- Si el agresor no está armado, intentar protegerse con los elementos del mobiliario para ponerse lejos del alcance del ataque. Si no es posible se tiene el derecho legítimo de defenderse y repeler la agresión utilizando los medios de autodefensa que tenga a mano, siempre con la “mínima fuerza necesaria”, para rechazar o neutralizar el ataque y “proporcional al daño que se pretende evitar”.
- Como solución más segura, siempre es preferible la huida ante una situación potencialmente peligrosa, y evitar, si es posible, la confrontación física directa.
- Si el agresor tiene un arma blanca o de fuego, es preciso evitar el impulso de usarla, para lo cual hay que seguir sus indicaciones hasta que se pueda evaluar racionalmente la posibilidad de defensa efectiva.
- Gritar pidiendo ayuda.

Por otra parte nos podemos encontrar con personas afectadas de trastorno mental o situación violencia por adicción a droga, en este caso se deberá de valorar el riesgo de agresión, la necesidad de ser atendido por varios profesionales o en presencia de personal de apoyo (celadores, guardia de seguridad). Si a pesar de todo se llega a producir la agresión, hay que minimizar el daño o bien defendiéndose si es posible o adoptando una posición de encogimiento fetal tratando de salvaguardar la cabeza, cara, cuello.

¿Qué hacer tras la agresión? En todos los protocolos de los planes de agresiones también se regula la actitud que debe tomar el trabajador una vez que ha sufrido la agresión. ¿A quién lo debe notificar? Aquí son claves los servicios de prevención de riesgos laborales que debe llevar un registro de estos hechos y tiene que estudiar cada una de las agresiones. También debe recibir notificación la dirección de los centros para que la administración tenga constancia de ellos y preste apoyo al agredido. Si la agresión ha sido física con lesiones es imprescindible acudir a un facultativo que puede ser del servicio de prevención o también cualquiera de urgencias o del centro de trabajo para que realice el oportuno parte de lesiones.

Por último, las denuncias y posibles actuaciones legales: el agredido debe ser asesorado por el servicio jurídico del servicio de salud en que trabaje, aunque también debe ser orientado por el gabinete jurídico del colegio al que pertenezca si está colegiado, que le informará de la posibilidad de interponer denuncia penal contra el agresor y de las consecuencias que conllevaría su actuación. Asimismo, deberá ser informado de la posibilidad de ser resarcido mediante la vía civil y administrativa. El delito de agresión solo se pueden perseguir mediante denuncia de la persona agraviada, es decir, del profesional víctima de la actuación violenta. En el caso de faltas tales como amenazas, coacciones, injurias y lesiones imprudentes, el perdón del ofendido extingue la acción penal o la pena impuesta.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones al personal sanitario parece que se están convirtiendo en algo habitual en nuestros días. Una pequeña parte de estas agresiones la padecen los auxiliares administrativos de los centros sanitarios ya que cuando el paciente llega a un hospital o centro de salud la primera persona con la que toma contacto es el personal administrativo. Se debe intentar que la llegada al servicio de urgencias tenga una primera impresión positiva tanto para el paciente como para los acompañantes.

El agresor es, normalmente, un paciente o un usuario del servicio sanitario, pero también, en no pocas veces, suele serlo un acompañante, familiar o no del usuario, el que se irrita con el trato que se está dando (o que, por el contrario, no se está dando) al paciente. Las agresiones pueden ser provocadas por diferentes causas: A). Bien por una mala organización y gestión del servicio como pueden ser: largas esperas para ser atendido, pocos recursos humanos y materiales, etc. B). Por las circunstancias propias del paciente (adicción al alcohol, drogas, etc.). C). Por el paciente o su familia, que no encajan bien la enfermedad, diagnóstico o el tratamiento pautado por los profesionales. d) Falta de empatía o trato incorrecto de algún trabajador hacia los pacientes, o su falta de experiencia con el trato al público.

Cabe destacar que las agresiones al personal administrativo suelen ser verbales y que la agresión física suele recaer, en la mayoría de los casos, en el personal sanitario.

6 Bibliografía

- www.sindic.cat www.astursalud.es www.defensornavarra.com www.csif.es
www.satse.es
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 462

ACTUACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

FERNANDO CARBALLO COYA

1 Introducción

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1948, define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, englobando en este concepto a la salud mental.

En 1986, a través de la Ley General de Sanidad, es cuando en España se produce la plena integración y equiparación del enfermo mental en el sistema sanitario general. Desarrollando servicios de rehabilitación y reinserción social para una adecuada atención integral de los problemas del paciente mental, teniendo una consideración especial la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

Entendemos por psiquiatría, la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales. La psiquiatría trata ciertos trastornos de la personalidad y la conducta y también trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales como la Psicosis y la Neurosis.

- Neurosis. Trastorno psíquico donde la persona conserva el juicio de la realidad, se da cuenta de sus problemas, es consciente de su enfermedad y solicita ayuda

psicológica o psiquiátrica. En este grupo se encuentran los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, trastornos de personalidad, la depresión, las fobias, el síndrome de Burnout, el síndrome de pánico, etc.

- Psicosis. Enfermedad mental grave caracterizada por la deformación de la realidad. Las personas que padecen este tipo de enfermedad o trastorno necesitan tratamiento psiquiátrico y algunas de ellas también internamiento. Las más características son la esquizofrenia y el trastorno de afecto bipolar.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en el campo de la Psiquiatría.

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 funciones del celador en la unidad de psiquiatría son:

- Vigila la puerta de acceso a la unidad controlando las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas y cuidando no introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados.
- Colabora con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres, de la ropa, evitando su deterioro.
- Tramitará y conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean confiados por sus superiores.
- Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique.
- Cuida del entorno del paciente creando un buen ambiente de luz y sonido, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Vigila el orden y la armonía de los pacientes.
- Cuidará continuamente por conseguir el mayor silencio posible en todas las dependencias de la unidad, respetando los horarios de sueño.

- Controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando toda aquella acción que perjudique al propio paciente o al orden de la unidad.
- Ayuda al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos.
- Vigila que todos los pacientes realicen el aseo personal fomentando una correcta adecuación en el vestido y maquillaje.
- Estará encargado de acudir al servicio de farmacia a recoger el pedido, incluyendo el traslado de medicamentos de la planta de hospitalización a la farmacia.
- Acompaña a los pacientes, junto con el personal sanitario, a los paseos por el exterior del recinto hospitalario.
- Estimula la actividad física de los pacientes.
- Controla el suministro y consumo de tabaco. (Está permitido fumar en la Sala de Fumadores y en las zonas ajardinadas externas)
- Se abstendrá de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos y mucho menos sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.
- Colaborará con el personal sanitario a la contención mecánica de pacientes agitados.
- Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones que sea preciso.

5 Discusión-Conclusión

El celador en la unidad de psiquiatría ante la situación de un paciente agitado o agresivo deberá adoptar las siguientes normas generales de actuación:

- Llamar inmediatamente a la enfermera de la unidad.
- Separar al paciente agitado del resto de enfermos.
- Cuidar que la habitación del paciente esté iluminada suavemente.
- Se evitará en lo posible el exceso de voces y timbres (se hablará en un tono bajo).
- Mantener la seguridad, tanto del paciente como del personal sanitario y no sanitario.

Por todo ello consideramos muy importante que el celador esté actualizado en todos los campos sanitarios y como no, en este tan importante como es la Psiquiatría.

6 Bibliografía

- Reducing Stigma and Discrimination. Evaluation of England's Time to Change Programme. British Journal of Psychiatry; April 2013; Volume 202, Issue s55.
- Fernández, JL. Guía de estilo sobre discapacidad para profesionales de los medios de comunicación. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato sobre discapacidad; 2006.
- Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica de España. 1997. 4ª edición.
- García J, Espino A, Lara L (Eds). La psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid:Ed. Díaz de Santos, 1998.
- Goffman E. Estigma: la identidad desterrada. Amorrortu Editores 1998.
- Huizing E, Ariza Conejero MJ, Rodríguez Morilla J, Lacida Baro M, Reina Jiménez M, García Aguilar R. Estudio y análisis del estigma asociado a los trastornos mentales en los ámbitos sanitarios. Rev Presencia 2006 jul-dic;2(4).
- Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. -Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría 2005; 89: 67-79.

Capítulo 463

EL ESTRÉS LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

1 Introducción

El estrés laboral es un fenómeno que está obteniendo cada día más relevancia en nuestra sociedad, situándose como la enfermedad del siglo XXI. Además, produce un tremendo impacto en nuestra economía, causando innumerables pérdidas de productividad y numerosos gastos sanitarios. El estrés es una respuesta del cuerpo ante una situación inesperada, que puede provocar efectos positivos y negativos, y que pone a las personas en un estado de alerta capaz de ayudarlas a poder solucionar el problema estresante.

El estrés laboral es un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento del trabajador a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo. En el ámbito sanitario los profesionales viven cada día situaciones que favorecen el aumento de los niveles de estrés debido a que su actividad laboral se desarrolla con personas, dándose en

la enfermería mayores probabilidades de poder desarrollarlo. A esto podrían contribuir distintos factores como el contacto directo con el sufrimiento y la muerte, el dolor, sobrecargar laboral, turnos rotatorios, etc.

2 Objetivos

- Conocer cuáles son las causas en las que puede producirse el estrés laboral en el ámbito sanitario.
- Determinar las consecuencias que tiene el estrés laboral.
- Estudiar los principales estresores laborales o factores causales que contribuyen a la aparición del estrés laboral.
- Analizar los síntomas que experimentan los profesionales.
- Evaluar las claves para combatir el estrés y principales medidas de prevención.

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 estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores y suponiendo un coste de veinte mil millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad. Según la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo un 28% de los trabajadores europeos padece algún tipo de estrés laboral. Las causas laborales en las que puede producirse estrés laboral pueden tener varias formas de aparición:

- El estrés laboral causado por la organización: Se produce normalmente debido a una mala organización, administración y sistema de trabajo de la organización.
- Las características del trabajo que pueden producir estrés son las relacionadas con el puesto laboral, aquellas que supongan la realización de tareas monótonas, tareas desagradables y la falta de variedad.

- La atención directa con pacientes: hace que, en muchas ocasiones, éstos puedan ser también los culpables de estrés laboral, debido a la tensión incrementada por miedo a un error de medicación o por un exceso de demanda.
- Su aparición también puede deberse a la personalidad de cada individuo. La experiencia laboral, la habilidad ante el trabajo, el patrón de cada personalidad y la autoestima, es decir, el ámbito personal de cada trabajador, se encarga de modular la cantidad de estrés.

Las consecuencias del estrés laboral son las siguientes:

A). Físicas: las alteraciones físicas que pueden ser consecuencia de la respuesta inadaptada del organismo ante los agentes estresantes laborales pueden ser: trastornos gastrointestinales, trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios, trastornos endocrinos, trastornos musculares y alteraciones en el sistema inmune.

B). Psíquicas: entre los efectos psicológicos negativos producidos por el estrés laboral se encuentran: la preocupación excesiva, la incapacidad para tomar decisiones, la sensación de confusión, la incapacidad para concentrarse, la dificultad para mantener la atención, los sentimientos de falta de control, la sensación de desorientación, los frecuentes olvidos, los bloqueos mentales, la hipersensibilidad a las críticas, el mal humor, la mayor susceptibilidad a sufrir accidentes y el consumo de tóxicos.

El mantenimiento de estos efectos puede provocar el desarrollo de trastornos psicológicos asociados al estrés. Entre los más frecuentes están: trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, fobias, drogodependencias, trastornos sexuales, depresión y otros trastornos afectivos, trastornos de la alimentación y trastornos de la personalidad.

Entre los signos o manifestaciones externas a nivel motor y de conducta estarían: hablar rápido, temblores, tartamudeo, precipitación a la hora de actuar, explosiones emocionales, voz entrecortada, comer excesivamente, falta de apetito, conductas impulsivas, risa nerviosa y bostezos frecuentes. Todas estas consecuencias deterioran la calidad de las relaciones interpersonales, tanto familiares como laborales, pudiendo provocar la ruptura de dichas relaciones.

C). Organizativas: los efectos negativos del estrés laboral no sólo pueden perjudicar al individuo, sino que también pueden producir un deterioro en el ámbito laboral, influyendo negativamente tanto en las relaciones interpersonales como en el rendimiento y la productividad. Pueden inducir a la enfermedad, al absen-

tismo laboral, al aumento de los accidentes o incluso a la incapacidad laboral.

El estrés induce a una pérdida de producción y puede crear un mal ambiente de trabajo. Los costes ocultos, como son la ruptura de las relaciones humanas, los juicios erróneos de la vida profesional y privada, el descenso de la productividad, el aumento de los cambios de puestos, la disminución de la creatividad, el bajo rendimiento, la agresividad en el trabajo y el empeoramiento de la calidad de vida y del bienestar.

Hay que tener en cuenta que el riesgo de estrés laboral en las organizaciones lo indican la disminución de la producción (calidad, cantidad o ambas), la falta de cooperación entre compañeros, el aumento de peticiones de cambio de puesto de trabajo, la necesidad de una mayor supervisión del personal, el aumento de quejas en los clientes, el empeoramiento de las relaciones humanas, la falta de orden y limpieza, el aumento del absentismo, de incidentes y accidentes, de quejas al servicio médico y del consumo de tabaco, alcohol y medicamentos

Los principales estresores laborales o factores causales que contribuyen a la aparición del estrés laboral son los siguientes:

- Estresores del ambiente físico. Los aspectos del ambiente físico de trabajo que pueden desencadenar experiencias de estrés laboral son: el ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la humedad, etc.
- Demandas del propio trabajo. La propia actividad laboral puede presentar fuentes del estrés como el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos, etc.
- Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar son también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Podemos mencionar entre ellos la oportunidad de control, el uso de habilidades que permite la realización de las tareas y la complejidad del propio trabajo.
- El desempeño de roles plantea también potenciales desencadenantes del estrés laboral. Son el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.
- Las relaciones interpersonales y grupales pueden ser fuentes de estrés. Entre ellas podemos mencionar las relaciones con los superiores, con los compañeros, subordinados, usuarios, pacientes, familiares etc.
- El desarrollo de la carrera, en sus múltiples aspectos, es una fuente potencial de estrés. En concreto cabe mencionar estresores como la inseguridad laboral, las diferentes transiciones de rol, las situaciones de las distintas etapas de desarrollo, las promociones excesivamente rápidas o las demasiado ralentizadas, etc.
- Diferentes aspectos relacionados con las nuevas tecnologías son también fuentes

potenciales de estrés. Podemos mencionar problemas de diseño, de implantación y de gestión de esas tecnologías.

- Hay componentes de la estructura o del clima organizacional que pueden resultar estresantes como una excesiva centralización o un clima muy burocratizado o de poco apoyo social entre los miembros de la organización.

- Finalmente, cabe mencionar toda una serie de estresores laborales que tienen que ver con las relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida como la vida en familia y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiares.

- Las claves para combatir el estrés laboral y su prevención: para revertir los efectos negativos del estrés o tratar de minimizar las posibilidades de padecerlo, expertos han elaborado un listado de consejos para evitar que el estrés laboral desemboque en enfermedades más graves.

En primer lugar, el ejercicio físico, practicado de forma regular, es una de las mejores terapias para combatir el estrés. Al hacer deporte el organismo segrega endorfinas, que actúan como una morfina natural. Los deportes de fondo son los que producen una mayor cantidad y ayudan a regular los picos de estrés: el running, la bicicleta o natación son algunas de las actividades más recomendadas.

A la vez que se hace deporte, una correcta hidratación y una dieta equilibrada ayudará a regular el funcionamiento del organismo. Hacer cinco comidas al día e incluir alimentos como el limón, los anacardos o la avena es una gran terapia antiestrés. Asimismo, reducir la ingesta de alcohol tendrá un efecto positivo en el cuerpo evitando el estrés a largo plazo.

También la ausencia de una rutina de sueño puede derivar en problemas como la falta de concentración o la fatiga, que aumentan las posibilidades de sufrir estrés. Además, una incorrecta higiene del sueño tiene efectos negativos a nivel emocional, haciendo a las personas más proclives a sufrir estrés crónico.

Es necesario también mantener cada cierto tiempo una desconexión laboral. Así, acciones como no revisar el correo fuera de la oficina, evitar responder llamadas que no sean urgentes en el tiempo libre o no llevarse el trabajo a casa son claves para que el cerebro desconecte de la actividad del día a día y sea más productivo en el horario laboral. Es fundamental crear un ambiente de trabajo agradable para ello es necesario fomentar las relaciones interpersonales con el resto de compañeros o tener tu zona de trabajo ordenada.

- La prevención es la vía ideal de solución de este problema. Se basa fundamental-

mente en una organización del trabajo más racional, el establecimiento de turnos más equilibrados, la conciliación de la vida laboral y familiar, el desarrollo de un ambiente agradable en el puesto de trabajo, la intervención con los propios trabajadores y el desarrollo de políticas socio laborales promotoras de la salud.

5 Discusión-Conclusión

La Directiva Marco de la Unión Europea en materia de salud laboral y seguridad y la Ley de Prevención de Riesgos laborales obligan a los empresarios a reconocer los problemas de estrés de sus trabajadores y a corregirlos, además de adoptar medidas para que los trabajadores reciban información sobre los riesgos para la seguridad y la salud en el trabajo.

El profesional sanitario sobre todo el personal de enfermería y el profesional no sanitario es un eslabón clave en la cadena laboral de nuestros hospitales, centros de salud, tienen una gran implicación emocional, al estar en contacto con el dolor, la enfermedad y la muerte. Están expuestos al estrés, uno de los problemas y riesgos más frecuentes e importantes en el personal, que últimamente está ocasionando un incremento preocupante de la tasa de absentismo, indicador importante y muy relacionado con la insatisfacción laboral, el estrés, el modelo organizativo y los recursos humanos de un hospital.

El ambiente laboral de un hospital es propenso al estrés, situación que se ha visto agravado por los recortes y la mala gestión sanitaria. La sobrecarga de trabajo, escasez de plantilla y tiempo insuficiente para realizar nuestro trabajo, limitan el tiempo de cuidados que podemos dedicar a los pacientes, creando gran insatisfacción profesional y, en muchas ocasiones, nos vemos superados por la situación, ocasionando síntomas de agotamiento en los profesionales, tanto físicos como emocionales.

Aumentan los episodios violentos, el paciente está descontento, se crispa y descarga sobre el profesional Sanitario y no Sanitario. El abuso y uso inadecuado de contratación temporal en condiciones laborales precarias, el constante cambio de puestos de trabajo y jornadas laborales imposibles de conciliar con la vida laboral y personal, hacen que vivamos en una constante incertidumbre, y han sido el punto de inflexión, dando visibilidad a este problema que está disparando los niveles de estrés laboral a unas cifras intolerables que repercuten gravemente en la calidad asistencial.

Al tratarse de un problema a gran escala en los servicios sanitarios, adoptar técnicas preventivas por las autoridades es crucial. La prevención es clave pero la dificultad de un diagnóstico precoz hace que la actuación sobre el estrés se tenga que producir en fases avanzadas en el momento en el que ya se ve afectado el individuo, paciente o entidad.

La falta de intervenciones y revisiones continuadas de prevención del estrés laboral hace que en la mayoría de casos el estrés no se pueda prevenir, siendo necesaria la actuación sobre el problema cuando ya se encuentra en una fase avanzada.

6 Bibliografía

- Fundación Española del Corazón. <https://fundaciondelcorazon.com>
- Madrid Salud. Página de Salud Pública <https://madridsalud.es>
- Isanidad. <https://isanidad.com>
- Infosalus. <https://m.infosalus.com>
- Muy saludable. <https://muysaludables.sanitas.es>
- MedlinePlus encyclopedia médica. <https://medlineplus.gov>
- Madrid Salud. [Madridsalud.es](https://madridsalud.es)

Capítulo 464

PAUTAS PARA EL DEBIDO CUMPLIMIENTO DE LA PROTECCION DE DATOS EN EL AMBITO SANITARIO

CANDELARIA COVADONGA PÉREZ SÁNCHEZ

JOSEFINA FANJUL SÁNCHEZ

LAUDELINA ALONSO ALVAREZ

1 Introducción

El 25 de mayo de 2018 entró en vigor el nuevo Reglamento de Protección de Datos Personales, con el fin de unificar esta protección en todos los países pertenecientes a toda la Unión Europea.

Todos en alguna momento de nuestra vida somos usuarios del sistema de salud, por este motivo este reglamento hace referencia, en un apartado, a la normativa que se aplica a los tratamientos de datos de salud con el objetivo proteger la intimidad y la confidencialidad de todos los usuarios de los servicios de salud.

Entendemos por intimidad todos aquellos aspectos y actos que se refieren a lo mas profundo de los sentimientos, vida familiar o relaciones con otras personas que se mantienen fuera del alcance público y por confidencialidad aquellos actos que se hacen o dicen en confianza entre dos o varios individuos en confianza y con una garantía de que solo se accederá a esta información a personas autorizadas.

2 Objetivos

Explicar las pautas para el debido cumplimiento de la protección de datos en el ámbito sanitario.

3 Metodología

La información fue recopilada en varias de las principales bases de datos: PubMed, Scielo, Cochrane, Google Académico y en blogs de salud y de normativa de Ley de protección de datos, utilizando las palabras clave CONFIDENCIALIDAD, INTIMIDAD, PACIENTE, PROTECCIÓN DE DATOS, encontrando un total de 62 artículos, de los cuales se seleccionaron varios artículos en base a los objetivos anteriormente descritos. Ui

4 Resultados

Es necesario crear unas pautas básica a seguir para actuar y poder garantizar el derecho a la intimidad y confidencialidad de los pacientes. Ya que actualmente, la atención sanitaria, es realizada por equipos de diferentes profesionales, sanitarios y no sanitarios esto hace que la información sobre la salud del paciente sea expuestas a personas y ocasiones que no sean necesarias por esto, es importante concienciar a los profesionales de la salud, a todos los gestores de datos y en general a toda persona implicada en la asistencia a pacientes de conseguir el mayor respeto posible a la intimidad a la vez que se lleva a cabo el correcto cumplimiento de la normativa correspondiente a la intimidad, confidencialidad y protección de datos.

Los puntos mas importantes para tener en cuenta a la hora de llevar a cabo es la protección de datos, intimidad y confidencialidad son:

- Intimidad física. Debe de respetarse el derecho a la intimidad de todas las personas, en este caso de pacientes y usuarios de instituciones sanitarias y sobre todo de ancianos, enfermos mentales, menores, etc... Al entrar en una habitación, sala de consulta, etc.. hay que llamar previamente a la puerta para así respetar el espacio físico del paciente tanto se encuentre vestido o desnudo. Las puertas de habitaciones y consultas deben estar cerradas, sobre todo cuando se realicen exploraciones o diversos tipos de técnicas sanitarias. Si la habitación es compartida se utilizaran biombos o cortinas separadoras. En las actividades higiénicas, exploraciones y/o cuidados deberán ser comunicadas al pacientes y si es necesario que

se descubra cualquier parte del cuerpo. No se puede grabar ni difundir imágenes de pacientes en los que se les puede identificar sin previa y expresa autorización del mismo

- Sobre la salud del paciente. No se puede revelar ningún tipo de datos personales o sobre salud del paciente sin su expreso consentimiento o sin una norma o ley que lo establezca. Se evitará comentar aspectos sobre la salud en lugares públicos como cafeteras ascensores etc. No se dará información a ningún trabajador del centro que no esté involucrado sobre los datos de un paciente salvo autorización de éste. La información solo se facilitará al paciente o personas allegadas al él por razones familiares o que se haya permitido de manera directa o implícita. Hay que tener en cuenta que el paciente también puede prohibir que se dé información asistencial sobre su proceso a personas determinadas lo cual deberá constar por escrito y ser respetada

Ante preguntas de personas ajenas o no al paciente a trabajadores sanitario o no sanitarios, el profesional los remitirá al paciente, al familiar o donde considere que le informarán correctamente. La información se dará en sitios específico y reservados a tal fin evitando zonas comunes y de paso de público. El personal que tenga acceso a información de datos personales no podrá hacer copias para uso privado o personal

- Historia clínica. Todos los documentos que comprenden la historia clínica deben tratarse de forma que se respete la confidencialidad de los datos. Solo podrá entregarse la historia clínica al paciente o representantes acreditados y autorizados. Los familiares podrán acceder a la información de pacientes fallecidos salvo que esté prohibido explícitamente. Salvo excepciones la información confidencial no debe darse por teléfono. Solo podrán acceder a la historia clínica de un paciente los profesionales que intervengan es el diagnóstico y/o tratamiento. El personal de gestión y administración solo accederá a los datos necesarios para sus funciones. Todos los profesionales conocerán la medida de seguridad y notificarán cualquier anomalía al respecto de la protección de datos

- Ficheros automatizados. Todo los profesionales sanitarios deberán tener una clave de acceso personal e intransferible para evitar los riesgos en la protección a la intimidad y confidencialidad. El personal administrativo solo accederá a aquella parte que deba conocer para realizar su trabajo. Una vez finalizado el acceso se deberá cerrar la sesión para evitar posibles infiltraciones a la información

- Destrucción de documentos. Los documentos con información personal que ya no sean necesarios deberán ser destruidos por completo asegurándose la imposibilidad de poder sacar ningún tipo de dato

5 Discusión-Conclusión

El desarrollo de todas las normas y leyes sobre la protección de datos, intimidad y confidencialidad es muy importante y nos debe de hacer tomar conciencia a todos los profesionales del sector sanitario que en algún momento dado puedan tener acceso a esta información, lo importante que es este tipo de protección y lo fácil que es destruirla. Por lo tanto es obligatorio actuar con mucha profesionalidad y seriedad a la hora del almacenamiento, mantenimiento, trato y cesión de los datos y en la actuación asistencial de pacientes y usuarios de centros sanitarios

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de Salud Pública.
- Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de regulación del tratamiento automatizado de datos de carácter personal.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter Personal.
- Reglamento 45/2001, del Parlamento europeo y del Consejo, de 18 de diciembre del 2000, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales por las instituciones y los organismos comunitarios y a la libre circulación de estos datos .
- Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Guía de protección de datos personales para ser vicios sanitarios públicos. Ed. Civitas. Madrid, 2004.

Capítulo 465

VIOLENCIA DIRIGIDA AL PERSONAL QUE DESARROLLA SU ACTIVIDAD LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO

DIONISIO CASADO FERNÁNDEZ

ARACELI ZAPICO DIAZ

1 Introducción

¿Qué ocurre con los profesionales de todas la categorías sanitarias que sufren diferentes grados de agresividad y violencia en el desempeño de su trabajo? . ¿Qué espera el agresor/a que van a obtener con esa muestra irracional de fuerza? . ¿Afecta cualitativa y cuantitativamente las actitudes agresivas y violentas a la calidad final de la atención sanitaria? . ¿ Se produce sobre una categoría profesional determinada y de un nivel sanitario concreto? . ¿Es exclusivo de nuestro sistema sanitario o estamos ante una situación común en toda la U.E?

Estos interrogantes y muchos más, son a los que esperamos poder encontrar respuesta a través de esta revisión bibliográfica, motivada por un claro cambio en los usos y costumbres que rigen la relación: demandante de atención & personal de los servicios públicos de salud. Tradicionalmente existía un respeto que rayaba el afecto con el personal que vestía bata blanca, era recibido en nuestras casas, cuando las necesidades asistenciales así lo requerían, con la mayor de las atenciones. En la actualidad, independientemente del nivel sanitario al que acudamos o de la categoría profesional de la persona que atiende nuestras demandas,

la crispación parece estar latente y se pretende imponer nuestras propias opiniones clínicas en función de nuestras particulares necesidades del momento, al personal cualificado y en gran mayoría experimentado, que en el desempeño de su labor asistencial, tenemos siempre que lo necesitamos enfrente de nosotros.

Queremos dedicar este modestísimo trabajo a las profesionales asesinadas y a todas aquellas que día a día se exponen en libertad, por ofrecer la mejor calidad asistencial.

2 Objetivos

- Medir cuantitativamente las agresiones sufridas por el personal que desempeña su trabajo en el entorno sanitario, porque realmente es tan grave como parece.
- Intenta encontrar respuesta a cuestiones que se plantean a diario en los centros de trabajo, con las diarias agresiones sufridas, sobre todo de carácter verbal, de la que somos objeto durante el honroso desempeño de nuestro trabajo.
- Poner sobre el papel una tipología de agresión con más trasfondo que la relacionada con la asistencia sanitaria.
- Dar visibilidad a unas de las causas del aumento del estrés laboral continuado y por tanto origen del burnout laboral.

3 Metodología

Esta revisión bibliográfica surgió a raíz de la clasificación de los textos descartados, pero con información relevante acerca de la violencia en el entorno sanitario, durante un estudio realizado sobre el burnout en el mismo entorno laboral. Así que de esos textos, más diferentes publicaciones en papel ya conocidos por nosotros, iniciamos una búsquedas en google Académico con las palabras clave: agresión, trabajador, sanidad, España. El resultado es una gran cantidad de estudios relacionados (más de 1000) en castellano. También se accede a la web de la Organización Médico Colegial (OMC), porque es la organización más activa en la denuncia y lucha contra la violencia en la sanidad Española a todos los niveles profesionales. Además de la web del Gobierno de España.

Los criterios de elección se fijan en textos de los últimos 10 años, referidos exclusivamente a personal de la sanidad tanto pública como privada. Con cifras estadísticas significativamente similares a otros textos, lo que confirma la prevalencia de ese dato. Otro ítem es que aporte resultados desde diferentes perspectivas de

enfoque, con el fin de comprender mejor las diferentes variables que están en el origen de la violencia en el entorno sanitario.

4 Resultados

ESTADO DE LA SITUACIÓN:

La violencia es un tema de salud pública, que está afectando profundamente al conjunto de la población, tanto física como psicología (Paravic Klijn y Burgos Moreno 2018). Produciendo una retroalimentación en la que el daño físico afecta a la psique y viceversa; con lo que las consecuencias son de difícil cuantificación, tanto en lo cualitativo como en su extensión en el tiempo, lo que repercute en la vida personal de los profesionales y en su labor asistencial; con su consiguiente coste económico y de mala imagen para la institución. Es un problema mundial que no sabe de fronteras, de contextos de trabajo, de grupos profesionales, o de escalas laborales, afecta a todo y a todos, de hecho, las cifras indican que más de la mitad del personal que desarrolla su actividad en un centro sanitario, ha sido objeto de algún tipo de agresión (Saldaña García et al 2019).

La violencia sobre el trabajador/a afecta negativamente al desarrollo social y económico sostenido de toda actividad laboral, pero también condiciona negativamente el libre desarrollo de toda actividad de carácter personal. En resumen, atenta contra los derechos y libertades fundamentales de las personas recogidas en el artículo 15 de La Constitución Española (C.E.).

Actualmente, como es bien sabido, la violencia externa explícita e implícita está dentro de los centros sanitarios, aunque no en exclusividad, también los centros educativos tienen el reto de enfrentarse a esta lacra. Es inevitable al principio de esta revisión bibliográfica realizar un similitud entre la sanidad y la educación, puesto que son dos estructura vitales e independientes de toda sociedad moderna que se precie, con evidente imbricación y paralelismo en su interacción social, que nos proporcionan, en conjunto, datos fidedignos de la calidad y nivel del estado del bienestar de la sociedad a la que nos referimos.

Estudios recientes indican que la violencia hacia el personal que desarrolla su trabajo dentro de un entorno sanitario, va inexorablemente “in creciendo”, algunos autores lo identifican con el aumento de la violencia interpersonal (de Juan Mazuelas et al 2017)⁴. Se ha convertido en un problema a escala mundial, que no se limita a la U.E. Es especialmente intrusivo y disruptivo en Europa, Australia y América del Norte. No distingue, como hemos comentado, de contextos de tra-

bajo ni de grupos profesionales (Saldaña et al. 2019).

La violencia, sin ser evidentemente una enfermedad, es un lastre y uno de los mayores handicap a los que se enfrenta la Salud Pública mundial en nuestros días (Paavic Klijn et al 2018).

Dentro de nuestro país, las CCAA con más proporción de agresiones al personal que ejerce su labor en el ámbito sanitario en el año 2018 son: Melilla, Cantabria, Andalucía y Extremadura (www.iSanidad.com)⁵.

Los últimos datos aportados por el informe realizado por el Grupo de Trabajo Técnico de Agresiones a Profesionales del SNS, presentado al Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, en el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, en el pasado mes de octubre de 2019, constata el mantenimiento de la línea ascendente de agresiones, pasando de 8.328 agresiones en el año 2.017 a 9.741 agresiones en el año 2.018. Los datos a día de hoy, parece indicar que durante el presente año 2.019, se superarán, por desgracia siguiendo la tónica ascendente, estas cifras. Además se extraen las mismas conclusiones que en años anteriores: La mayor parte de los agresores son del sexo masculino (60%). La mayoría de las agresiones se dirige sobre el sexo femenino (73 - 78%). Proporcionalmente el mayor número de agresiones se producen en Atención Primaria. En los centros hospitalarios el ranking descendente de más a menos es: consultas, hospitalización, urgencias y puntos de admisión. Para terminar, el 11% es reincidente (www.redacción medica.com)⁶.

El toque de atención de que la situación es alarmante y de alto riesgo la da el siguiente dato: el 25% de toda la violencia laboral, se da en el sector de la sanidad (OIT, OMS, CIE 2002)⁷.

CLASIFICANDO LAS AGRESIONES SUFRIDAS POR EL PERSONAL

Actualmente la sanidad ofrece una cobertura asistencial de 24 H/ 365 días al año, con una cobertura universal y con un carácter asistencial multiprofesional y multidisciplinar; intentando estar siempre a la vanguardia. Si bien no todas las áreas sanitarias ofrecen la misma incidencia con respecto a la violencia, a la cabeza están: La atención primaria y las urgencias. El ranking por número de agresiones al personal es: Médico/a (76,9 %), ATS (72,9%), Auxiliares y técnicos/as (67,9 %), celadores/as (55,6 %). Así mismo, la mayor incidencias es sobre las mujeres (Saldaña García et al 2019), tanto en el sector público como en el privado (Paavic Klijn et al 2018) y la mayor parte de agresores son del sexo masculino (60%) Existe no obstante algún estudio, que indica que la mayor agresión la sufre el sexo

masculino, sin desdecir esos resultados, se puede tomar como “la excepción que confirma la regla”, o también tener en cuenta que “la feminización en la medicina no ha dado el salto a los cargos de responsabilidad” según indica una de las 3 mujeres, frente a 9 hombres, presente en la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, que hasta hace poco estaba exclusivamente formada por 12 hombres (OMC & www.diariomedico.com)⁸. Pero en lo que concuerdan todos los datos es que la incidencia en la sanidad pública es casi cuatro veces mayor que en la sanidad privada (Paravic Klijn et al 2018).

El tipo de agresión más visible es el físico, pero sin embargo el de mayor frecuencia es el verbal, con un 83 % (Paravic Klijn et. al 2018). Las cifras estadísticas indican que el 60% del personal ha sido agredido, pero como se denuncian menos del 40% de las agresiones sufridas por el conjunto de los trabajadores/as, podemos deducir, con poco margen de error, que como mínimo el 71 - 75 % del personal total de un centro sanitario ha sufrido algún tipo de agresión externa. Remarcando lo de como mínimo.

Estas agresiones tienen una secuencia de desarrollo, primeramente verbal, el citado (83 %), con intención intimidatoria y de humillar al profesional y con consecuencias inmediatas y directas para el profesional: Sensación de impotencia (65,91%), sensación de miedo (19,7%), Ansiedad (12,12%), y siempre sentirse desprotegido por la administración. La siguiente fase, la menos habitual, pero que se da tanto desde el propio paciente (18,9%) como desde sus familiares y/o acompañantes (35,8%), e incluso de ambos, paciente y acompañante a la vez (45,3%), y siempre con una preponderancia masculina del (60%) y un significativo porcentaje reincidente (11%), en la agresión propiamente física, sobre el personal en su inmensa mayoría femenino (Ortells et al 2013)⁹.

Las agresiones se sufren en los tres turnos, siendo el de la noche el significativamente de mayor riesgo (40,4 %), seguido por el de mañana (31,9 %) y en último lugar el turno de tarde (27,6 %) (Ortells et al 2013). Son interesantes estas cifras porque la mayor cantidad asistencial se realiza en el turno de mañana, que además es cuando más personal trabaja. Estando reservado el turno de noche, con el personal muy medido por las gerencias, para la asistencia sanitaria mínima e indispensable; incluido el servicio de urgencias donde no están de forma presencial los médicos especialistas, y con los recortes de los últimos años, algunas especialidades, más de las deseadas, sin tan siquiera con busca localizado. Cómo por ejemplo el servicio de neuropediatría del Hospital Universitario Central de Asturias (H.U.C.A), hospital de referencia para todo el Principado de Asturias.

TOMA DE CONCIENCIA DESDE LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO Y DESDE LAS CC AA.

La violencia en sanidad venía saliendo gratis, parecía que iba con el cargo, era una cosa más prendida del bolsillo de la bata. Pero como viene ocurriendo en los últimos tiempos, en el momento que hay una o dos desgracias de las que se hace eco los medios de comunicación y, estos con sus debates de expertos, hace partícipe de ello a toda la ciudadanía, se produce un punto de inflexión que desemboca en una toma de conciencia que llevan a cambios de mentalidad, por medio de la aplicación del espíritu crítico individual primero y su posterior colectivización, apoyado todo ello desde los más media, cambiando para siempre el nivel de conocimiento y de exigencia social con respecto a ese suceso.

Antes del año 2001, cuando saltó a los medios el primer asesinato, los profesionales de los diferentes estamentos sanitarios, ya estaban organizados en sindicatos y/o en organizaciones colegiadas, desde donde se demandaba formación, prevención y protección, pero no se destinó partida presupuestaria ninguna, hasta que se produjeron varias agresiones más con resultado de muerte (Anexo I). Estos desgraciados hechos, repetidos a lo largo de varios años, con el mismo resultado de muerte dolosa, pusieron en movimiento a la administración general del estado, empujados por el cambio de conciencia general y las viejas reivindicaciones de los organismos colegiales y de los sindicatos, entre otros. Hasta entonces los profesionales de la sanidad estaban desamparados en materia de violencia externa. Ahora algo menos. Pero lo que se encontraron en el momento de crear observatorios y realizar estudios, fue una total ausencia de datos internos, tanto a nivel autonómico como estatal. Estaba casi todo por hacer.

Hay que recurrir a publicaciones y estudios a nivel internacional, como por ejemplo: la Organización Mundial de la Salud en el año 2002, publica las directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud (WHO 2002)¹⁰.

La Organización internacional del trabajo (OIT), tras una reunión de expertos en el año 2003 en Ginebra, edita: Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. (OIT 2003)¹¹.

Evidentemente, tanto la O.M.S. como la O.I.T. ya llevaban más de una década observando y estudiando este fenómeno, que va en progresivo aumento. Incluso la misma legislación de la U.E. integra y asume algunas de las definiciones y recomendaciones de la OIT y de la OMS.

CAUSAS POSIBLES DEL DESENCADENANTE DE LA AGRESIÓN:

No hay una sola causa que sea el desencadenante de una agresión, es un asunto multifactorial de tipo social, económico, organizacional y cultural. En lo que respecta a la asistencia sanitaria, vamos a diferenciar entre las causas que afectan a la oferta y la que afecta a la demanda. Algunos de los puntos bien podrían estar en ambas (Izco Larrañeta 2014)¹².

Causas que afectan a la oferta:

- Saturación por sobrecarga de pacientes, como por ejemplo el acudir a urgencias para acortar los tiempos de diagnóstico, por las largas y dilatadas listas de espera, o porque nos conviene diferir la atención médica por motivos subjetivos.
- Tiempos largos de espera en los diagnósticos, sin recibir información fiable y con frecuencia en la sala de espera. Sin que el personal hable con nosotros.
- Tiempos largos en espera a ser ingresados tras un primer diagnóstico que así lo recomienda, por falta de camas. Mala previsión desde la dirección administrativa.
- Obligación de atender a patología no urgente.
- Retrasos en el transporte por ambulancia.
- Poca previsión desde la gerencia al cerrar plantas y no contratar personal suficiente.

.- Causas que afectan a la demanda:

- Envejecimiento de la población.
- Aumento de las enfermedades crónicas que precisan una atención de urgencia permanente. Paciente pluripatológico.
- Aumento de la exigencia por parte del usuario, relacionada con un descenso del nivel educación y desconocimiento del coste al no verse parte del sistema, más que como usuario; sin obligaciones.
- Circunstancias temporales o estacionales.
- Cambios sociales por movimientos de población indocumentados y sin historial ni antecedentes médicos. Estos a su vez conllevan cambios culturales.
- Carácter universal de nuestra sanidad, que no se da en todos los países de nuestro entorno, lo que provoca un efecto llamada.

Además de los factores anteriores, existen otros relativos a las circunstancias personales de cada trabajador que desempeña su labor en un centro sanitario. Las agresiones provocan en el agredido sensaciones que le llevan a la desmotivación, a no sentirse parte de la organización, que a su vez provoca una menor eficacia en su labor asistencial y una menor empatía hacia las personas que trata, aislándose dentro de su entorno laboral. Esto a su vez incrementa el riesgo de ser objeto de nuevas agresiones. Aunque no podemos generalizar porque no todas las personas reaccionan igual ante una agresión, la capacidad de resiliencia es determinante en

la forma e intensidad en la que puede afectar a cada persona y su capacidad de gestión de la situación. (Miret y Martínez Larrea 2010)13.

MEDIDAS LEGALES

Se ha modificado el artículo 550 del Código Penal 14 lo que permite, desde el 1 de julio de 2015, tratar las agresiones de forma homogénea una vez entra la denuncia en el juzgado, pero a día de hoy no ha conseguido contener ni disminuir el número de agresiones. El Gobierno de España crea la figura del Interlocutor Policial Sanitario, con la intención de ofrecer a los profesionales una asistencia y atención personalizada (Ministerio del Interior)15.

PRIMERA MEDIDA PREVENTIVA: ENSEÑAR A PREVENIR

Desde las administraciones autonómicas y desde la administración general del gobierno de España, es primordial y esencial la coordinación y colaboración en materia de violencia sobre los trabajadores, para romper con el tradicional lastre de sensación de abandono que experimentan los profesionales con respecto a esa misma administración, tiene que convertirse en el abanderado de todas las iniciativas encaminadas a la adopción de medidas de formación y protección, también como no, tienen que ser los primeros interesados en que los profesionales puedan trabajar con libertad, lo que redundará en una mayor eficacia en el desempeño de su trabajo, en una buena imagen para la institución y en un considerable descenso en los costes totales de la atención sanitaria, al prevenir: el absentismo laboral, las bajas laborales, la aparición del burnout, etc.. Para ello se pueden tener en cuenta las pautas generales para tratar el problema de la violencia en el lugar de trabajo en el sector servicios (OIT 2003). Los ítems a desarrollar serían:

- políticas de orden global, que incluya tanto las medidas a tomar como los destinatarios.

- Identificación de los riesgos.
- Evaluación de los riesgos.
- Prevención y control
- Formación.
- Control y atenuación de las consecuencias.
- Atención y apoyo a los trabajadores/as afectados.
- Supervisión y evaluación que permita en función de los resultados, realizar las oportunas adaptaciones. De manera que la intervención evolucione y sea flexible adaptándose a las circunstancias.

La aplicación eficaz de este protocolo quedaría plasmada en lograr una forma-

ción permanente y continúa de todos los profesionales en medidas de prevención relativas a las estrategias a seguir ante la aparición de conductas violentas. No podemos perder de vista que una agresión física está precedida de una verbal (83%). Aquí es donde el profesional puede intervenir, si se encauza esta, por medio de las adecuadas estrategia de actuación, el profesional ahorra tiempo y energía, además permitirle controlar su entorno de trabajo.

Si bien es verdad que existen planes de prevención y hojas (modelos) de comunicación escrita en caso de agresión en el centro hospitalario que conocemos (HUCA)¹⁶, los profesionales no cuentan con los medios administrativos concretos para poner en marcha esta maquinaria burocrática, que no se sabe a dónde les lleva. La única opción real del profesional es la denuncia judicial. Todo el desarrollo teórico sobre la implementación de medidas de protección que dan hoy día en una primera intención sobre el papel y en una mera estadística. Es el profesional el que se tiene que dotar de los medios jurídicos adecuado para afrontar la defensa de sí mismo, y por supuesto, afrontar los costes económicos y personales derivados de todo ello.

5 Discusión-Conclusión

De entre todas las conclusiones, a pesar de que algún estudio indican que la mayor parte de los agredidos son del sexo masculino, tenemos que afirmar que la más relevante conclusión es que dentro del total de las agresiones al personal de las instituciones sanitarias (nosotros afirmamos que en su grandísima mayoría del sexo femenino), hay un porcentaje, pendiente de estudio, de agresión claramente machista. Esta violencia machista sobre el personal femenino que trabaja en las instituciones sanitarias pasa desapercibido entre el conjunto total de la violencia de la que son objeto las trabajadoras, lo que permite al agresor actuar impunemente, a voluntad y de forma reiterada; una de sus características. Será difícil de identificar y cuantificar, según está el sistema de denuncias organizado a día de hoy, porque un altísimo porcentaje del total de las agresiones sufridas no se denuncia por diversas causas. Es sencillo concluir, a su vez, que estos agresores también ejercen coercitivamente la violencia machista dentro de su entorno familiar más próximo, y con la persona o personas del sexo femenino, que acompaña o le acompañan a los servicios médicos. Por lo tanto, aunque en su entorno más próximo estuvieran identificados como tales, no existe ningún impedimento para que ejerzan la violencia machista a discreción en el entorno sanitario, puesto que nada los limita ni identifica.

Otra conclusión es la imprescindible necesidad de puesta en funcionamiento de un protocolo de formación continuada que llegue a todo el personal en medidas preventivas, para reconocer los indicativos que manifiesta el inicio de una agresión, para poder reaccionar, en principio con estrategias aprendidas y en todo caso, con la posibilidad de acceder al “botón del pánico” y reclamar ayuda de las Fuerzas de Orden Público (FOP) y/o a los servicios de seguridad privadas adscritos a los centros sanitarios. No debemos dejar de tener presente que no hay agresiones físicas en solitario, siempre hay un preámbulo y un desarrollo, en el que el profesional podría actuar con las herramientas adecuadas, si se le formase en ello. No basta con que esté plasmado por escrito, es necesaria su dotación presupuestaria y su carácter de aplicación universal a los profesionales.

Por último, al estar reconocida y conocida la existencia de estas situaciones de violencia diaria, se debe de buscar los mecanismos administrativos y de gestión para que la denuncia no sea una peregrinación solitaria en el desierto, ni una lucha titánica en solitario. La administración debe de estar a la cabeza durante todo el proceso de la denuncia con la finalidad de poner freno de esta lacra, y el objetivo de dar una respuesta inmediata, a poder ser dentro de las primeras 24 H. Lo que traería 3 beneficios inmediatos: El primero generaría un ambiente disuasorio por la capacidad de respuesta de la administración y su casi inmediatez en la toma de medidas. La segunda permitiría identificar las agresiones machistas que actualmente pasan desapercibidas dentro de la estadística total, porque la buena gestión llevaría a que los profesionales afectados tendieran al 100% de las denuncias, y el tercero y más urgente pero no por ello más importante: poner en manos del personal un sistema ágil y sencillo para realizar una denuncia, que desencadene la inmediata puesta en marcha de medidas de acompañamiento, asesoramiento y defensa legal, así como la necesaria protección de la integridad de los profesionales, garantizando la seguridad tanto en el ejercicio de sus responsabilidades laborales como en los desplazamientos desde y hacia los centros de trabajo, así como su libre acceso al puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- Paravic Kljin T, Burgos Moreno M. Prevalencia de la violencia física, abuso verbal y factores asociados en trabajadores/as de servicios de emergencia en establecimientos de salud públicos y privados. (2018). REV. MED. CHILE 146 (6). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000600727>.
- Saldaña García R, Pousadas González A, Bernabé Espigar R, Burgos

- Adán C, Esteban Manjón MI, Toledo Soriano A. Agresiones al personal de los Servicios de Urgencias. (2019). REV. ENF. CYL 11(1). Disponible en: <http://www.revistaenfermeriacyl.com/i>
- Constitución Española de 1978. BOE 311, de 29 de diciembre de 1978, Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)).
 - de Juan Mazuelas A.I, Sánchez Benito C, Martínez León C & Martínez León M. Las agresiones a profesionales sanitarios. Estado actual de la investigación. (2017). Rev. dialisis y trasplante 38. Universidad de Valladolid. Disponible en: <http://www.sedyt.org/>
 - WEB: iSanidad (www.iSanidad.com). 490 agresiones a médicos en 2018: lo importante es el hecho no la cuantía. (2019). Disponible en: <http://isanidad.com/135741/490-agresiones-a-medicos-en-2018-lo-importante-es-el-hecho-nola-cuantia/>
 - web: www.redaccionmedica.com <https://www.redaccionmedica.com/s>
 - Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud e Internacional de Servicios Públicos. (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector salud. Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/>
 - web: www.redaccionmedica.com .Disponible: <https://www.redaccionmedica.com/>
 - OMC. Disponible en: <https://www.cgcom.es/deontologia>
 - Ortells Abuyé N, Muñoz Belmonte T, Paguina Marcos M, Morató A, Lorente I. Caracterización de las agresiones producidas al personal sanitario del servicio de urgencias en un hospital comarcal. (2013). Enferm. glob. vol.12 no.30. Murcia. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200010
 - WHO. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. (2002) Disponible en <https://www.who.int/>
 - OIT . Repertorio de recomendaciones prácticas sobre la violencia en el lugar de trabajo en el sector de los servicios y medidas para combatirla. (2003). Disponible en: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms_112578.pdf
 - Izco Larrañeta A. Propuesta de mejora: tiempo de espera para ingresar del paciente en urgencias. Proyecto fin de Master. Universidad pública de Navarra (2014). Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/>
 - Miret C, Martínez Larrea A. El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout. (2010) Anales Sis San Navarra. vol.33, suppl.1, pp.193-201. ISSN 1137-6627.

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Disponible en: <https://www.boe.es/>
- Gobierno de España - Ministerio del Interior. El interlocutor policial Nacional. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/>
- HUCA . Protocolo de actuación ante agresiones al personal sanitario. Disponible en: <http://www.hca.es>

Capítulo 466

ESTRÉS POSTVACACIONAL

ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

El estrés postvacacional se ha convertido en una patología cada vez más habitual. Se trata de un conjunto de síntomas que se manifiestan cuando nos reincorporamos a nuestras obligaciones laborales tras un periodo de vacaciones. Se presenta más frecuentemente en trabajadores de entre 45 y 55 años que han experimentado un cambio en sus ritmos biológicos.

2 Objetivos

Mediante la adopción de unas pautas de comportamiento se pretende atenuar o eliminar los trastornos y molestias que se generan en el regreso a la rutina profesional.

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

Dado que se trata de un trastorno provocado por la vuelta al entorno laboral es necesario replantearse ciertos comportamientos. Se recomienda programar el regreso del destino vacacional con antelación en lugar de volver el día antes, ya que así se pueden ir reajustando los ritmos biológicos más paulatinamente; a esto habría que añadirle la importancia de respetar las horas de sueño, puesto que un descanso insuficiente agrava los síntomas del estrés.

Es fundamental moderar el consumo de alcohol y cafeína, sustancias que agudizan el problema; por el contrario, resulta muy beneficioso el ejercicio físico, ya que la liberación de endorfinas que produce colabora a minorar los efectos adversos de este trastorno.

Respecto al tiempo libre del que se disponga, hay que destacar la conveniencia de buscar algún hobby; esto permite liberar la mente de preocupaciones meramente laborales, ayudando a “desconectar” de lo que provoca el estrés.

En el entorno laboral hay que aprender a decir “no” de vez en cuando y no ceder a las exigencias impacientes de los demás. Es imperativo disponer de cierto tiempo para organizarse y emprender las tareas comenzando por las más sencillas y priorizando las más urgentes.

Fijarse en los pequeños detalles positivos, como recibir una bienvenida amable por parte de los compañeros de trabajo, tomarse un café con ellos y contarles cómo han ido las vacaciones supone una gran ayuda para retomar la rutina con más facilidad.

Evitar que volver al trabajo tras un periodo de descanso pueda traducirse en la aparición de problemas psíquicos, como por ejemplo depresión o ansiedad, que pueden derivar incluso en otros de carácter físico; los más frecuentes, dolor de cabeza y espalda, molestias digestivas, pérdidas de memoria y cansancio generalizado.

5 Discusión-Conclusión

Aunque no está aceptado como enfermedad, tiene incidencia en una gran parte de la población. Suele desaparecer a los 10 ó 15 días de manera natural, pero se recomienda seguir ciertas pautas para minimizar los efectos adversos del mismo.

6 Bibliografía

- Revista DIALNET.
- Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría SCIELO.

Capítulo 467

INSTRUCCIONES PREVIAS

LAURA GÜIMIL GARCÍA

RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ

1 Introducción

Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta de manera anticipada su voluntad, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, con el objeto de que se cumplan sus indicaciones en situaciones cuyas circunstancias no permitan expresarlo personalmente. También se podrá dejar constancia de la voluntad sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo una vez llegado el fallecimiento.

2 Objetivos

Explicar en qué consiste el registro de instrucciones previas.

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

- Objetivos de la Planificación Anticipada, según Peter Singer y Douglas K. Martin.
- De las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas a la Planificación de Decisiones. Inés María Barrio Cantalejo.
- B.O.E. n° 274, de 15 de noviembre de 2002or mí? Simón P. Barrio.

Capítulo 468

FORMAS DE MEJORAR EL PERFIL DEL PERSONAL NO SANITARIO

VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

El mentoring es un recurso de cambio y mejora. Una metodología práctica destinada a desarrollar el potencial de las personas, basada en la transferencia de conocimientos y en el aprendizaje a través de la experiencia.

2 Objetivos

Conocer el proceso de mentoring.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica sobre el tema, usando términos como: mentoring, trabajo en equipo, docencia. Para ello he realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Este proyecto enfocado al aprendizaje y asesoramiento para la transmisión de conocimientos, mediante programas que contando con una buena coordi-

nación interna, comunicación y expectativas claras, un contexto estructurado, metodología clara y una cuidada selección de mentores y mentorados, manteniendo una relación profesional entre todas las partes, son la base para asegurar el éxito de buenos profesionales no sanitarios.

Dentro del contexto sanitario se han ido incorporando progresivamente una serie de competencias que pretenden ser la guía en la formación de los futuros profesionales, adaptando su perfil a las actuales demandas de los usuarios y del propio sistema. Esta adquisición de competencias se fundamenta en una formación académica que se ve complementada con la formación práctica, a través de la cual se plantea la consecución de unos objetivos encaminados a ser capaces de asumir la responsabilidad profesional específica. Por ello, se precisa de mentoring como un proceso de acompañamiento y apoyo en la tarea a desempeñar, así como la integración en el grupo o institución de referencia. El mentor/tutor es un profesional con amplia formación y experiencia que asume la responsabilidad de orientar y asesorar al mentorizado en su desempeño profesional

5 Discusión-Conclusión

Estos programas aseguran una adecuada transferencia de conocimientos y desarrolla profesionales con gran potencial, todo ello con la gran ventaja que supone un coste menor que otros sistemas de formación

6 Bibliografía

- P. Gisbert Javier, La relación mentor- aprendiz en medicina, ELSEVIER [internet], 2017 [consultado 20 Nov 2019], 40(48-57). Disponible en: : <https://www.elsevier.es>
- Soler Anglés María Rosa, Mentoring, Barcelona: ediciones Gestión 2000 S.A.; 2003
- Goleman Daniel, Social intelligence.11th. España: Editorial Kairós S.A.; 2019
- Catalao Joao Alberto, Penim Ana Teresa, Ferramentas de mentoring. Lisboa: LIDEL Edicoes técnicas Ida; 2019

Capítulo 469

IMPORTANCIA DE TRABAJAR EN EQUIPO

VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Un equipo de trabajo es un conjunto de personas que interactúan entre sí intensamente de forma que cada uno influye en los demás y éstos influyen en ella, para conseguir un objetivo o satisfacer ciertas necesidades.

2 Objetivos

- Favorecer la creatividad y crear soluciones más efectivas a los problemas.
- Mezclar talentos complementarios.
- Reducir el estrés, repartir las tareas y las responsabilidades.
- Incrementar la productividad y un trabajo de mejor calidad.
- Involucrar a todo el equipo en la toma de decisiones.

3 Metodología

Se realiza un estudio cualitativo con un grupo focal de dieciocho profesionales repartidos en cinco grupos independientes de cuatro médicos, cuatro enfermeras, tres trabajadores sociales, cuatro auxiliares administrativos y tres celadores.

4 Resultados

Tras el estudio se especifican como fundamentales para el buen funcionamiento de quipo la definición de objetivos, la delimitación clara y estructurada de las funciones de cada grupo profesional, la participación de todos sus componentes en la toma de decisiones, la comunicación y las actividades activas y facilitadoras del trabajo en equipo.

Se plantean como alternativa la formación, las acciones del coordinador, la mayor realización de reuniones y el cambio de actividades.

5 Discusión-Conclusión

Aprender a trabajar de forma efectiva como un equipo requiere de tiempo, dado que todos los miembros han de adquirir habilidades y capacidades tanto sociales, profesionales y personales.

Debemos saber mejorar y cambiar e impregnar el sistema nacional de salud con un espíritu real de equipo y colaboración.

6 Bibliografía

- Viñas Maestre M., Catel Simon S., Opiniones y expectativas de los profesionales de atención primaria sobre el trabajo en equipo, ELSEVIER [internet], 2000 [consultado 26 Dic 2019], 26(309-313). Disponible en: : <https://www.elsevier.es>.
- Borrell Francesc, Cómo trabajar en equipo, Barcelona: ediciones Gestión 2000 S.A.; 1996.
- Hidalgo Ortega Maria Luisa, Díaz Zazo Pilar, Relaciones en el equipo de trabajo. Madrid: Editorial Editex, S.A.; 2004.

Capítulo 470

BURNOUT, SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO EN EL TRABAJO.

LAURA GÜIMIL GARCÍA

RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ

1 Introducción

Nuestro país ha experimentado una transformación importante en las últimas décadas en un contexto sociocultural. Por ello, las nuevas exigencias del trabajo y el desajuste entre los requisitos del puesto en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto han originado la aparición de nuevos riesgos denominados psicosociales, entre ellos El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) o Síndrome de Burnout (agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y cinismo), cuya prevalencia se ha ido incrementando y que ha venido a constituirse en un problema social y de salud pública que conlleva, un gran coste económico y social.

2 Objetivos

Como objetivo individual y personal es saber detectar si tenemos SQT o si estamos ante un caso aislado de estrés laboral. Algunos de los primeros síntomas son el aburrimiento, agotamiento, cansancio, desgaste, estrés, fatiga y desgana, que pueden ser muy comunes de manera puntual pero peligroso si se alarga en el tiempo.

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 Síndrome Burnout fue nombrado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger. Es un tipo de estrés laboral continuado y de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la salud mental del trabajador, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones.

El término Burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral crónico generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda, por ello es fácil que se de en hospitales y centros de salud.

5 Discusión-Conclusión

Hoy en día tenemos suficiente información para saber que nos sienta bien para combatir ese malestar generado por la jornada laboral, todo lo que hacemos en nuestro día afecta a nuestra salud emocional, la importancia de una dieta sana, hacer ejercicio o evitar los atascos son algunos de los principales consejos. Pero hay algo que no sabemos gestionar y son las relaciones humanas, la gente que trabaja de cara al público es la que más estrés sufre. No podemos controlar lo que hacen o dicen otras personas, por ello en vez de frustrarnos por algo que no está en nuestras manos debemos tomar la responsabilidad sobre nosotros, y la manera de hacerlo es decidiendo que es lo que te afecta y que no, sin tomar las cosas que nos dicen otros como algo personal, porque no lo es. Si tratas con respeto y deferencia a una persona y ésta decide ser de algún modo irrespetuosa, no es algo personal, está proyectando sus frustraciones en el otro, eso no se puede controlar, pero puedes gestionarlo viéndolo con perspectiva y dejarlo pasar, o

tomándolo como un ataque y quedarte con lo negativo.

6 Bibliografía

- Pedro R. Gil-Monte, EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (BURNOUT) Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar. Ediciones Pirámide.
- Martín, Ramos Campos y Contador Castillo (2006) “Resiliencia y el modelo Burnout-
- Psicología sin Fronteras
Revista Electrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria 2008,
Vol. 3, No 1, Febrero (2008), pp. 16-19
ISSN 1851-3441
- María Atalaya P. El Estrés Laboral y su influencia en el trabajo

Capítulo 471

GESTIÓN AMBIENTAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

SARA BEJEGA LONGUEIRA

1 Introducción

Nuestra calidad de vida está íntimamente ligada con el entorno en el que vivimos. El agua que bebemos, las verduras que comemos, la calidad del aire que respiramos,... Todo influye en nuestro bienestar.

Debido a la dinámica de su actividad y su relación causal con elementos externos, las instituciones hospitalarias en su condición de prestadoras de servicios pueden provocar efectos en el entorno circundante y generar desequilibrios en los ambientes físico, químico y biológico al igual que cualquier industria.

El impacto ambiental del sector salud es muy significativo, debido en su mayoría al consumo intensivo de agua y energía, y a la generación de residuos tanto biológicos como de material y equipo médico.

Podemos decir que la actividad de los hospitales genera impactos ambientales que, sin un manejo adecuado, originan riesgos para la salud humana y ambiental. Por esta razón, es necesario gestionar los riesgos que puedan producir.

Las dos características que definen a la Sanidad Ambiental son que sus actividades están dirigidas a la prevención primaria, es decir a evitar la aparición de enfermedades, y que el nivel de atención es el comunitario, se actúa para prevenir los riesgos que pueden afectar a la población. Es decir que podemos decir sin riesgo a equivocarnos que la Sanidad Ambiental forma parte de la Salud Pública

y si todavía queremos apurar más diríamos que la Sanidad Ambiental es, sobre todo, protección de la salud.

2 Objetivos

- Promover desde las Gerencias una verdadera política preventiva, basada en la implantación de un Sistema de Gestión Ambiental en los hospitales que permita afrontar los principales riesgos y combatirlos para asegurar así un nivel de calidad en los diferentes centros hospitalarios.
- Prevenir la contaminación y minimizar los impactos ambientales producidos por la actividad de los distintos centros, en especial los debidos a la generación y gestión de residuos sanitarios, así como los derivados del uso de recursos energéticos.
- Fomentar y promover actuaciones de investigación, educación, y formación en sus áreas de referencia.
- Controlar periódicamente aspectos ambientales de las instalaciones, adoptando acciones correctivas cuando fuese necesario, tanto en situación normal de funcionamiento como en las situaciones de emergencia.
- Establecer y revisar periódicamente objetivos y metas a mejorar.
- Documentar, implantar y mantener al día un Sistema Integral de Gestión Ambiental que integre de forma específica la gestión energética, comprobando periódicamente su eficacia, como base para la mejora continua del desempeño ambiental y energético.
- Potenciar entre los profesionales de los Centros, proveedores, usuarios y otras partes interesadas la concienciación y sensibilización 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, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La prevención de riesgos ambientales se apoya en un procedimiento técnico basado en la identificación, análisis y evaluación de riesgos y la adopción de medidas preventivas y de control para cumplir las normas de protección ambiental. Este proceso debe de contar con la colaboración y participación de los trabajadores del centro, la Dirección y los responsables de las unidades clínicas, en materias como: residuos biosanitarios, residuos tóxicos y peligrosos, efluentes líquidos, emisiones a la atmosfera, etc.

La metodología a seguir es un proceso de mejora continua que se encuentra organizado en una serie de etapas:

- Responsabilidad por parte de la alta dirección.
- Programar las actuaciones y diagnóstico ambiental para determinar impactos ambientales reveladores.
- Establecimiento de acciones planificadas: se debe realizar formación entre el personal que trabaja en la empresa, así como estar disponible correctamente todos los documentos y procedimientos necesarios para alcanzar los objetivos ambientales.
- Registro del sistema y corrección de desviaciones:
- Implantar acciones correctivas para evitar que se repita.
- Definir las acciones preventivas para evitar la aparición de otros puntos.
- Adoptar medidas para reducir en la medida de lo posible el impacto generado.
- Investigar las causas que han podido generar dicha situación.

Se pone especial énfasis en el cumplimiento de la legislación, el conocimiento y la información al personal que trabaja en el centro y, sobre todo, orienta su gestión hacia la prevención de posibles impactos ambientales a través del control operacional documentado en procesos y el establecimiento de objetivos y metas que permitan la mejora de la gestión de la organización.

La gestión de los residuos sanitarios, por su variedad, cantidad y naturaleza, es la variable ambiental más importante en un centro sanitario. Por este motivo, se debe de poner en marcha una serie de medidas para la:

- Reducción de las cantidades de residuos que se generan.
- Mejora de la segregación de la fracción de los mismos que requieren tratamiento especial.
- Adecuación de las instalaciones destinadas a estos fines con la construcción de puntos limpios en los hospitales.

- Implementar las opciones de gestión más respetuosas con el medio.

Favoreciendo así la seguridad, tanto para los pacientes como para el personal que los maneja, minimizando el riesgo de problemas ambientales y contribuyendo a la mejora de la salud pública.

La variable “medio ambiente” incluye el conjunto de aspectos que afectan a la salud, que son externos al cuerpo humano y sobre los que el individuo tiene poco o nulo control. Las personas no pueden, por sí mismas, garantizar que los medicamentos, cosméticos, suministro de agua, etc., sean seguros y estén libres de contaminantes, que los riesgos para la salud derivados de la calidad del aire, del agua, del ruido, etc. estén controlados, que se evite la propagación de enfermedades transmisibles, que se lleve a cabo una eliminación eficaz de los residuos urbanos y aguas residuales y que el ambiente social (en el que se desarrolla vida), no sea fuente de riesgos para la salud”. Pero sí podemos decir que con la correcta gestión ambiental en los hospitales podemos asegurar la prestación de un servicio sanitario de calidad teniendo en cuenta el equilibrio de los aspectos económicos, sociales y ambientales, aspectos clave para el correcto funcionamiento de cualquier edificio público y, de forma muy especial, de los edificios sanitarios debido a la singularidad de las actividades que en ellos se realizan.

5 Discusión-Conclusión

Partiendo del análisis realizado en el proyecto de investigación, y teniendo en cuenta los objetivos de la misma, se puede deducir que:

- Desarrollar políticas ambientales permite disminuir la contaminación y mejorar el desempeño ambiental a partir de principios de eco eficiencia y sostenibilidad.
- El Ingenio contribuye a la disminución del impacto ambiental, desarrollando campañas internas como clasificación de residuos.
- Mejora la calidad de los servicios que se puedan prestar en los centros hospitalarios y aumento de la eficacia en el desarrollo de sus actividades gracias a la definición y documentación de procedimientos e instrucciones de trabajo y la adopción de medidas correctoras preventivas.

Los hospitales deben elaborar e implementar un sistema de gestión ambiental enfocado a minimizar, controlar y mitigar todos los impactos ambientales en su entorno y no solo a verificar y controlar los procesos propios de su actividad en la prestación de servicios en salud en función del paciente; el alcance debe incluir aspectos ambientales del entorno externo de su actividad. Más que instituciones

que no contaminen, los centros médicos pueden convertirse en instituciones generadoras de salud ambiental en su entorno a través del trabajo con la comunidad y el establecimiento de programas conjuntos que lleven los beneficios más allá del límite de sus instalaciones.

6 Bibliografía

- <http://madridsalud.es/sistema-gestion-ambiental/>
- http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500578/n3.11_Gesti__n_ambiental_-de_centros_sanitarios.pdf
- <http://www.huvv.es/s>
- <https://repository.usta.edu.co/b>

Capítulo 472

PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ

1 Introducción

En ámbito sanitario se manejan habitualmente una gran cantidad de datos personales, siendo especialmente importantes y sensibles para el paciente, por lo que es sumamente importante que el personal que los maneja respete la normativa existente en protección de datos.

La protección de datos es un derecho fundamental, recogido en el artículo 18 de la Constitución Española y regulado por la Ley Orgánica de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD). En la mayoría de las ocasiones, la vulneración del derecho a la protección de datos se produce por dos motivos principales: por un lado, la ignorancia de dicho derecho fundamental, y por otro lado, de forma voluntaria con la intención de procurar una adecuada asistencia sanitaria a sus pacientes.

En cualquier sistema sanitario nos encontramos, además de con datos de carácter personal, con datos de salud o datos sensibles, por lo que el personal que maneja estos datos debe conocer la legislación aplicable y las posibles consecuencias de no respetarla adecuadamente, pudiendo cometer un delito que supondría unas sanciones según el tipo de infracción cometida.

2 Objetivos

- Recoger los principales puntos de la normativa de protección de datos orientada al personal de los centros sanitarios.
- Conocer los mecanismos para el cumplimiento de la misma.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diciembre de 2019, con búsqueda en las bases de datos de “Scielo” y “Dialnet”, así como en el buscador Google académico, utilizando las palabras clave “protección de datos” y “ámbito sanitario”.

Como criterios de inclusión se han empleado: centros sanitarios en España, idioma castellano y texto gratuito; de exclusión: trabajos publicados previamente al año 2010.

4 Resultados

La seguridad de la información de salud es un conjunto de medidas (administrativas, organizativas, físicas, técnicas, legales y educativas) dirigidas a protegerla frente al acceso, uso, divulgación, alteración, modificación o destrucción no autorizadas, con el fin de proporcionar los 3 pilares básicos: confidencialidad, integridad y disponibilidad de la misma.

La confidencialidad se refiere al proceso que asegura que la información es accesible solo para aquellos usuarios autorizados a tener acceso a la misma. Es el principio básico de la política de seguridad del entorno sanitario. El acceso a esta información personal de salud debe ser estrictamente controlado de acuerdo con las consideraciones legales y éticas para asegurar que solo sea para el personal autorizado. El segundo pilar, la integridad, se refiere a la obligación de garantizar que la información sea exacta y no se pueda modificar de manera no autorizada. Por último, la disponibilidad consiste en garantizar que se proporcione información a los usuarios autorizados en el momento en que se requiere.

Los datos personales de salud incluyen cualquier información relacionada con un determinado paciente, ya sean en formato electrónico, escrito u oral. Suelen contener un identificador, como el nombre, la fecha de nacimiento, el número de

teléfono, la dirección de correo electrónico, etc., que los relaciona con la identidad del paciente de manera inequívoca.

A la hora de garantizar la seguridad en cualquier entorno, además de tener las medidas técnicas y legales adecuadas es de vital importancia el factor humano, ya que con frecuencia los mayores problemas de seguridad se presentan por errores o descuidos en el hacer diario del personal. Las organizaciones sanitarias generalmente no emplean trabajadores con habilidades en tecnologías de la información o con formación en materia de seguridad, y suelen olvidar las amenazas internas a la hora de planificar la estrategia de seguridad. El tratamiento de los datos personales, incluidos los de carácter sanitario, están sometidos al deber de confidencialidad por parte tanto de los responsables y encargados del tratamiento, como de todas las personas que intervengan en cualquier fase de éste.

La LOPDGDD incorpora dos nuevas obligaciones que deben asumir tanto los responsables como los encargados del tratamiento también en el ámbito sanitario:

- La adopción de medidas técnicas y organizativas apropiadas para garantizar y acreditar que el tratamiento de los datos personales se efectúa conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos. Se trata de una obligación de gran importancia en el entorno sanitario por cuanto uno de los supuestos que mayores riesgos presenta para el tratamiento de la información, son todas aquellas situaciones de pérdida de confidencialidad de datos sujetos al secreto profesional, supuestos en los que se lleve a cabo el tratamiento de datos de grupos de afectados en situación de especial vulnerabilidad, y en particular de menores de edad y personas con discapacidad, y cuando se produzca un tratamiento masivo que implique a un gran número de afectados o conlleve la recogida de una gran cantidad de datos personales.
- La obligación de designar un Delegado de Protección de Datos por parte de los centros sanitarios legalmente obligados al mantenimiento de las historias clínicas de sus pacientes. La singularidad de los datos sanitarios, la complejidad organizativa del servicio de salud y el volumen de información que tratan las Instituciones Sanitarias hacen necesaria la existencia de un Delegado de Protección de Datos específico para sanidad.

Esta nueva normativa de protección de datos se funda en un modelo basado en la responsabilidad proactiva de los responsables del tratamiento de los datos, y lejos de delimitar medidas o niveles de seguridad concretos, parte de la idea de que cada tratamiento concreto precisará de unas medidas de seguridad que se

adapten al mismo. Estas medidas deberán garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo concreto, debiéndose tener particularmente en cuenta los riesgos que presenten ciertas contingencias que pueden darse al efectuar el tratamiento de los datos, entre las que se contempla específicamente el acceso no autorizado a los mismos. La falta de adopción de todas estas medidas suponen la comisión de infracciones de carácter grave.

Por otra parte, y para los supuestos que entrañen un alto riesgo para los derechos y libertades de las personas físicas se prevé la obligación para el responsable del tratamiento de proceder a la evaluación del impacto de las operaciones de tratamiento en la protección de los datos personales.

Todas estas medidas de seguridad se completan, por un lado, con la previsión de la creación de códigos de conducta a los que los responsables y encargados del tratamiento pueden adherirse, los cuales se identifican como directrices de “buenas prácticas para mitigar el riesgo”. Y, por otro, se establecen sistemas de certificación de cumplimiento con la legislación en materia de protección de datos.

En último lugar, y como medida de cierre del sistema de seguridad, reviste gran importancia el deber de comunicar la violación de la seguridad de los datos tanto a la autoridad de control, como, en algunos casos, al propio interesado, y de hacerlo en el menor plazo posible, resultando, además, que la falta de esta comunicación supone la comisión de infracciones de diversa gravedad. Todo lo antedicho conformaría, así, el marco general que aporta la nueva legislación de protección de datos.

5 Discusión-Conclusión

- El derecho a la intimidad está reconocido constitucionalmente, por lo que se debe exigir a los centros sanitarios que respeten rigurosamente la normativa existente sobre protección de datos.
- Es de suma importancia formar a los profesionales que tengan acceso a datos de salud, sobre dicha normativa, para evitar que se vulneren los derechos de las personas en materia de protección de datos de salud.
- Es necesario que el Estado acompañe la legislación con políticas públicas que incluyan un conjunto de acciones y estrategias para alcanzar una protección real al derecho a la autodeterminación informativa de las personas.
- En sanidad es cierto que en el día a día de los centros sanitarios se manejan archivos con información de salud de las personas, con fines legítimos para el

bienestar de los pacientes, pero tales fines no pueden justificar en modo alguno un trato discrecional y arbitrario de dicha información sin contemplar la distinta normativa existente.

- Deben respetarse las obligaciones de seguridad de la información personal de cada ciudadano, que cada centro o entidad lleve a efecto para el cumplimiento de sus objetivos institucionales.
- Todos aquellos profesionales que en algún momento puedan estar habilitados para acceder a la información médico-sanitaria, implica una actitud comprometida con la seguridad de los datos y la protección de los mismos en beneficio de las personas concernidas, evitando que actuaciones negligentes o meramente pasivas puedan dar lugar a vulneraciones de los derechos fundamentales de los pacientes a la protección de su intimidad, imagen o dignidad.

6 Bibliografía

- Biedma, JM. Medina, JA (2018) Principios en materia de protección de datos en el ámbito sanitario.
- Biedma, JM. Medina, JA (2018) La protección de datos en el ámbito sanitario.
- Sánchez Henarejos, Ana. Fernández Alemán, Jose Luis. Toval, Ambrosio. Hernández Hernández, Isabel. Sánchez García, Ana Belén. Carrillo De Gea, Juan Manuel (2014) Guía de buenas prácticas de seguridad informática en el tratamiento de datos de salud para el personal sanitario en atención primaria.
- Lomas Hernández, Vicente. (2019) I+S: Revista de la Sociedad Española de Informática y Salud: Principales novedades de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales desde la perspectiva sanitaria.
- Casanova Acencio, Andrea Salud (2018) Bioderecho.es: Revista Internacional de Investigación en Bioderecho: Mecanismos de prevención del acceso indebido a la historia clínica y nueva legislación de protección de datos.

Capítulo 473

SEGURIDAD Y SALUD EN LA ADMINISTRACIÓN

RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ

LAURA GÜIMIL GARCÍA

1 Introducción

El trabajo administrativo es un trabajo sedentario y repetitivo. Como en cualquier puesto de trabajo necesario dar la atención e importancia que se merece a toda la parte de prevención de riesgos laborales. Esta es una parcela de responsabilidad compartida en la que tanto el personal administrativo como la empresa, en este caso la Administración, deben cumplir su parte.

Los trastornos musculoesqueléticos son una de las principales causas de IT en el personal administrativo además de que una deficiente atención a aspectos del entorno en el puesto de trabajo en el que se está una importante cantidad de horas a lo largo de la vida, pueden afectar en gran medida a la salud general de la persona.

2 Objetivos

Explicar la importancia de la seguridad y salud en la administración sanitaria

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

Ser revisa información sobre las legislación en materia de Seguridad y Salud aplicable a la Administración y se indaga sobre las principales áreas a tener en cuenta para la prevención de lesiones y afecciones relacionadas con el puesto de trabajo con el fin de poner de manifiesto la importancia de la ergonomía y la higiene postural en el trabajo, concretamente en puestos administrativos, plasmando las recomendaciones para evitarlas o reducirlas en la medida de lo posible, así como herramientas que facilitan la ergonomía del puesto de trabajo y facilitan al personal el desempeño de su labor de una manera más eficiente y saludable.

Existe un marco legislativo abundante que recoge la normativa aplicable en materia de Prevención de Riesgos laborales que pone de manifiesto la importancia de este tema en el panorama laboral general y, por lo tanto en las Administraciones. Entre las leyes más importantes que hacen referencia a este tema están. Constitución Española de 1978:

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 54/2003 de 12 de diciembre, de Reforma del Marco Normativo de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto Legislativo 1/ 1995 de 24 de marzo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Ley 14/6/2007 Estrategia Española de seguridad y Salud en el trabajo.
- Ley 7/2007 de 12 de Abril Estatuto Básico del Empleado Público

Estas normas enmarcan los derechos y deberes de empleados públicos y los principales agentes responsables de prevención en el ámbito de la Administración.

Delegados de prevención y comité de seguridad

Los delegados de prevención de riesgos son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos en el trabajo que

según consta en el artículo 36 de la LPRL tienen las funciones de:

- Colaborar con la administración en la mejora de la acción preventiva.
- Promover y fomentar la cooperación de los empleados públicos en la ejecución de la normativa de PRL.
- Ser consultados por la Administración, con carácter previo a su ejecución (art. 33 de la LPRL)
- Labor de vigilancia y control sobre el cumplimiento de la normativa en PRL

El número de los delegados/as de prevención se ajustará según la escala establecida (artículo 35.2 de la LPRL). Se podrá pactar en Acuerdo o Convenio Colectivo, el elegir proporcionalmente entre funcionarios y laborales según el censo de los mismo en el organismo público donde se vayan a elegir.

- De 50 a 100 empleados públicos: 2 delegados/as de prevención.
- De 101 a 500 empleados públicos: 3 delegados/as de prevención.
- De 501 a 1.000 empleados públicos: 4 delegados/as de prevención.
- De 1.001 a 2.000 empleados públicos: 5 delegados/as de prevención.
- De 2.001 a 3.000 empleados públicos: 6 delegados/as de prevención.
- De 3.001 a 4.000 empleados públicos: 7 delegados/as de prevención.

El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinada a la consulta regular y periódica de las actuaciones de las Administraciones en PRL (art. 38 LPRL).

Sus competencias están reguladas en el artículo 39 de la LPRL y son:

- Participar en la elaboración, puesta en práctica y evaluación de los planes y programas de prevención de riesgos en la administración.
- Promover iniciativas sobre métodos y procedimientos para la efectiva prevención de los riesgos.

Sus facultades son:

- Conocer la situación relativa a la PRL en el centro de trabajo, realizando las visitas que estime oportunas.
- Conocer todos los documentos e informes relativos a las condiciones de trabajo.
- Conocer y analizar los daños producidos en la salud o en la integridad física de los empleados públicos.
- Conocer e informar de la memoria y programación anual de los servicios de prevención. Además estarán facultados para todo lo que se regule a través de la negociación colectiva.

Riesgos laborales relacionados con la ergonomía

La importancia de la ergonomía en la oficina es un factor clave para facilitar el desempeño del trabajo en unas óptimas condiciones.

- Según la Asociación Internacional de Ergonomía, la 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.
- Según la Asociación Española de Ergonomía, la ergonomía es el 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, seguridad y bienestar.

Los principales objetivos de la ergonomía y de la psicología aplicada son los siguientes:

- Identificar, analizar y reducir los riesgos laborales (ergonómicos y psicosociales).
- Adaptar el puesto de trabajo y las condiciones de trabajo a las características del operador.
- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, no sólo bajo el ángulo de las condiciones materiales, sino también en sus aspectos socio-organizativos, con el fin de que el trabajo pueda ser realizado salvaguardando la salud y la seguridad, con el máximo de confort, satisfacción y eficacia.
- Controlar la introducción de las nuevas tecnologías en las organizaciones y su adaptación a las capacidades y aptitudes de la población laboral existente.
- Establecer prescripciones ergonómicas para la adquisición de útiles, herramientas y materiales diversos.
- Aumentar la motivación y la satisfacción en el trabajo.

Concepción y diseño de los puestos de trabajo

Un adecuado diseño del puesto permite una correcta adecuación entre las características del trabajador y las operaciones que tenga que realizar en para el desempeño de sus tareas

- La silla debe tener una altura que permita apoyar los pies teniendo las rodillas a la altura de la cadera con un ángulo de entre 90 y 110 grados, con un respaldo que respete la curvatura normal de la columna. Debe poseer cinco puntos de apoyo y ruedas. Existen sillas ergonómicas de muchos tipos que facilitan el mantener una postura correcta de una manera natural. También reposapiés que permiten ajustar la posición de una manera más confortable.
- La postura no debe mantenerse durante mucho tiempo y hacer descansos de

unos cinco minutos cada hora para levantarse y hacer algún estiramiento.

- La pantalla del ordenador debe estar a unos 45 centímetros de distancia los ojos y debe poder orientarla o inclinarla para que quede el borde superior aproximadamente a la altura de los ojos.
- La iluminación debe ser preferiblemente natural evitando al máximo el brillo o reflejos en la pantalla
- El teclado debe estar a una distancia de más de 10 cm para permitir el apoyo de codos y antebrazos
- El ratón se debe situar en el lado derecho (diestros) a una distancia que permita tener el brazo apoyado y no demasiado estirado. Debe ajustarse a la palma de la mano de forma cómoda. Existen almohadillas que permiten un mejor apoyo de la muñeca y evitan forzar esa zona.
- La superficie de trabajo debe mantenerse ordenada y situando los objetos que se usan más frecuentemente más cerca.
- Los documentos se deben poder visualizar sin doblar la espalda
- Es muy importante el parpadeo para mantener los ojos hidratados y evitar la sequedad. Los estudios demuestran que cuando la gente conversa, se parpadea unas 22 veces por minuto; cuando lee, parpadea 10 veces por minuto, pero cuando usa una pantalla de visualización la frecuencia se reduce hasta 7 veces por minuto. Existen colirios humectantes para ayudar a la hidratación de los ojos expuestos durante muchas horas a pantallas.
- También es importante ajustar el nivel de brillo y contraste de la pantalla y se debe descansar la vista mirando a lo lejos cada 20 minutos aproximadamente.
- Es recomendable el uso de auriculares que permitan atender llamadas telefónicas sin necesidad de uso de las manos y que permitan mantener una postura correcta.
- Podría ser de ayuda el que se coloquen infografías que hagan alusión a estas recomendaciones que ayuden a los trabajadores a tenerlo presente.

Existen asimismo herramientas de evaluación que permiten establecer un mapa de riesgos de cada puesto de trabajo para permitir así el establecer propuestas de mejora en esta materia.

5 Discusión-Conclusión

Es importante que tanto los responsables en materia de prevención como los propios trabajadores estén concienciados de la importancia de cumplir las normas y recomendaciones y asuma cada uno su parte. Los trabajadores deben tener acceso tanto a los materiales y herramientas que le permitan llevar a cabo su labor

de una manera óptima en esta materia así como a la formación pertinente para conocer y hacer un buen uso de ellos así como responsabilizarse a su vez de la parte que de él depende, que no es trivial.

6 Bibliografía

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Trastornos musculoesqueléticos (<https://osha.europa.eu/es/themes/musculoskeletal-disorders>)
- Asociación Española de Ergonomía (<http://www.ergonomos.es/index.php>)
- Ergo/IBV (2018) La importancia de las guías de verificación rápida: Módulo Ergocheck (<http://www.ergoibv.com/blog/importancia-guias-verificacionrapida-ergocheck/>)
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- Martínez Castro, V. (2012) Ergonomía en trabajos de oficina. Prevencionar.com, lo primero tu seguridad. (<https://prevencionar.com/>)
- Preverlab (2015) Cómo mejorar la higiene postural (I). (<http://www.preverlab.com>)
- Quirón Prevención (2015) 5 claves para una postura correcta frente al ordenador (<https://www.quironprevencion.com>)
- Rodríguez Piñera, L., Rodríguez Piñera, M., Portilla Sanchez, P., Secades Castaño, E. (2019). La higiene postural en el ámbito sanitario. Ocronos, Revista médica y de enfermería. (<https://revistamedica.com/higiene-postural/>)
- UGT- Madrid. Guía Básica del Delegado de Prevención en las Administraciones Públicas
- UMB Virtual. Educación superior de calidad (2018) ¿Cómo mantener buena higiene postural en el trabajo? (<https://umbvirtual.edu.co/como-mantener-buena-higiene-postural-en-el-trabajo/>)
- <http://www.asturalba.com/oficina/ergonomia/ergonomia.htm>
- <https://www.fisioterapia-online.com/postura-corporal-bases-ejercicios>
- <https://www.quirumed.com/es/silla-ergonomica-y-postural-fit-chair.html>

Capítulo 474

EL RUIDO EN CENTROS HOSPITALARIOS

SONIA ANTUÑA IGLESIAS

MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA

ANGELES BARREIRO MANASES

1 Introducción

En 1859, Florence Nightingale, pionera de la enfermería moderna, apuntó: “El ruido innecesario es la forma de abuso más cruel cuando se trata de enfermos o sanos”. En los centros hospitalarios varia de forma considerable a lo largo del día. Pero si, además, el ruido se produce en las horas de descanso del paciente, los efectos pueden ser aún más agravantes. Es por ello sumamente importante la concienciación tanto el trabajador como del usuario de mantener un ambiente limpio de ruido.

2 Objetivos

- Definir qué es el ruido y los tipos de ruido existentes.
- Analizar los efectos del ruido en los individuos.
- Proponer medidas correctivas.

3 Metodología

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

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

Se han utilizado las palabras clave: ruido, salud, hospital y paciente. Se han obtenido 71 artículos de los cuales se han seleccionado 18.

4 Resultados

Concepto: se considera ruido a un conjunto de sonidos desagradables, no deseados, debido a las molestias que ocasiona.

Tipos de ruido.

- Ruido encubridor: el que impide oír otros sonidos.
- Ruido irritante: como su nombre indica es el que produce irritación en el sujeto que lo padece.
- Ruido continuo: permanece constante a lo largo del tiempo.
- Ruido discontinuo: se produce de forma intermitente.
- Ruido de impacto: ruidos instantáneos de menos de un segundo.

Efectos del ruido.

- Auditivos: la exposición prolongada al ruido elevado puede provocar disminución auditiva e incluso hipoacusia.
- No auditivos: otros efectos del ruido que pueden no ser relacionados con el mismo, pero igualmente dañinos.
- Efectos respiratorios: produciendo un aumento de la frecuencia respiratoria.
- Efectos cardiovasculares: hipertensión arterial, arterioesclerosis, etc.
- Efectos digestivos: aumento de úlceras.
- Efectos visuales: alteración de campo visual, agudeza, etc.
- Efectos endocrinos: alteraciones en la hipófisis o tiroides.
- Efectos sobre el sistema nervioso: trastornos de sueño, cansancio, etc.

Medidas correctivas en centros hospitalarios.

- Minimizar el ruido al máximo.
- Concienciación del personal, paciente y familiar de la importancia del silencio.
- Disminuir el estrés en pacientes y equipo de trabajo.

- Corregir las deficiencias de las instalaciones.
- Promover la cultura del silencio, respetando el bienestar del paciente.
- Uso de materiales que absorban el ruido.
- Promover talleres de volumen de conversación en el trabajo.
- Control de volumen en pasillos y salas de espera. Los profesionales están autorizados a llamar la atención al usuario de forma respetuosa si fuera necesario.
- Durante la noche, evitar ruidos innecesarios (teléfonos, televisores, tono de voz, etc.).
- Colocar medidores de nivel de sonido.
- Cambiar horarios de reposición de material en planta.
- Utilización de calzado adecuado.
- Cerrar puertas de habitaciones en los casos que sea posible.
- Modificar las ruedas del material para minimizar el ruido (Carros, sillas, etc).
- Hacer un adecuado mantenimiento de las instalaciones.
- Evitar hablar en los pasillos, bajar el tono de voz y mantener teléfonos en silencio.

5 Discusión-Conclusión

A menor ruido, mayor bienestar. Por tanto, la implantación de medidas que faciliten la disminución de los niveles de ruido, ayudarán a mejorar la calidad de la Institución, tanto para el paciente como para el trabajador. Los sanitario debemos colaborar en la medida de lo posible en que se mantenga un nivel de ruido mínimo para favorecer la curación de los pacientes que se encuentran en el hospital.

6 Bibliografía

- Ley 14/ 1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley de prevención de riesgos laborales 31/1995.
- Ley 37/2003, de 17 de noviembre, del ruido.
- Bases de datos PubMed y Scielo.

Capítulo 475

EL TRABAJADOR EN TURNO DE NOCHE

SONIA ANTUÑA IGLESIAS

ANGELES BARREIRO MANASES

MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

En la actualidad, la sociedad funciona las 24 horas del día sin interrupción. Es por ello que muchos empleados de distintos puestos de trabajo se ven obligados a trabajar fuera de las horas normales del día, entre ellos, los trabajadores de los centros hospitalarios (Administrativos, personal sanitario y no sanitario, vigilantes, etc.). Los enfermos no tienen un horario marcado, necesitan atención sea la hora que sea.

El trabajo de noche ya sea de forma continua o intermitente tiene consecuencias adversas sobre la salud, tanto físicas como psicológicas. Se estima que cada trabajador envejecerá prematuramente 5 años por cada 15 que permanezca en horario nocturno. Además, dichos trabajos, conllevan desarreglos en los hábitos de alimentación, sueño, vida social, etc.

2 Objetivos

- Definir el trabajo nocturno.
- Analizar como el trabajo en turno de noche afecta a la salud y la vida cotidiana.

- Identificar estrategias de intervención para minimizar al máximo los efectos adversos sobre el trabajador.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el trabajo nocturno. 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 utilizado las palabras clave: trabajo nocturno, sueño, salud y calidad de vida. Se han encontrado 83 artículos de los cuales se han seleccionado 23.

4 Resultados

La rotación por turnos, es el sistema en el cual los trabajadores alternan los turnos de mañana, tarde y noche. Se establece como trabajo nocturno el realizado entre las diez de la noche y las seis de la mañana.

Efectos en la salud del trabajador:

- Sobre la salud física: mala calidad del sueño, que se ve afectado por los ruidos diurnos, la luz, etc. Trastornos gastro intestinales, por los desajustes en los horarios de comidas, trastornos cardiovasculares, trastornos reproductivos, etc.
- Sobre la salud mental: estrés y cuadros de ansiedad y depresión.
- En la vida familiar: debido a la diferencia de horarios de la unidad familiar, comparten menos tiempo juntos.
- En las relaciones sociales: ya que no pueden mantener el ritmo diario de las personas que conocen.
- En la realización del trabajo: ya que la noche no es el mejor momento para realizar un buen desempeño, pudiendo incluso generarse accidentes.

Estrategias de intervención:

- Desarrollo de una guía sobre los problemas que conlleva el trabajar de noche y diferentes conductas saludables para enfrentar dichos efectos.
- Mejora en la organización laboral, aumentando pausas y tiempos de recuperación de fatiga.
- Programas preventivos de control de la salud del trabajador.
- Programa de concienciación (trabajador y su círculo social).

- Mejora de equipos, herramientas y organización del trabajo.
- Evaluaciones médicas para garantizar que el trabajador cuenta con condiciones óptimas de salud para el desarrollo del trabajo.
- Estipular edad máxima de trabajo en el turno de noche.
- Intervención psicológica familiar.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta tipos de hábitos saludables podemos reducir de manera considerable los efectos nocivos del trabajo nocturno.

Trabajar de noche afecta al ser humano, por ello, debemos seguir pautas bien definidas para evitar que los problemas derivados del trabajo nocturno lleguen a afectar tanto a la salud como a las relaciones personales.

6 Bibliografía

- Ley de prevención de riesgos laborales.
- Bases de datos <Scielo y PubMed
- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores 2015 (artículo 36).
- Real Decreto 1561/1995, de 21 de septiembre, sobre Jornadas Especiales de Trabajo (artículo 19).
- c) Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003

Capítulo 476

ERGONOMÍA AMBIENTAL

LETICIA AMADO MENÉNDEZ

ROBERTO RUBIO MENÉNDEZ

VERÓNICA NUÑEZ ÁLVAREZ

MONICA AMADO MENÉNDEZ

MARÍA JOSÉ PIÑERA GUTIÉRREZ

1 Introducción

La definición de ergonomía es la ciencia de carácter multidisciplinario que tiene como objetivo la adecuación de los productos, sistemas y entornos a las características, limitaciones y necesidades físicas y psicológicas de los usuarios para así optimizar su eficacia, seguridad y confort, en este artículo interesa su aplicación para “cuidar a los que cuidan” y sensibilizar de la importancia que tiene “cuidarse para cuidar”.

Los profesionales que trabajan en el sistema sanitario están sometidos a una serie de riesgos ergonómicos que no sólo les afecta individualmente en el desempeño de sus tareas, sino que tiene una incidencia social notable puesto que su trabajo de asistencia sanitaria repercute directamente en los ciudadanos. El principal escollo con el que se encuentran estos trabajadores es la falta de prevención en la adopción de medidas ergonómicas, prevaleciendo las correctivas que se establecen una vez que muchos daños físicos y emocionales ya están ocasionados.

La ergonomía sanitaria tiene una gran repercusión social ya que los profesionales de estos centros trabajan “con” y “para” las personas en situaciones especialmente vulnerables. Los factores de riesgo ergonómicos que se exponen a continuación son tan o 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 una sociedad.

2 Objetivos

Presentar los factores de riesgo ergonómicos existentes en el ámbito sanitario y recordar la necesidad de la aplicación de la ergonomía preventiva en el sector.

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

Actualmente las intervenciones ergonómicas realizadas son correctivas, rediseñando el entorno físico, el producto, la organización del trabajo por iniciativa propia o debido al incremento sin motivo aparente de las cifras de absentismo y bajas laborales. Un hecho que además genera pérdidas económicas para el sistema sanitario. No se aplica, sin embargo, la ergonomía preventiva, olvidando las repercusiones tan evidentes que tiene respecto a la calidad de vida, profesional y personal, al reducir la carga de trabajo físico y mental, e incrementando así el rendimiento. También se mejora la calidad asistencial al acelerar la recuperación física y psíquica del paciente, traduciéndose todo ello en un bienestar social.

Una efectiva prevención requiere de un sistema sanitario que motive y facilite la integración al trabajador en su praxis diaria y a su vez responsabilizarse de su salud tanto en el ámbito laboral como extralaboral.

La intervención multidisciplinaria es necesaria para controlar, evitar y minimizar los factores de riesgo ergonómicos y psicosociales. Es necesario fortalecer la mi-

rada no solo a los sistemas de información sanitaria y destapar la responsabilidad del propio sistema, sino también de la sociedad, responsabilizar a los agentes socializadores y educadores, e insistir en el papel de los transmisores, y orientar su planificación hacia un mismo objetivo. Es responsabilidad de todos mejorar la calidad de vida de los individuos, pero nunca hay que olvidar que el propio individuo es su máximo cuidador.

La ergonomía y los factores de riesgo en Salud ocupacional deben ser contemplados de forma sistematizada en cada puesto laboral, mediante las revisiones periódicas de los trabajadores que habitual y sistemáticamente usan equipos informáticos.

Los ambientes adecuados y amigables reducen consecuencias negativas en la salud, mediante el cumplimiento de lo regulado en relación con riesgos laborales en salud ocupacional.

El personal cualificado debe educar a los trabajadores de los centros laborales, en relación con los cambios de estilo de trabajo en sus puestos laborales, de esta forma se evita la aparición de enfermedades profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Los ambientes laborales adecuados y amigables reducen las consecuencias nocivas, generan una productividad mayor, por lo que sería bueno fomentar la realización de ejercicios en forma regular en los diferentes puestos de trabajo, en dependencia de los riesgos ocupacionales de salud detectados.

Las personas, en cualquier actividad que desempeñan, actúan como una "central de comunicación", que perciben información del ambiente, la elaboran sobre la base de conocimientos previamente adquiridos y habitualmente ejecutan sus decisiones. Las actividades intelectuales aumentan las demandas de percepción y toma de decisiones, con un escaso componente de trabajo físico.

6 Bibliografía

- <https://seguridadysalud.wordpress.com/ergonomia/917-2>
- <https://seguridadysalud>.
- <http://scielo.sld.cu/scielo.php>.

Capítulo 477

INTELIGENCIA EMOCIONAL

VERÓNICA CRESPO DÍAZ

1 Introducción

Proximidad, conversación, dos palabras que van unidas cuando hablamos de humanización.

Es por ello que con el correcto aprendizaje de habilidades sociales y puesta en práctica de estas, conseguiremos un buen resultado final. En el que saldrán beneficiadas todas las partes. Pudiendo englobarlo todo ello en la inteligencia emocional.

2 Objetivos

Ofrecer un trato humano, imaginando que estamos en la situación de la otra persona. Haciendo uso de la asertividad y de un lenguaje adecuado. Básicamente, utilizando nuestra propia inteligencia emocional para poder sentir, comprender y controlar nuestras emociones y las de los que nos rodean.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica abordando el tema con términos como: asertividad, habilidad social, buena conducta, humanización e inteligencia emocional.

4 Resultados

- La inteligencia emocional como base fundamental para poder controlar, sentir, entender y modificar tanto nuestros sentimientos como los de los que nos rodean.
- La asertividad como habilidad social, método de comunicación y de expresión, respetando siempre los derechos de los demás.
- Una buena comunicación y un trato humano.
- Acoger al usuario interesándose por él.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la atención al usuario, cualquier conducta indeseada puede afectarle de forma negativa. Las habilidades sociales y la humanización juegan un papel muy importante, llegando a ser tan influyentes que podemos obtener mejores resultados de los previstos. Dar muestras de respeto, llamarle por su nombre o simplemente sonreír son algunos de los ejemplos que debemos tener en cuenta.

6 Bibliografía

- Libro: Comunicación eficaz teoría y práctica de la comunicación humana. 5th. Madrid: Ediciones pirámide(grupo Anaya, s.a.); 2013.
- Libro: Empatía- serie inteligencia emocional. Barcelona: editorial Reverté, s.a.;2019.Harvard business review.
- Psicología estratégica. Herramientas para el bienestar emocional. Paola Graziano.
- Centro de humanización de la salud www.humanizar.es

Capítulo 478

HUMANIZACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La humanización se puede definir como el acercamiento del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana favoreciendo la empatía y el abordaje completo. La razón de ser del sistema sanitario es el paciente, y no debe ser tratado como una enfermedad sino como un ser humano.

2 Objetivos

Crear conciencia del cambio sustancial que el sistema está experimentando por efecto de la revolución tecnológica y que debe de ir acompañado de una transformación basada en el componente humano así como del compromiso, la ética y la empatía que deben ser también motores del cambio.

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 tendencia por mejorar la apariencia humanística de la asistencia sanitaria es creciente y necesita asistencia multidisciplinar en todos los aspectos del sistema sanitario, así como recursos para poder incorporarla a su cultura. La humanización no se limita a los profesionales sanitarios que están en comunicación con el paciente, sino que tiene relación directa sobre la cultura de las organizaciones sanitarias, sobre la administración, las políticas sanitarias y sobre pacientes y cuidadores.

La incorporación y estímulo de los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria compromete un cambio de cultura en el desarrollo de la sanidad, profesionales, organizaciones y pacientes que se encuentran con numerosas dificultades en su implementación. Lograr ese cambio supondría la clave del éxito de la humanización.

El dominio necesario para crear el cambio organizacional y cultural de la asistencia sanitaria debe ser ejercido por todos los partícipes en los sistemas sanitarios: desde el paciente hasta la administración pública.

La posición actual de la innovación y desarrollo de la tecnología sanitaria no evoluciona al mismo tiempo que el desarrollo humanístico de la asistencia sanitaria, existiendo un desequilibrio muy notable entre ambos aspectos. Es necesario equilibrar dichos aspectos para lograr una atención de calidad que asegure el abordaje integral del paciente a todos los niveles.

Las necesidades educativas de los implicados en los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria deben ser cubiertas mediante el establecimiento de programas integrados en estudios universitarios y de desarrollo profesional continuo, introduciendo la enseñanza de competencias y habilidades relacionadas con la humanización y comunicación.

Los principales obstáculos de la humanización de la asistencia sanitaria han sido identificados como:

- La falta de tiempo por parte de los profesionales para dedicar a los pacientes.
- La falta de recursos humanos y económicos que permitan una atención sanitaria de calidad.
- La sensibilización y formación de los profesionales sanitarios y la formación de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia crear conciencia en el entorno sanitario de la necesidad de instaurar planes de humanización, dar apoyo a los directivos y gestores de salud en el proceso de incorporar estos planes en las organizaciones, así como promover la formación en habilidades relacionadas con la humanización asistencial entre los profesionales sanitarios, tanto en la formación como en la investigación.

6 Bibliografía

- <http://www.healthchoicesinternational.com/>.
- <http://www.navarra.es/>.
- <https://www.easp.es/>.
- <https://www.enfermeria21.com/>.

Capítulo 479

TÉCNICAS PARA MEDIAR CON PACIENTES CONFLICTIVOS

MARIA BEJAR PEREZ

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

En los centros sanitarios nos encontramos frecuentemente con perfiles de pacientes o acompañantes conflictivos que dan lugar a situaciones difíciles. Esa aptitud puede derivar por muchas circunstancias (personalidad, miedo al que pasará, la intensidad del dolor, la falta de información, etc.) no todo el mundo sabe manejar bien sus sentimientos, por ello desencadena en una situación conflictiva, reaccionando con enfado, que generará estrés.

Generalmente el paciente o acompañante al principio puede mostrar una aptitud tranquila pero en poco tiempo puede pasar a todo lo contrario, por ello es importante conocer una serie de técnicas de actuación ante este tipo de perfiles.

Lo primero que hay que conocer es los perfiles que hay de pacientes o acompañantes conflictivos que pueden existir:

- Paciente o acompañante enfadado: son lo más comunes y a la vez más difíciles de tratar. Pueden estar enfadados por largas esperas, por el estrés y miedo que le genera la situación.
- Paciente o acompañante agresivo: estos van más allá, pasan de estar enfadados a tener una actitud agresiva ante todo lo que se ponga delante, puede llegar a agredir físicamente, gritar e insultar.
- Paciente o acompañante manipulador: estos perfiles suelen utilizar la pena, hacerse la víctima, llorar, amenazar para conseguir lo que desean (que lo atiendan el primero, que lo traten de manera preferente) lo que pretenden es llamar la atención.

Ya conocemos los perfiles de pacientes o acompañantes que podemos encontrarnos en el entorno laboral, ahora vamos a conocer técnicas que nos ayudarán a saber tratar a estos perfiles conflictivos.

- No cruzar los brazos por delante del pecho, puede percibirlo el paciente o acompañante como que no te interesa y se puede sentir amenazado.
- Mantener el contacto visual, es importante mirar al paciente o acompañante a los ojos para que perciba que le prestamos atención.
- Intentar que el paciente o acompañante nos vea tranquilos, es importante que nos perciba tranquilos para que así no aumente su agresividad.
- Mantener distancias, hay que respetar el espacio de cada persona para que no se sienta invadido.
- Escucha activa, hay que dejar que el paciente o acompañante se exprese, intentando no interrumpirle.
- Tener empatía, hay que ponerse en el lugar de la otra persona para poder llegar a entender porque la reacción que está teniendo y busca una solución.
- Ser sinceros, después de escucharlo hay que intentar encontrar una solución o pedir disculpas si fuera necesario. Hay que mantener un tono de voz suave, calmado, hablar despacio y sin alzar la voz.
- Mantener el control de la situación, no dejarnos llevar por el enfado que nos puede generar, hay que pensar que la queja no es hacia nosotros, sino por la situación que está viviendo.
- Saber retirarse a tiempo, si después de intentar todos los pasos anteriores la situación va a más, lo mejor es retirarse y buscar ayuda. Seguir adelante podría desencadenar en un conflicto.

2 Objetivos

Adquirir los suficientes conocimientos sobre los perfiles conflictivos y las técnicas a utilizar para poder resolver situaciones difíciles que suceden en el día a día de nuestra rutina laboral.

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 utilización de las técnicas para tratar a pacientes conflictivos nos ayudará a resolver muchas situaciones que surgen en el día a día de nuestra jornada laboral, gracias a estos conocimientos evitaremos situaciones que podrían generarnos estrés laboral, con estos conocimientos conseguiremos una buena calidad en el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante en los trabajos que tratan directamente con usuarios o pacientes, tener mucha psicología porque existen muchos tipos de perfiles, gracias a los conocimientos que adquiriremos para poder tratar a cada tipo de perfil, haremos más fácil el día a día en nuestro trabajo, evitando situaciones difíciles que nos podría afectar a nuestra salud física y psicológica.

6 Bibliografía

- Bosch Fontcuberta. JM, Encuentros difíciles médico-paciente. ¿un problema inevitable ?Atención primaria. 2009.

- Altermir Cortes. M. Agresiones al personal sanitario. Estrategias de afrontamiento de la conducta agresiva del paciente. Upna. Trabajo fin de grado.2014.
- Martin Espildora. La relación clínica con el paciente difícil. Atención primaria. 2000.

Capítulo 480

PROTOCOLOS PSICOLÓGICOS DE ACTUACIÓN PARA EL SECTOR SANITARIO

MARIA BEJAR PEREZ

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cualquier persona que trabaje en el sector sanitario está expuesta a algún tipo de agresión. Según la organización mundial de la salud (OMS) y la organización internacional de trabajo (OIT) el objetivo de la salud laboral es el bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas sus funciones, adaptando las condiciones de trabajo al trabajador. En este sector el sanitario hacen que las jornadas laborales se lleven bajo influencias emocionales que en muchas casos no se pueden evitar. Existen riesgos laborales, en este caso sufren riesgos psicosociales (estrés, violencia, síndrome de Burnout, etc).

Los profesionales sanitarios y no sanitarios de centros hospitalarios, deben tratar con muchos perfiles de pacientes que adquiere una conducta en base a

la situación que estén afrontando. Podemos encontrarnos con agresiones físicas, psíquicas o verbales, hay que indicar que las agresiones pueden clasificarse en leves, graves o muy graves, dependiendo del carácter y su consecuencia. Debido a la gravedad de estas situaciones habría que establecer un protocolo tanto de prevención como de actuación.

2 Objetivos

Presentar un procedimiento de actuación ante una agresión en el jornada laboral y conocer el protocolo de prevención durante el rendimiento laboral, y así evitar aplicar el protocolo de actuación.

3 Metodología

Hemos realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: prevención, protocolo, actuación, laboral, agresión. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Protocolo de prevención.

Hay que establecer una serie de medidas que nos hará prevenir ante situaciones no deseadas:

Hay que cortar de raíz una situación de violencia. Debemos tener claro que la violencia no es una solución.

Identificar los factores de riesgo, como por ejemplo:

- Estar solo antes la situación
- Falta de personal
- Si eres mujer
- El tipo de puesto de trabajo que ocupas (urgencias, departamento de reclamaciones, etc.)
- Falta de habilidades ante este tipo de situaciones
- Falta de formación
- Falta de personal

- El tipo de centro en el que se trabaja
- Trabajar con población “difícil” , como son los pacientes drogodependientes, población excluida socialmente, pacientes con trastornos mentales.
- El exceso de trabajo.

Hay que tener empatía con el paciente que vea que le escuchamos, que mostramos interés.

Dar la información lo más clara y precisa para que el paciente pueda entenderlo sin ningún problema.

Observar la comunicación no verbal, este tipo de comunicación es importante porque nos antepone a lo que pueda suceder.

Estar tranquilos.

Comunicar a los superiores sobre los pacientes que observamos que puedan ser conflictivos.

Protocolo de actuación ante una situación conflictiva.

Esto son pautas que hay que seguir ante situaciones conflictivas que se han generado tras haber intentado aplicar el protocolo de prevención.

- Pedir ayuda a algún compañero
- Marcharse si fuera posible.
- Si la situación no se puede controlar, avisar a seguridad.
- Informar de lo sucedido al supervisor.
- Denunciar la situación.

En las empresas ante el aumento de este tipo de situaciones conflictivas, se han empezado a dirigir programas de formación para ayudar a prevenir estas situaciones y reducir estos conflictos. Gracias a ello el ambiente de trabajo podrá ser más fluido y armonioso, reduciendo así los riesgos laborales psicosociales.

5 Discusión-Conclusión

No hay que tolerar este tipo de situaciones conflictivas porque puede conllevar a consecuencias graves sobre el trabajador, afectando a la calidad de la asistencia

que presta. Por ello es importante una buena formación por parte del trabajador y un buen plan de prevención por parte de la empresa.

6 Bibliografía

- Arimany Manso. J, Clos Masó. D, Gómez Durán. E L, Sobre las agresiones a profesionales sanitarios. Atención primario. 2016
- Altemir. M, Arteaga. A, Protocolo de actuación para prevenir y afrontar agresiones al personal sanitario. Enfermería Clínica. 2018
- Homobono Urabayen. J, Agresiones al personal sanitario. Trabajo de fin de Grado. Universidad de la Rioja. 2017

Capítulo 481

COMUNICACIÓN CON LOS PACIENTES

MARIA JOSÉ GARCÍA GONZÁLEZ

ANDREA DÍAZ GARCÍA

1 Introducción

Para que la comunicación se lleve a cabo debe existir un emisor y un receptor. Por otro lado, debe usarse un código comprensible por ambas personas y también debe usarse un mensaje claro y conciso. En el ámbito sanitario la comunicación es uno de los elementos clave, por ello todo el personal debe estar muy concienciado de ello. Por norma general la comunicación, además de expresarse a través de las palabras también se complementa de los gestos.

2 Objetivos

Abordar el tema de la comunicación con los pacientes en el entorno sanitario.

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

A través de la comunicación se le debe proporcionar al paciente confianza, tranquilidad y sobre todo darle información confirmando que ésta ha sido comprendida. Es decir, se trata de servirle de ayuda en todo momento (de nada sirve que llevemos a cabo la comunicación y que el receptor no entienda el mensaje que queremos transmitirle). Se debe saber que en muchas ocasiones, es más importante la forma de decirle las cosas al paciente que lo que se le dice.

Se debe conseguir una total comprensión de todo lo que se le explique al paciente, para ello se realizará de forma pausada y en pequeñas dosis. Asimismo, es imprescindible el lenguaje corporal. Hay que tener en cuenta que lo que se dice con palabras no puede ser opuesto a lo que expresamos con el cuerpo. Ciertas actitudes como brazos cruzados mientras se habla, suspiros o movimientos bruscos son las que se deben evitar ya que provocarían una mala imagen para el paciente.

Otro factor importante en la comunicación es la escucha activa. Las principales pautas para que sea adecuada son:

- Conseguir que el paciente sienta confianza para transmitir lo que siente.
- Demostrarle al paciente que se le va a escuchar y ayudar en todo momento.
- Evitar si es posible distracciones, como puede ser una llamada telefónica.
- Nunca interrumpir al paciente mientras esté hablando, esperar a que acabe para interaccionar con él.
- Controlar las emociones personales (si un profesional está enfadado no se lo puede mostrar a los pacientes, ya que puede hacerles pensar que es a causa de ellos).
- Preguntar únicamente lo que sea necesario, sin excederse pero tampoco se debe quedar con dudas ya que si hablamos de un tema de salud (por ejemplo, síntomas de una enfermedad) una falta de información puede dificultar las actuaciones de los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación bidireccional con los pacientes es fundamental para conseguir los mejores resultados en términos de salud

6 Bibliografía

- NARANJO BERMÚDEZ, Isabel Cristina; RICAURTE GARCÍA, Gloria Patricia. La comunicación con los pacientes. 2006, vol. 24. ISBN: 0120-5307.
- SUBIELA GARCÍA, José Antonio; ABELLÓN RUIZ, Juan; CELDRÁN BAÑOS, Ana Isabel; MANZANARES LÁZARO, José Ángel; SATORRES RAMIS, Bárbara. La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera. 2014, vol. 13. ISBN.: 1695-6141

Capítulo 482

SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA BEJAR PEREZ

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

1 Introducción

En estos últimos años, ha progresado el acceso a la asistencia sanitaria que está directamente relacionada con la calidad de la asistencia sanitaria, siendo una de las principales demandas de la Ciudadanía. Este progreso da lugar al aumento de las visitas y a los centros de salud. El acceso se traduce en el uso adecuado y a tiempo de los servicios sanitarios para alcanzar los mejores resultados de salud. Un sistema sanitario de alto valor ofrece a la población diferentes vías de acceso al sistema sanitario y a los servicios de salud; y ha de ofrecer garantías de respuesta en la atención, sin más criterios que el de la necesidad en salud.

Es importante resaltar que cada vez aumenta más el número de pacientes que piden una atención inmediata para resolver dudas sobre la enfermedad que padecen, la medicación recibida o sólo para saber si lo que les ocurre es normal o no.

La llamada telefónica se considera un medio inmediato, de fácil acceso que en muchas ocasiones puede evitar las visitas al centro de salud, por lo que cada vez más está cobrando mayor importancia. La función de esta consulta es valorar el grado de urgencia de la atención sanitaria que precisa y dar instrucciones de manejo a los consultores, teniendo cuidados en los consejos dados, ya que podría poner en peligro la salud de los pacientes.

La práctica diaria de pediatría en un Centro de Salud enfoca diversos aspectos de nuestra profesión, entre los que predominan las labores asistenciales, labores de prevención y protección de la salud y labores organizativo-administrativas. Uno de los modos de asistencia que va teniendo más importancia es la consulta telefónica, por la comodidad que ofrece para los padres poder contactar de forma inmediata con el pediatra, ya sea desde su domicilio o desde su lugar de trabajo, para solucionar un problema o consultar una duda.

2 Objetivos

Conocer el grado de satisfacción que tienen los pacientes atendidos por el personal administrativo.

3 Metodología

Se hace una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos de CUIDEN, Scielo y Google Scholar a través de los descriptores "personal administrativo", "Satisfacción del paciente", y "pacientes". Los criterios de inclusión son artículos en castellano sin límite de años.

4 Resultados

Según el estudio de Ruiz Romero V et al señalaron que el 84,7 % fue la satisfacción global, el 82% recomendaría las Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe y el 56,9% las consideraron mejores que otras.

Según el estudio de López Rial FJ et al se concluyó que recibieron 66 consultas telefónicas, representando el 5,04% de los pacientes atendidos en consulta. La edad media fue 65,37 años, con predominio del sexo femenino.

Según el estudio de Monsalve Saiz, se registran 109 llamadas en un período de 2

meses, lo que supone un 3,6% de la actividad asistencial. Y lo que es más importante, se resuelve el 84,4% de los casos, evitando que fuesen al centro de salud en un 79,9%. El motivo de llamada mas predominante fue la existencia de dudas sobre su enfermedad, seguida del cambio de citas, resultados de pruebas complementarias, dudas de puericultura y por último dudas de la medicación. El 85,3% son llamadas atendidas por los pediatras, mientras que en un 14,7% lo hace la enfermera. La duración media de las llamadas fue de 3,13 minutos. Los pacientes puntúan con una media de 9,4 la atención recibida por el profesional que les atendió. El 57,4% de los casos, las llamadas fueron atendidas por los profesionales directamente, mientras que un 42,6% un administrativo dejaba constancia de la llamada para que el profesional la devolviese en cuanto le fuera posible.

Según el estudio de Alberola López S et al, el profesional que atiende y resuelve la llamada es el pediatra en un 85,8% de los casos y la enfermera en un 14,5%. El motivo de llamada más frecuente fue la exposición de síntomas con un 33,3%, entre los que destacan la fiebre, vómitos, diarrea, tos y las afecciones cutáneas. Después la consulta administrativa, la solicitud de aclaraciones sobre consultas previas o resultados analíticos pendientes e información de carácter general.

5 Discusión-Conclusión

Según el estudio de Ruiz Romero V et al, el nivel de satisfacción superó el 80% en 23 de los 34 ítems, existiendo ítems con más del 90% de satisfacción como son el de respeto, limpieza, disposición a escuchar del médico, cualificación y amabilidad del personal. Por otra parte otros se encontraban por debajo del 70% como son el de información en triage, atención al dolor, esperas triage- consulta médica y consulta-alta e identificación de los profesionales.

Según el estudio de López Rial FJ et al se vio que no es una sobrecarga en la asistencia del personal administrativo y que solucionan apropiadamente la gran mayoría de cuestiones planteadas por los pacientes en cuanto a aclarar asuntos administrativos, información general y de seguimiento de procesos. El 68,18% son consultas resolutivas y dan consejo terapéutico.

Según el estudio de Monsalve Saiz, se determina que la llamada telefónica supone un alto porcentaje de la actividad asistencial del pediatra. Se vio que aunque supone una carga de trabajo adicional, resuelve el 84,8% de las dudas que surgen. Es un medio de fácil acceso que soluciona en un corto periodo de tiempo los asuntos clínicos, técnicos y administrativos. Este proceso asesora, informa y per-

mite realizar el triage en casos que necesiten atención médica urgente. Aunque hay que tener en cuenta que la consulta telefonica en ningun caso sustituye a la consulta programada, sino que en ocasiones evita visitas no médicas en pocos minutos.

Según el estudio de Alberola López S et al, el teléfono es un sistema de comunicación a distancia que se utiliza cada vez más en la Medicina en general, y en la Pediatría en particular siendo así, los pediatras los profesionales que reciben más llamadas en días de trabajo y en fines de semana, seguidos de internistas y obstetras, siendo al parecer mas sensibles que otros especialistas a los riesgos que pueden tener sus pacientes si se ponen restricciones en su acceso a la asistencia. Un dato importante es que la Academia Americana de Pediatría elaboró hace ya mas de 20 años su "Guía para las comunicaciones telefónicas" y algunos programas de formación en EE.UU incluyen el entrenamiento de sus residentes en el manejo de las llamadas telefónicas, con lo que se ha comprobado que la experiencia disminuye el tiempo que se emplea en ellas y aumenta su eficacia.

6 Bibliografía

- Ruiz Romero V, Fajardo Molina J, García Garmendia JL, Cruz Villalón F, Rodriguez Ortiz R, Varela Ruiz FJ. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Revista de calidad asistencial.2011;26(2):111-122.
- López Rial FJ, Otañal Muñoz C. La consulta telefónica: Organización en atención primaria. Cadernos de atención primaria. 2003;10(4):258-260.
- Monsalve Saiz M, Peñalba Citores AC, Lastra Gutierrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria¿está justificada?. Rev Pediatr Aten Primaria.2013;15:329-31.
- Alberola López S, Llorente MR, Ortega García R, Maestro González B, Andres de Llano J. La consulta telefónica: utilización y posibilidades en atención primaria. B.

Capítulo 483

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN EQUIPO Y SOLUCION DE PROBLEMAS PARA PERSONAL ESTATUTARIO CELADOR Y AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE GESTIÓN Y SERVICIOS SANITARIOS

JOSÉ ALBERTO DE LA ROZ LLANO

PATRICIA VILLAMIL GARCÍA

ROSA MARIA LOPEZ COSMEA

ANA MARÍA DÍAZ LÓPEZ

ROSARIO ANA MENÉNDEZ BLANCO

1 Introducción

Las dotes de liderazgo son fundamentales en la gestión de los equipos de trabajo en sanidad, y muchos de los profesionales poseen las dotes necesarias, aunque adolecen de las habilidades técnicas necesarias, para llevar a cabo una buena gestión centrada en el trabajo en equipo.

Estas habilidades técnicas pasan por tener la capacidad de planificación estratégica, dotes de comunicación y de negociación, aptitud para la toma de decisiones, competencia para la creación de equipos de trabajo y habilidad para la resolución de conflictos.

En este capítulo analizaremos estas habilidades técnicas que, implementadas de una forma adecuada, propiciarán una labor uniforme y efectiva de los profesionales del grupo de Gestión y Servicios cuya única finalidad debe ser la de proporcionar un servicio asistencial de calidad al usuario.

2 Objetivos

- Identificar las características del liderazgo en un equipo de trabajo.
- Conocer los aspectos intrínsecos de la comunicación y las fases de la negociación en los equipos de trabajo.
- Concienciar sobre los beneficios del trabajo en equipo.
- Estudiar los diferentes aspectos de un proyecto de trabajo.
- Establecer las pautas para una adecuada resolución de problemas.

3 Metodología

La revisión bibliográfica sobre los factores que rodean y afectan a la organización del trabajo en equipo, así como el estudio de los diferentes aspectos a tener en cuenta para resolver los problemas inherentes a cualquier trabajo en el que intervenga un equipo multidisciplinar de asistencia sanitaria al que pertenecen los celadores y auxiliares administrativos como personal no sanitario del grupo de Gestión y Servicios, nos ha permitido analizar y llegar a conclusiones sobre los aspectos a tener en cuenta para que un equipo heterogéneo como el que pueden formar los profesionales sanitarios y no sanitarios en cualquier unidad o centro sanitario, pueda desempeñar una labor profesional asistencial de calidad.

4 Resultados

El liderazgo. Cualidades del líder eficiente:

- HONESTIDAD: el líder ha de actuar con coherencia respecto del grupo y de sus propias actitudes. Por eso, debe dirigirse en sus acciones conforme a sus principios, sin entrar en discordancia con sus valores, creencias y actitudes.

- **ACTITUD DE SERVICIO:** el objetivo final es la satisfacción y el buen servicio al paciente, por lo que el líder obtiene el apoyo de su equipo de trabajo no por el hecho en si de ser su líder, sino porque su actitud es considerada por los miembros del grupo como un ejemplo digno de ser imitado.
- **SABER ESTAR:** un líder debe ser cercano y saber escuchar a los miembros del equipo, ser tolerante con sus opiniones y ejecutar las decisiones tomadas con rigor.
- **HUMILDAD:** el líder debe ser consciente de que ha de seguir aprendiendo constantemente, saber escuchar a los demás sin prepotencia, y debe ser capaz de admitir sus propios errores y las dificultades, buscando la orientación oportuna en caso necesario.
- **TRABAJO EN EQUIPO:** el buen líder ha de ser consciente de que el trabajo colaborativo, el respeto a todas las opiniones, la orientación en la toma de decisiones hacia el bien común y la unión de esfuerzos, incrementan las posibilidades de éxito en la consecución de objetivos.
- **COMPROMISO:** trabajar con entusiasmo y actitud de compromiso hace que los miembros del equipo se muestren motivados.
- **CERCANÍA Y ACCESIBILIDAD:** un líder que sale de su despacho y comparte cosas, aúna esfuerzos con su equipo y les dedica tiempo para superar obstáculos, comparte la celebración de los éxitos y exige interactuar a los miembros del equipo, conseguirá conectar con el grupo de trabajo.

Tipos de liderazgo:

AUTOCRÁTICO:

- El líder es quien toma las decisiones de forma autoritaria y los miembros del equipo las ejecutan.
- Puede ser eficaz este estilo en casos de conflictos.
- El futuro del grupo es impredecible. Solo lo conoce el líder.
- El líder decide lo que hace cada miembro del grupo.
- Es arbitrario al elogiar o reprochar lo que hace cada miembro del grupo.
- No participa en el trabajo realizado a no ser para dar directrices u organizarlo.

DEMOCRÁTICO:

- El líder se identifica con el grupo y su capacidad de gestión.
- Se fomenta y favorece la discusión de los planes de trabajo.
- En caso de dudas o enfrentamiento, el líder propone alternativas.
- El líder es un miembro más del grupo de trabajo y se esfuerza en la organización de las tareas.

- Cada miembro tiene libertad para realizar las tareas para las que está más capacitado.
- El líder alaba o critica la labor del grupo de forma objetiva.
- Se comparten las responsabilidades.
- Las decisiones se toman por consenso.
- La actuación equilibrada y la cohesión favorece la resolución de los problemas.

LIBERAL:

- El líder no ejerce como tal y peca de permisivo.
- Las decisiones las toma el grupo sin la tutorización del líder.
- Existe una libertad para decidir sin mediar intervención del líder, salvo en casos delicados.
- El líder no interviene por iniciativa propia.
- El futuro del grupo es incierto.
- No marca el cometido de cada miembro del equipo.
- Su actitud es la de “dejar hacer”.
- No se intenta valorar ni poner normas sobre la actuación de los miembros del grupo.
- Tendencia a la anarquía, el desorden y la ineficacia.
- Este estilo de liderazgo es efectivo cuando se realizan tareas de forma individual e independiente con una misma finalidad.

Comunicación y negociación en los equipos de trabajo:

En el ámbito sanitario, al igual que ocurre en otros campos laborales, las reuniones de trabajo pueden llegar a ser improductivas y no proporcionar soluciones a los problemas planteados debido a la existencia de miembros del grupo que no comparten su punto de vista por timidez, miedo al rechazo de sus ideas por parte del resto de miembros del equipo, o incluso desconocimiento de la materia tratada.

En este sentido, se están perdiendo puntos de vista que podrían ser muy positivos de cara a la ejecución de un método de trabajo efectivo, o de una asistencia del usuario mejorada. Esta falta de coordinación levanta barreras en el trabajo en equipo, es perjudicial de cara al resultado final deseado y debe ser rectificada.

Existen unos indicadores que nos ayudarán a integrar a todos los miembros del equipo en un proceso comunicativo eficaz.

- DILUCIDAR EL APOORTE DE CADA MIEMBRO DEL EQUIPO A LA TAREA PROFESIONAL: algo que cada miembro del equipo de trabajo debe tener claro

es su papel dentro del grupo, así como las condiciones en las que se reparte el trabajo a realizar.

- **FOMENTAR EL DIÁLOGO INTERGRUPAL:** es de suma importancia fomentar el diálogo bidireccional entre los miembros del equipo. Para ello, resulta muy conveniente tanto los miembros del grupo como los coordinadores y responsables se muestren proclives a la retroalimentación mutua en la comunicación.
- **CLARIDAD EN LOS OBJETIVOS:** es básico que todo el equipo entienda y conozca los objetivos marcados y cuál va a ser su contribución para alcanzarlos.
- **INCORPORACIÓN DE TIC EN LA COMUNICACIÓN DEL GRUPO:** implementar soluciones digitales como el uso de herramientas en la nube para lograr la respuesta adecuada de los miembros del grupo en un proceso comunicativo, puede mejorar mucho los métodos de comunicación.
- **REGULAR LAS TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN:** con la finalidad de lograr una máxima fluidez comunicativa y que esta sea constante, es conveniente establecer unas reglas comunicativas que todos los miembros del equipo deben conocer y aceptar. Igualmente, es conveniente la implementación de acciones formativas que permitan adquirir unas aptitudes comunicativas adecuadas para ser practicadas tanto entre los miembros del equipo, como entre el equipo y los usuarios.

Beneficios del trabajo en equipo

- **BENEFICIA LA CREATIVIDAD Y EL APRENDIZAJE:** la tormenta de ideas evita los puntos de vista individualistas y facilita la creatividad.
- **UNE CAPACIDADES COMPLEMENTARIAS:** se unen las capacidades de cada miembro del equipo para lograr el objetivo deseado.
- **FACILITA LA REDUCCIÓN DEL ESTRÉS:** al realizar un trabajo compartido y coordinado entre los miembros del equipo, se reparten responsabilidades y se evita la sobrecarga que conlleva la realización de tareas de forma individualizada, por lo que el grado de estrés producido decrece de una forma significativa.
- **OPTIMIZA EL COMETIDO LABORAL:** al coordinar el trabajo de forma que cada miembro del equipo realiza aquellas tareas para las que está más capacitado, la calidad y la cantidad del trabajo realizado progresa de una forma muy significativa, dando como resultado el incremento una mayor eficacia en el servicio prestado a los pacientes.
- **INCREMENTA LA EFICIENCIA Y EL RENDIMIENTO:** al establecerse un reparto de tareas por competencias en el ámbito de una actividad laboral de tipo colaborativo, cada miembro del equipo desarrolla mejor su potencial. Es conveniente que antes de establecer el reparto de tareas por competencias se ejerciten las relaciones personales entre los miembros del equipo a fin de homogeneizarlo y lograr una mejora de la eficiencia y del rendimiento profesional.

Sugerencias para trabajar en equipo:

- Favorecer el ambiente de confianza entre los miembros del grupo.
- Formular propósitos comunes que deben ser logrados.
- Establecer el sentimiento de pertenencia al grupo para todos.
- Implicar a los componentes del equipo en la toma de decisiones.
- Propiciar el consenso entre los miembros del equipo.
- Estimular la comunicación intergrupal y aprovechar la diversidad de opiniones y capacidades.
- Integrar a todo el equipo en la celebración de los éxitos alcanzados.
- Facilitar el compromiso colaborativo y la responsabilidad compartida.

El proyecto del trabajo

Un proyecto de trabajo es un esquema organizativo y procedimental que comprende todo el procedimiento que debe seguir un equipo de trabajo para alcanzar unos objetivos marcados. Los elementos que debe tener definidos un plan de trabajo en equipo son los siguientes:

- RESPONSABLES: equipo humano que lo va a ejecutar.
- CANAL: dónde se va a desarrollar.
- RECURSOS: personas y equipo necesarios para ejecutarlo.
- OBJETIVOS: definición de lo que se pretende conseguir.
- ESTRATEGIA: cómo se van a lograr los objetivos marcados.
- TIEMPO: duración del plan de trabajo.
- COORDINACIÓN: reparto de tareas y roles.
- INDICADORES: método de verificación que nos permitirá conocer el alcance del plan y la consecución de los objetivos.

RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El coordinador del equipo de trabajo debe tener elaborado un sistema de resolución de conflictos para remediar los que pudieran surgir en el grupo de trabajo. Los pasos a seguir son los siguientes: o OBSERVACIÓN: es necesario tener acceso a toda la información real y detallada sobre el conflicto y no únicamente a la descripción resumida que nos puedan hacer llegar. o ANÁLISIS: se deben detectar el origen principal del problema para poder concentrarse en el mismo, y para ello se seleccionan las causas más probables del conflicto, entre las que se filtrarán las causas principales para actuar sobre ellas. o DECIDIR Y ACTUAR: una vez decidida la posible solución al problema, se debe actuar, en función de la importancia y la dimensión del conflicto tratado, llevando a cabo las intervenciones necesarias para eliminar los condicionantes que lo originaron. Es muy importante valorar previamente las posibles consecuencias negativas para el grupo

que se pudieran derivar de la corrección adoptada. o VERIFICACIÓN DE LA EFICACIA: es necesario que el responsable del equipo pueda comprobar si las medidas tomadas han sido eficaces y que se asegure de que han desaparecido las condiciones que se han dado para producir esa situación, para que el conflicto se vuelva a reproducir. o NORMALIZAR LA NUEVA SITUACIÓN: contrastada la eficacia del procedimiento seguido para resolver el conflicto, el coordinador debe estandarizar las fases del proceso seguido para darlo por cerrado.

5 Discusión-Conclusión

Si en todos los sectores laborales es fundamental la homogeneidad e integración de todos los trabajadores en el equipo de trabajo, esta afirmación adquiere un sentido capital en el trabajo diario que desempeñan los profesionales de la sanidad.

Dado que los servicios asistenciales a los usuarios de la sanidad española comprenden un sinfín de conocimientos, técnicas y aptitudes de disciplinas sanitarias, administrativas y relacionales muy dispares, el trabajo en equipo, el liderazgo y la resolución de conflictos son aspectos fundamentales para lograr la excelencia profesional, que pasa por el buen desempeño profesional y sin fisuras de cada miembro del equipo de trabajo que forman el personal sanitario y el no sanitario.

6 Bibliografía

- Carrión Bolaños, María Isabel. El liderazgo en los entornos sanitarios. Formas de gestión, de Diego Ayuso Murillo e Iván Herrera Peco [comentario de texto]. Tesela [Rev Tesela] 2017; 22. Disponible en <<http://www.index-f.com/>
- Ministerio de educación Cultura y Deporte (2019). Comunicación efectiva y trabajo en equipo. Online: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, pp.11 a 135. Disponible en <http://descargas.pntic.mec.es/>
- Carrión Rosende, I. and Berasategi Vitoria, I. (2010). GUÍA PARA LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS. 1st ed. [ebook] País Vasco: INSTITUTO VASCO DE CUALIFICACIONES Y FORMACIÓN PROFESIONAL. Available at: <https://www.pluralismoyconvivencia.es/>

Capítulo 484

ESTRÉS LABORAL Y BURNOUT

VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ

MARIA PAZ ESTRADA GARCIA

1 Introducción

Un determinado grado de estrés estimula el organismo y permite que éste alcance su objetivo, volviendo al estado basal cuando el estímulo ha cesado, pero cuando esa sensación se mantiene en el tiempo se puede llegar a un estado de agotamiento, con posibles alteraciones funcionales y orgánicas.

2 Objetivos

- Describir las fases más comunes del Burnout.
- Detallar los síntomas más comunes del Burnout en los trabajadores.
- Analizar el proceso de tratamiento y prevención utilizado.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el síndrome de Burnout.

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 fases más comunes del síndrome de Burnout son:

- Entusiasmo: ruptura entre expectativa y realidad.
- Estancamiento: no hay equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa.
- Apatía: problemas conductuales, físicos y emocionales.
- Aislamiento: distanciamiento emocional y desvalorización profesional.

Así mismo los síntomas más comunes son:

- Físicos: cefaleas, fatiga, insomnio, agotamiento, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados.
- Psíquicos: falta de entusiasmo, dificultad de concentración, negativismo, frustración, desasosiego.
- Laborales: no estar a gusto en el lugar laboral, no compartir con los compañeros tareas.

Tratamiento y prevención:

- Individuales: técnicas de relajación, práctica de deporte, refuerzo relaciones sociales.
- Grupales: cursos de formación destinados a aumentar la competencia psicosocial, los recursos emocionales y la salud psicológica.
- Organizacionales: cambios en los puestos de trabajo, flexibilización de horarios, división de responsabilidades, mejorar la relación entre los profesionales y los superiores.

5 Discusión-Conclusión

Podemos considerar el síndrome del burnout como uno de los mayores problemas de salud laboral más frecuentes, no tratarlo o ignorarlo puede tener consecuencias significativas.

6 Bibliografía

- Sandra Torrades, Estrés y burnout. Definición y prevención, ELSEVIER [internet], 2007 [consultado 28 Dic 2019], 26(104-107). Disponible en: <https://www.elsevier.es>
- Yolanda Sanchez Cuadrado, Salud laboral, Vigo: editorial ideas propias.; 2003

Capítulo 485

EVALUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTOS DE PERSONAL ADMINISTRATIVO EN INSTITUCIONES SANITARIAS

MARIA SOL GONZALEZ LLANOS

MARIA ELENA JUBERÍAS AMO

1 Introducción

La evaluación ergonómica del puesto para personal administrativo en instituciones sanitarias, permite medir la existencia de factores de riesgo que pueden provocar enfermedades, dolencias o trastornos en los trabajadores en el desempeño de su trabajo.

Es por eso que resulta de vital importancia realizar una evaluación ergonómica del puesto para la prevención de cualquier problemática inherente al desarrollo del trabajo a realizar.

La evaluación de riesgos laborales es la actividad fundamental que la Ley establece que debe llevarse a cabo inicialmente y cuando se efectúen determinados cambios, para poder detectar los riesgos que puedan existir en todos y cada uno de los puestos de trabajo de la empresa y que puedan afectar a la seguridad y salud de los trabajadores.

El apartado 1 del artículo 16 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que: "la prevención de riesgos laborales deberá integrarse en el sistema

general de la empresa, tanto en el conjunto de sus actividades como en todos los niveles jerárquicos de ésta a través de la implantación y aplicación de un plan de prevención de riesgos laborales. Este plan de prevención de riesgos laborales deberá incluir la estructura organizativa, las responsabilidades, las funciones, las prácticas, los procedimientos, los procesos y los recursos necesarios para realizar la acción de prevención de riesgos en la empresa, en los términos que reglamentariamente se establezcan”.

Dentro de la evaluación de riesgos cobra vista importancia la evaluación ergonómica del puesto como pilar fundamental para el cumplimiento de la Ley.

2 Objetivos

-Describir la influencia de la ergonomía en el diseño de puestos de trabajos administrativos.

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 resultados más importantes extraídos tras el estudio de investigación de la influencia de la ergonomía en el diseño de puestos de trabajos administrativos son las siguientes:

- Si el puesto de trabajo está diseñado desde el punto de vista ergonómico adecuadamente el auxiliar administrativo podrá mantener una postura corporal correcta evitando así lesiones musculoesqueléticas y problemas circulatorios, entre otros que se podrían dar en un entorno laboral deficiente.
- Disminución de problemas visuales debido a iluminaciones deficientes
- Fomento de la autonomía en la realización del trabajo, ya que está directamente relacionado con la ergonomía como herramienta para mejorar el entorno laboral.

-Optimización del entorno de trabajo incluso en entornos laborales altamente exigentes como pueden ser las instituciones sanitarias en el caso que nos ocupa.

5 Discusión-Conclusión

Desde el punto de vista del desempeño de trabajos administrativos en instituciones sanitarias es vital el diseño adecuado de los puestos de trabajo, desde el punto de vista ergonómico para el adecuado desempeño de los mismos.

Es también de vital importancia facilitar al personal administrativo información sobre las lesiones y enfermedades que están relacionadas con la falta de ergonomía o mal uso de la misma.

Niveles más altos de productividad en el trabajo, la reducción de absentismo debido a enfermedades o dolencias relacionadas con la falta de ergonomía y un aumento del grado de responsabilidad en el desempeño de las tareas administrativas son otros de los resultados positivos del diseño adecuado de los puestos de trabajo.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales.
- Handbook of human factors and ergonomics (Gabriel Salvendy) (2012).
- Administración de personal y Recursos Humanos (Wilam B. Werther, Jr. /Keith David) Ed. Mac Graw Hilo.

Capítulo 486

LA EMPATÍA ENTRE COMPAÑEROS EN EL TRABAJO. IMPORTANCIA Y BENEFICIOS.

MARIA PAZ ESTRADA GARCIA

VERÓNICA CRESPO DÍAZ

1 Introducción

Se describe la empatía como la capacidad de tener una conducta adaptativa y de ponerse en la posición de otra persona para afrontar una situación o problema. La empatía busca entender la opinión de la otra persona frente a una adversidad y reconocer las emociones sin juzgarlas, es por ello por lo que es de vital importancia conocer y manejar correctamente esta conducta en cualquier trabajo u ocupación que requiera de un trabajo en equipo para llegar a un fin último.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo será conocer la empatía, técnicas de uso de esta para aumentar nuestro rendimiento, aspectos básicos de nuestra conducta que afectan a la misma (propia o de los demás) y sobre todo como sacar un rendimiento a esta capacidad que todos y todas tenemos.

3 Metodología

Se va a realizar una revisión bibliográfica de aspectos relacionados a la empatía en el ambiente de trabajo, sus aspectos positivos y sus características. Para ello se han consultado diferentes publicaciones que se citan a lo largo del capítulo.

4 Resultados

Biológicamente hablando la empatía está relacionada con las neuronas espejo, un tipo de células que se activan cuando observamos una conducta y sentimos el impulso de imitarla (Calderón Claudia, 2019). De este modo, teniendo la capacidad de identificarse con alguien y compartir sus sentimientos permite activar dichas neuronas espejo, en muchos casos para provocar una reacción o respuesta buscada en la otra persona.

Beneficios de la empatía en el trabajo (KE Gerdes, E Segal. 2011):

- Tomar el tiempo y la actitud óptimas para entender las necesidades de los compañeros y/o colaboradores.
- Tener la actitud adecuada a la hora de llegar a acuerdos.
- Entender y proporcionar a los compañeros y colaboradores lo que necesitan para avanzar en la dirección deseada.
- Sentirnos comprendidos, escuchados y respetados. Así podremos relacionarnos de forma mas eficiente.
- Gracias a las neuronas espejo, siendo empáticos, conseguiremos incentivar comportamientos y sensaciones en los compañeros.

Claves para ser empático y promover la empatía en los compañeros:

- Practica la escucha con la intención de entender al otro.
- Comprende que cada compañero tiene un punto de vista distinto.
- Evitar dar consejos excesivos si no son pedidos.
- Comprender los puntos fuertes y débiles de los compañeros.
- Evita endurecer la atmosfera de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como se ha ido viendo se puede concluir que diferentes autores coinciden en la capacidad que tiene un buen uso de la empatía para alcanzar objetivos fijados en grupo, la necesidad de hacer un buen uso de ella y sobre todo de los aspectos negativos que trae consigo el carecer de la misma en un ambiente grupal.

6 Bibliografía

- Calderón Claudia. The Braveling (2019). 5 beneficios de la empatía en el trabajo. (2013) .
- Empathy at Work Developing Skills to Understand Other People. Available from: <https://www.mindtools.com/pages/article/EmpathyatWork.htm>.
- Ruiz Virginia. La empatía en la relación médico paciente, (2013).
- KE Gerdes, E Segal. Importance of empathy for social work practice: Integrating new science. Social Work, 2011.

Capítulo 487

FACTORES DE RIESGO EN EL TRABAJO. DERECHOS Y DEBERES DEL TRABAJADOR

MARIA PAZ ESTRADA GARCIA

1 Introducción

Los accidentes laborales son uno de los problemas mas habituales en el entorno laboral en la actualidad, se trata de minimizarlos de forma continua e ininter-rumpida. Y para minimizar estos accidentes es importante identificar los factores de riesgo y trabajar en como reducir y controlar estos factores.

2 Objetivos

El objetivo de este proyecto será definir qué son factores de riesgo en el trabajo y cuáles son los principales tipos en los que se agrupan estos riesgos. Explicando brevemente algún ejemplo de cada uno de ellos. Por último, se definen los derechos y deberes del trabajador en materia de riesgos laborales de acuerdo con la legislación vigente.

3 Metodología

La metodología seguida ha sido la consulta de últimos informes de seguridad laboral facilitados por el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Además de diferentes artículos que se citan posteriormente en la bibliografía, para así

poder definir lo que es un factor de riesgo laboral con algunos ejemplos simples y cotidianos.

4 Resultados

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, se define un factor de riesgo laboral como “aquel que genera la posibilidad de que un trabajador sufra un daño derivado de la práctica de su trabajo.” Estos se pueden agrupar en los siguientes grandes grupos:

- Riesgos físicos: Relacionados con el entorno físico e el que se encuentra el trabajador. Un ejemplo sería un trabajo en superficies deslizantes.
- Riesgo químico: Derivado de la presencia y/o manipulación de productos químicos. Por ejemplo, un técnico de laboratorio.
- Riesgo mecánico: Producidos por el uso de útiles y maquinarias. Por ejemplo, un mecánico.
- Riesgo de altura: Se da con trabajos en altura.
- Riesgo por presencia de gas.
- Riesgos de origen eléctrico: Cuando el trabajador está en contacto con equipos con suministro eléctrico.
- Riesgo de incendio: Se produce al trabajar en situaciones en las que se puede formar una atmosfera inflamable, o se tienen productos inflamables. Por ejemplo, el operario de una gasolinera.
- Riesgo de elevación o transporte: Todo aquel derivado del uso de equipos de elevación o transporte. Por ejemplo el uso de una carretilla.
- Riesgo de carácter psicológico: Todo aquel que se produce por un exceso de trabajo, un clima social, una situación de presión prolongada, etc. Pudiendo provocar esto situaciones de fatiga, depresión, etc.
- Riesgo de carácter biológico: Se pueden dar cuando se trabajan con agentes infecciosos.

En cuanto a la labor en este aspecto de los trabajadores les corresponde velar durante el trabajo, tanto por su propia seguridad como por la de aquellas personas a las que les pueda afectar su actividad. Siguiendo siempre las instrucciones del superior y de acuerdo a la formación recibida.

5 Discusión-Conclusión

¿Qué quiere esto decir?

- Los trabajadores deben utilizar correctamente los equipos, herramientas y utensilios que se les hayan facilitado. Previa formación de buen uso.
- Deben hacer uso de los EPIs de forma correcta.
- Cumplir con todos los dispositivos de seguridad facilitados.
- Alertar a compañeros, e informar al superior directo y al responsable de prevención acerca de cualquier situación que a su juicio entrañe un riesgo.
- El trabajador tiene obligación de interrumpir la actividad si cree que no se cumplen las condiciones de seguridad necesarias.

Pero.... ¿ Que derechos tiene el trabajador en materia de prevención y factores de riesgos laborales?

- A ser informado en materia de prevención de riesgos laborales, sobre las medidas preventivas que debe tomar en su puesto de trabajo y sobre las medidas de emergencia.
- Ser formado en materia de prevención para su puesto de trabajo y para responder en caso de emergencia.
- Utilizar los medios y equipos de protección adecuados y debidamente protegidos.
- Participar en cuestiones de prevención de riesgos laborales. Lo que implica el derecho a cooperar con el empresario para garantizar unas condiciones de trabajo seguras.
- Ser consultados en materia de factores de riesgo en su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- Guía interactiva de prevención de riesgos laborales, Sec. Ejecutiva de la Unión General de Trabajadores, 2019.
- Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. ISTAS.
- BOE. Prevención de Riesgos Laborales, 13 de Marzo de 2019.
- SL Sauter, LR Murphy. Organizational risk factors for job stress (1995).

Capítulo 488

LEGISLACIÓN BÁSICA PARA EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS PÚBLICAS.

MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ

ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ

ARIANA SUTIL DÍAZ-CANEJA

1 Introducción

Hoy en día para trabajar en cualquier institución sanitaria pública, y poder optar a un puesto de trabajo con plaza fija es imprescindible pasar por un proceso selectivo, en el cual se incluye la realización de un examen. Para poder presentarse a este examen debe de salir publicada en el Boletín Oficial de la Comunidad Autónoma correspondiente la oferta de empleo público también conocida como OPE, en ella tiene que venir especificado el colectivo al que va dirigida la oferta, las bases, requisitos, plazos, ...y el temario.

El temario consta de dos partes diferenciadas una específica y otra parte general. La parte específica, está orientada a las funciones que tienen que ver con la categoría profesional, como son las funciones del puesto y las formas de realizarlas. La parte general, es la cual en la que se pide poseer los conocimientos básicos sobre la legislación vigente para poder realizar con diligencia el trabajo a desempeñar.

2 Objetivos

Explicar cómo se estructura la legislación básica para el personal de gestión y servicios de las instituciones sanitarias públicas.

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

Nos centraremos en conocer estas leyes. Las dividiremos en dos clases, las leyes autonómicas y las leyes estatales.

Las leyes autonómicas que pueden pedirnos conocer, difieren dependiendo de la Comunidad Autónoma que oferte las plazas. Algunos ejemplos de estas leyes son, la Ley de la Junta como es en el caso del Principado De Asturias, si la comunidad tiene una Ley de Sanidad Autonómica también suelen incluirla en el temario, El estatuto de Autonomía ... Es decir, son leyes que solo tienen validez en la propia Comunidad Autónoma.

Las leyes estatales al contrario de las leyes autonómicas y como bien dicen su nombre afectan a todo el Reino de España. Vamos a hacer un repaso de las mas requeridas en los procesos selectivos.

La Constitución Española, en la que resaltaremos los valores superiores y principios inspiradores; los derechos y deberes fundamentales y los artículos que hacen referencia a la salud y a la sanidad en especial al artículo 43 en el que se reconoce el derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Sanidad, la cual tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección a la salud, al que hace referencia el antes mencionado artículo 43.1 de la Constitución Española.

La Ley de Protección de Datos, que tiene a bien adaptar el ordenamiento jurídico español al reglamento de la Unión Europea en lo relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos. A la vez de garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme dicta el artículo 18.4 de la Constitución Española dentro del ámbito sanitario.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, aplicada a instituciones sanitarias y situaciones específicas del ambiente sanitario.

El Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, el cual establece las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforma el Sistema Nacional de Salud. La ley de autonomía del paciente, que dicta los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica de las instituciones sanitarias.

5 Discusión-Conclusión

Un adecuado conocimiento de cómo se estructura la legislación básica para el personal de gestión y servicios de las instituciones sanitarias públicas ayudará a la hora de conocer todo lo relacionado con el mismo.

6 Bibliografía

- Constitución Española de 1978; Ley 14/1986 de 25 Abril General de Sanidad.
- Ley orgánica 3/2018 de 5 de Diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos digitales.
- Ley 31/1995, de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales.
- Ley 41/2002, de 14 de Noviembre Básica Reguladora de Autonomía del Paciente.

Capítulo 489

LA HUMANIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL USUARIO

JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ

1 Introducción

La tecnificación de los servicios de salud, la prioridad por la eficiencia y el control del costo, han hecho que el personal de salud anteponga aspectos administrativos, financieros y de procedimientos a la prestación de un servicio de salud orientado al ser humano.

Una de las mayores preocupaciones que afrontan los profesionales, gestores y usuarios de los sistemas de salud, es la humanización de los servicios de salud. La enfermedad y la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; expresan no sólo fenómenos de tipo epidemiológico y clínico sino también las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir.

Cuando se habla de humanizar la atención en salud, se hace referencia en principio, a todas aquellas acciones que hacen más humanas a las personas, por ello es necesario definir el concepto de humanización que tienen los diferentes actores que participan en el proceso de atención en salud: profesionales, paciente y familia.

2 Objetivos

Realizar un abordaje reflexivo sobre la imperiosa necesidad que tienen los profesionales en salud, de brindar una atención en salud más humanizada, responder

a las aspiraciones del usuario y a su condición como persona, que podría lograrse si como seres humanos somos capaces de situarnos desde su perspectiva.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diciembre de 2019, con búsqueda en las bases de datos de “Scielo” y “Dialnet”, así como en el buscador Google académico, utilizando las palabras clave “humanización”, “atención al usuario” y “sanidad”.

Como criterios de inclusión se han empleado: idioma castellano y texto gratuito; de exclusión: trabajos publicados previamente al año 2015.

4 Resultados

Los escenarios en que se desarrolla la atención a la salud son complejos y presentan múltiples problemas: masificación, sobreutilización, listas de espera, expectativas ilimitadas, incertidumbre, variabilidad, conflictos de intereses, corporativismo, deterioro relacional, ansiedad, insatisfacción, cuenta de resultados, etc.

Desde esta perspectiva, las manifestaciones más frecuentes de la despersonalización y deshumanización que pueden darse en la atención sanitaria serían las siguientes:

- La “cosificación” del paciente, que pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos, y pasar a ser tratado como: “la cama número tal”, “la pancreatitis” “el Cáncer de pulmón” o “la historia clínica equis”.
- La falta de calor en la relación humana, con un trato inadecuado, distanciamiento afectivo por parte del personal que puede llegar a ser de fría indiferencia o indolencia.
- La ausencia de una adecuada interrelación y comunicación entre los ámbitos personales del paciente y de los miembros del equipo asistencial que favorezca formas mutuamente enriquecedoras de encuentro.
- La restricción de los derechos de la persona enferma (creencias, valores, privacidad, confidencialidad, autonomía...), que puede llegar incluso a la negación de sus opciones últimas.

Con más voluntad que acierto en bastantes ocasiones, aunque siempre de manera bienintencionada y con diferentes denominaciones, en distintos Servicios de

Salud del Sistema nacional de Salud (SNS) se han venido desarrollando diferentes propuestas encaminadas a mejorar la humanización de la atención sanitaria y la calidad percibida, mediante la elaboración de estrategias con algunas propuestas similares. Entre los aspectos más destacables que estarían relacionados y contenidos en esa humanización de la asistencia, podrían señalarse algunos de los siguientes:

- Atención centrada en la persona
- Calidad de trato personal
- Información adecuada y suficiente
- Comunicación comprensible
- Confianza y seguridad
- Continuidad de la atención
- Accesibilidad externa e interna
- Confort de las instalaciones
- Cuidado en las situaciones especiales
- Participación y corresponsabilidad de los ciudadanos
- Fomento de la autonomía de las personas
- Atención integral y holística
- Los profesionales, agentes de humanización
- Dignidad y respeto de los derechos de las personas
- Comprensión de las necesidades y expectativas de los usuarios

Como es bien sabido, el proceso de enfermar hace que las personas se sientan más vulnerables y frágiles, por lo que resulta fundamental la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad en la interacción con ellas. En este sentido, la presencia humana ante las personas enfermas con dolor y sufrimiento, se hace insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar empatía, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión con la situación del otro u otra.

Se trata de conseguir un sistema sanitario humanizado, al servicio de la persona, pensado y concebido para las personas. La humanización tiene que ver con la gestión, con la concepción del sistema sanitario, con el funcionamiento de las estructuras, con la mentalidad de las personas involucradas, con la competencia profesional. Humanización no es tanto un proceso de estructuras y mecanismos, es más de actitudes. Humanizar comporta cuanto de inhumano sea detectado por los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

La humanización se entiende como la aproximación del sistema sanitario al paciente en una vertiente de calidad humana, potenciando la empatía y el abordaje integral. El paciente es la razón de ser del sistema sanitario y sus profesionales, y debe ser tratado como un ser humano, no como una enfermedad.

El interés por mejorar los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria es creciente y necesita colaboración multidisciplinar en todos los ámbitos del sistema sanitario, así como recursos para poder integrarla en su cultura. La humanización no se restringe a los profesionales sanitarios en contacto con el paciente, sino que tiene impacto directo sobre la cultura de las organizaciones sanitarias, sobre la administración, las políticas sanitarias y sobre pacientes y cuidadores.

La integración e impulso de los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria implican un cambio de cultura en el desarrollo de la sanidad, profesionales, organizaciones y pacientes que se encuentra con numerosas dificultades en su implementación. La clave del éxito de la humanización reside en lograr ese cambio. El liderazgo necesario para establecer el cambio organizacional y cultural de la asistencia sanitaria debe ser ejercido por todos los implicados en los sistemas sanitarios: desde la administración pública hasta el paciente.

La situación actual del desarrollo e innovación de la tecnología sanitaria no evoluciona al mismo ritmo que el desarrollo humanístico de la asistencia sanitaria, existiendo un desequilibrio marcado entre ambos aspectos. Es necesario equilibrarlos para alcanzar una atención de calidad que asegure el abordaje integral del paciente a todos los niveles.

Las necesidades formativas de los implicados en los aspectos humanísticos de la asistencia sanitaria deben ser satisfechas mediante el desarrollo y establecimiento de programas integrados en estudios universitarios y de desarrollo profesional continuo, incluyendo la enseñanza de competencias y habilidades relacionadas con la comunicación y la humanización.

Las principales barreras de la humanización de la asistencia sanitaria han sido identificadas como: la falta de tiempo para dedicar a pacientes por parte de los profesionales sanitarios, la falta de recursos humanos y económicos que permitan una atención sanitaria de calidad, la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios y la formación de los pacientes.

La formación y sensibilización de los ciudadanos en aspectos relacionados con su

salud es fundamental para garantizar el éxito de la cultura de humanización de la asistencia sanitaria. Es necesario integrar en la humanización de la asistencia sanitaria recomendaciones generales y herramientas de evaluación que garanticen la equidad de su implementación (indicadores).

6 Bibliografía

- Correa ML.(2016) La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. Rev Cuid.
- Gutiérrez Fernández, R. (2017) Revista Clínica de Medicina de Familia: La humanización en la Atención Primaria.
- Muñoz Cobos, F. (2016) Cambio de modelo de Atención Sanitaria.
- Gálvez Herrer, M. Gómez García, JM. Martín Delgado, MC. Ferrero Rodríguez, M. (2017) Humanización de la Sanidad y Salud Laboral: Implicaciones, Estado de la Cuestión y Propuesta del Proyecto HU-CI.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. (2016) Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

Capítulo 490

IMPACTO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS) EN EL ÁMBITO SANITARIO

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

1 Introducción

Se denominan Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) al conjunto de técnicas y dispositivos empleados para el tratamiento y la transmisión de datos. El concepto TICs engloba todos aquellos servicios basados en el intercambio de información (correo electrónico, foros, redes sociales y buscadores de información), las redes de telecomunicaciones que dan soporte a dicho intercambio de datos (telefonía fija y móvil, internet) y los terminales empleados para poder acceder a los distintos servicios (ordenadores personales, teléfonos, smartphones, tablets, reproductores de audio y vídeo).

La incorporación de las TICs al mundo sanitario está suponiendo un motor de cambio en la actividad no solo asistencial de los profesionales de la salud, sino también de investigación o gestión necesarias todas para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos, favoreciendo el desarrollo de herramientas dirigidas a dar respuesta en áreas como la planificación, la información, la investigación, la gestión, prevención, promoción o en el diagnóstico o tratamiento.

2 Objetivos

- Conocer cómo las TICs serán la base del futuro en el sector de salud, traducéndose en una mejora de la eficiencia de los servicios, una asistencia al paciente más óptima y una prevención más efectiva.

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 uso de las TIC en el ámbito de la salud no está simplemente relacionado con la tecnología, plantea objetivos todavía más ambiciosos: que los profesionales de la salud tomen mejores decisiones, que los establecimientos de salud proporcionen mayor calidad y una atención más segura, que la población decida sobre su propia salud con mayor información a su alcance, que los gobiernos tomen la responsabilidad de las necesidades de salud de la población y los sistemas locales y nacionales de información desarrollen sistemas de salud eficaces, eficientes y equitativos.

Algunos ejemplos de aplicación de las TIC:

- Las TIC pueden aplicarse en la gestión de los servicios de salud y en el acceso a su información, contribuyendo a un mejor funcionamiento de los sistemas de atención de salud. Aquí podemos destacar sistemas para el registro de pacientes,

la gestión logística de la atención al paciente, la administración de recursos humanos y equipamiento médico.

- Las TIC pueden aplicarse en la prestación de servicios bajo la modalidad de telemedicina, mejorando la provisión de atención de salud en varios niveles: la mejora de la calidad diagnóstica y terapéutica, la fiabilidad del mapeo epidemiológico, una mejor práctica clínica apoyada por segunda opinión entre los profesionales de la salud y el apoyo a los trabajadores de atención primaria en salud, especialmente en zonas rurales. Estas labores incluyen la búsqueda y acceso a literatura médica específica. El desarrollo profesional continuo del personal de atención, la telemedicina y teleconsulta en apoyo al diagnóstico remoto, el tele-diagnóstico por imagen y sonido, los sistemas de apoyo a la toma de decisiones y de control de calidad y la vigilancia de enfermedades y epidemiología.
- Las TIC pueden aplicarse en las acciones de información, educación y comunicación en los servicios dirigidos a los profesionales de la salud y a la población en general. Aquí hablamos de las oportunidades que las TIC abren en la comparación de conocimiento para los profesionales y en la difusión de información de salud para el conjunto de la población.

Pueden favorecer el diálogo cultural de alternativas de salud, el debate y la movilización social en torno a la conciencia de salud pública. Este tipo de iniciativas incluyen sistemas de e-learning y canales de televisión interactivos para ciclos formativos del personal de salud, contemplan la creación de espacios colaborativos y participación en redes sociales relacionados con programas específicos de prevención y atención para los profesionales. El desarrollo de portales informativos en Internet orientados a informar a los pacientes, prevenir enfermedades y crear redes entre el público objetivo. La utilización de medios de radiodifusión y televisión en campañas de promoción de la salud, la mejora de la efectividad de los sistemas de comunicación existentes y el desarrollo de puntos de acceso comunitarios para la información de salud como pueden ser los telecentros.

5 Discusión-Conclusión

En su conjunto, las TIC juegan y jugarán un papel determinante en las organizaciones sanitarias, además de mejorar la calidad asistencial aportan valor en la seguridad del paciente y van a suponer un ahorro en el consumo de recursos sanitarios (evitando duplicidades de pruebas diagnósticas) con reducción de los errores médicos, evitando morbilidades asociadas a tratamientos no adecuados, y mejorando la asistencia mediante una medicina basada en la evidencia

científica y el análisis masivo de datos para la toma de decisiones adecuadas en cada caso. Es hora de desarrollar plenamente una medicina personalizada, transnacional donde cada individuo sea tratado de una forma específica con la ayuda del amplio abanico que ya hoy nos ofrecen las TIC.

6 Bibliografía

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775310700087>
- <http://www.elmedicointeractivo.com> <http://intramed.net> <http://laesalud.com>

Capítulo 491

PAUTAS PARA MEJORAR LA ATENCIÓN A PERSONAS INVIDENTES, POR PARTE DE LOS CELADORES ASIGNADOS A UNIDADES DE ADMISIÓN E INFORMACIÓN.

MARIA ELENA JUBERÍAS AMO

MARIA SOL GONZALEZ LLANOS

1 Introducción

El celador es la primera persona en recibirnos cuando acudimos a una institución sanitaria, del trato recibido, nos llevaremos una buena o mala impresión de dicha institución. Entre las funciones del celador recogidas en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las instituciones sanitarias, Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971, en el artículo 14.2, se encuentran:

- Recibir pacientes y acompañantes, en la puerta de las instituciones sanitarias, entrada principal y urgencias.
- Traslado y/o acompañamiento de pacientes a las diferentes unidades y servicios de la institución
- En los servicios de información, deberá de dispensar información de carácter general, adecuada a las características de los usuarios.

Teniendo en cuenta estas funciones, es necesario conocer y adaptar a las características de las personas que acuden al sistema sanitario nuestra práctica laboral,

en este caso vamos a proponer una serie de pautas, para tener presentes a la hora de recibir, acompañar e informar a las personas invidentes, con el fin de darles una atención de calidad e inclusiva dentro de nuestro sistema sanitario, favoreciendo su autonomía, eliminando barreras tanto físicas, como sociales.

2 Objetivos

- Ofrecer un servicio de calidad, que sea percibido por el usuario como tal y que se adapte a sus características, potenciando su autonomía personal y eliminando las barreras tanto físicas como sociales.
- Adaptar la instituciones a sus características, colocando barandillas por las paredes, señalizando con carteles en braille las distintas instancia, colocando señales acústicas y no solo visuales en los sistemas de citación de las consultas.

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

Tras una exhaustiva revisión bibliográfica, de guías editadas por la once y de proyectos de intervención con personas invidentes, hemos obtenido una serie de pautas, a tener en cuenta cuando recibimos personas ciegas en nuestras instituciones sanitarias, y que debemos poner en práctica en el desarrollo de nuestra labor profesional como son:

- Preguntar siempre a una persona ciega si necesita ayuda, la ayuda espontánea no es siempre útil.
- Para guiar a una persona ciega, ofrecer nuestro brazo y caminar espontáneamente, atendiendo al espacio ocupado por ambos.
- Para pasar por lugares estrechos, echar hacia atrás el brazo con el que mantenemos contacto y caminaremos delante de ella, aminorando el paso para evitar rozaduras o golpes.

- Para utilizar escaleras, indicar dónde esta la barandilla, preferentemente poniendo en contacto la mano libre de la persona invidente y anunciando el primer y el último escalón.
- Cuando los acompañemos a coger medios de transporte, le indicaremos donde tiene que agarrarse para entrar al vehículo, sea un turismo, autobus, etc.
- Para ofrecer asiento,le informaremos de la existencia de un asiento libre y acercaremos su mano al respaldo.
- A la hora de informar no lo haremos desde lejos, nos acercaremos a su posición, para informar a cerca de posiciones, lo haremos desde su perspectiva.
- No elevaremos la voz, son personas ciegas , no sordas.
- Si tenemos que entregar objetos, se los daremos a la mano.
- Nos dirigiremos al interesado y no a su acompañante.
- Y siempre debemos de garantizar al máximo si intimidad.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de las pautas especificadas anteriormente y su puesta en práctica, facilitará y mejorará nuestra relación con las personas invidentes, lo que generará que nuestra labor sea percibida como satisfactoria y de calidad, contribuyendo a una valoración positiva de la institución sanitaria.

6 Bibliografía

- "BOE" NÚM.174, de 22 de junio 1971, páginas 12015 a 12024.
- ONCE (1989) "Los ciegos y tu". Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles
- ONCE (2011) "Discapacidad visual y autonomía personal". Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.

Capítulo 492

VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

REBECA GONZÁLEZ ARNIELLA

VANESSA GONZÁLEZ NARANJO

1 Introducción

Definición técnica del síndrome de la mujer maltratada «las agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral».

2 Objetivos

Abordar el tema de la violencia de género en el ámbito sanitario.

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 ámbito de la Ley abarca tanto los aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales y de atención posterior a las víctimas, como la normativa civil que incide en el ámbito familiar o de convivencia donde principalmente se producen las agresiones, así como el principio de subsidiariedad en las Administraciones Públicas. Se establecen igualmente medidas de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz y la atención física y psicológica de las víctimas, en coordinación con otras medidas de apoyo. Es necesario un amplio programa de formación complementaria y de reciclaje de los profesionales que intervienen en estas situaciones.

Fomentar la especialización de los colectivos profesionales que intervienen en el proceso de información, atención y protección a las víctimas. Garantizar el principio de transversalidad de las medidas, de manera que en su aplicación se tengan en cuenta las necesidades y demandas específicas de todas las mujeres víctimas de violencia de género.

La violencia de género se enfoca de un modo integral y multidisciplinar, empezando por el proceso de socialización y educación. La atención multidisciplinar implicará especialmente: a) Información a las víctimas. b) Atención psicológica. c) Apoyo social. d) Seguimiento de las reclamaciones de los derechos de la mujer. e) Apoyo educativo a la unidad familiar. f) Formación preventiva en los valores de igualdad dirigida a su desarrollo personal y a la adquisición de habilidades en la resolución no violenta de conflictos. g) Apoyo a la formación e inserción laboral.

En el ámbito sanitario se contemplan actuaciones de detección precoz y apoyo asistencial a las víctimas, así como la aplicación de protocolos sanitarios ante las agresiones derivadas de la violencia objeto de esta Ley, que se remitirán a los Tribunales correspondientes con objeto de agilizar el procedimiento judicial. Por esta ley se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia.

5 Discusión-Conclusión

Se ha producido un cambio de tendencia gracias a los Planes de Sensibilización que introducen en el escenario social las nuevas escalas de valores basadas en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad entre hombres y mujeres, así como en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia, todo ello desde la perspectiva de las relaciones de género. Dirigido tanto a hombres como a mujeres, desde un trabajo comunitario e intercultural.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- La Constitución Española del 29 de diciembre de 1978.
- <http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>.

Capítulo 493

PUNTOS CLAVE DE LA NUEVA LEY ORGÁNICA PROTECCIÓN DE DATOS PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LA SALUD

VANESSA GONZÁLEZ NARANJO

REBECA GONZÁLEZ ARNIELLA

1 Introducción

OBJETO DE LA LEY (art. 1)

Adaptar el OJ español al Reglamento Europeo de Protección de Datos. El DDFF de las personas físicas a la protección de datos personales del 18.4 de la CE se ejercerá con arreglo al Reglamento Europeo y esta ley. Garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme al artículo 18.4 de la CE.

ÁMBITO DE APLICACIÓN (art. 2)

Títulos I a IX y artículos 89 a 94 se aplica: a cualquier tratamiento total o parcialmente automatizado de datos personales. Tratamiento no automatizado de datos personales contenidos o destinados a ser incluidos en un fichero.

NO SERÁ DE APLICACIÓN

- Tratamiento excluidos del ámbito de aplicación del Reglamento Europeo (sin perjuicio de lo aquí expuesto).
- Tratamiento de datos de personas fallecidas (sin perjuicio de lo aquí expuesto).

-A los tratamiento sometidos a la normativa sobre protección de materias clasificadas.

DATOS DE LAS PERSONAS FALLECIDAS (art. 3)

Podrán dirigirse al responsable / encargado del tratamiento de datos para solicitar el Acceso, Rectificación o Supresión:

- Las personas vinculadas al fallecido por razones FAMILIARES o DE HECHO y sus HEREDEROS. SALVO que la persona fallecida lo hubiera prohibido (pero esta prohibición no afectara al acceso de los datos de carácter patrimonial del causante.
- Las instituciones o personas a las que el fallecido hubiese designado EXPRESAMENTE para ello. En el caso de fallecimiento de menores – estas facultades podrán ejercerse también por:
 - Representantes legales.
 - Ministerio Fiscal. En el caso de fallecimiento de personas con discapacidad, además de los antes nombrados también podrán ejercerse por quienes hubiesen sido designados para el ejercicio de funciones de apoyo.

2 Objetivos

Explicar los puntos clave de la ley de protección de datos para los auxiliares administrativos de salud.

3 Metodología

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

PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN DE DATOS

Exactitud de los datos. (art. 4)

- Los datos deberán ser exactos y actualizados.

- No será imputable al responsable del tratamiento (si ha tomado las medidas necesarias para que se supriman o rectifiquen sin dilación) la inexactitud de los datos personales, cuando los datos inexactos: a) Hubiesen sido obtenidos por el responsable directamente del afectado. b) Hubiesen sido obtenidos por el responsable de un mediador o intermediario, si la norma permite que este intermediario actúe. El mediador o intermediario asumirá la responsabilidad que pudiera derivarse. c) Fuesen sometidos a tratamiento por el responsable por haberlos recibido de otro responsable.

Deber de confidencialidad (art. 5)

- Están sujetas a este deber tanto los responsables como los encargados del tratamiento de datos y todas las personas que intervengan en él.
- El deber de confidencialidad es complementario del deber de secreto profesional.
- Esta obligación se mantendrá aun cuando hubiese finalizado la relación con el responsable o encargado.

Tratamiento basado en el consentimiento del afectado (art. 6)

- Se entiende como consentimiento: “afectado toda manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que este acepta, ya sea mediante una declaración o una clara acción afirmativa, el tratamiento de datos personales que le conciernen”.
- El consentimiento del afectado para una pluralidad de finalidades es preciso que conste de manera.

Específica e inequívoca que ese consentimiento se otorga para todas ellas.

- NO podrá supeditarse la ejecución del contrato para el cual el afectado consienta el tratamiento para finalidades que NO GUARDEN relación con el mantenimiento, desarrollo o control de la relación contractual.

Consentimiento de los menores (art. 7).

- Únicamente fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de 14 años.
- Si es menor de 14 solo será lícito si consta el del titular de la patria potestad o tutela.

Tratamiento de datos por obligación legal, interés público o ejercicio de poderes públicos (art. 8)

- Se podrá considerar en CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIÓN LEGAL exigible al responsable: en los términos del artículo 6.1 c) del Reglamento “el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento”. Cuando lo prevea una norma de Derecho de la Unión. Cuando

lo prevea una norma con rango de ley.

- Se podrá considerar en CUMPLIMIENTO DE UNA MISIÓN REALIZADA EN INTERÉS PÚBLICO O EJERCICIO DE PODERES PÚBLICOS: en los términos previstos en el 6.1 e) del Reglamento “el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento”.

Categorías especiales de datos (art. 9).

- Tratamiento de datos cuya finalidad principal sea identificar ideología, afiliación sindical, religión orientación sexual, creencias u origen racial o étnico. El sólo consentimiento del afectado NO bastará para levantar la prohibición de su tratamiento.

- Podrán establecer requisitos adicionales relativos a seguridad y confidencialidad el tratamiento de los datos contemplados en el artículo 9.2 letras g h i del Reglamento. G: “tratamiento es necesario por razones de un interés público...”. H: “tratamiento es necesario para fines de medicina preventiva o laboral, evaluación de la capacidad laboral del trabajador, diagnóstico médico, prestación de asistencia o tratamiento de tipo sanitario o social, o gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social...”. I: “necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública...”

Tratamiento de datos de naturaleza penal (art. 10)

Solo podrá llevarse a cabo cuando se encuentre amparado en una norma del Dº de la Unión / en esta Ley el tratamiento de los datos relativos a:

- Condenas e infracciones penales.

- Procedimientos y medidas cautelares y de seguridad conexas.

Y su tratamiento solo será posible cuando sean llevados a cabo por abogados y procuradores y tengan por objeto recoger la información facilitada por sus clientes para el ejercicio de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Es fundamental el conocimiento de la ley para no incluir en conflictos y problemas legales.

6 Bibliografía

- Constitución Española 1978 [Fecha de acceso 20 de diciembre de 2019].

- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Capítulo 494

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES DEPENDIENTES

JOSE LUIS ALVAREZ FERNANDEZ

1 Introducción

La higiene postural hace referencia a la postura correcta que se debe de adoptar a la hora de movilizar a pacientes dependientes para evitar posibles lesiones , aprendiendo a proteger sobre todo la columna vertebral, al realizar el trabajo diario evitando que se presenten dolores y disminuyendo el riesgo de lesiones.

2 Objetivos

- Analizar las técnicas y aptitudes de cara al trabajo diario del celador con pacientes dependientes.

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 Dialnet, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para el manejo del enfermo dependiente se debe:

- Adoptar una postura adecuada que distribuya la tensión por todos los músculos del cuerpo evitando lesiones, manteniendo la espalda recta.
- Realizar movimientos con lentitud sin brusquedad y evitando fricciones, mantener las rodillas flexión Adas y los pies separados unos 30° aproximadamente. En la medida de lo posible no realizar la movilización de un paciente una sola persona.
- Aplicar una serie de sistemas de ayuda que pueden usarse en caso necesario como silla de ruedas, tablas de transferencia, arnés, andadores, grúas, y camas articuladas.

5 Discusión-Conclusión

Los celadores son los profesionales más afectados por trastornos musculoesqueléticos. La mala postura corporal al movilizar a los pacientes puede conllevar a dolores de espalda, dolores de las articulaciones y otro tipo de lesiones. El tipo de trabajo condiciona claramente la lesión del profesional sanitario, es por tanto vital la correcta movilización del paciente para poder ofrecer un cuidado de calidad así como no producir lesiones en el profesional sanitario.

6 Bibliografía

- Alvarez Casado, E ; Hernández Soto, A; Rayo Garcia, V “ El riesgo asociado a la movilización de pacientes “ Gestión práctica de riesgos laborales nº67 pág. 26; 2010.
- Servicio de riesgos laborales Áreas de Salud Valladolid Este memoria Año 2011 SACYL.
- Revista enfermería del trabajo ISSN e_ 2174-2510 vol. 6 nº2, 2016 pág. 43-50.
- Bases de datos: Pubmed, Medline, y Dialnet.

Capítulo 495

ERGONOMÍA PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL SISTEMA SANITARIO

RAQUEL SUÁREZ FERNÁNDEZ

LAURA LÓPEZ SAMPEDRO

NURIA NOGALES URDIALES

PILAR DE LA TORRE GONZALEZ

JORGE MARCOS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Según la Asociación Española de Ergonomía se conoce como ergonomía al “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, seguridad y bienestar”.

De esta definición se extrae la idea de que su finalidad es que en el medio laboral, los materiales y el entorno de desarrollo del trabajo se adapte a las capacidades y posibilidades del trabajador. El conocimiento de los distintos elementos de trabajo es esencial para la prevención de los riesgos asociados a cada puesto y su uso adecuado, así como el reconocimiento de los síntomas asociados a las posibles patologías derivadas de las tareas del auxiliar administrativo, tanto en centros de

salud como en el entorno hospitalario, se convierten en la mejor herramienta para una salud laboral óptima.

2 Objetivos

- Analizar los elementos del equipo de trabajo y establecer las medidas adecuadas para una óptima salud postural.
- Describir las condiciones ambientales que se deben cumplir.
- Detallar las patologías derivadas del puesto de trabajo.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en distintos artículos, estudios, revistas, Guías Técnicas y normativa sobre Ergonomía en la Prevención de Riesgos Laborales y en las bases de datos Scielo, PrevenSystem con las palabras clave “ergonomía”, “tareas administrativas”, “prevención de riesgos laborales”. Como criterios de inclusión se ha usado: normativa española, idioma castellano y texto gratuito. De exclusión: trabajos publicados previamente al año 1996.

4 Resultados

El 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 así como la Guía Técnica para la evaluación y utilización de dichos equipos elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo establecen las condiciones básicas que se deberían cumplir. Este tipo de trabajos deben ser observados desde el punto de vista del mobiliario (pantalla, teclado, silla, mesa de trabajo...) así como las condiciones ambientales de iluminación, ruido, temperatura, grado de humedad, radiaciones y electricidad estática. Es decir, el diseño ergonómico será un todo armónico entre individuo, equipo de trabajo y entorno de trabajo.

Se ha identificado que para evitar los factores de riesgo en el desarrollo de las tareas de auxiliar administrativo se precisa el conocimiento de los componentes adecuados a su puesto de trabajo, especialmente el uso de pantallas de visualización de datos (PVD) así como la observación de hábitos posturales saludables.

Analizamos a continuación y de forma individual cada uno de los elementos del equipo de trabajo y establecemos las medidas adecuadas para una óptima salud postural.

- Pantalla de visualización de datos (PVD).

Debe ser móvil en tres direcciones para poder ser orientada en relación a la iluminación y evitar deslumbramientos y reflejos.

Los ojos deben estar al nivel del borde superior del monitor o algo por debajo. El cuello en posición recta, los hombros relajados y antebrazos, muñecas y manos en línea recta. La postura correcta frente a la misma será con piernas y muslos, muslo y espalda, brazos y antebrazos formando un ángulo de 90° o algo más, Los hombros relajados, codos pegados al cuerpo y pies pegados al suelo o sobre un reposapiés.

- Silla.

Junto con la pantalla, es otro de los elementos esenciales en cuanto a ergonomía se refiere. A ser posible debe contar con cinco puntos de apoyo y ruedas para facilitar su desplazamiento. El asiento medirá 40 cm de profundidad y el respaldo entre 20 y 30 cm y será regulable hacia atrás. Puesto que en el ámbito sanitario la silla va a ser ocupada por más de una persona, bien por rotación o por turnicidad, es recomendable que se pueda regular en altura para evitar posturas forzadas. En su defecto, y para aquellos que lo deseen, se aconseja el uso de reposapiés que también debería ser regulable en tres alturas.

- Teclado.

Su diseño debe cumplir las especificaciones de la Guía Técnica del INSHT para prevenir el mal uso del mismo. Será desplazable, inclinable e independiente del monitor. Su superficie será mate para evitar reflejos. Algunos teclados llevan incorporados un reposamuñecas que favorecen la alineación correcta de la muñeca y ayudan a evitar la fatiga y cansancio por su uso prolongado.

- Ratón.

Se situará cerca del teclado, sujetándose entre el pulgar y 4º y 5º dedos, permitiendo el apoyo de dedos, mano y muñeca sobre la mesa.

- Mesa o superficie de trabajo.

Las medidas mínimas adecuadas están entre 80 y 120 cm y sería recomendable que fuera regulable en altura para favorecer la posición adecuada.

A continuación pasamos a describir las condiciones ambientales:

- Iluminación: deberán colocarse las pantallas de modo que se eviten deslumbramientos teniendo en cuenta los focos de luz.
- Ruido: según la Guía Técnica, el nivel sonoro continuo para las tareas difíciles y complejas no debería ser superior a las 55dB, entendiendo que se refiere a aquellas tareas que requieren concentración.
- Ambiente térmico: la temperatura adecuada está entre 19°C y 24°C y la humedad entre el 40% y el 70%.
- Electricidad estática: en caso de ser necesario se emplearán materiales antiestáticos como moquetas con hilo de cobre o suelos de cobre.

Patologías del puesto de trabajo que deben ser conocidas para prevenirlas o identificarlas en caso de padecerlas

Se agrupan en tres categorías:

- Fatiga visual: sus síntomas son molestias oculares como sensación de ojos cansados, pesadez de párpados, picores, quemazón, aumento de parpadeo ocular, somnolencia, así como trastornos visuales como la borrosidad de los caracteres.
- Fatiga física o alteraciones músculo-esqueléticas: los síntomas típicos son dolores cervicales, tirantez de nuca, dorsalgias y lumbalgias.
- Fatiga mental o psicológica: es debida al excesivo esfuerzo mental y de concentración. Este tipo de fatiga tiene gran incidencia en el trabajo del auxiliar administrativo y sus síntomas van desde los trastornos del sueño: pesadillas, insomnio, pasando por perturbaciones psíquicas como la ansiedad o estados depresivos, hasta los trastornos neurovegetativos como las cefaleas y alteraciones psicosomáticas, por ejemplo, diarreas.

5 Discusión-Conclusión

A partir del análisis de los factores anteriores se puede concluir que el conocimiento de los equipos de trabajo, su uso correcto y unos hábitos posturales adecuados, así como la identificación de los síntomas que podrían derivar en patologías asociadas a este puesto de trabajo es una tarea que no sólo corresponde al trabajador sino que el empresario, en este caso el Sistema Sanitario, deben tener en cuenta para la prevención de los riesgos laborales evitando así al absentismo laboral y optimizando los recursos humanos y económicos.

Se podría concluir que en este caso se cumple el refrán de que “más vale prevenir que curar”.

6 Bibliografía

- <http://www.ergonomos.es/> de la Asociación Española de Ergonomía
<https://www.boe.es/>
- https://www.insst.es/documents/94886/509319/DTE_PVD-guiaTecnica.pdf/09375e8b-1de6-4793-9d07-c06f0dc16f1c Guía Técnica elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) por mandato del RD 488/1997.
- <http://www.invassat.gva.es/>
- <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/> sobre riesgos relacionados con la ergonomía.
- https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_602.pdf. Sobre Norma Europea UNE 81-425-91 “Principios ergonómicos a considerar en el proyecto de los sistemas de trabajo”

Capítulo 496

PREVENCION DE RIEGOS LABORALES EN EL PROFESIONAL NO SANITARIO. RIESGOS EN SEGURIDAD, HIGIENICOS, ERGONÓMICOS, PSICOSOCIALES Y ORGANIZATIVOS.

JULIA RODRIGO SORDO

MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ

MARTA MARIA CADAVIECO BLANCO

SERVANDO GARCIA FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL AMAGO BLANCO

1 Introducción

La constitución española, en su artículo 40.2, establece la necesidad de velar por la seguridad e higiene en el trabajo, desde hace unos años para acá este tema ha tenido mucho hincapié en todos los espacios públicos, existe la ley 31/1995, de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales. También cabe destacar los factores derivados de la organización del trabajo.

Los trabajadores tendremos unos derechos y unas obligaciones a cumplir.
Derechos de los trabajadores:

- Protección frente a los riesgos laborales.
- Equipos de trabajo y medios de protección adecuados.
- Información, consulta y participación.
- Derecho a la formación.
- Medidas de emergencia.
- Toma de medidas en caso de riesgo grave e inminente.
- Derecho a la vigilancia y a la salud.
- Protección a los trabajadores especialmente sensibles, maternidad y menos.

Obligaciones de los trabajadores:

- Velar por su propia seguridad.
- Usar adecuadamente los equipos y medios con los que desarrollen su actividad.
- Utilizar adecuadamente los dispositivos de seguridad.
- Informar acerca de cualquier situación que entrañe un riesgo para la seguridad.
- Cooperar con el empresario.
- Contribuir al cumplimiento de las obligaciones establecidas por la autoridad competente.
- Riesgos más usuales dentro del entorno de trabajo de un auxiliar administrativo y medidas de prevención.
- Orden y limpieza: puede haber caídas (señalizar las zonas mojadas o con presencia de irregularidades), choques (dejar los pasillos libres de obstáculos), contusiones (no llevar objetos punzantes en los bolsillos, solo utilizarse en el momento que se precisa), etc.
- Contactos eléctricos o incendios: no utilizar las instalaciones cuando estén mojadas, en caso de accidente desconectar la corriente y avisar al resto de trabajadores. Siempre hay que asegurarse que los extintores están en buen estado, revisión periódica.
- Carga física: trabajo sedentario, malas posturas, ... Intentar siempre tener una ergonomía correcta en el trabajo.
- Pantallas de visualización: Imagen estable, sin destellos o centelleos. Se debe poder ajustar la luminosidad y el contraste, evitar reflejos molestos, la pantalla deberá ser orientable e inclinable a voluntad, se debe trabajar con la cabeza de frente al ordenador. Centro de la pantalla delante de usted. Coloque el monitor a una altura de los ojos, parpadear con frecuencia y periódicamente, apartar la mirada de la pantalla del monitor.
- Superficie de trabajo: la altura de la silla debería de ser regulable. Ajustar la altura de su silla para usar el teclado y el ratón correctamente. Uso de reposapiés. Ajustarla silla para sentarse en una posición reclinada. Tener un adecuado apoyo

lumbar. Realizar descansos cada determinado tiempo; ponerse de pie, estirar y relajar los músculos.

2 Objetivos

Analizar y conocer las estrategias de prevención de 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.

4 Resultados

Factores derivados de la carga de trabajo

Se denomina carga de trabajo al esfuerzo que el trabajador debe hacer para ejercer la actividad laboral. Es un factor que origina riesgo. Una de las consecuencias más importantes es la fatiga, tanto física como mental. Existen trabajos que conllevan una sobrecarga física por posturas inadecuadas (en un trabajo estático o manipulando cargas) y otros que implican una sobrecarga mental por una necesidad excesiva de atención, concentración y control.

Cuando la fatiga se vuelve crónica o permanente, se da un rendimiento bajo, se produce falta de atención y envejecimiento prematuro.

Factores derivados de la organización del trabajo

La organización y ordenación del trabajo influye notablemente en la salud del trabajador, puesto que la forma de trabajar puede responder o no a unas expectativas y, por tanto, ser susceptible de generar factores psicosociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica en dos grupos los factores psicosociales del trabajo, teniendo en cuenta el tipo de trabajo y la organización y las condiciones de trabajo:

- Según el tipo de trabajo: las tareas repetitivas, el grado de responsabilidad, el aislamiento o el uso de las aptitudes del trabajador generan más o menos satisfacción con el trabajo y consigo mismo.

- Según la organización y las condiciones de trabajo: el trabajo por turnos, la estabilidad en el puesto de trabajo, la insuficiencia de la carga de trabajo, la cohesión del grupo, el estilo de mando, la seguridad, los factores físicos y químicos del medio de trabajo, el sistema de remuneración o el tamaño de la empresa son otros factores que afectan e influyen notablemente en la salud del trabajador, que puede verse más o menos desaprovechado, con cambios continuos de horarios, más o menos valorado o con poco futuro en la empresa.

Los efectos de estos factores de riesgo son determinadas alteraciones de la salud como resultado de la materialización de riesgos psicológicos y de comportamiento y riesgos físicos o psicosomáticos. Las consecuencias más importantes son:

El estrés laboral.

El burnout (o síndrome del quemado).

El boreout (malestar general motivado por el aburrimiento o la disminución de trabajo).

El mobbing (acoso laboral).

En general, la prevención de estos efectos pasa por:

- Adecuar el puesto de trabajo a la persona (o viceversa).
- Realizar evaluaciones de riesgos psicosociales de los puestos de trabajo y de la cultura de la empresa.
- Informar y formar al trabajador para el desarrollo de su tarea.
- Definir claramente las obligaciones de cada puesto de trabajo.
- Fomentar las relaciones interpersonales entre los compañeros de la empresa.
- Resolver conflictos a través del diálogo.
- Organizar adecuadamente el trabajo.
- Ajustar la carga de trabajo a la capacidad del propio trabajador.

Análisis de los riesgos relativos a las condiciones ergonómicas y psicosociales

Los riesgos y efectos más frecuentes ligados a las condiciones ergonómicas y psicosociales proceden, por un lado, de la carga de trabajo, y por otro, de la organización del trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los riesgos laborales pueden ocasionar daño a la seguridad y salud de los trabajadores tanto mental como física, por lo tanto, su protección es un

deber y obligación de los empleadores ya que debe haber una planificación de la prevención de los riesgos derivados del trabajo y así mitigar sus consecuencias en caso de que ocurra un accidente.

6 Bibliografía

- Ley de prevención de riesgos laborales.
- Temario de prevención de riesgos laborales del Ministerio de España.

Capítulo 497

HABITOS A ADOPTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO

ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS

1 Introducción

La Asociación Internacional de Ergonomía (adaptación al puesto de trabajo) entiende por Ergonomía la disciplina científica sobre el conocimiento de las interacciones entre el hombre y otros elementos de un sistema, así como la profesión que aplica principios teóricos, datos y métodos para el diseño de cara a optimizar el bienestar humano y el rendimiento general del sistema.

Según la Asociación Española de Ergonomía (A.E.E.), la Ergonomía es el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, la seguridad y el bienestar.

El objetivo general de la Ergonomía es adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano.

Puede ser aplicada a todos los aspectos de la actividad humana y, por tanto, habrán de considerarse factores físicos, cognitivos, sociales, organizacionales, ambientales y cualesquiera otros que se consideren relevantes en un caso concreto.

Las áreas de la Ergonomía son, según la A.E.E.:

- Ergonomía de puestos/Ergonomía de sistemas.
- Ergonomía de concepción y Ergonomía de corrección.
- Ergonomía geométrica.

- Ergonomía ambiental.
- Ergonomía temporal o cronoergonomía.
- Ergonomía informática.

Y según la I.E.A. las áreas que se pueden distinguir serían:

- Ergonomía física: que incluye anatomía, fisiología y características biomecánicas referidas a la actividad física. Los tópicos relevantes abarcan las posturas de trabajo, el manejo manual de cargas, los movimientos repetitivos, los trastornos musculoesqueléticos, el diseño del puesto de trabajo y la seguridad y salud en el trabajo.
- Ergonomía cognitiva: relacionada con los procesos mentales tales como la percepción, la memoria, razonamiento y respuesta motora en tanto en cuanto afecten a las interacciones entre el hombre y otros elementos del sistema. Los temas relevantes incluyen la carga mental, la toma de decisiones en situaciones comprometidas, la interacción hombre-máquina, incluido el ordenador, fiabilidad humana, estrés en el trabajo y cómo se relacionan con el diseño del sistema.
- Ergonomía organizacional: trata de la optimización de los sistemas sociotécnicos, incluyendo sus estructuras organizativas, políticas y procesos. Los tópicos relevantes incluyen la comunicación en la empresa, diseño del tiempo de trabajo, trabajo en equipo, diseño participativo, cooperación en el trabajo, nuevas formas de organización del trabajo, cultura organizacional, organizaciones virtuales, teletrabajo, etc.

Hemos de indicar que la Ergonomía, junto con la Psicología Aplicada, es una de las cuatro áreas o especialidades que integran la Prevención de Riesgos Laborales tal y como se indica en las diferentes disposiciones legales, pero el concepto puede ampliarse más allá del mundo del trabajo y de la empresa e incluir el diseño de productos teniendo en cuenta su usabilidad y las personas que los han de emplear, es decir, los usuarios potenciales de los mismos, así como los ambientes y entornos en que han de emplearse.

Según la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo, entre un 60 y un 90 por ciento de la población sufrirá dolor de espalda en algún momento de su vida a consecuencia de su puesto de trabajo. Además, entre un 15 y un 42 por ciento de los afectados lo padecerá de forma habitual, según este organismo.

Otras dolencias frecuentes están relacionadas con una mala postura en el trabajo, como son las contracturas o desviaciones en la columna, junto al estrés y la falta de ejercicio. Las articulaciones de la cadera, columna y rodillas sufren en constante tensión, sobre todo en aquellas personas que pasan su jornada laboral de

pie, pueden derivar en problemas reumáticos.

2 Objetivos

- Adaptar el trabajo a las capacidades y posibilidades del ser humano.
- Proteger la salud de las personas (confort físico) basada en la ergonomía.
- Mejorar el grado de satisfacción de los usuarios (confort psicológico) con la aplicación del concepto de ergonomía.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos incluyendo PubMed y Scielo.

Se ha consultado literatura científica relacionada con el tema.

4 Resultados

Ante estas lesiones, que tienen un gran impacto en la calidad de vida de los trabajadores, existen algunos consejos que pueden prevenir o paliar los problemas descritos, según el secretario general del Colegio de Profesionales de Fisioterapeutas:

- Ajustar la mesa de trabajo: La altura de trabajo es sumamente importante, ya que garantiza que el empleado realice su labor en una posición corporal bien balanceada. Esta adaptación debe estar organizada de una forma eficaz, con suficiente espacio para moverse alrededor y cambiar de posición cada cierto tiempo.
- Evitar estar en una misma posición durante mucho tiempo: Estar en la misma posición en largos periodos de tiempo puede degenerar en diversos trastornos musculoesqueléticos.
- Vestir de una forma cómoda: Es preciso vestir con ropa holgada, que no apriete y permitan estar cómodos en el fin de prevenir malas posturas. De vital importancia resulta calzar zapatos cómodos, para disminuir el riesgo de posibles lesiones reumáticas derivadas de una tensión excesiva en los tendones de las piernas.
- Realizar un buen descanso nocturno: Dormir ocho horas diarias favorece la recuperación de una forma óptima, pero también influye en la aparición de lesiones y para reforzar el sistema inmunológico, por lo que el empleado será menos propenso a enfermar.

- Levantar peso con moderación: Los gobiernos suelen determinar el peso máximo que un trabajador puede cargar, no obstante, es recomendable transportar peso con la espalda recta y flexionando las rodillas para levantarlo del suelo.

Beneficios de la ergonomía:

- Previene riesgos laborales.
- Mejora la postura frente al ordenador u otro tipo de máquinas de trabajo.
- Mejora la comodidad en ambientes de trabajo.
- Eleva la productividad del trabajador.
- Disminuye la fatiga de los trabajadores.
- Permite obtener información de primera mano de los aspectos a mejorar en los ambientes de trabajo.
- Mejora la estabilidad laboral.
- Mantiene la moral del trabajador en alto.
- Reduce costos. Al reducir sistemáticamente los factores ergonómicos de riesgo, se pueden evitar costos ocasionados por el ausentismo de los trabajadores.
- Incrementa la productividad. Las mejores soluciones ergonómicas a menudo aumentan la productividad.
- Mejora la calidad. Una ergonomía deficiente conlleva tener trabajadores frustrados y fatigados que no muestran su mejor desempeño.
- Mejora la participación del empleado. Los trabajadores se percatan cuando la compañía se esfuerza por asegurar su salud y seguridad.
- Crea una mejor cultura de seguridad. La ergonomía demuestra que una empresa tiene un compromiso con la seguridad y la salud como valor principal.

5 Discusión-Conclusión

La ergonomía beneficia a todos. Invertir en ergonomía en el trabajo beneficia a todas las partes implicadas. De esta forma, los trabajadores evitan riesgos innecesarios para la salud, pero también hay una mejora del ambiente laboral, lo que provoca una mayor motivación. También cuenta con ventajas para el empresario, debido a que invertir en ergonomía disminuye el absentismo laboral y mejora la calidad del servicio.

6 Bibliografía

- ¿Qué es la ergonomía?-ergoaragon-Asociación Aragonesa.
- Ergonomía: Que es, significado, Recomendación e Información Ciudateplus.

- La ergonomía y su influencia en la calidad del trabajo blogs.imf-formación.com.

Capítulo 498

LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO

ANDREA RAMOS CUETOS

1 Introducción

La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (actualizada en 2018) tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

En su artículo 15 se establece que las Administraciones sanitarias, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, promoverán e impulsarán actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz de la violencia de género y propondrán las medidas que estimen necesarias a fin de optimizar la contribución del sector sanitario en la lucha contra este tipo de violencia, desarrollando programas de sensibilización y formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación de la mujer en las situaciones de violencia de género.

Así mismo, en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se constituirá una Comisión contra la Violencia de Género que apoye y oriente la planificación de las medidas sanitarias expuestas contra la violencia de género, evalúe y proponga las necesarias para la aplicación del protocolo sanitario y cua-

lesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta forma de violencia.

2 Objetivos

Analizar la violencia de género en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos y consultado los principales soportes electrónicos de los ministerios de España.



4 Resultados

Los planes de sensibilización, prevención y detección son las medidas a tomar tanto en el ámbito educativo, en el ámbito de la publicidad y de los medios de comunicación y en el ámbito de la sanidad.

Las medidas a tomar en caso de detección de caso de violencia de género en el ámbito de la sanidad son:

- Registrar en la historia clínica la sospecha y las actuaciones realizadas, las cuáles puede servir como prueba importante en un proceso judicial.
- Informar a la mujer del plan de actuación sanitaria y de las posibles consecuencias de las medidas que se van a tomar.
- Informarle acerca de sus derechos y de los recursos con los que puede contar.
- No verificar el testimonio de la mujer hablando con su agresor.
- Siempre que se emita un parte de lesiones, previamente hay que valorar la seguridad de la mujer y tomar medidas de protección para minimizar el riesgo.
- Leer siempre a la mujer el parte de lesiones emitido.
- Indagar sobre la posibilidad de malos tratos a otros miembros de la familia o personas allegadas.
- Si hay hijos o hijas a su cargo, ponerse en contacto con pediatría para valorar el alcance del maltrato.
- Es necesario tener en cuenta las dificultades específicas de las mujeres en situaciones de especial vulnerabilidad.
- No recomendar nunca terapia de pareja o mediación familiar.
- Mantener estrecha coordinación y colaboración con otras instituciones y servicios no sanitarios.
- Es necesario que las personas profesionales de salud realicen sus propios procesos y la formación sea también vivencial, tomando conciencia de sus propias actitudes, estereotipos, procesos personales, modos de relación, conflictos y del impacto de los mandatos patriarcales en sus vidas.
- Promover en las mujeres su participación en grupos terapéuticos y/o de desarrollo personal, tanto en los centros de salud como en los servicios especializados.

La Ley 1/2004 pretende que todas las mujeres víctimas de violencia de género tengan derecho a:

LA INFORMACIÓN:

- Recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal.
- Garantizar que las mujeres con discapacidad víctimas de violencia de género tengan acceso integral a la información sobre sus derechos y sobre los recursos existentes.
- Facilitar el acceso integral a la información a todas las mujeres víctimas de violencia de género que por sus circunstancias personales y sociales puedan tener mayor dificultad.

ASISTENCIA SOCIAL INTEGRAL:

- Las mujeres víctimas de violencia de género tienen derecho a servicios sociales de atención, de emergencia, de apoyo y acogida y de recuperación integral como: información a las víctimas, atención psicológica, apoyo social, seguimiento de las reclamaciones de los derechos de la mujer, apoyo educativo a la unidad familiar, formación preventiva en los valores de igualdad dirigida a su desarrollo personal y a la adquisición de habilidades en la resolución no violenta de conflictos y apoyo a la formación e inserción laboral.
- Los menores que se encuentren bajo la patria potestad o guarda y custodia de la persona agredida tendrán derecho a la asistencia social integral debiendo ser atendidos por los servicios sociales con el fin de prevenir y evitar de forma eficaz las situaciones que puedan comportar daños psíquicos y físicos a los menores que viven en entornos familiares donde existe violencia de género.

ASISTENCIA JURÍDICA:

- Recibir asesoramiento jurídico gratuito en el momento inmediatamente previo a la interposición de la denuncia, y a la defensa y representación gratuitas por abogado y procurador en todos los procesos y procedimientos administrativos que tengan causa directa o indirecta en la violencia padecida.

DERECHOS LABORABLES Y DE SEGURIDAD SOCIAL:

- La trabajadora víctima de violencia de género tendrá derecho a la reducción o a la reordenación de su tiempo de trabajo, a la movilidad geográfica, al cambio de centro de trabajo, a la suspensión de la relación laboral con reserva de puesto de trabajo y a la extinción del contrato de trabajo, considerando el tiempo de suspensión como período de cotización efectiva a efectos de las prestaciones de Seguridad Social y de desempleo.

DERECHOS ECONÓMICOS:

- Ayudas sociales.
- Acceso a la vivienda y residencias públicas para mayores.

Las principales finalidades de esta Ley son:

- Fortalecer las medidas de sensibilización ciudadana de prevención, dotando a los poderes públicos de instrumentos eficaces en el ámbito educativo, servicios sociales, sanitario, publicitario y mediático.
- Consagrar derechos de las mujeres víctimas de violencia de género, exigibles ante las Administraciones Públicas, y así asegurar un acceso rápido, transparente y eficaz a los servicios establecidos al efecto.
- Reforzar hasta la consecución de los mínimos exigidos por los objetivos de la

ley los servicios sociales de información, de atención, de emergencia, de apoyo y de recuperación integral, así como establecer un sistema para la más eficaz coordinación de los servicios ya existentes a nivel municipal y autonómico.

- Garantizar derechos en el ámbito laboral y funcional que concilien los requerimientos de la relación laboral y de empleo público con las circunstancias de aquellas trabajadoras o funcionarias que sufran violencia de género.
- Garantizar derechos económicos para las mujeres víctimas de violencia de género, con el fin de facilitar su integración social.
- Establecer un sistema integral de tutela institucional en el que la Administración General del Estado, a través de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer, en colaboración con el Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer, impulse la creación de políticas públicas dirigidas a ofrecer tutela a las víctimas de la violencia contemplada en la presente Ley.
- Fortalecer el marco penal y procesal vigente para asegurar una protección integral, desde las instancias jurisdiccionales, a las víctimas de violencia de género.
- Coordinar los recursos e instrumentos de todo tipo de los distintos poderes públicos para asegurar la prevención de los hechos de violencia de género y, en su caso, la sanción adecuada a los culpables de los mismos.
- Promover la colaboración y participación de las entidades, asociaciones y organizaciones que desde la sociedad civil actúan contra la violencia de género.
- Fomentar la especialización de los colectivos profesionales que intervienen en el proceso de información, atención y protección a las víctimas.
- Garantizar el principio de transversalidad de las medidas, de manera que en su aplicación se tengan en cuenta las necesidades y demandas específicas de todas las mujeres víctimas de violencia de género.

5 Discusión-Conclusión

Conclusiones:

- La mentalidad machista es la principal condición de riesgo desde la adolescencia, por lo que su prevención es vital para su superación.
A su vez y ligado a esta conclusión es importante la educación en el ámbito familiar en el que se deben inculcar tanto la igualdad como el respeto mutuo.
- La violencia hacia la mujer es un acto delictivo y potencialmente muy dañino. Una intervención médica adecuada y una correcta derivación puede salvar una vida, evitando la muerte física o la destrucción emocional de una persona.
- Dar protección inmediata y efectiva a las víctimas, mujeres e hijos, dando prioridad a las medidas cautelares preventivas.

- Contribuir a la erradicación de dicha violencia desde el ámbito legislativo y judicial.
- Elaborar la normativa que coordine los recursos sociales, institucionales o privados.
- La implicación de los profesionales sanitarios, abogados/as y trabajadoras/es sociales son en muchos casos cruciales a la hora de la detección de casos de violencia de género.

6 Bibliografía

- BOE.
- <https://www.cronista.com/informaciongral/INDEC-registro-mas-de-medio-millon-de-denuncias-por-violencia-de-genero-entre-2013-y-2018-20190307-0042.html>.
- <http://www.mujaresenred.net>.

Capítulo 499

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN LA COMUNICACIÓN ENTRE USUARIO Y ADMINISTRATIVO

MARTA MARIA CADAVIECO BLANCO

SERVANDO GARCIA FERNANDEZ

MIGUEL ANGEL AMAGO BLANCO

JULIA RODRIGO SORDO

MARÍA JESÚS GARCÍA SÁNCHEZ

1 Introducción

La primera persona que un paciente se encuentra cuando va a un centro sanitario ya sea hospital o centro de salud es el celador en información o el auxiliar administrativo en un mostrador. No es un facultativo o una enfermera, el personal no sanitario es la primera persona que recepciona y acoge al paciente que actualmente demandan más atención y exigen calidad de servicios.

Concepto de comunicación: según la Real Academia de la Lengua entendemos como comunicación “la manifestación de ideas, sentimientos y conocimientos que se lleva a cabo mediante un proceso de transmisión de información. Es la transmisión de mensajes entre dos o mas personas donde se producen interacciones entre los comunicantes.

2 Objetivos

Explicar las funciones y procedimiento de actuación en la comunicación entre usuario y administrativo.

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

Requisitos

La cualificación y preparación del informante, la capacidad de expresarnos y comunicarnos ante diferentes situaciones es fundamental para que el paciente se sienta acogido en el centro.

Debemos de usar un lenguaje sencillo y básico sin usar tecnicismos, donde el lenguaje no verbal, postural, expresiones faciales y gestos también influyen en dicha comunicación.

Funciones

La cualificación y preparación del informante, la capacidad de expresarnos y comunicarnos ante diferentes situaciones es fundamental para que el paciente se sienta acogido en el centro.

Debemos de usar un lenguaje sencillo y básico sin usar tecnicismos, donde el lenguaje no verbal, postural, expresiones faciales y gestos también influyen en dicha comunicación.

Atención al público

- Uso no sexista del lenguaje administrativo.
- Utilizar un tono de voz adecuado, firme y directo pero amable.
- No invadir el espacio personal del paciente.
- Usar un código de vestimenta adecuado para el puesto de trabajo.

- Postura corporal abierta y neutra que no denote falta de interés o cansancio.
- Evitar gesticular.
- Saber escuchar y formular las preguntas adecuadas.
- Ser asertivos (admitir errores, pedir disculpas cuando el tema lo requiera, demostrar que se escucha y comprende al paciente).

Atención telefónica

- Voz emplearemos un tono suave sin caer en la monotonía, al mismo tiempo transmitiremos seguridad y tranquilidad al paciente.
- Lenguaje articularemos bien las palabras con un ritmo bien modulado, que ayude a una mejor comunicación con el paciente.
- Postura corporal, adoptaremos una postura firme y relajada, con una sonrisa que nos ayudara a crear empatía con el paciente
- Silencio, asentir con gestos de comunicación o palabras de acompañamiento.

Cada paciente necesita nuestra atención procurando centrarnos en sus peticiones, con una escucha activa que mejorara su ansiedad y su predisposición. Es necesario disponer de toda la información necesaria que nos ayude a solucionar sus dudas. Información adecuada, precisa y suficiente (ni excesiva ni escueta). Escuchar al paciente darle la oportunidad que expliquen sus dudas o problemas. Realizar todas las consultas adecuadas para dar resolución a las peticiones del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Se evitarán

- Negaciones.
- Palabras imperativas.
- Diminutivos o superlativos.
- Tecnicismos.
- Frases hechas.
- Lenguaje vulgar.

Pacientes conflictivos

Ante un paciente nervioso o alterado el primer paso a seguir es intentar calmarlo, hablando en un tono suave e interesándonos por su problema, sin contagiarnos de su estado emocional. En líneas generales saber afrontar situaciones ante los

pacientes conflictivos transmitiendo tranquilidad y sin imponernos en la conversación

Ante un paciente hostil:

- Esperar que el paciente reduzca su actitud hostil para intervenir.
- Escuchar de forma serena sin mostrar miedo o temor, sin juzgar ni darse por aludido por la irritación del paciente.
- Crear un ambiente sereno donde el paciente no se sienta ni encerrado ni envalentonado.
- Mantener las emociones bajo control.
- Mostrar empatía y permitir que exponga su problema.
- Realizar un resumen del problema e iniciar los procedimientos para su solución.

6 Bibliografía

- Martin, A. "Elementos en la comunicación telefónica" Aula fácil.
- Femenias, A. "Comunicación y habilidades sociales para profesionales sanitarios" Ed. Nexus Medica Editores S.L.
- Ballenato, G. "Comunicación eficaz. Teoría y practica de la comunicación humana" Ed. Pirámide.
- Angood, G. "Competencias practicas en la resolución de conflictos".

Capítulo 500

HUMANIZACIÓN DE LA SANIDAD Y SALUD LABORAL

SARA BEJEGA LONGUEIRA

1 Introducción

La salud laboral tiene como objeto prioritario de sus funciones la búsqueda del bienestar de los trabajadores por dos vías: la promoción de la salud entre los mismos y la prevención de los riesgos laborales. Para ello, sitúa su foco de atención sobre el medio ambiente de trabajo, las condiciones laborales del mismo, la tarea a desempeñar, los equipos de trabajo y los profesionales (como grupo y de forma individual). La consecución de su meta: la protección de la salud del trabajador, será algo que finalmente repercute tanto en la calidad del trabajo desempeñado como en el bienestar de los usuarios de su servicio. En el ámbito sanitario, la atención a la salud de los profesionales, será algo que repercutirá en la calidad de la atención clínico-asistencial, en el bienestar de los pacientes y en el beneficio de la sociedad en general. Y la salud laboral incluye la salud emocional: no podremos cuidar bien si no estamos bien a todos los niveles.

La salud laboral se construye en un medio ambiente de trabajo adecuado, con condiciones de trabajo justas, donde los trabajadores y trabajadoras puedan desarrollar una actividad con dignidad y donde sea posible su participación para la mejora de las condiciones de salud y seguridad.

Se puede evitar que el trabajo dañe a la salud, y es obligación empresarial hacerlo así: los mal llamados “accidentes” y las enfermedades laborales son evitables si se adopta una adecuada prevención.

2 Objetivos

Exponer las principales medidas necesarias para evitar, o al menos minimizar, los riesgos en el trabajo y promocionar la salud entre los trabajadores.

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 autoridad sanitaria, de forma coordinada con la autoridad laboral, llevará a cabo las siguientes actuaciones, además de las ya establecidas normativamente:

- Desarrollar un sistema de información sanitaria en salud laboral que, integrado en el sistema de información de salud pública, dé soporte a la vigilancia de los riesgos sobre la salud relacionados con el trabajo.
- Establecer un sistema de indicadores para el seguimiento del impacto sobre la salud de las políticas relacionadas con el trabajo.
- Impulsar una vigilancia de la salud de los trabajadores a través de la elaboración de protocolos y guías de vigilancia sanitaria específica en atención a los riesgos a los que estén expuestos.
- Desarrollar programas de vigilancia de la salud post-ocupacional.
- Autorizar, evaluar, controlar y asesorar la actividad sanitaria de los servicios de prevención de riesgos laborales.
- Establecer mecanismos para la integración en los sistemas de información públicos del Sistema Nacional de Salud de la información generada por las actividades sanitarias desarrolladas por los servicios de prevención de riesgos laborales y por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, en relación con la salud de los trabajadores.
- Fomentar la promoción de la salud en el lugar de trabajo, a través del fomento y desarrollo de entornos y hábitos de vida saludables.
- Establecer mecanismos de coordinación en caso de pandemias u otras crisis sanitarias, en especial para el desarrollo de acciones preventivas y de vacunación.
- Cualesquiera otras que promuevan la mejora en la vigilancia, promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de los problemas de salud derivados del trabajo.
- Promover la formación en

salud laboral de los profesionales sanitarios de los sistemas sanitarios públicos.

Al hablar de salud laboral no nos referimos solamente a las afecciones o a las posibles enfermedades profesionales que puedan padecer los profesionales, sino que se trata de un concepto mayor, directamente relacionado con el bienestar y la satisfacción en el puesto de trabajo. Los aspectos que debe comprender la actuación sanitaria en el ámbito de la Salud Laboral, son los siguientes:

- Promover, con carácter general, la salud integral del trabajador.
- Actuar en los aspectos sanitarios de la prevención de los riesgos profesionales.
- Asimismo, se vigilarán las condiciones de trabajo y ambientales que puedan resultar nocivas o insalubres durante los periodos de embarazo y lactancia de la mujer trabajadora, acomodando su actividad laboral, si fuera necesario, a un trabajo compatible durante los periodos referidos.
- Determinar y prevenir los factores de microclima laboral en cuanto puedan ser causantes de efectos nocivos para la salud de los trabajadores.
- Vigilar la salud de los trabajadores para detectar precozmente e individualizar los factores de riesgo y deterioro que puedan afectar a la salud de los mismos.
- Elaborar, junto con las autoridades laborales competentes, un mapa de riesgos laborales para la salud de los trabajadores. A estos efectos, las empresas tienen obligación de comunicar a las autoridades sanitarias pertinentes las sustancias utilizadas en el ciclo productivo. Asimismo, se establece un sistema de información sanitaria que permita el control epidemiológico y el registro de morbilidad y mortalidad por patología profesional.
- Promover la información, formación y participación de los trabajadores y empresarios en cuanto a los planes, programas y actuaciones sanitarias en el campo de la Salud Laboral.

Los servicios de salud en el trabajo no tienen otro objetivo que velar por la salud de los trabajadores, con un enfoque basado en cuatro pilares:

- Información y formación sobre temas de salud y prevención de riesgos.
- Asesoramiento a empleadores y empleados sobre temas de salud.
- Máxima participación y comunicación entre los trabajadores y sus representantes y la Dirección de las empresas para favorecer un entorno de trabajo saludable y seguro.
- Cooperación de los servicios salud con el resto de profesionales y servicios de la empresa, con el objeto de consensuar medidas a favor de la salud.

Los servicios de salud deben plantearse como un órgano de promoción y vigilancia de la salud, con el objetivo de favorecer un entorno de trabajo saludable y

seguro, donde todos los miembros de la empresa se encuentren cómodos, satisfechos, con un amplio grado de motivación.

Salud y reducción de accidentes constituyen los principios básicos para mejorar la productividad y rentabilidad de la empresa, por la motivación extra de los trabajadores, mejora de la eficacia y eficiencia y el notable ahorro de costos que supone la reducción de las bajas por enfermedad o por accidente.

5 Discusión-Conclusión

Los servicios de salud deben plantearse como un órgano de promoción y vigilancia de la salud, con el objetivo de favorecer un entorno de trabajo saludable y seguro, donde todos los miembros de la empresa se encuentren cómodos, satisfechos, con un amplio grado de bienestar y fuertemente motivados. En ningún momento, una cuestión como la salud o la prevención de riesgos debe utilizarse como un tema polémico que enfrente al empresario o a la Dirección con los trabajadores. Actuar así sería contraproducente, ya que sólo se consigue enrarecer el ambiente y crear un clima poco propicio para que la empresa como colectivo y los trabajadores a título individual puedan crecer y desarrollarse en lo personal y en lo profesional.

La humanización de la asistencia sanitaria consiste en poner en valor la dignidad e individualidad de cada persona prestando una asistencia personalizada; consiste en atender a las personas desde su concepción holística, dando respuesta no solo a sus necesidades físicas, sino atendiendo también su esfera emocional, social y espiritual; consiste en hacer partícipes a los ciudadanos proporcionándoles la información y formación precisa para que puedan participar de forma proactiva en la toma de decisiones; y consiste en considerar no solo a los pacientes, sino prestar especial atención a las necesidades de los familiares que los acompañan y sus cuidadores principales. La humanización pone también el foco de atención en los profesionales que los atienden, verdaderos agentes de humanización, a los que es preciso cuidar, favoreciendo una comunicación adecuada, fomentando su participación, reconociendo esfuerzos y logros, promocionando la formación y capacitación; en definitiva, poniendo en valor la profesionalización y vocación.

6 Bibliografía

- <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/es/humanizacion-de-la-sanidad-y-salud-laboral/>
- <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/saludAmbLaboral/saludLaboral/normativa.htm>
- http://www.ingesa.mscbs.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf
- <http://www.acreditacionensalud.org.co/ea/Paginas/HumAte.aspx>

Capítulo 501

CÓMO ES EL ESTRÉS EN EL TRABAJO

ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS

1 Introducción

El burnout laboral, también denominado síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico. Los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, motivos de la gran mayoría de las bajas laborales.

El síndrome de burnout suele aparecer, en la mayoría de los casos, en las personas que han elegido su oficio de manera vocacional y con menos asiduidad en trabajos que se desempeñan de forma obligatoria.

Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, la vida social y familiar del trabajador afectado.

El principal detonante del síndrome de burnout es el entorno laboral y las condiciones de trabajo. El empleado que está expuesto de manera continua a, entre otros, altos niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para desempeñar las tareas, etc., puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el burnout. Por ese motivo, el vínculo entre el estrés y el burnout es muy fuerte.

2 Objetivos

- Describir los factores de riesgo del Burnout y sus síntomas..
- Analizar las medidas para prevenir el Síndrome de burnout.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el Síndrome de Burnout.

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 suelen ser exigencias excesivas que originan tensiones. Sin embargo, existen una serie de factores de riesgo:

- La organización: Situaciones como el exceso de burocratización sin apoyo específico, falta de tiempo para organizar las tareas (que llevan a que el trabajador nunca salga a su hora y tenga que llevarse trabajo a casa), así como no contemplar las sustituciones por bajas temporales pueden elevar los niveles de estrés y, a la larga, propiciar el burnout.
- Expectativas interpersonales: Todos los trabajadores tienen unas expectativas respecto a su actividad laboral que muchas veces no se ajustan a la realidad cotidiana y provocan que la adaptación a esa realidad se produzca de forma más lenta.

Si esas expectativas son muy altas y no se cumplen, el trabajador puede desarrollar síntomas como ansiedad, apatía o tristeza, entre otros.

- Cualidades personales: Aunque no existe un perfil de la persona que puede padecer esta afección, sí existen algunas cualidades y rasgos personales que si los tiene una persona indica que ese trabajador es más propenso a tener el síndrome.

Así, las personas conformistas, inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir depresión y ansiedad si tienen que enfrentarse a situaciones estresantes.

Síntomas:

- Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.

- Baja autoestima.
- Poca realización personal.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dificultad para concentrarse.
- Comportamientos agresivos.
- Dolor de cabeza.
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Bajo rendimiento.
- Absentismo laboral.
- Aburrimiento.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Comunicación deficiente.

Medidas a tomar para prevenir el Síndrome de Burnout.

- Administre los factores estresantes que contribuyen al agotamiento del trabajo. Una vez que haya identificado lo que está alimentando sus síntomas de Burnout, puede hacer un plan para resolver los problemas.
- Evalúe sus opciones. Discuta las preocupaciones específicas con su supervisor. Tal vez puedan trabajar juntos para cambiar las expectativas o llegar a compromisos o soluciones.
- Ajuste su actitud. Si se ha vuelto cínico en el trabajo, tenga en cuenta las formas de mejorar su perspectiva. Vuelva a descubrir los aspectos agradables de su puesto. Establezca relaciones positivas con los compañeros para lograr mejores resultados. Tome descansos cortos durante todo el día. Pase tiempo fuera de la oficina y haga las cosas que le gustan.
- Busque apoyo. Ya sea que llegue a los compañeros de trabajo, amigos, seres queridos u otras personas, el apoyo y la colaboración pueden ayudar a lidiar con el estrés laboral y la sensación de agotamiento. Si usted tiene acceso a un programa de asistencia al empleado, aproveche los servicios disponibles.
- Evalúe sus intereses, habilidades y pasiones. Una evaluación honesta puede ayudarle a decidir si debe considerar un trabajo alternativo, como por ejemplo uno que es menos exigente o que mejor se ajusta a sus intereses o valores fundamentales.
- Haga algo de ejercicio. La actividad física regular como caminar o andar en bicicleta, puede ayudarle a lidiar mejor con el estrés. También puede ayudarle a desconectar fuera del trabajo y dedicarse a otra cosa.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, lo recomendable es mantener una mente abierta mientras considera las opciones, y si piensa que está sufriendo este síndrome, intente solucionarlo lo antes posible. Para poder diagnosticar el síndrome, los especialistas tienen que conocer los síntomas de la patología y realizar una entrevista clínica con el empleado que les permita averiguar si existe la sospecha de padecer la enfermedad. Además, conviene que el profesional conozca cómo es su situación dentro de la empresa y cómo está organizado el trabajo.

Las estrategias para tratar el burnout van encaminadas a reducir los niveles de estrés, ansiedad y depresión (en los casos en los que hubiere). El síndrome de burnout se caracteriza porque es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo. Esto puede provocar que el desgaste laboral evolucione y alcance otros aspectos como los ideales y la percepción de los logros. A medida que avanza, el trabajador puede tener dificultades para resolver problemas y ejecutar tareas que antes le resultaban sencillas.

La frustración comenzará a estar presente de manera constante, permanecerá en un estado continuo de agotamiento y los síntomas podrán evolucionar a estados graves. En algunos casos, los trabajadores pueden llegar a abusar de los psicofármacos, del alcohol y las drogas. Por último, algunos pueden llegar a tener síntomas depresivos, de psicosis e incluso tener ideas de suicidio.

6 Bibliografía

- Síndrome de Burnout: Síntomas, Tratamientos y ¿Qué es?
- Burnout (Síndrome del Quemado): Como detectarlo y tomar medidas. Psicología y Mente.

Capítulo 502

TRASLADO DEL PACIENTE EN CAMILLA, POR UN CELADOR

MARGARITA CISNEROS GONZALEZ

1 Introducción

Hay una serie de normas que deben de cumplir los celadores en el traslado de pacientes, independientemente del medio utilizado en todo traslado, garantizando la seguridad y comodidad tanto del paciente como del celador.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador en el traslado de pacientes.

3 Metodología

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

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 funciones del celador son:

- Debemos tener una sujeción correcta, tanto del paciente como de los equipos que se porten (sueros, balas de oxígeno...).
- El paciente debe de ir tapado y abrigado y siempre debemos evitar todo tipo de demoras y esperas no justificadas.
- Nunca se debe abandonar al paciente salvo que se reciba una orden expresa que justifique esa acción.
- Siempre debe de ir cara a la dirección del traslado, de manera que los pies deben de ir abriendo camino, excepto en situaciones concretas(entrada en ascensor, subir una rampa, etc).
- El traslado se debe realizar lo más rápido posible pero sin correr.
- Si en el traslado se lleva conectado algún tipo de dispositivo, se debe de vigilar que éste siga en funcionamiento durante el tiempo que dure y este bajo la responsabilidad del celador.
- Si durante el traslado hay que detenerse se mantendrá la camilla o silla de ruedas frenada y sin abandonar nunca al paciente.
- Siempre que se pueda el traslado se debe realizara en su cama.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Caballero Oliver, Antonio. Actuación del celador en el traslado y movilización del paciente. Editorial Mad, S.L. Sevilla. 2011.
- Magdaleno Perez, Rit; Martinez Martinez, Ascension y Bautista Escabias, Alvaro. Estudio sobre eficacia del celador a la hora de movilización del paciente. Ediciones Corintia, S.R.L. Almería. 2012.

Capítulo 503

AGRESIONES A TRABAJADORES DEL SISTEMA SANITARIO

MANUEL OSACAR GONZÁLEZ

ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ

MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE

GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ

1 Introducción

Lo primero que debemos hacer es igualar Agresión a personal del sistema sanitario con violencia laboral, la organización internacional del trabajo define como violencia laboral toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante la cual una persona es humillada, amenazada o lesionada por otra en el ejercicio de su profesión habitual o como consecuencia de la misma. La violencia a los trabajadores del sistema sanitario da un gran salto en los años 80, aumentando en los años 90 y llegando a unos niveles alarmantes en el siglo XXI.

Causas

El cambio sufrido en la cultura y educación en España desde los años 80 hasta los años actuales es una de las consecuencias del aumento de las agresiones o violencia hacia los trabajadores del sistema sanitario, una pérdida de autoridad de los trabajadores del sistema sanitario, una pérdida del respeto que antes se tenía hacia el personal que trabajaba en el sistema sanitario, una mala interpretación de los derechos individuales la cual lleva a no comprender la relación laboral de los trabajadores del sistema sanitario con la gestión del sistema sanitario, las

personas expresan su mal estar con la gestión a través de los trabajadores del sistema sanitario.

Otra de las causas es la despersonalización de la relación entre trabajadores del sistema sanitario y usuarios de dicho sistema, esta despersonalización es a causa de varios protocolos de actuación y la falta de tiempo en las actuaciones, también entraría en liza la falta de personal para dar servicio a la demanda de los usuarios, que terminan expresando su descontento y su frustración sobre los trabajadores del sistema sanitario.

Otra causa del aumento de las agresiones o de la violencia laboral, es la falta de tolerancia al error en el sistema sanitario, los usuarios no toleran que se cometan fallos o retrasos en relación con sus salud, entienden que los sueldos del personal sale de sus impuestos y entienden que no se puede fallar, es otro de los cambios culturales, la no comprensión de que los trabajadores del sistema sanitario ante todo son personas y que pueden cometer errores, el nivel de tolerancia hacia el error sanitario es mínimas.

2 Objetivos

Abordar el tema de las agresiones a trabajadores del sistema sanitario.

3 Metodología

- El estudio de los planes de prevención y guías frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios, del servicio de salud.
- El estudio de los planes de prevención de riesgos laborales de diferentes hospitales, así como la documentación reflejada en la bibliografía.

4 Resultados

El reconocimiento por parte de todos los trabajadores del sistema sanitario de los riesgos de una posible agresión por parte tanto de otros trabajadores, como visitantes, pacientes, etc. El conocimiento por parte de los trabajadores del sistema sanitario de las guías y planes de Prevención frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios. Minimización de los resultados lesivos tanto psicológicos, sociales como físicos.

Consecuencias de las agresiones

Las consecuencias derivadas de las agresiones al personal del sistema sanitario, van desde lesiones físicas y psíquicas sin secuelas, lesiones físicas y psíquicas con secuelas, consecuencias en la organización del trabajo que varían desde el aumento y disminución de la cantidad de horas de trabajo, disminución de la calidad de la vida laboral, empeora la imagen institucional, baja la productividad, eficacia, y aumentan los costes de los servicios, hasta el aumento de la insatisfacción del usuario, consecuencias a nivel personal, disminuyendo la empatía en la relación asistencial, disminuye su atención a pacientes potencialmente conflictivos, y aumentan los síntomas fisiológicos, cognitivos, psicosociales.

Medidas para evitar la violencia

-La relación generada con el paciente y usuario y las habilidades de comunicación que los profesionales del sistema sanitario tengan, es uno de los fundamentos en el ejercicio de la práctica sanitaria.

-Se distinguen dos tipos de comunicación, verbal y no verbal, que van a interferir en la proyección del mensaje y en su recepción. Los trabajadores del sistema sanitario utiliza la comunicación para transmitir un mensaje y que el receptor capte. También se intenta que el paciente y usuario le dé el mismo significado que el trabajador le ha dado, pero el ámbito de trabajo supone muchas veces, para el individuo, un entorno hostil, muy a menudo asociado a experiencias desagradables, lo que hace que lo que se quiere decir, muchas veces se malinterprete o no se entienda.

-La importante merma de los valores y el respeto hacia la población en general, y en concreto, hacia el personal del sistema sanitario, han hecho que estos corran el riesgo de sufrir cualquier tipo de violencia y, para hacer frente a estas situaciones, lo primero que se tiene que hacer es saber identificarlas y afrontarlas.

Las Comunidades Autónomas en la actualidad han desarrollado en su mayoría programas de actuaciones para prevenir y paliar las agresiones.

En Asturias existe la Guía de Prevención frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios, que tiene como objetivos potenciales:

Prevenir potenciales situaciones conflictivas entre profesionales y usuarios del servicio de salud del Principado de Asturias, así como de aquellas acciones que pongan en riesgo a profesionales, usuarios y bienes de nuestros servicios sanitarios.

- Proteger a los profesionales, usuarios, bienes y servicios de la violencia o agresión, mediante los medios materiales y humanos disponibles, utilizando las ayudas externas si fuese necesario

- Dar cobertura al profesional, tanto física como psíquica, y asistencia letrada a los trabajadores afectados, así como la posterior investigación de las Gerencias de las diversas Áreas Sanitarias en coordinación con el servicio de Prevención de riesgos laborales.

La Guía de prevención frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios establece otras medidas de prevención como:

Prevención de situaciones conflictivas

Para generar un clima de cordialidad, confianza y respeto que mejore el ambiente laboral de los trabajadores y a la vez propicie una mejor prestación de servicios a los ciudadanos, es preciso establecer una serie de actuaciones, infraestructurales, organizativas y formativas, entre ellas:

- Ptimizar la señalización e información de los centros sanitarios.
- Si es preciso, aumentar el número de puntos de información a los ciudadanos en los centros sanitarios, ubicándolos en los sitios más visibles.
- En el caso de pacientes ingresados o en urgencias, se debe de establecer el lugar y la periodicidad con la que se debe de transmitir la información a los pacientes o familiares de éstos.
- Es fundamental mejorar los cauces de comunicación entre atención primaria, atención especializada, geriatría, salud mental y servicios sociales, estableciendo circuitos protocolizados de derivación.
- Optimizar los sistemas de citas previa con el objetivo de evitar la formación de colas, dando una cita ágil al usuario, bien vía telefónica o físicamente en centros sanitarios. La espera es un generador de ansiedad importante.
- Formación de los profesionales en habilidades comunicativas y manejo de conflictos.
- Dotar de técnicas útiles de autocontrol emocional para reducir el estrés en las consultas.
- Los cursos para adquirir habilidades comunicativas y manejo de situaciones hostiles se llevarán acabo previa formación de un equipo de profesionales adscritos al servicio de salud del Principado de Asturias, que serán los encargados de impartir la misma al resto de trabajadores de nuestro sistema de salud.
- Los Servicios de Prevención de riesgos laborales, en coordinación con las Gerencias, deberán identificar y tratar aquellos problemas que puedan padecer los profesionales que desarrollan su trabajo en los centros sanitarios.
- Habilitar las salas de espera con decoración adecuada, música ambiental y sistemas audiovisuales, emitiendo en circuito cerrado información sobre los horarios de cita previa, cómo efectuar cambio de medico, visado de recetas y educación

para la salud, con ello conseguimos un doble objetivo: hacer menos tediosa la espera e informar y educar en salud.

- Detección y actuación sobre aquellos espacios en los que por su actividad concitan un mayor numero de personas. Los llamados puntos críticos en lo que a masificación de público se refiere.
- Campañas divulgativas para que la población realice una utilización más eficiente del servicio de cita previa, instando a los ciudadanos a que soliciten en horario de tardes aquellas consultas previstas(partes de confirmación, recetas, resultados analíticos, etc.).
- Educar a la población para que en caso de no poder acudir a una cita de pruebas diagnosticas, complementarias o de consultas, lo comunique al centro sanitario correspondiente para un aprovechamiento óptimo de esos recursos.
- Mensajes claros que informen al ciudadano sobre Derechos y Deberes(ley 41/2002) derecho a la información y derecho a consentir, deber de respeto hacia los profesionales y respeto a las instituciones, difundir que la institución sanitaria demandará al usuario que no respete las normas establecidas en cada centro

Protección a los profesionales, usuarios, bienes y servicios.

- Implantar un registro donde consten todo tipo de agresiones para establecer normas de actuación desde las Gerencias sobre aquellos ciudadanos que ya hayan realizado comportamientos inadecuados en ocasiones anteriores. En este registro deben de constatarse aquellas acciones que eufemísticamente denominamos de BAJA INTENSIDAD, como amenazas veladas y exigencias intimidatorias, que tienen una gran repercusión en quien las sufre.
- Elaborar un mapa de riesgos. Para ello nos serviremos de diversas fuentes , desde reclamaciones, quejas y sugerencias, así como del registro de incidencias. El objetivo es establecer las medidas de prevención y protección más adecuadas.
- Previo estudio, instalación de videocámaras en espacios comunes y aquellos lugares identificados como puntos críticos, comunicándolo a los ciudadanos mediante carteles habilitados a tal efecto, como exige la legalidad vigente.
- Ronda periódica de vigilantes de seguridad.
- Alarmas en los centros más problemáticos, mecanismos de seguridad pasiva, activación de procedimientos de comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de seguridad del Estado.
- Rediseño de las consultas, colocación de mobiliario de forma que en la medida de lo posible, impida la acción agresiva, y facilite la huida del agredido.
- Una vez verificada su necesidad, instalación de sistemas de alarma interna en los lugares de trabajo , conectadas con el servicio de seguridad del centro.

Atención Domiciliaria

En los casos en que los profesionales deben de desplazarse al domicilio del paciente, se encuentran en la mayoría de las ocasiones en un entorno desconocido y con un grado de indefensión muy superior al que se produce cuando realizan su actividad en los centros sanitarios.

Dar cobertura al profesional.

Proporcionar cobertura sanitaria, psicológica y letrada a todos los trabajadores del sistema sanitario Público de la comunidad autónoma, así una vez facilitada la asistencia médica y psicológica, es preciso proporcionar la asistencia letrada de forma eficiente. Es preciso establecer una comunicación directa con el agredido antes de iniciar cualquier tipo de actuación por parte de éste.

Es posible que la denuncia sea interpuesta por un responsable del Sespa habilitado para ello, cuando se producen lesiones o malos tratos de obra y se prevea la posibilidad de que se repita la agresión, de esta manera se evita personalizar la denuncia en el propio agredido. Para interponer una denuncia, esta debe cumplir unos requisitos fundamentales para el desarrollo del juicio: a)Relacionar testigos, compañeros, usuarios y fuerzas de seguridad que intervinientes. b)Descripción de características físicas del agresor, y todas las circunstancias que se consideren oportunas para su identificación, si se saben los datos personales deben constar. c)Presentar el parte de lesiones de la primera y posteriores asistencias.

Actuaciones ante incidentes.

Cuando el trabajador se encuentre ante una situación en la que es previsible que pueda producirse un acto de violencia, es aconsejable que abandone el espacio físico en el que se encuentra, si la agresión es inminente se activará la alarma de mesa para recibir ayuda del vigilante de seguridad, si lo hay, o de sus compañeros. Si se consuma la agresión: a)Dejar los objetos tal y como estaban en el momento de la agresión. b) Se rellenará el documento de Registro de comunicación de Incidentes. c) Se emitirá el correspondiente parte de lesiones, que será emitido como accidente de trabajo, con o sin baja. d) El responsable del centro enviará una copia a la Gerencia y otra al departamento de Prevención de riesgos laborales de su Área sanitaria. e) La Gerencia lo comunicará al coordinador del plan de Prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios del servicio de salud del Principado de Asturias.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas de los planes y Guías frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios del servicio de salud de varios hospitales del sistema nacional resultan insuficientes, ya que las agresiones han ido en aumento, por causas como el deterioro de las relaciones entre usuarios, familiares y los trabajadores del sistema sanitario, por la frustración por falta de información, la falta de conocimientos para reconocer situaciones de riesgo, y de como reconducirlas para que no ocurran las agresiones.

Se necesita una continua vigilancia y formación de los trabajadores de todas las categorías del sistema sanitario en materia de reconocimiento de situaciones de riesgo, cómo solventarlas y los derechos de dichos trabajadores una vez reciben una agresión. Se recomienda más implicación por parte de las instituciones del estado en la defensa y ayuda tanto psicológica como física de los trabajadores que sufran agresiones.

6 Bibliografía

- la Guía de Prevención frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios, del servicio de salud del Principado de Asturias.
- Agresiones al personal sanitario-Escuela universitaria de enfermería-universidad de la Rioja.
- ley 31/1995 de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
- Plan de prevención de agresiones a los trabajadores del servicio Canario de salud.
- Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía.

Capítulo 504

IGUALDAD DE GÉNERO EN EL ENTORNO SANITARIO

BLANCA FLOR HEVIA NAVEDA

MARIA DEL MAR GARCÍA PLAZA

MARIA DEL MAR GARCÍA FERNÁNDEZ

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

LUCIA LOPEZ GUTIERREZ

1 Introducción

El género es uno de los principales determinantes de las desigualdades sociales en la salud, es decir, de las diferencias en la salud entre hombres y mujeres que son injustas, sistemáticas y evitables. Mujeres y hombres se comportan de manera diferente, ocupan posiciones distintas y desiguales en la vida pública y en la privada, utilizan de manera distinta los servicios sanitarios y reciben de ellos respuestas diversas para problemas similares, lo que tiene implicaciones para las desigualdades en salud. Sin embargo, a pesar de la creciente evidencia sobre las desigualdades de género en la salud, la perspectiva de género es inexistente o mal entendida en las políticas y programas en general y en las de salud pública en particular.

2 Objetivos

- Describir la importancia de integrar la dimensión de género en la sanidad y dar a conocer las diferencias de salud entre hombres y mujeres.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la igualdad de género en el entorno sanitario.

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 desigualdades de género conllevan distintas oportunidades para gozar de la salud, al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad, y el acceso y la calidad de la atención sanitaria. Las desigualdades de salud entre hombres y mujeres existen tanto desde la perspectiva biológica o de sexo que se relacionan con las características biológicas de uno y otro sexo y no se limitan a la salud sexual y reproductiva, sino que incluyen diferencias en la función endocrina, la función inmunitaria o el aparato cardiovascular entre otras, como desde la perspectiva sociocultural o de género que se refieren a los roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente contruidos que una sociedad determinada considera apropiados para los hombres y para las mujeres.

Diferencias de salud entre hombres y mujeres:

- Las enfermedades cardíacas como la angina de pecho o el infarto son más frecuentes en hombres que en mujeres. No obstante, la mortalidad es mayor en las mujeres que en los hombres.
- El tabaquismo produce un mayor daño en el endotelio de las mujeres tras la menopausia, al cesar la protección estrogénica al alcanzar la menopausia.
- La tolerancia de las mujeres al alcohol es menor, en parte porque suelen pesar menos que los hombres de promedio, y producen una menor cantidad de las enzimas gástricas que metabolizan el alcohol.

- La osteoporosis es más habitual en mujeres que en hombres, dado que la absorción de calcio y su fijación en los huesos disminuye con la edad, y lo hacen drásticamente al disminuir los estrógenos en sangre tras la menopausia.
- Las enfermedades autoinmunes son más frecuentes en mujeres que en hombres.
- Las enfermedades oncológicas, de manera global, son más frecuentes en hombres que en mujeres.
- La depresión y la ansiedad son más frecuentes en mujeres que en hombres, en parte por una menor producción de serotonina.
- Las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir violencia sexual y de tener relaciones sexuales no deseadas sin protección, lo que las hace más susceptibles a tener enfermedades de transmisión sexual. Evidentemente esto no es una diferencia biológica sino una cuestión de género y de roles sociales.
- Dada la mayor esperanza de vida de las mujeres, estas tienen una mayor prevalencia de padecer pérdidas de visión, pérdidas auditivas, depresión y demencias que no son tratadas.
- Nivel socioeconómico es uno de los principales determinantes del estado de salud.
- Las mujeres sufren mayor riesgo de exclusión social que los hombres, lo que va a hacer que su acceso a la sanidad sea menor.

5 Discusión-Conclusión

La igualdad de género en salud es esencial para poder brindar una atención equitativa para todas las personas, hay evidencia suficiente para sostener que la falta de igualdad de género en materia de salud influye de manera negativa sobre la salud de las mujeres y las niñas. Por ello es necesario integrar la dimensión de género en los programas de formación profesional en carreras de salud, en el diseño de investigaciones, en las estructuras de los servicios de salud y especialmente, en las políticas públicas sanitarias, para combatir las relaciones desiguales de poder que existen entre las mujeres y los varones en el mundo.

6 Bibliografía

- <http://scielo.isciii.es> <https://www.paho.org>.
- <http://www.desigualdadesdegeneroensalud.org>.
- <https://www.mujeresparalasalud.org>.

Capítulo 505

CAÍDAS: RIESGOS, CAUSAS Y PREVENCIÓN.

MARIA PAZ ESTRADA GARCIA

VERÓNICA CRESPO DÍAZ

1 Introducción

Se define caída como la pérdida de soporte o equilibrio en una persona y que deriva en una pérdida de la verticalidad. Las caídas son un aspecto muy común en el entorno geriátrico y por ello es importante conocer cuales son las causas mas comunes y como prevenirlas.

2 Objetivos

El objeto de este trabajo es hacer una revisión bibliográfica que permita definir las causas mas comunes de estas caídas, revisar las técnicas de prevención y analizar las principales lesiones. Como conclusiones se presentan aquellos factores en los que se podrá trabajar para reducir estas caídas tanto en menores como en adultos.

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

A continuación se presentan los tipos de caídas mas importante, y las causas mas comunes. Posteriormente se discuten las técnicas de prevención de las mismas y su efectividad y por último se discute sobre como mejorar esa prevención.

Los tipos de caídas se agrupan principalmente en función del factor causante. Así pueden ser:

- Accidentales – Factores extrínsecos.
- No accidentales – Factores intrínsecos.

Los factores intrínsecos son aquellos que forman parte de las características propias del individuo o del trabajo o acción que se realiza. Los factores extrínsecos por su parte son las que no dependen del propio individuo, como por ejemplo las ambientales o las que dependen del terreno. Estos últimos factores son aquellos que aumentan en épocas de lluvia o frío, y son las que permiten una mayor prevención.

¿Y cuales son las lesiones más frecuentes que causan estas caídas?. Esguinces, roturas óseas y desgarros son las lesiones más frecuentes que causan estas caídas. Antebrazos y caderas son las partes en las que se reportan más lesiones tras caídas.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de caídas y sus lesiones son un problema habitual en la población acentuándose sobre todo en ancianos y en épocas invernales, es por ello por lo que la realización de una valoración sistemática de este riesgo permitiría una reducción de las mismas y con su consiguiente ahorro en tratamiento de lesiones.

Una rápida identificación de un riesgo de caída permitiría reducir estas caídas. El objetivo debe ser siempre minimizar los factores de riesgo extrínsecos, aquellos que no dependen del individuo. Un buen mantenimiento y unas buenas instalaciones serán muy eficientes para minimizarlos.

6 Bibliografía

- Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. A Gómez-Conesa
- Revista de Saúde Pública, 2008.
- Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Santillana et al., 2002.
- Prevalencia de caídas en pacientes hospitalizados en dos instituciones de salud de Pereira. López V., 2010.

Capítulo 506

PROTECCIÓN DE DATOS

ANA PILAR CARRERA GARCIA

HECTOR CRISTOBO MARTINEZ

VANESA MONTES COLLÍA

1 Introducción

Según el Reglamento de la Unión Europea 2016/679 y del Consejo de fecha 27 de abril de 2.016 sobre la protección de las personas físicas y su tratamiento de datos personales y libre circulación de dichos datos se deroga la Directiva Europea 95/46/CE que es la más importante de las normas y que se ha producido la revisión del marco legal de la Unión Europea, objetivo fijar las normas a la protección de las personas físicas al tratamiento de sus datos personales y las normas sobre la circulación libre de los datos en la Unión .

En 2.016 se aprueba la Directiva 680 del Parlamento Europeo y del Consejo el 27 de abril de 2.016 relativa a dicha protección de las personas físicas al tratamiento de datos personales por parte de las autoridades para fines de prevención, investigación , infracciones penales, alegación de sanciones , la libre circulación de tales datos y se deroga la Decisión Marco 2008/977/JAI del Consejo. los reglamentos son normas que tienen efecto directo y se aplican en los Estados Miembros.

En España existe la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Quedando derogada la anterior Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre. sera un derecho fundamental el recogido en su artículo 18.4 de la Constitución Española donde se limitará el uso de la

informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.

2 Objetivos

Determinar la base jurídica sobre el tratamiento de los datos recogidos en el artículo 4.2 del Reglamento 216/679 de la Unión Europea donde se recoge el tratamiento , registro, organización, conservación, modificación, adaptación, consulta , utilización, comunicación por transmisión, difusión, o cualquier forma de consulta , destrucción.

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 tratamiento según se recoge en el artículo 6 del Reglamento 2016/679 será solo lícito si el interesado da su consentimiento para los datos personales para fines específicos , para la ejecución de un contrato en que el interesado es parte, para una obligación legal, para proteger los intereses vitales del interesado o de otra persona física, para una misión realizada de interés público o en el ejercicio de poderes públicos, para la satisfacción de intereses legítimos perseguidos por el responsable del tratamiento o de un tercero, cuando por los intereses no prevalezcan interés, derechos y libertades del interesado y requieren protección de datos personales en caso de los niños menores de 16 años en España teniendo en consideración lo que habla nuestra Ley Orgánica 3/2018 en su artículo 7 rebajando la edad hasta los 14 años, pero que en cada país miembro de la Unión Europea podrán determinar por Ley una edad más pequeña pero nunca por debajo de los 13 años.

Nuestra ley orgánica 3/2018 regula 3 supuestos en los que el consentimiento debe ser explicito. cuando se trate categorías especiales de datos. Resumiendo es un

derecho fundamental la protección de datos ya que disponemos y decidimos sobre toda la información que se refiere a nosotros y por lo tanto es un derecho reconocido en nuestra Constitución Española y el derecho europeo y protegido por la Ley Orgánica de protección de datos. Así que tendremos que aprender a utilizar dicha ley para defender nuestros derechos y actuar cuando alguien utiliza nuestros datos personales.

La Ley 15/99 de 13 de diciembre garantizará los derechos digitales de los ciudadanos. Cualquier tratamiento no autorizado de datos personales destinados a ser incluidos en un fichero. Menos los de aplicación del Reglamento de protección de datos. Los de las personas fallecidas sin perjuicio del artículo 3.

A los tratados sometidos a la normativa de protección en materia clasificada. los datos personales serán exactos y actualizados, no se podrán utilizar para uso incompatible con los que los datos hubieran sido recogidos, menos los históricos, estadísticos y científicos. No son imputables al responsable del tratamiento.

Nos pueden pedir nuestros datos de diversas formas:

- Verbalmente al contratar una línea telefónica con una grabación o una facturación en un comercio.
- Por escrito rellenando impresos de admisión o de alta de algún servicio
- Formularios online, al darnos de alta en redes sociales.
- Con la captación de cámaras de vigilancia.

Así es que quien recoge los datos es el responsable del fichero y deberá cumplir la obligación de informarnos y de solicitar nuestro consentimiento. La información dada tiene que ser clara, sencilla, concisa y de fácil acceso, transparente no hay que abusar de términos que el interesado no entienda.

El tratamiento de datos por obligación legal , interés público o el ejercicio de los poderes públicos se recoge en el artículo 8 de la Ley 15/99 de 13 de diciembre. Solo se fundará en el cumplimiento de una obligación legal exigible al responsable cuando lo prevea la norma de derecho de la Unión Europea o norma con rango de ley. En cumplimiento de interés público , o en el ejercicio de poderes públicos. En lo recogido en el artículo 10 de tratamiento de datos de naturaleza penal donde se condena a infracciones penales con regulación del sistema de registros administrativos de apoyo por la Justicia.

A quienes se soliciten datos personales , solicitará ser antes informado de modo preciso, y expreso de que hay un fichero de datos personales , su finalidad y la

destrucción de la información . Tenemos derecho a preguntar para que se van a ser usados, la obligación de los datos y si nos podemos negar a darlos.

La identidad del responsable del fichero, si es dentro de España la ley establece que tiene que tener un representante en nuestro país, así que dicho responsable tiene el deber de guardar el secreto profesional aunque haya finalizado las relaciones con el ciudadano de los datos personales, y se deberán destruir. Los interesados tienen derecho al acceso a la información de los fines del tratamiento, el derecho a solicitar al responsable de la información de la rectificación o supresión de los datos personales o la limitación del tratamiento de dichos datos o a oponerse al tratamiento. Tenemos derecho a presentar una reclamación ante la autoridad competente de los datos que no sean correctos. Tenemos que ser conscientes de la información que revelamos de nuestra personalidad, nuestra historia clínica, nuestras redes sociales con envío de fotos, videos que hablan de nuestra vida privada en el mundo de la sociedad digital.

5 Discusión-Conclusión

Llego entonces a la conclusión de como ciudadana nuestra información personal es importante haya que estamos a la vista de todos a través de las redes sociales, decimos la fecha de nacimiento, nuestras aficiones , donde estudiamos, donde viajamos, cuales son nuestros gustos en tiempo de ocio. Así es que todo ciudadano tiene el derecho a la protección de datos pudiendo disponer y decidir sobre la información de él. Hay que tener en cuenta que es un derecho reconocido por nuestra Constitución Española.

Seremos conscientes que tenemos que hacer un uso adecuado de nuestros datos y de los demás , y saber para que , el por qué, y como van a ser utilizados y podemos decidir su uso. Tenemos derecho a la información de recogida de datos siendo sabedores de la existencia de un fichero y la finalidad de ella, los destinatarios de la información, de las consecuencias negativas de la obtención ilegal, que nos podemos negar a darlos, podemos rectificarlos, cancelarlos y oponernos a ellos.

Hay ciertos datos que la Ley permite recogerlos sin autorización previa nuestra, y son los dirigidos a las administraciones públicas , los contratos de trabajo, para solicitar ayudas , becas , también aunque ya más en desuso las guías telefónicas para bombardearnos a publicidad. También se recoge casos muy especiales protegidos para garantizar la libertad, la intimidad y la no discriminación son los recogidos en el artículo 7 de dicha Ley.

6 Bibliografía

- Constitución Española 1978 boe 29/12/1978.
- Reglamento de la Unión Europea 2016/679 del Consejo de 27 de abril de 2016.
- Directiva Europea 95/46/CE.
- Directiva 680 Parlamento Europeo y Consejo de 27 de abril de 2016.
- Ley Orgánica 15/1999 de 13 de abril.
- Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de datos personales y garantías de los derechos digitales.

Capítulo 507

EL CELADOR Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES.

NATALIA CASTRO LÓPEZ

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

RAQUEL CAMPORRO LLANA

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

Los riesgos psicosociales son un conjunto de factores, directamente relacionadas con las características de trabajo y la organización del trabajo, que afectan a la salud física y mental de los trabajadores.

Las condiciones laborales negativas y una carga de trabajo excesiva o mal organizada, pueden dar lugar a la aparición de conductas y actitudes inadecuadas, a la hora de realizar el trabajo y a la vez, que se vea perjudicada seriamente la salud de los trabajadores. Estas consecuencias pueden ser, estrés, depresión, fobias, desmotivación laboral, etc.

El trabajo en los Hospitales está reconocido, como una fuente de estrés y carga mental, lo que puede derivar en estados de estrés y fatiga laboral y mental. Los factores de riesgo, pueden llevar a un menoscabo en la salud del trabajador y estos guardan una relación muy directa de la condiciones de seguridad. El celador

es uno de los trabajadores hospitalarios, que se ve sometido a este riesgo de forma continua y directa, a lo largo de su etapa profesional. Los riesgos psicosociales y en particular el estrés laboral, se ha convertido en uno de los principales problemas de la Salud y de la Seguridad en el trabajo y por ende de bajas laborales. Esto repercute en la productividad del personal sanitario. Siendo una de las principales causas de enfermedades y accidentes laborales.

Una de las categorías profesionales que más riesgo tiene de padecerlos, son los celadores. Por ello, es importante poder identificar los factores, que puedan llegar a modificarse y así evitar en la medida de lo posible, las consecuencias patológica y adversas, sobre la salud de los trabajadores.

2 Objetivos

- Identificar los principales riesgos psicosociales del personal laboral en cada puesto de trabajo.
- Saber identificar los principales métodos de evaluación del estrés y el resto de los problemas psicosociales.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica exhaustiva, en las principales bases de datos de Sanidad y ésta fue completada con los resultados obtenidos en buscadores como Scielo, PubliMed español, Google Académico.

Criterios de inclusión:

- Documentos gratuitos y escritos en español.
- Temática sobre riesgos psicosociales en el personal hospitalario.
- Estudios de profesionales de la categoría de celador, CEL.

Criterios de exclusión:

- Documentos escritos en idiomas distintos del español.

Palabras clave: Estrés, riesgos psicosociales, personal hospitalario, celador, Seguridad y Salud.

4 Resultados

Los trabajadores de centros sanitarios, en particular el celador, están expuestos a diferentes riesgos, riesgos de seguridad, higiénicos (biológicos, químicos y físicos) y riesgos psicosociales, siendo estos últimos, donde nos vamos a centrar, porque son los más afectan y preocupan a este colectivo, siendo también, los más difíciles de detectar. Teniendo estos efectos graves para la Seguridad y la Salud. El estrés laboral, es uno de los riesgos psicosociales, más importantes en nuestra sociedad y de los más ampliamente estudiados. Ya que este, puede provocar enfermedades en el personal hospitalario. Y esto se traduce en pérdida de productividad, enfermedades y deterioro en la calidad de vida. Todo esto puede contribuir a otros problemas de salud laboral, como trastornos en el músculo esquelético y poner en peligro la Seguridad en el puesto de trabajo, de aquí la importancia de saber identificar a tiempo y éste trastorno, para que esto no contribuya a la aparición de otros problemas. Estos riesgos surgen como consecuencia de la carga mental, los turnos, el ritmo de trabajo, todo ellos relacionado con una mala organización de trabajo. Factores psicosociales que influyen en el entorno de trabajo:

- Más trabajo del que se puede abarcar en el tiempo asignado, debido normalmente a la falta de personal o de medios técnicos, esto se resume en carga excesiva, presión de tiempo, cumplimiento de plazos.
- Contenido de trabajo, monótono, falta de variedad, no satisfactorio en cuanto a las tareas a realizar. Ya que no se puede avanzar y aprender cosas nuevas.
- Trabajo que requiere un gran esfuerzo intelectual, toma de decisiones rápidas, controlar muchas cosas a la vez, etc... que requieren mucha concentración, precisión, habilidades, sin contar con el tiempo y recursos necesarios.
- Tiempo de trabajo con horarios muy largos, impredecibles, turnicidad, nocturnidad. Con la imposibilidad de conciliar la vida familiar y laboral.
- Relaciones personales, aislamiento, malas relaciones, mobbing, acoso laboral, acoso sexual, conductas inadecuadas, conflictos laborales o personales.
- No recibir la ayuda adecuada, de compañeros o superiores para cumplir con el trabajo a realizar, trabajar en condiciones de aislamiento, no tener el trabajo bien definido, no disponer de la información para los cambios, escasa valoración, etc.
- Horarios de trabajo: Este es un ritmo ininterrumpido de 24 horas al día, los 365 días del año, con lo cual existe un mínimo de tres turnos. La repercusión que los cambios horarios pueden tener en nuestra salud, merecen especial atención, va de trastornos del sueño a trastornos del apetito, bajo rendimiento laboral, relaciones sociales y familiares deterioradas, etc... Al modificar los ritmos circa-

dianos, estados naturales del sueño y la vigilia, esto a su vez modifican los ritmos biológicos.

A su vez, los turnos, pueden acarrear repercusiones sobre la vida familiar, dificultando la conciliación familiar, ya que dificulta las relaciones a nivel personal tanto de índole familiar como de índole social.

- Nuevas tecnologías, esto requiere imponer alto nivel de exigencia al personal, que no está acostumbrado a usarlas. Procesar esta información puede llevar implícitamente la sobrecarga laboral y sobrepasar la respuesta del trabajador.
- Inseguridad laboral, tanto en la jornada como en el horario de trabajo, movilidad funcional, falta o exceso de promoción, escasa valoración.

Los efectos psicosociales sobre la salud tienen efectos a corto y largo plazo y tienen efectos globales sobre la salud del trabajador tanto la salud física como la mental. La ansiedad, es a corto plazo, afecta a la salud mental de los trabajadores, dificulta la concentración y la memoria, produce migrañas, alteraciones del sueño, de la alimentación, problemas psicosomáticos, etc. Carga mental, es el grado de procesamiento de la información que realiza una persona para desarrollar una tarea. Se define como, el grado de movilización mental para el desempeño de su trabajo. Esto puede causar fatiga emocional, incapacidad para realizar un trabajo, incluso en tareas sencillas y cotidianas, disminución de la capacidad tanto física como emocional, después de desarrollar la tarea. Hay muchos factores que pueden afectar a la carga mental, como son el ruido ambiental, condiciones lumínicas inadecuadas.

Factores organizativos, distribución de turnos y horarios, distribución del personal en diferentes servicios del hospital. Factores personales, experiencias negativas, falta de motivación, falta de profesionalidad. Fatiga psicológica, se transmite en el consumo de medicamentos, exceso de alcohol, consumo de estupefacientes, depresión, pensamientos suicidas, etc... Pudiendo afectar también al sistema cardiovascular, respiratorio, inmunitario, músculo esquelético, biológicos. Estrés laboral, son altos niveles de excitación y de respuesta y la sensación constante, de que no puedes alcanzar los objetivos, ni afrontar el día laboral.

Esto se produce cuando las demandas son altas y supera los recursos y la capacidad de control del trabajador. Esto produce problemas psicológicos en las personas y en su comportamiento, dando lugar a diferentes trastornos. Es una de las causas de baja laboral más frecuente. Síndrome del quemado, también llamado síndrome de Burnout, es un agotamiento mental, físico, emocional y de baja

personalidad. Se produce un desgaste profesional, que consiste en estrés crónico laboral y organizativo, resultando esto en agotamiento emocional. No surge de la noche a la mañana, es de forma progresiva. Es el resultado de una sobrecarga, de situaciones de estrés mantenidas durante largo tiempo.

Violencia física o verbal, esto comprende insultos, amenazas, agresiones, ejercidas hacia un trabajador o a un grupo de personas. Esto pone en peligro, la seguridad y el bienestar de los trabajadores.

Siendo algo que en los últimos años, se da en el ambiente sanitario, por causa de los usuarios conflictivos o enfadados. Siendo este un problema en auge, en profesionales de atención al público, como pueden ser los celadores, motivo de gran preocupación entre los países industrializados.

Acoso sexual, se puede presentar de muchas formas, la típica es acceder a los deseos sexuales a cargo de un beneficio laboral, con el que ya se contaba o se pensaba contar. Es cualquier tipo, de conducta de naturaleza sexual, tanto física como verbal, que nace de las relaciones laborales. Estos afectan a la dignidad de la mujer y hombre en el trabajo. Es una situación que la víctima no desea, lo que le causa problemas psicosociales importantes y de baja autoestima junto con el miedo. Acoso psicológico, esto es un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores o inferiores jerárquicos.

Donde el acosado es objeto de ataques continuos, durante mucho tiempo de manera directa e indirecta, puede ser por parte de una persona o de un grupo de personas. Tienen un objetivo común, hacerle el vacío. Este trato vejatorio ocasiona daño emocional y físico, queriendo quebrantar la resistencia del trabajador para que este abandone su puesto de trabajo

Formas de prevención:

- Para poder prevenir esto sería importante conocer funciones y responsabilidades, definiendo el rol de cada trabajador, rompiendo la monotonía en el puesto de trabajo.
- Conocer las limitaciones de cada uno.
- Mejorar la comunicación y transmisión de la información necesaria para el desarrollo de la tarea.
- Estructurar el trabajo en pequeños bloques, para conseguir lograr esas metas pequeñas con instrucciones claras y bien definidas.
- Priorizar las tareas de mayor necesidad e inmediatez.
- Facilidad para acudir a un superior y directo.
- Alternar en la medida de lo posible, el tipo de tarea, para que esta no resulte

monótona.

- En el trabajo a turnos, sería conveniente aumentar las pausas y tiempo de descanso.
- Formación necesaria por parte del trabajador y de la empresa, para una mayor motivación e implicación en el centro sanitario.
- Hábitos de saludables, dormir lo suficiente, comer de forma saludable, ejercicio, tiempo para el ocio etc...
- Conciliación familiar y social.
- Revisar las condiciones ambientales.
- Prevención de riesgos laborales, definiendo los objetivos y metas preventivas.
- Establecer protocolos de detención de riesgos psicosociales.
- Establecer una normativa en cuestión de acoso laboral, sexual, psicológico y persiguiéndolo de forma penal si fuera necesario.
- Ayuda y apoyo psicológico a las víctimas.

5 Discusión-Conclusión

Los Riesgos Psicosociales, son los principales factores de riesgo para la Salud laboral, de ahí la importancia, de evaluar esos riesgos. Las estrategias de adaptación pueden ser de dos tipos, de organización o individual. La implantación de estas ayudas, pueden suponer una mejora, evitando la aparición de problemas psicosociales derivados de la carga de trabajo. Ya que pueden intervenir, en aspectos donde el trabajador tiene poco o ningún control y también es muy importante la labor del trabajador a nivel individual, que busque estrategias de adaptación a los nuevos cambios y al ritmo estresante del trabajo en una institución sanitaria.

Aumentar la comunicación entre los superiores y los trabajadores, para identificar lo que se debe mejorar y que pueda haber una buena planificación, realizando los cambios que sean oportunos, para la mejora del personal laboral y de la institución sanitaria.

6 Bibliografía

- <https://blogs.imf-formación.com>, riesgos psicosociales en el sector de la salud.
- <https://www.elsevier.es>, estrés laboral en el mundo sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento.
- Ferrer R. Burnout o síndrome de desgaste profesional, Med Clin.
- Meliá Navarro, J.L. Un método para la evaluación de los riesgos psicosociales.

- Luceño Moreno L. Martín García, J. Díaz Ramiro, E M^a, Rubio Valdehita, S. Un instrumento de evaluación de Riesgos Psicosociales en el entorno laboral.
- Manual para la Evaluación y Prevención de Riesgos ergonómicos y psicosociales en la PYME, Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2002.
- Ceballos Vázquez P., Factores de riesgos psicosociales en el trabajo.

Capítulo 508

SISTEMAS DE GESTIÓN DE CITAS ONLINE

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA BEJAR PEREZ

1 Introducción

Una de las mayores preocupaciones para los responsables de la sanidad, es ofrecer un servicio de calidad a los pacientes, por eso, se están buscando y desarrollando alternativas para ir disminuyendo los puntos flacos del proceso, desde la solicitud de la cita, la gestión del turno a la llegada, la digitalización de las historias clínicas y hasta las pruebas médicas y los diagnósticos. Los sistemas de gestión de citas están en continua mejora para poder ser más eficientes y que permitan un control ágil de los procesos, convirtiéndose así en una herramienta de ayuda para el personal administrativo ya que ofrecen una atención a los pacientes más eficaz y adecuada.

Para esto, existen aplicaciones web que nos sirven de plataforma para gestionar la asignación de cita previa de la mejor manera, con un sistema en el que los pacientes puedan solicitarla por internet, desde cualquier lugar y permitiendo una

mayor libertad al poder elegir el tramo horario que más le convenga, mejorando así la calidad del servicio ofrecido a los usuarios.

Otro de los métodos más novedosos en la solicitud de citas médicas es mediante aplicaciones móviles que cada Sistema de Salud Autonómico pone a disposición de los pacientes en sus Comunidades Autónomas. Estos sistemas de citas, tanto online o mediante aplicación móvil, también permiten una mayor organización al personal sanitario y al administrativo, al disponer de una agenda en la que se registran por orden cronológico todas las citas solicitadas en la web por los pacientes.

El principal objetivo es mejorar la calidad y la eficacia en la gestión de cita previa. También podemos tener en cuenta como uno de los objetivos más importantes la optimización del proceso, con una significativa simplificación de éste, consiguiendo la agilización y evitando pérdidas de tiempo innecesarias. Otro de los objetivos es dar soporte al personal administrativo, ayudándolo en su labor ya que con estos sistemas evitamos colapso en las líneas por las numerosas llamadas de teléfono y largas colas y esperas en los mostradores, dando así un mejor servicio al paciente.

2 Objetivos

- Detallar los pasos a seguir por los usuarios en la solicitud de la cita previa a través de internet.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la solicitud de cita previa.

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

4 Resultados

Para que el acceso a la atención médica sea más sencillo, cada vez es mayor el número de centros sanitarios que disponen de estos sistemas para gestionar las citas. Hay numerosos software de gestión de cita previa en el mercado en los cuales se solicita a través de internet de una cita médica, siendo todos muy similares y dificultando la elección de uno de ellos.

Los pasos a seguir a la hora de hacer la solicitud siguen en todos los casos el mismo patrón:

- Introducir los datos del paciente, si se trata de la Seguridad Social debemos introducir el Código de Identificación del Paciente (CIP), que aparece en la tarjeta sanitaria, y la fecha de nacimiento. Si se trata de centros médicos privados, deberá identificarse con lo que hayan acordado previamente el DNI.
- Elegir al personal sanitario al que se desea acudir.
- Elección de fecha y hora para la cita, aparece un calendario con los huecos disponibles y ahí podrá señalarse el deseado.
- Por último, podrá adquirir un justificante de la cita que acaba de solicitar.

5 Discusión-Conclusión

Con este tipo de herramientas para solicitar las citas por internet o mediante aplicación móvil, se produce una modernización de los sistemas de gestión de cita previa, lo que repercute de manera muy positiva en la relación entre el Sistema Sanitario y el paciente. Así es más satisfactorio este primer contacto con el centro sanitario.

Para concluir diremos que con estos sistemas de gestión de citas online no existen limitaciones horarias, ya que está disponible las 24 horas del día facilitando la solicitud de la cita previa en cualquier momento, lo que supone una revolución en cuanto a la eficacia y la agilidad del proceso con la aplicación de estos sistemas de gestión. Con ello se consigue una mayor accesibilidad del paciente a los servicios médicos.

6 Bibliografía

- Morena Rodriguez R.C., Gestión Hospitalaria. Análisis y diseño de un sistema web para citas médicas. (2012). Disponible en Internet: www.academia.edu.

- Vila Blanco J.M., Garrote C., Hernández M.A., Implantación de un sistema informatizado para la citación de consultas externas en un área sanitaria. Revista de Calidad Asistencial, 18 (1), 20-26, 2003 – Elsevier.

Capítulo 509

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ

LAURA GÜIMIL GARCÍA

1 Introducción

El concepto de inteligencia emocional fue popularizado por el psicólogo estadounidense Daniel Goleman y hace referencia a la capacidad para reconocer los sentimientos propios y ajenos. La persona, por lo tanto, es inteligente (hábil) para el manejo de los sentimientos.

Para Goleman, la inteligencia emocional implica cinco capacidades básicas: descubrir las emociones y sentimientos propios, reconocerlos, manejarlos, crear una motivación propia y gestionar las relaciones personales.

Teniendo esto en cuenta, nos damos cuenta que la inteligencia emocional es una capacidad que debería ser desarrollada por todas las personas sea cual sea su condición o profesión ya que habilita para tener una mejor relación con uno mismo y con los demás. Por otra parte, recientes investigaciones han puesto de manifiesto una directa relación entre la inteligencia emocional, el bienestar y la salud.

2 Objetivos

- Describir la importancia de la inteligencia emocional a nivel personal y relacionada con el terreno laboral en el ámbito sanitario, centrada en la relación

profesional-paciente.

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 lugar que ocupa la inteligencia emocional en la atención a pacientes, adquiere suma relevancia ya que no sólo estamos hablando de la interacción de personas sino del contexto de la situación. Ha de considerarse que pueden estar atravesando circunstancias delicadas con lo cual, el desarrollo de esta capacidad es una herramienta que puede ser de mucha utilidad a la hora de llevar a cabo una eficiente comunicación de la información y a la vez, transmitir afecto y empatía a personas que pueden estar atravesando un mal momento.

Por otra parte, el estar en contacto con pacientes y sus circunstancias, con otros compañeros y compañeras, el hacer frente a las diferentes contingencias del día a día tanto en el trabajo como en el ámbito personal de cada uno, hacen que podamos vernos sobrepasados en ocasiones. Se puede ver afectada nuestra calidad de vida hasta el punto de afectar a nuestra salud, sino hacemos una buena gestión de nuestras emociones. Una persona con elevados niveles de inteligencia emocional consigue en sus relaciones:

- Que quienes le rodean se sientan a gusto con él.
- Que al estar a su lado no experimenten ningún tipo de sensación negativa.
- Que confíen en él cuando necesiten algún consejo tanto a nivel personal como profesional.

Pero no sólo eso, alguien que dispone de inteligencia emocional es quien:

- Es capaz de reconocer y de manejar las emociones que experimente.
- Capacidad de relación con los demás ya que consigue entenderlos al ponerse en su lugar.
- Consigue ver las críticas como algo positivo, ya que las analiza y aprende de ellas.

- Saber encauzar convenientemente las emociones negativas por lo que tiene mayor capacidad para ser feliz.
- Cuenta con las cualidades necesarias para hacer frente a las adversidades y contratiempos.

En el ámbito sanitario hay diferentes profesionales que están en contacto con el paciente y cada uno tiene un papel importante. Es común no sólo en la sanidad, sino en cualquier profesión que asocie el buen desempeño del trabajo con tener y aplicar unos determinados conocimientos o con la realización eficiente de las tareas. Existen más puntos a tener en cuenta, las interacciones personales son inevitables en la mayoría de los casos y en este en concreto, fundamentales, por lo tanto, no debería ser suficiente que un doctor o doctora sea buena reconociendo, diagnosticando y tratando enfermedades o un administrativo sea eficiente gestionando agendas o tramitando documentación, debería además tener la capacidad de conectar con los pacientes con los que están tratando.

Tampoco sabemos cuándo llamamos a un paciente qué información tiene a cerca de lo que le está pasando y cuál es su estado de preocupación, ni su situación personal o familiar, ni las expectativas que tiene de lo que va a pasar, por eso hay que tratar de ponerse en el lugar de la otra persona y tratar de ser lo más empáticos posibles. Por todo ello, hay que dar la importancia que se merece al buen manejo de las emociones, ya que esto repercute de manera positiva en el paciente al sentirse comprendido y con un trato digno, no como un número más.

5 Discusión-Conclusión

Definitivamente la inteligencia emocional en este ámbito es de mayúscula importancia no solo para que el paciente se sienta mejor tratado y comprendido, sino para que la persona responsable de tratar con ellos también pueda gestionar de una manera más íntegra las emociones. Esto redunda finalmente en una mejor relación profesional paciente y en una mejor salud emocional para ambos.

Por todo lo expuesto anteriormente, se concluye que la importancia de la inteligencia emocional debería ser comprendida e integrada tanto desde el punto de vista personal de cada individuo como una inquietud de crecimiento personal y herramienta de bienestar, como desde el punto de vista de la administración como responsable de la buena gestión a todos los niveles de la salud tanto de usuarios como de profesionales, debiendo fomentar y facilitar la formación en esta materia.

6 Bibliografía

- Berrios Martos, M., Augusto Landa, J. y Aguilar Luzón, M. Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000200006)
- Fuentes Bremer, E., Inteligencia Emocional. Una revisión teórica sobre el concepto, orígenes y líneas de investigación (<https://riull.ull.es/>)
- García Martín, M. (2017) Gestión del estrés para el profesional sanitario. Acta sanitaria (<https://www.actasanitaria.com/inteligencia-emocional-gestion-del-estres-para-el-profesional-sanitario/>)
- García, M. (2017). Beneficios de la Inteligencia Emocional en el ámbito sanitario (<https://institutopsicobiologico.com/>)
- Goleman, D. (1996). Inteligencia Emocional.
- Goleman, D. (1998). Working with Emotional Intelligence. Nueva York: Bantam Book.

Capítulo 510

LA IMPORTANCIA DE LA ESCUCHA ACTIVA EN EL ÁMBITO SANITARIO

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA BEJAR PEREZ

1 Introducción

La comunicación es un arte imprescindible para las relaciones sociales a la vez que necesaria en cualquier ámbito, y más si cabe en el ámbito sanitario, ya que en los centros sanitarios los pacientes están más vulnerables por su enfermedad o por la de sus familiares, por eso es de vital importancia que todos los profesionales sanitarios y no sanitarios que desempeñan sus funciones en los centros de atención primaria y secundaria, desarrollen estrategias para mejorar la comunicación, proporcionando relaciones interpersonales entre los profesionales y los pacientes y sus familiares.

Para conseguir una buena comunicación es fundamental adaptar el mensaje a cada paciente, de manera que se debe identificar el tipo de personalidad en la que encaja cada uno, lo que nos va a permitir empatizar y crear un vínculo de confianza con la finalidad de alcanzar los mejores resultados. El primer paso para

comunicarse de manera adecuada es saber escuchar. La escucha debe ser activa, esto quiere decir que se debe observar los gestos, los sentimientos y la comunicación no verbal de la otra persona para entender su punto de vista; para llegar a entender a alguien hay que ponerse en el lugar del otro, es decir, ser empáticos.

2 Objetivos

- Describir los factores que facilitan la escucha activa y los que interfieren de forma negativa.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para poder desarrollar la escucha activa debemos tener en cuenta los elementos que la facilitan y los que se deben evitar.

Factores para facilitar la escucha activa:

- El principal factor a tener en cuenta es la atención, si prestamos atención, sin distracciones y sin desconectar de la conversación nos estamos preparando para escuchar.
- También es un elemento importante la observación, intentar escudriñar lo que nos están diciendo, no sólo con las palabras, sino fijándonos en los sentimientos, expresiones que ponen al hablar así como los objetivos que manifiestan al expresarse.
- Podemos hacer todas las preguntas que sean necesarias, porque de esa manera, demuestras que estás escuchando y también ayudas a la otra persona a argumentar sus opiniones, preocupaciones y puntos de vista.
- Debemos emplear un lenguaje sencillo y adecuado a cada persona.
- Y por último, se debe de hacer ver al otro que le estás escuchando y eso se consigue con la postura corporal, la expresión de la cara, el contacto visual y asentir para demostrar empatía.

Factores que interfieren de forma negativa en la escucha activa:

- Evitar hacer juicios y opinar, así como también debemos intentar no argumentar excesivamente.
- No interrumpir, se debe dejar exponer y argumentar sin interrupciones.
- La distracción.
- No aportar soluciones rápidas, que no estén meditadas, así como no quitar importancia al problema que te está exponiendo.
- Es muy importante no actuar de manera egoísta y llevar las cosas a nuestro terreno, contando nuestros propios problemas.

5 Discusión-Conclusión

El principal objetivo de la escucha activa es mejorar la satisfacción del paciente, ya que al sentirse comprendido se genera una confianza con el profesional (auxiliar administrativo, celador/a, enfermero/a, auxiliar de enfermería, médico/a) que hace que no dude del mensaje que recibe por parte de éste y pueda entenderlo mejor. El paciente puede percibir el interés mostrado por parte del profesional de centro sanitario en cuanto a sus sentimientos, opiniones, sintiéndose así valorado y favoreciendo una predisposición al diálogo y a intentar entendernos mejor si hay alguna discrepancia. Según los expertos, con una comunicación que se adapte al paciente y una escucha activa se alcanzan mejores resultados en el ámbito sanitario.

Se puede confirmar que la aspiración mayor del paciente es ser comprendido, ya que eso le da seguridad y le ayuda en todo el proceso, desde que entra hasta que sale del centro sanitario. Así que se puede afirmar que la escucha activa evita confusiones y reduce la ansiedad de los pacientes. Hay que intentar detectar las principales barreras en la escucha activa y proponer una serie de medidas encaminadas a eliminarlas.

Para concluir hay que destacar que se deben proponer actividades formativas para asesorar a los profesionales en la escucha activa. No olvidemos que escuchamos no solamente con nuestros oídos, sino también con nuestros ojos, con nuestra mente, con nuestro corazón y con nuestra imaginación. (Carl Rogers. El poder de la persona).

6 Bibliografía

- Femenías, A.J., “Comunicación y habiliades sociales para profesionales sanitarios”. Ed,: Nexus Médica Editores, S.L.
- León J.m., Medina, S., Cantero, F.J., Gil, F., “Entrenamiento en Habilidades Sociales para los profesionales de la Salud” Disponible en internet: <https://www.researchgate.net>
- Marcuello García A. Habilidades de comunicación:Técnicas para Comunicación eficaz. Disponible en internet: <http://www.psicologiaonline.com/>
- Hernández-Torres, I., et al. (2006). “Importancia de la comunicación médico paciente en medicina familiar”. Medigraphic Artemisa, 8(2), pp.137-143.

Capítulo 511

RIESGOS ERGONÓMICOS EN EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

SARAI MARTIN CALDERERO

NATALIA MENÉNDEZ PALICIO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

1 Introducción

Según la Asociación Internacional de Ergonomía, la 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.

Los principales objetivos de la ergonomía son:

- Identificar, analizar y reducir los riesgos o accidentes laborales.
- Adaptar el puesto de trabajo, las condiciones de trabajo y las funciones laborales a las características del trabajador.
- Contribuir a la evolución de las situaciones de trabajo, no sólo bajo el ángulo de las condiciones materiales, sino también en sus aspectos socio-organizativos, con el fin de que el trabajo pueda ser realizado salvaguardando la salud y la seguridad, con el máximo de confort, satisfacción y eficacia.

- Controlar que la introducción de las nuevas tecnologías en las organizaciones se ajusten y adapten a las cualidades y destrezas de los trabajadores ya existentes en las mismas.
- Establecer disposiciones ergonómicas para la adquisición de útiles, herramientas y materiales para la realización de las actividades laborales.
- Aumentar la motivación y la satisfacción en el trabajo.
- Aumentar la productividad.

Aunque puede parecer que las tareas administrativas no entrañan ningún tipo de riesgo grave en comparación con otros entornos laborales, son cada vez más frecuentes las lesiones entre los trabajadores de este sector. Los estudios demuestran que un alto porcentaje de los trabajadores administrativos padecen algún trastorno musculoesquelético. Por ello, es necesario seguir unas pautas para evitar estas lesiones y trastornos musculoesqueléticos que repercuten tanto sobre la salud del empleado como en la eficiencia operativa para los empresarios.

2 Objetivos

- Describir las repercusiones más frecuentes derivadas del trabajo del auxiliar administrativo.
- Enumerar las medidas de prevención y protección.
- Analizar los principales beneficios de la ergonomía.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda exhaustiva de artículos científicos sobre la ergonomía en las principales bases de datos de sanidad. Las palabras clave: auxiliar administrativo, ergonomía, prevención de riesgos laborales, pantallas de visualización de datos.

Criterios de inclusión:

- Documentos escritos en español.
- Documentos publicados en los últimos 15 años.

Criterios de exclusión:

- Documentos publicados en idiomas distintos al español.

4 Resultados

En los trabajos en los que se efectúan movimientos repetitivos o que exigen posturas estáticas son frecuentes las lesiones músculo-esqueléticas. Suelen afectar principalmente a la espalda, el cuello, los hombros y las extremidades superiores. Además de provocar dolor al trabajador, limitan, dificultan o incluso impiden la realización de su tarea.

Las más frecuentes son:

- Lumbalgia: dolor localizado en la parte inferior o baja de la espalda.
- Contracturas en los músculos de la espalda.
- Síndrome del túnel carpiano: presión excesiva en el nervio mediano de la muñeca que es el que permite la sensibilidad y el movimiento de las partes de la mano.
- Tendinitis y tenosinovitis: inflamación de los tendones o bandas elásticas que unen los músculos con los huesos.
- Osteoporosis: disminución de la densidad del tejido óseo que tiene como consecuencia fragilidad y deterioro de los huesos.

Medidas de prevención y protección. Hay una serie de requisitos básicos que todo puesto de trabajo de auxiliar administrativo debería cumplir, muchos de ellos referidos a la visualización y el tratamiento de información sobre pantallas de visualización de datos.

- Mantener a una distancia visual correcta, entre 450 y 550 mm, la pantalla, el teclado y los documentos para evitar la fatiga visual.
- Colocar el monitor frente a nosotros y a una distancia entre 60 Y 80 cm.
- Situar la línea superior de la pantalla a una altura no superior a la altura de los ojos (preferiblemente entre 10° y 20° por debajo).
- Utilizar un atril para los documentos y situarlo al mismo nivel y junto a la pantalla del ordenador para evitar problemas cervicales.
- Regular la altura de la silla de manera que los antebrazos queden paralelos al suelo, a 90° o un poco más.
- La cabeza y el cuello deben permanecer en posición recta y los hombros relajados.
- Apoyar la zona lumbar sobre el respaldo de la silla.
- Mantener una posición erguida y relajada, sin inclinarnos o encorvarnos sobre el ordenador.
- Mantener los antebrazos, las muñecas y las manos en línea recta.
- Utilizar un apoya muñecas en el borde inferior del teclado para hacer m acomoda la actividad.

- Mantener los pies apoyados en el suelo o en un reposapiés y lo más extendidos posibles para favorecer el retorno venoso.
- Mantener una correcta iluminación en el lugar de trabajo.
- Mantener un ambiente térmico agradable con una temperatura recomendada entre 19 y 24 grados centígrados y una humedad del 40 al 70 por ciento.
- Evitar los deslumbramientos tanto directos como por reflejos con el fin de evitar la fatiga visual.
- Realizar pausas activas en el trabajo cada 60-90 minutos para contrarrestar la fatiga física y mental y efectuar micro pausas de pocos segundos regularmente o en cuanto se sienta alguna molestia.
- Efectuar ejercicios de relajación y estiramiento para aliviar las molestias físicas resultantes de las prolongadas posturas estáticas.

Principales beneficios de una correcta ergonomía:

Prestar atención a unas normas ergonómicas básicas tiene grandes beneficios para nuestra salud y bienestar en el trabajo.

- Logra una correcta postura del trabajador frente al ordenador.
- Reduce las molestias físicas.
- Reduce la fatiga del trabajador.
- Mejora notablemente la productividad.
- Reduce la fatiga en los trabajadores.
- Evita riesgos laborales.
- Evita el ausentismo laboral.
- Proporciona a los trabajadores una cultura de seguridad y salud, generando un mejor desempeño de su tarea.

5 Discusión-Conclusión

La informatización de los trabajos administrativos obliga al trabajador a realizar tareas que pueden ser perjudiciales para su salud. Una mala postura o posición incorrecta puede producir lesiones como tensión muscular, dolor de espalda, molestias en la nuca, cabeza y brazos y manos, consecuencia de una postura estática. Es esencial aplicar reglas ergonómicas para reducir y minimizar estas lesiones. También son esenciales factores preventivos como la vigilancia de la salud, la formación periódica, la información, y consulta de los trabajadores y los sistemas ergonómicos.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 486/1997, Reglamento sobre lugares de trabajo.
- Manual de prevención de riesgos laborales para no iniciados. 2ª Edición revisada y ampliada. Dr. Ricardo Fernández García. Editorial Club Universitario.2008.
- Real Decreto 488/1997 Reglamento sobre P.V.D.
- NTP 232: Pantallas de visualización de datos (P.V.D.): fatiga postural. INSHT.
- NTP 602: El diseño ergonómico del puesto de trabajo con pantallas de visualización: el equipo de trabajo. INSHT.

Capítulo 512

LA COMUNICACIÓN DEL CELADOR CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA.

COVADONGA ARAUJO SUAREZ

1 Introducción

La comunicación humana es un proceso mediante el cual se establece una relación interpersonal de transmisión y recepción de ideas entre un locutor y su interlocutor. La comunicación es un proceso fundamental en las labores diarias del celador, que le permite establecer una relación con el paciente y su familia.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes elementos del proceso de comunicación y definir la correcta comunicación entre el celador y el paciente y su familia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la comunicación del celador con el paciente y su familia.

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

- Rodríguez Marín J. Apoyo social y salud. En: Psicología social de la salud. Madrid: Editorial Síntesis S.A; 1995.
- Gil-Robles, J. (2004). Psicología de la salud. Madrid: Pirámid.
- Nápoles, Elena. Comunicación y salud. En: Amaro, María del Carmen y otros. Cultura, Sociedad y Salud . La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 2005.

Capítulo 513

LA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

ARIANA SUTIL DÍAZ-CANEJA

MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ

ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

La protección de datos ya empezó a regularse en la Constitución Española del año 78, pero debido a los cambios constantes de la sociedad, se ha ido regulando a lo largo de nuestra historia. En el ámbito sanitario, además de las referencias contenidas en la Constitución, empezó a regularse en el año 1986 en la ley General Sanitaria.

En los últimos años, se han endurecido las leyes relativas a la protección de datos sobre todo dentro del ámbito sanitario y, en el año 2018, en la nueva ley de protección de datos, se ha incluido una disposición propia donde, además de hacer mención a las leyes relativas al ámbito sanitario, se regulan nuevos casos.

2 Objetivos

- Analizar de forma global cómo afecta la ley de protección de datos al personal de gestión y servicios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la ley de protección de datos. Se ha realizado una búsqueda sistemática de leyes 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

¿Cómo afecta la ley de protección de datos al personal de gestión y servicios?

- Caso general:

¿Son públicos los datos sanitarios y, por tanto, el personal de gestión y servicios puede acceder sin ningún tipo de restricción o hacer públicos estos datos? No, toda persona está amparada por ley a que toda su información sanitaria se mantenga en total confidencialidad, salvo que expresamente indique lo contrario. Para ello, los centros sanitarios elaboraran las normas específicas que deba cumplir su personal de gestión y servicios.

¿El personal de gestión y servicios pueden acceder a la totalidad de documentos que conforman los expedientes sanitarios? No, única y exclusivamente a los que tengan que ver con sus funciones, quedando en cualquier caso sujetos al deber del secreto.

¿Qué obligaciones tiene el personal de gestión y servicios respecto a los datos sanitarios? Deben garantizar la seguridad de que todos los datos a los que tienen acceso quedan debidamente archivado, conservado y su fácil recuperación.

- Personas fallecidas:

¿Quién puede acceder a los datos de personas fallecidas? En todo caso los familiares directos o de hecho así como sus herederos, quienes podrán acceder a los

datos y, en su caso, rectificar o suprimir, salvo que lo hubiera prohibido expresamente la persona fallecida. En caso de que sean menores de edad o personas con discapacidad, también podrán acceder sus representantes legales o el ministerio fiscal, ya sea de oficio o por solicitud de terceras personas, y por sus personas de apoyo en caso de personas con discapacidad.

¿El personal de gestión y servicios de los centros sanitarios pueden acceder a esta información? Sí, siempre que así lo hubiera indicado expresamente la persona fallecida.

- Uso de datos en investigaciones:

¿Es posible el uso de datos para investigaciones en el ámbito sanitario? Sí, siempre y cuando el propio paciente dé su autorización y, tanto su médico como la dirección del centro sanitario, estén de acuerdo y den también su consentimiento. No obstante, en el acceso a la historia clínica debe asegurarse que no se harán públicos los datos del paciente, por lo que debe realizarse siempre con los datos separados de los datos clínicos.

¿Podrían utilizarse sin consentimiento? Sí, siempre que sean destinados a situaciones excepcionales por su relevancia o por su gravedad. También existe otro caso, que es cuando estos datos estén bajo seudónimo y no exista relación entre las personas que han llevado a cabo la tarea de añadir esos seudónimos y las personas que vayan a utilizar los datos. En caso de que el uso de estos datos sean necesarios para tutelar la salud de la población, tampoco será necesaria la autorización ni para el uso ni para el intercambio entre las distintas administraciones públicas.

- Obligaciones del personal de gestión y servicios en los centros sanitarios. El personal de gestión y servicios están acogidos al secreto profesional que es de obligado cumplimiento; informar al paciente en caso de que se vayan a compartir sus datos con otras administraciones sanitarias; llevar un registro de los accesos a la información indicando la/s persona/s que han accedido a ella y el fin para el que se han consultado; custodiar las historias clínicas de los pacientes, durante, al menos, cinco años. Durante estos cinco años, no se podrían eliminar los datos del paciente ni cancelar.

5 Discusión-Conclusión

Es importante conocer la ley de protección de datos para no cometer un error en el trabajo diario de los profesionales.

6 Bibliografía

- Ley 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales y garantía de derechos digitales.
- Constitución española en artículo 18.4
- Ley 14/1986 de 25 de abril.
- 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.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- Reglamento UE 2016/679.
- Modificación de la ley 19/2013 de 9 de diciembre de transparencia, acceso a información pública y buen gobierno.
- Ley 16/2003 de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de salud.

Capítulo 514

PROS Y CONTRAS DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA

LAURA GÜIMIL GARCÍA

RAQUEL AÑEL GONZÁLEZ

1 Introducción

El turismo sanitario es un término comúnmente utilizado para describir a las personas que viajan fuera de su país para recibir determinados tratamientos médicos. En España sufrimos este abuso desde hace décadas. El perfil del "turista" suele ser de elevado poder adquisitivo, de origen británico, alemán o francés y son portadores de la tarjeta sanitaria europea (TSE). También hay muchos casos de natalidad "portuguesa" en provincias que lindan con el país vecino. Todos ellos han abusado de la universalidad de nuestra sanidad española.

2 Objetivos

- Indagar acerca de la tarjeta sanitaria europea.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la tarjeta sanitaria europea. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado publicaciones oficiales del Estado.

4 Resultados

La sanidad pública no es gratuita. Cualquier sistema sanitario, sea público o privado, tiene un coste económico. El coste de nuestro sistema sanitario es sufragado por los ciudadanos, puesto que contribuimos a su sostén económico con nuestros impuestos, tales como el IVA, el Impuesto de Sociedades, el IRPF, etc.

Si es usted ciudadano español y tiene previsto viajar a los países anteriormente citados, se recomienda la T.S.E. para viajar con dicha documentación (personal e intransferible) que le da derecho a recibir la asistencia sanitaria que necesite durante su estancia temporal.

Para tener derecho a una tarjeta tendrá que estar asegurado o cubierto por la seguridad social. Cada miembro de la familia que esté viajando debería tener su propia tarjeta.

La tarjeta sanitaria europea cubre todos los cuidados sanitarios necesarios durante una estancia temporal en uno de los 31 países adscritos (en cualquier Estado miembro de la UE, Islandia, Liechtenstein, Noruega o Suiza) sea cual sea el motivo del viaje. No cubre su atención sanitaria si viaja con la finalidad expresa de recibir tratamiento médico. No garantiza la gratuidad del servicio. Como los sistemas de asistencia sanitaria pública de cada país son diferentes, los servicios que en un determinado país son gratuitos pueden no serlo en otros.

5 Discusión-Conclusión

En relación al mayor gasto sanitario por parte de turistas europeos que pasan largas estancias en España, éste no supondría ningún riesgo para la sostenibilidad de nuestro sistema, si se facturasen correctamente los costes sanitarios a sus países de origen.

6 Bibliografía

- BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO Núm. 72 Sec. III. 25 de marzo de 2013 Pág. 23172,23174
- Diario Oficial de Castilla la Mancha no 153. 8 de agosto de 2013. P. 22383
- <http://www.exteriores.gob.es>
- El turismo sanitario en España: mitos y realidades, Alejandra Giraldo Chapaprieta, Ester Méndez Pérez
- Reed CM. Turismo médico. Med Clin North Am. 2008 Nov; 92 (6): 1433-1446, xi.

Capítulo 515

FACTORES PSICOSOCIALES: ANSIEDAD Y ESTRÉS LABORAL EN LOS CENTROS SANITARIOS

SARA BEJEGA LONGUEIRA

1 Introducción

El estrés y la ansiedad son dos de las patologías mentales más comunes entre la sociedad española, y por lo tanto también en el personal dedicado a los servicios sanitarios. El sector de la sanidad aparece como uno de los más afectados, tanto por el estrés laboral como por los fenómenos de violencia en el trabajo. Por lo que ha de realizarse una significativa concienciación y acción tanto de identificación de tales riesgos como de acción preventiva . A este respecto se suman numerosos factores, tales como los ritmos de trabajo intensos, multiplicidad de las tareas, inestabilidad laboral, que hacen que la incidencia y magnitud de estos riesgos sean de gran relevancia.

Los factores psicosociales que se encuentran en el medio ambiente de trabajo son numerosos y de diferente naturaleza. Comprenden aspectos del medio físico, de la organización del trabajo, y métodos de trabajo, así como la calidad de las relaciones en los centros hospitalarios. Los factores psicosociales son complejos, dado que no sólo están conformados por diversas variables del entorno laboral, sino que además representan el conjunto de percepciones y experiencias del trabajador por lo que se habla de “multicausalidad abierta”.

El trabajo está lleno de exigencias que nos pueden afectar y dañar nuestra salud, así podemos encontrar:

- Exigencias cuantitativas: es la relación entre la cantidad o valoración del trabajo y el tiempo disponible para hacerlo. De tal modo que, altas exigencias cuantitativas pueden producir estrés y fatiga.
- Exigencias cognitivas y/o emocionales: las exigencias cognitivas en el trabajo tratan sobre la toma de decisiones, tener nuevas ideas, memoria y controlar muchas cosas a la vez.

2 Objetivos

- Analizar la situación de estrés en el ámbito laboral.
- Enumerar las estrategias de redefinición en el trabajo.
- Enumerar las medidas para prevenir o reducir el estrés.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el estrés. 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 sanitario, el hecho de que se produzca la aparición de estrés no es debido, la mayoría de las veces, a unas exigencias inapelables de la demanda por parte de los pacientes, sino que generalmente la causa se encuentra en un deficiente diseño de las organizaciones de salud, que minusvaloran la importancia de los recursos humanos de la organización. Aunque las personas tenemos una gran capacidad de adaptación, en algunas ocasiones ciertos requerimientos del trabajo obligan a realizar un esfuerzo adaptativo para el cual no estamos preparados, lo cual puede originar una serie de problemas de adaptación o de desajusto.

Por una parte, algunas veces nos podemos encontrar que en unas mismas condiciones unas personas desarrollan unos niveles de estrés patológico y otros no. Esto es debido a que diferentes personas tienen distinta capacidad de adaptación en función de múltiples factores personales. Se plantea, por lo tanto,

la necesidad de generar recursos para paliar esta situación. Estos recursos podrían dirigirse a modificar ciertos aspectos de la organización del trabajo o a fomentar la capacidad de adaptación de la persona.

La modificación de ciertos aspectos de una organización que favorecen el desarrollo del estrés no sólo repercute en una mejora del bienestar de los trabajadores, sino en una optimización de los recursos humanos que se traducirá en un mejor funcionamiento de la organización en todos los niveles. En ocasiones resulta muy difícil o imposible eliminar las fuentes de estrés en el origen, pero podemos dotar al personal de una serie de estrategias para afrontar dichas situaciones y, si éstas son difíciles de afrontar, dotarle de habilidades para controlar las experiencias y consecuencias que el estrés produce. Así pues, constituye un planteamiento preventivo fomentar la adquisición de algunas estrategias que aumenten la capacidad de adaptación de la persona, la capacidad para hacer frente a los requerimientos del trabajo.

Las mejores estrategias de redefinición del trabajo se centran en las exigencias, los conocimientos y capacidades, el apoyo y el control, e incluyen los siguientes elementos:

- Modificación de las exigencias laborales (por ejemplo, cambiando la forma en que se realiza el trabajo, modificando el entorno laboral o repartiendo de manera diferente la carga de trabajo).
- Asegurarse de que los empleados tengan o puedan adquirir los conocimientos y capacidades necesarios para desempeñar sus funciones de manera eficaz (por ejemplo, seleccionando y formando al personal de forma adecuada y examinando periódicamente los progresos realizados).
- Aumento del control que ejerce el empleado sobre la forma en que realiza su trabajo (por ejemplo, con la introducción de horarios flexibles, puestos de trabajos compartidos y más consultas sobre las prácticas laborales).

Es fundamental que se establezcan mecanismos que permitan confirmar la eficacia de las medidas adoptadas para corregir el estrés laboral. Tras un periodo prudencial, deben revisarse los resultados y compararlos con resultados anteriores y con la interpretación que se hizo de lo mismo cuando se efectuó la evaluación inicial. El método de verificación empleado debe estar explicado y quedar registrado para que en caso de necesidad poder rectificar su estrategia de solución de problemas asociados al estrés laboral.

Cuando hablamos de estrés nos referimos al estado físico y psíquico generado por elementos agresivos externos y que produce alteraciones orgánicas y anímicas

en el trabajador. Al existir una inadaptación entre las exigencias y la capacidad de respuesta del trabajador aparece en éste el miedo, la inseguridad, la ansiedad...

En este sentido, algunas acciones a realizar para prevenir y/o reducir los niveles de estrés son:

- Organizar las tareas de la mejor forma posible teniendo en cuenta las pausas.
- Mejorar el tiempo de trabajo mediante actuaciones como: establecer objetivos y prioridades; dejar márgenes de tiempos para imprevistos; anticipar tareas para evitar posteriores aglomeraciones; no prolongar en exceso la jornada habitual de trabajo y compensarla con descanso adicional.
- Asegurar una adecuación entre el nivel de responsabilidad del trabajador y de control sobre su trabajo.
- Formación e información para adquirir los conocimientos, las capacidades, y las habilidades necesarias para desempeñar las tareas correctamente.
- Mejorar los niveles de comunicación para que se facilite la participación de los trabajadores en la toma de decisiones y en el desarrollo de su trabajo.
- Individualmente, desarrollar técnicas de afrontamiento de estrés a través de técnicas de relajación.
- Medidas de gestión y comunicación tales como aclarar los objetivos de la empresa, así como el papel de los trabajadores individuales, asegurar un apoyo adecuado de la gestión a los individuos y a los equipos, asegurar una buena adecuación entre el nivel de responsabilidad y de control sobre su trabajo, mejorar la organización, los procesos, las condiciones y el entorno de trabajo.
- Formar a la dirección y a los trabajadores/as con el fin de llamar la atención acerca del estrés y su comprensión, sus posibles causas y la manera de hacerle frente y/o de adaptarse al cambio.
- La información y la consulta de los trabajadores y/o de sus representantes, conforme a la legislación europea así como a la reglamentación, convenios colectivos y prácticas nacionales.

5 Discusión-Conclusión

El estrés laboral es un problema importante en el sector sanitario, en el que se extremen los factores ambientales que lo producen, y ante el cual suelen fallar los mecanismos de afrontamiento. Las consecuencias son importantes, tanto para la persona como para la propia organización y el funcionamiento de los centros y servicios sanitarios, y finalmente repercuten en la asistencia a los pacientes. Sin embargo, es un problema que puede afrontar de forma alternativa a la resig-

nación, aunque su naturaleza compleja y multifactorial exige abordajes diversificados e integrados.

6 Bibliografía

- <https://www.cinfasalud.com/areas-de-salud/cuidado-diario/estilo-de-vida/estres-laboral/>
- https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/
<https://blog.neuronup.com/>
- <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/>

Capítulo 516

SALUD SOCIAL: BENEFICIOS Y RECOMENDACIONES

VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ

CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es el estado de bienestar físico, mental y social lo que va más allá de la mera ausencia de la enfermedad. Al hablar de salud social, se incluye el efecto que tiene el entorno del individuo sobre su estado de bienestar lo cual viene dado en gran medida por sus condiciones o estilo de vida, es decir, es la habilidad de interactuar apropiadamente con las demás personas y el contexto, satisfaciendo las relaciones interpersonales.

2 Objetivos

- Enumerar las recomendaciones de la OMS para mejorar la salud social y los cambios que se derivan de ello.
- Definir los beneficios de la salud social.

3 Metodología

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

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

Recomendaciones de la OMS: A nivel gubernamental la Comisión formula tres recomendaciones principales:

- Mejorar las condiciones de vida.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

¿Qué puedo hacer para mejorar la salud social?

- Elogiar sinceramente: No se trata de adular sino de elogiar con franqueza. Tratar de pensar en las buenas cualidades de la gente que nos rodea y prueba de una apreciación honrada y sincera de esas cualidades.
- Sonreír: No se trata de una risa por compromiso o fingida sino una risa auténtica, que provenga de adentro.
- Llamar por su nombre: El nombre de una persona es para ella el sonido más dulce e importante que pueda escuchar. El nombre hace sentir única a la otra persona.
- Ser un buen oyente: Animar a los demás a hablar de sí mismos.
- Mantener una actitud amistosa: Si quiere ganar a alguien debe convencerlo de que es un amigo sincero.

¿Cómo mejorar la salud social desde lo individual?

- Dedicar tiempo a nuestra familia y amigos.
- Para tener relaciones personales saludables lo más importante es dedicar tiempo a estar con quienes deseamos relacionarnos.
- Muchas veces por exceso de trabajo, incompatibilidades horarias u otras razones, tiempo es lo que menos tenemos, llegando a perjudicar nuestras relaciones sociales.
- Escoger sabiamente a quién dedicamos nuestro tiempo.
- Ya sabemos que el tiempo es escaso y muy valioso, de ahí que cuando decidimos compartirlo con otras personas, estas deben contribuir a nuestro bienestar.
- Relaciones tóxicas, que generan estados negativos o que lleven a tomar decisiones evidentemente equivocadas, no contribuyen a mejorar nuestra salud social.

- Estar abiertos a la experiencia y la diversidad.
- Para sentirnos parte de lo que nos rodea es importante estar abiertos a nuevas experiencias y a otras personas.
- Las sociedades son diversas por naturaleza y aceptar esa diversidad es una forma de integrarnos y adaptarnos mejor a lo que nos rodea.
- No hay que imponer barreras culturales, de género ni de raza que nos impidan relacionarnos saludablemente.
- Aprovechar las oportunidades de contribuir en nuestra comunidad.
- Si queremos tener una mejor salud social, podemos comenzar por contribuir a que nuestro entorno sea un lugar más saludable.
- Identifiquemos las oportunidades que existen de ayudar; desde el voluntariado, por ejemplo.
- Diferentes autores concuerdan que las relaciones sociales tienen un efecto positivo muy importante para la salud, mostrando que los vínculos sociales, el contacto con amigos y familiares reducen una cantidad importante de riesgos:
 - * Reduce el riesgo de enfermedades cardíacas.
 - * Disminuye el tiempo en la recuperación de enfermedades.
 - * Ayuda a enfrentar las situaciones de estrés.
 - * Ayuda a sentirse feliz y satisfecho.

Beneficios de la salud social. Atendiendo a las recomendaciones citadas podremos observar cambios sustanciales como:

- Reducción de riesgo de patologías cardíacas y neurológicas.
- Disminución en el tiempo de la recuperación de enfermedades.
- Mejora ante las situaciones de estrés.
- Ayuda a sentirse feliz y satisfecho.

5 Discusión-Conclusión

Lograr interactuar apropiadamente con las demás personas y el contexto, satisfaciendo las relaciones interpersonales garantiza una adecuada salud social, la cual es imprescindible para conseguir en los individuos la plena salud.

6 Bibliografía

- Fuentes: <http://www.vivirmejor.org> <http://mariopereyra.com/>
- <http://www.who.int/suggestions/> <https://www.universidadvui.es/>
- <https://salud.nih.gov/articulo/las-relaciones-sociales-afectan-nuestra-salud/>

Capítulo 517

VIOLENCIA Y ACOSO LABORAL EN LOS CENTROS DE TRABAJO EN EL SECTOR SANITARIO

SARA BEJEGA LONGUEIRA

1 Introducción

Muchas personas se preguntan lo que verdaderamente significan los acosos en el trabajo, en qué consisten, cuántas clases hay, en que se diferencian, y por qué se dice que son tan destructivos. Acosar, en general, según la Real Academia de la Lengua Española es: “Perseguir, apremiar, importunar a alguien con molestias o requerimientos”. Esta definición académica, si bien describe unos comportamientos de acoso, sin embargo no nos dice qué efectos producen éstos en las personas que los reciben, y ahí es donde reside la gravedad de estas conductas, en el daño, a veces irreversible, que causan en las víctimas. Muchas de las conductas de acoso son muy sutiles, por ejemplo: no saludar, ningunear, no convocar, no tener en cuenta, criticar, bromas y chistes alusivos, etc. Estas son tan dañinas como otras más claras: humillar, faltar al respeto, chillar, agredir, etc.

Para que se considere acoso se tienen que dar 3 requisitos:

- Intencionalidad (las acciones no son casuales).
- Frecuencia (las conductas se repiten, no son aisladas, al menos 1 a la semana).
- Duración (la repetición de ataques tienen que continuar en el tiempo, al menos durante 6 meses).

Las relaciones laborales en el ámbito sanitario están expuestas a múltiples situaciones de estrés, tensión y, muchas veces, choques entre los profesionales que

ocupan distintos rangos en el organigrama jerárquico.

2 Objetivos

- Definir los objetivos principales para evitar la violencia el y el acoso laboral.
- Detallar las situaciones que aborda el plan integral contra la violencia y el acoso laboral.
- Describir las dimensiones a tener en cuenta en el clima laboral.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. 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 comportamientos violentos, en cualquiera de sus manifestaciones, pueden suponer un importante riesgo para la salud, tanto de los profesionales como de los pacientes. Además, la violencia laboral genera unos costes directos en las organizaciones a través del absentismo, las rotaciones o las bajas, y unos costes indirectos, como efectos en la motivación y en la implicación de los profesionales, descensos en su rendimiento y, en conjunto, efectos en la competitividad de la institución. Por estos motivos, es fundamental dotar a los centros sanitarios de medidas que les permitan prevenir actuaciones violentas de cualquier tipo y darles pautas de actuación en caso de que se produzcan.

Todos los centros sanitarios, en especial aquellos que tienen políticas menos maduras en este aspecto, deben articular actuaciones orientadas a prevenir, tratar, gestionar, minimizar y evitar las consecuencias de la violencia dirigida a los profesionales de la salud en su lugar de trabajo.

Podemos definir como objetivos principales:

- Impulsar un clima de trabajo adecuado a través del cumplimiento de cuántas directrices de buena práctica laboral y personal se diseñen.

- Lograr que estas buenas prácticas formen parte de los valores y la cultura de nuestra organización.
- Conseguir que este cambio en las condiciones psicosociales de trabajo repercuta tanto en la satisfacción de los profesionales, como en la calidad asistencial.

Se debe elaborar un plan de actuación para la prevención de las agresiones. El plan aborda de forma integral las situaciones conflictivas y de violencia en todos los centros y servicios de los centros sanitarios:

- Prevenir y/o disminuir las situaciones de tensión y conflictos entre usuarios y trabajadores de los centros sanitarios.
- Prevenir las agresiones y actos de violencia contra los trabajadores, tanto en los centros sanitarios como en los domicilios de los pacientes.
- Proteger a los trabajadores, usuarios, bienes y servicios con los medios materiales y humanos disponibles.
- Transmitir pautas de actuación concretas en el supuesto de incidentes.
- Garantizar a los trabajadores afectados asistencia sanitaria y jurídica, así como el estudio del incidente a través del servicio de prevención de riesgos laborales.
- Generar seguridad y confianza en los trabajadores.
- Mejorar el ambiente laboral, para favorecer el respeto mutuo y una buena comunicación.
- Favorecer la información de los usuarios en relación sus derechos y deberes, procedimiento de acceso a los servicios sanitarios, catálogo de prestaciones básicas, circuitos de derivación entre atención primaria y especializada, etc.

La finalidad principal del plan es reducir el número de incidentes verbales y físicos que sufre el personal de los centros sanitarios. Lo que se persigue fundamentalmente es introducir una política de tolerancia cero de agresión y violencia. El clima laboral no sólo depende de la percepción del trabajador, sino que es más importante el conocimiento que tengan las personas encargadas de su gestión, coordinación y dirección sobre él, por la necesidad que existe de establecer estrategias directivas adecuadas, que favorezcan el buen funcionamiento organizacional en todos los sentidos.

Básicamente, estas estrategias deben encaminarse a determinar las relaciones de convivencia de sus miembros, entendiendo que a partir de estas se produce una interacción entre los profesionales, los servicios prestados y su calidad. Por ello, se consideran especialmente importantes los nexos que existen entre relaciones de los integrantes de una organización laboral sanitaria y los resultados alcanzados en esta.

En esta concepción del clima laboral como elemento preventivo, hay que tener en cuenta tres dimensiones:

- Claridad: es necesario un clima y ambiente en el que se aporte claridad en cuanto a cuáles son las funciones y responsabilidades de cada profesional en la organización en conjunto. Muchos de los conflictos no resueltos que generan actitudes de acoso, surgen de la indeterminación de funciones, de la falta de conocimiento de los límites en la intervención.
- Apoyo: en un ambiente de apoyo, los diferentes profesionales piensan que cuentan con los recursos y el respaldo que necesitan para lograr los objetivos del grupo de trabajo, y mejora la reacción entre ellos. La frustración y estrés de la falta de apoyo, genera en ocasiones situaciones conflictivas.
- Retos: un ambiente de retos ofrece a los integrantes del grupo oportunidades para aprovechar al máximo su capacidad, tomar riesgos razonables para resolver problemas y descubrir nuevas formas de trabajar para llegar a ser más eficientes. Se favorece así, el trabajo en equipo, la colaboración y la mejora de la convivencia entre el personal sanitario.

Con la mejora del clima organizacional, estaremos dando un paso muy importante hacia la prevención primaria del acoso.

5 Discusión-Conclusión

Está claro que no todas las situaciones personales y laborales son iguales. Conocer que existe un gran número de recursos a nuestra disposición para evitar muchas de las causas de violencia y acoso laboral, u otro tipo de malestares, nos ayudará a desempeñar nuestro trabajo de una manera más eficaz y sobre todo nos dará la seguridad necesaria para evitar y reconducir ciertas conductas, pensamientos y actitudes que no nos ayudan en el día a día.

La prevención del acoso y cualquier forma de violencia está suficientemente documentada. Tenemos a nuestra disposición herramientas y ejemplos de que la prevención es posible y funciona a la hora de reducir el acoso en nuestro entorno. Con determinación y tolerancia cero ante estas manifestaciones, podemos conseguir que nuestros entornos sean mucho más positivos, eficaces y menos estresantes. Ahora depende de nuestra implicación y de nuestras organizaciones para eliminar este problema.

6 Bibliografia

- <https://www.sanitas.es/>
- https://www.comb.cat/cast/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi33_cast.pdf
- <http://www.ugtbalears.com/>

Capítulo 518

YO EXTRANJERO

SERGIO ANTONIO ÁLVAREZ SASTRE

1 Introducción

El saldo vegetativo en España en 2018 (número de nacimientos menos número de defunciones) ha resultado negativo en más de 56.000 personas según nota de prensa del Instituto Nacional de Estadística. Sin embargo la población total en España ha crecido en más de 276.000 personas. Esto se debe a que nuestro país ha recibido un saldo migratorio positivo de 334.000 inmigrantes durante el último año. Esta tendencia, creciente desde 2015 y siempre vinculada al positivo crecimiento de la economía es un eficaz marcador predictivo de las características poblacionales futuras.

A 1 de enero de 2019 en España hay más de 4.300.000 personas extranjeras residentes, lo que supone un 6,2% de la población total (46.935.000). De esta población foránea destacan, por orden de número de residentes, los ciudadanos de origen marroquí, rumano, británico e italiano.

Con la revelación de estos datos el Sistema Nacional de Salud tiene ante sí el reto de garantizar prestaciones sanitarias a un ingente número de personas de lengua materna no castellana con derecho a ser atendidas en igualdad de condiciones que cualquier ciudadano nacido en España.

¿Qué ocurre cuando un paciente que apenas habla castellano acude a una consulta médica o aun peor a un Servicio de Urgencias? Por supuesto que es atendido por profesionales que superan cualquier barrera lingüística pero, ¿de qué herramientas son dotados los profesionales sanitarios y no sanitarios para garantizar la adecuada proporción de atención a estas personas?

2 Objetivos

Este capítulo pretende manifestar la existencia de una indirecta discriminación que muchos españoles de origen extranjero pueden sufrir por barrera lingüística y cómo unas sencillas propuestas fácilmente integrables en el SNS podrían paliar este sesgo de desigualdad.

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

Desde la primera toma de contacto que un paciente realiza con su Servicio de Salud, por ejemplo, mediante solicitud telefónica de cita, hasta la expresión de la anamnesis que un médico recaba del paciente para su diagnóstico, la lengua puede resultar ser una barrera para el correcto tratamiento de una dolencia común, máxime de una dolencia compleja.

En noviembre de 2009 se celebró en la sede del Ministerio de Sanidad la Primera Jornada sobre Inmigración y Salud Pública. En un informe de la Dirección del Plan de Inmigración de la Generalitat de Catalunya de entonces ya se exponían los problemas reales y estadísticos a los que el SNS se venía enfrentando: un exponente clave es la utilización mayoritaria de urgencias de obstetricia por parte de las inmigrantes, es decir, la mujer de origen extranjero embarazada tiende a pasar su embarazo sin seguimiento especialista y es sólo cuando siente dolor cuando acude a Urgencias.

Según el mismo informe del Departament de Salut de la Generalitat las principales precepciones de los profesionales sanitarios y no sanitarios eran problemas de comunicación, sentimientos de angustia, inadecuada utilización de las urgencias, demandas sociales solicitadas en el servicio equivocado y falta de competencia cultural. Todos estos factores tienen un origen lingüístico de evolución

cultural y choque social. Las necesidades de soporte a los profesionales expresadas por la atención a la población migrada eran entonces y hoy siguen siendo traductores, servicio telefónico asistido por traducción o mediadores culturales.

“El reconocimiento del derecho de las poblaciones inmigrantes a disfrutar del nivel más elevado de salud física y mental debería incluir el derecho a servicios de salud accesibles, el derecho a unas condiciones de trabajo y vivienda saludables y el derecho a una educación sanitaria aceptable” -Margaret Duckett”-.

Según Bollini y Siem en *No real Progres towards Equity* del año 2000 “los colectivos inmigrantes no sólo están expuestos a trabajos precarios y a pobres condiciones de vida sino que además han visto cómo se reducían las facilidades de acceso a la salud debido a razones políticas, administrativas y culturales. Distintos conceptos de salud y enfermedad, lenguaje o presencia de racismo son ejemplos de barreras selectivas”.

Es tan discriminatoria la lengua que incluso afecta a las posibilidades de diagnóstico: el profesional del Servicio de Urgencias, hoy, para la solicitud de descripción de síntomas que un paciente inmigrante presenta -no olvidemos que el lenguaje es la primera herramienta de triaje-, suele utilizar como traductor Google Translator. Es decir, un robot algorítmico genérico como herramienta parte del diagnóstico: ¿anamnesis, sintomatología, signos exteriores, exploración y Google?

“No es soberbia reconocer, a la vez que los propios deméritos y faltas, también los méritos y perfecciones propias” -Unamuno, 1936-. Si España posee un Sistema de Salud referencia para más del 70% de los países de la Europa de los 27 es necesario reconocer puntos ciegos sobre los que arrojar luz para mantener la calidad de nuestra Sanidad ante nuevos retos como lo son los de origen migratorio

Es necesario garantizar el acceso a los servicios sanitarios de la ciudadanía independientemente de su situación administrativa desarrollando políticas que aporten recursos y respuestas a las necesidades que plantea la diversidad creciente de la inmigración. Adoptando nuevas estrategias basadas en la no discriminación y en la atención a las desigualdades se logran niveles transversales iguales de servicios sanitarios. Si la formación en competencia cultural de los diversos profesionales se presenta como un reto presupuestario y por tanto estructural enorme, si la contratación de profesionales de diversos orígenes en los servicios de salud puede parecer una quimera dependiente de múltiples factores e inesperada eficacia, ¿cómo podemos sintetizar soluciones inmediatas de bajo coste y

pronta aplicación?

Este artículo propone la contratación de concursos públicos de traducción y síntesis de lenguaje médico y administrativo enfocado en la anamnesis para la redacción de fichas técnicas utilizables en los Servicios de Admisión y Urgencias o Servicios Sociales:

- Enfoque idiomático en función del origen de la población inmigrante que estadísticamente suponga un significativo porcentaje de utilización de los Servicios de Salud.
- Redacción estructurada desde el punto de vista del proceso: admisión, triaje en su caso, descripción técnica inequívoca del dolor o sintomatología, feedback por parte de los profesionales -ubicación, especialidad, pruebas, etc.-, resultados.
- Disponibilidad de fichas técnicas en los puntos disyuntivos del proceso a disposición no sólo de los profesionales sino de los propios pacientes para su lectura y señalización como parte de la comunicación profesional-paciente.

5 Discusión-Conclusión

“Es la gramática del lenguaje la que fija las características de la realidad y no la realidad la que imprime esos caracteres intrínsecos al lenguaje” -Ludwig Wittgenstein-

Los presupuestos de las coberturas sociales que los Estados aplican dependen de la filiación política de cada gobierno electo. La adecuación de estos presupuestos a una idea abstracta que es la que define la orientación de cada partido político influye en la idea de eficacia en la aplicación de los programas sociales. El enfoque dado en este capítulo dispone como premisa el escatimoso gasto en la contratación de un programa y por tanto origen privado como solución de rápida aplicación en áreas concretas de la atención sanitaria. Sirva el artículo como aporte meramente técnico y nunca como punto de vista óptico de cualquier política pública aplicable a la inmigración.

6 Bibliografía

- Estadística de migraciones, año 2018 -Instituto Nacional de Estadística-.
- La visión de los usuarios magrebíes -D. Rajae El Kertat- Ponencia I Jornada sobre Inmigración y Salud Pública del Ministerio de - Sanidad y Política Social del Gobierno de España.

- Pensamiento y lenguaje -Lev Visigotsky-.
- No real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the year 2000 -Bollini y Siem-.

Capítulo 519

LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE HOMBRES Y MUJERES COMO PROBLEMA SOCIAL

ANDREA RAMOS CUETOS

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud establece que: "El disfrute de los niveles más elevados de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, creencias políticas, condición económica o social", por lo que es necesario reconocer por tanto, que mujeres y hombres debido a sus diferencias biológicas y a sus roles de género, tienen necesidades, obstáculos y oportunidades diferentes.

Existen dos principios muy importantes en cuanto a género se refiere:

- La equidad de género: imparcialidad en el trato que reciben mujeres y hombres de acuerdo con sus necesidades respectivas, ya sea con un trato igualitario o con uno diferenciado pero que se considera equivalente en lo que se refiere a los derechos, los beneficios, las obligaciones y las posibilidades.
- La igualdad de género: la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de las mujeres y los hombres, y las niñas y los niños.

Estos principios tienen en común "el género" siendo éste el principal determinante de un estado de salud equitativo entre hombres y mujeres, en los que se observa que los factores determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres. Las mujeres y los hombres desempeñan

roles diferentes en contextos sociales diferentes, por lo que son valorados de manera diferente y esto afecta también al desarrollo del proceso personal y necesario de toma de decisiones para proteger la propia salud produciéndose situaciones no equitativas en los patrones de riesgo para la salud, en la utilización de los servicios sanitarios, y en los resultados de salud.

2 Objetivos

- Describir los principales objetivos para eludir la igualdad de género.
- Definir el mainstreaming.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la violencia de género. 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 principales objetivos son para eludir la igualdad de género son:

- Integrar las políticas específicas de igualdad de oportunidades en las políticas generales de forma permanente.
- Corregir los efectos de la desigualdad y discriminación por razón de sexo.
- Mejorar el funcionamiento y eficacia de las políticas públicas y de las organizaciones.
- Tener en cuenta de manera sistemática las diferencias entre las condiciones, las situaciones y las necesidades de las mujeres y los hombres en el conjunto de todas las políticas.
- Aprovechar y movilizar los recursos para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
- Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas en todo el mundo.
- Eliminar las desigualdades entre los géneros en todos los ámbitos (sanitario, educativo..)

- Eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata y la explotación sexual y otros tipos de explotación.
- Eliminar todas las prácticas nocivas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado y la mutilación genital femenina.
- Reconocer y valorar los cuidados no remunerados y el trabajo doméstico no remunerado mediante la prestación de servicios públicos, la provisión de infraestructura y la formulación de políticas de protección social, así como la promoción de la responsabilidad compartida en el hogar y la familia, según proceda en cada país.
- Velar por la plena y efectiva participación de las mujeres y la igualdad de oportunidades de liderazgo a todos los niveles de la adopción de decisiones en la vida política, económica y pública.
- Garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos.

Se pretende conseguir la equidad de género mediante el *mainstreaming*, término traducido en España como "transversalidad de la perspectiva de género" y que comenzó a aplicarse después de la Conferencia de la Mujer de Beijing de 1995. Se define como la organización, la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores normalmente involucrados en la adopción de medidas políticas.

Consta de dos principios fundamentales:

- Las cuestiones de género deben integrarse en todas las políticas públicas, dejando de ser cuestiones marginales, asociadas solamente a determinadas políticas sociales, y proponiéndose como una estrategia complementaria a las políticas específicas de mujer, que inciden directamente en problemas específicos de discriminación y desigualdad, pero que no son suficientes para contrarrestar los efectos de desigualdad que puedan tener las políticas generales.
- Considera que hombres y mujeres deben actuar activamente en la formulación de problemas y necesidades, así como parte implicada en la elaboración de las respuestas. La discriminación de género no es un problema sólo de las mujeres, sino de toda la sociedad.

A través de esta estrategia se pretende conseguir un concepto más amplio de igualdad de género, la incorporación de la perspectiva de género en la agenda política dominante, la participación equilibrada de las mujeres en los procesos

de toma de decisiones, la prioridad otorgada a las políticas de género y a las que tienen especial relevancia para las mujeres y un cambio de la estructuras institucional y organizativa que afecta al proceso político, los mecanismos, y los actores políticos.

Los resultados con más notoriedad fueron la inmediata reacción orientada a integrar a las mujeres al desarrollo dando paso a la igualdad de trato y a la igualdad de oportunidades, lo que supone salir del aislamiento de las políticas focalizadas y extender el enfoque a todos los campos.

5 Discusión-Conclusión

- La igualdad de género es un principio constitucional que establece que hombres y mujeres son iguales ante la ley”, por lo que todas las personas, sin distinción alguna tenemos los mismos derechos y deberes frente al Estado y la sociedad en su conjunto.
- Promover la equidad de género en el ámbito educativo es fundamental para poder contribuir a garantizar a las chicas y a los varones un futuro profesional y personal en que ambos puedan tener las mismas oportunidades.
- Se ha logrado, la paridad entre niños y niñas en la enseñanza primaria.
- Se ha mejorado el acceso de las mujeres al mercado laboral y su participación en la política, viéndose así tanto el acceso a un trabajo, a servicios de salud y seguridad social, a la competición por puestos o cargos de representación popular.
- También a poder gozar de libertades para elegir pareja, conformar una familia y participar en los asuntos de nuestras comunidades, organizaciones y partidos políticos.

6 Bibliografía

- <https://www.mscbs.gob.es/>.
- <https://rpp.pe/>.
- <http://eap.gobex.es/external/>.
- <https://nuso.org/articulo/un-enfoque-para-la-igualdad-de-genero/>.

Capítulo 520

LA COMUNICACION ORAL

MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA

1 Introducción

La comunicación oral es la transmisión de mensajes mediante el uso de la lengua hablada. En el ámbito laboral se utiliza muy frecuentemente la comunicación oral por su rapidez e inmediatez. Son muchas las situaciones de trabajo en las que utilizamos la comunicación oral: dar instrucciones, transmitir información a un compañero, presentar proyectos, participar en reuniones.

2 Objetivos

- Describir las normas de una buena comunicación.
- Analizar cómo se debe realizar la estructuración y preparación del mensaje.

3 Metodología

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

Un buen mensaje puede no llegar al receptor ni lograr los objetivos previstos debido a una expresión oral deficiente. El hecho de que utilizemos a diario el

lenguaje oral, y de forma natural, no es suficiente motivo para no darle la importancia y atención que requiere.

Para que las comunicaciones orales puedan alcanzar su propósito es necesario que se den en ellas ciertas condiciones que faciliten su comprensión.

En líneas generales, pueden establecerse algunas normas muy sencillas.

- Expresión clara y concisa.
- Exponer las ideas con un lenguaje que se ajuste al nivel intelectual y cultural del interlocutor.
- Adoptar una actitud dialogante.
- Hablar alto y claro.
- Mirar a nuestro interlocutor.
- Usar frases cortas y seguir un orden en la exposición de las ideas.
- Cuidar el lenguaje no verbal (miradas, gestos, posturas).
- Cuidar la pronunciación, intensidad y entonación de nuestra voz.
- Hablar despacio para facilitar la comprensión del mensaje.

Toda comunicación oral debe obedecer a un plan concebido de forma lógica y coherente. Debemos expresar el mensaje de manera que sea eficaz y logremos los objetivos propuestos.

Es importante estructurar y preparar el mensaje antes de formularlo, para ello es conveniente seguir estos pasos:

Analizar la situación: ¿Qué quiero comunicar?, delimitar el objetivo del mensaje; ¿Por qué lo quiero comunicar? Definir los objetivos que nos impulsan (informar, informarse, motivar, negociar) y qué consecuencias puede tener hacerlo; ¿A quién se lo voy a comunicar? Identificar exactamente al receptor de nuestro mensaje (quienes y cuántos son los destinatarios, que conocimientos tienen sobre el tema y qué actitud adoptan); ¿Cómo lo comunico? Establecer el lugar más adecuado, el tiempo con que contamos, en qué momento lo vamos a comunicar.

Preparar el contenido del mensaje:

- Pensar antes de hablar.
- Ordenar las ideas que se deben transmitir.
- Estructurar el mensaje.
- Preparar el material de apoyo que se pueda precisar (videos, gráficos, micrófono, dossieres, estadísticas).

Formular el mensaje:

- Adaptar el mensaje al receptor y emplear un vocabulario conocido para él.
- Construir frases con palabras conocidas en lugar de rebuscadas.
- Utilizar preferentemente frases cortas
- Cuidar la entonación, la pronunciación y el volumen utilizados en la comunicación.
- Captar el interés con una exposición atractiva.
- Cuando llevemos a cabo un proceso de comunicación oral es importante que consideremos, en todo momento, la persona del receptor.

Debemos intentar siempre captar y mantener su atención. Para ello podemos utilizar una serie de estrategias y, de esta forma, tener éxito en nuestra exposición:

- Comenzar por una visión general de todos los puntos a tratar.
- Presentar en primer lugar los aspectos más positivos del tema de forma que captemos el interés de la audiencia.
- Seguir un orden y estructura lógica en la exposición.
- Aceptar comentarios y críticas.
- Mirar al público la mayor parte del tiempo.
- Cuidar la comunicación no verbal (gestos, tics, posturas) que pueden distraer al receptor.
- Comentar alguna anécdota o ejemplo para distender el ambiente y no aburrir a la audiencia.
- Usar una correcta combinación de volumen de voz, velocidad y pronunciación.
- Utilizar un vocabulario sencillo y adecuado al nivel del receptor.
- Plantear preguntas, de vez en cuando, para comprobar el adecuado seguimiento de la exposición por parte del receptor. Estas preguntas ayudaran a que el receptor no se distraiga y mantenga su atención.
- Finalizar la exposición con una serie de conclusiones o resumen.

5 Discusión-Conclusión

En todo proceso de comunicación oral es necesario saber escuchar, puesto que a través de la escucha conferimos sentido al mensaje que recibimos. La escucha activa supone comprender adecuadamente lo que estamos oyendo y mantener una actitud positiva ante el mensaje y las consecuencias y los comportamientos que pueden provocar. La escucha activa implica que estamos comprendiendo el mensaje, no que estemos de acuerdo con él. Es importante no interrumpir ni anticipar conclusiones.

6 Bibliografía

- <https://www.buenastareas.com/ensayos/Relaciones-En-El-Entorno-De-Trabajo>
https://drive.google.com/file/d/1y5HPZ87M72tVV7-v5n6frcPrZyr3x_dx/view

Capítulo 521

EL PERSONAL NO SANITARIO COMO PRIMERA IMAGEN DEL CENTRO HOSPITALARIO

SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ

MILAGROS BAYÓN ALVAREZ

MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando un usuario del sistema nacional de salud acude a un centro hospitalario, el primer profesional que le va a atender, será un celador o auxiliar administrativo, es decir, personal no sanitario. Estos profesionales son la primera imagen que el usuario recibe del centro hospitalario y por ese motivo, la atención, el trato y el servicio prestado al usuario será clave para conseguir una opinión positiva de dicho centro, destacando la calidad asistencial y la profesionalidad como señal de identidad del centro hospitalario.

2 Objetivos

- Analizar los recursos comunicativos y describir cuáles son.

3 Metodología

Búsqueda sistemática de artículos científicos en diferentes bases de datos como Scielo, con los descriptores: comunicación, recursos, celador, centro hospitalario. Además se ha realizado una consulta en diferentes manuales de estilo, como por ejemplo Manual de Estilo del Hospital Universitario Central de Asturias 2019.

4 Resultados

Revisada la bibliografía y manuales de estilo señalados, podemos analizar la importancia que tiene la calidad asistencial prestada por los profesionales. También podemos identificar los diferentes recursos y actitudes comunicativas utilizadas por el personal que trabaja en los centros hospitalarios, como la empatía, cercanía emocional, educación correcta, respeto, amabilidad, simpatía, dinamismo, comunicación verbal: lenguaje correcto, claro y directo. Comunicación no verbal: contacto visual, sonrisa, gestos suaves, palmada en el hombro (como señal de apoyo).

5 Discusión-Conclusión

La actitud, la calidad asistencial, el trato exquisito y la cuidada comunicación, que los profesionales de los centros hospitalarios poseen y ofrecen son elementos clave que están íntimamente relacionados con el grado de satisfacción final del usuario y en definitiva proyectan la calidad e imagen de la institución como tal.

6 Bibliografía

- Scielo.
- HUCA.

Capítulo 522

DISCRIMINACIÓN, RACISMO Y XENOFOBIA EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO

ANDREA RAMOS CUETOS

1 Introducción

- Discriminación: es toda aquella acción u omisión realizada por personas, grupos o instituciones que produce y reproduce desigualdades en el acceso a recursos y oportunidades tan disímiles como comida, servicios de salud, trabajo, educación o empleo, en favor o en contra de otras personas, grupos o instituciones.
- Racismo: sentimiento exacerbado del «sentido racial» de un grupo étnico, que habitualmente causa discriminación o persecución contra otros grupos étnicos.
- Xenofobia: es la fobia al extranjero o inmigrante, cuyas manifestaciones pueden ir desde el simple rechazo, pasando por diversos tipos de agresiones y, en algunos casos, desembocar en un asesinato. La mayoría de las veces la xenofobia se basa en el sentimiento exacerbado de protección de una nación, aunque también puede ir unida al racismo, o discriminación ejercida en función de la raza.

Existen diferentes leyes que regulan el tema a tratar sobre la discriminación, el racismo y la xenofobia, entre ellas vamos a destacar la Ley Integral para la Igualdad de Trato y la No discriminación, aprobada por el Consejo de Ministros de España el 27 de mayo de 2011. Dicha ley intenta garantizar derechos, disfrutando en igualdad de condiciones de los dichos derechos que reconoce la Constitución en sus artículos 1 y 14.

Características de la Ley Integral para la Igualdad de Trato y la No discriminación:

- Protege frente a toda discriminación y en todos los ámbitos.
- Es una Ley garantista, porque incluirá medidas promocionales, institucionales y de políticas activas dirigidas a la protección y reparación de la igualdad de trato y oportunidades.
- Es una Ley efectiva, porque persigue que la igualdad y los derechos sean reales y porque combina un enfoque preventivo, corrigiendo la discriminación y fomentando la igualdad, con un enfoque integrador, facilitando la integración de la diversidad, lo que supone una promoción de la igualdad de trato.

2 Objetivos

- Describir los objetivos de la Ley Integral para la Igualdad de Trato y la No discriminación.
- Enumerar los métodos a seguir para la prevención de la discriminación, racismo y xenofobia.
- Definir los resultados que se pretenden conseguir con esta Ley.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. 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 objetivos principales a seguir por esta Ley son:

- Consolidar legislativamente la igualdad.
- Ser un mínimo común denominador normativo que contenga las definiciones y garantías básicas del derecho antidiscriminatorio.
- Dar cobertura a las discriminaciones actuales y a las futuras.
- Trasponer de manera adecuada las Directivas comunitarias de protección frente la discriminación.
- Impulsar la aplicación transversal de la igualdad de trato y la no discriminación en las políticas públicas.

- La prevención y erradicación de cualquier forma de discriminación.
- La protección y reparación de las víctimas.

Se aplicará en distintos ámbitos teniendo como objetivos más específicos:

- Educativo: Imponiendo como medida que los colegios concertados y privados que separen a niños y a niñas podrían quedarse sin ayudas públicas y también los que nieguen la entrada a los alumnos por motivos religiosos, como es el caso del uso del velo islámico.
- Sanitario: Se perseguirá a los centros sanitarios que discriminen a los pacientes por ser de una comunidad autónoma diferente adonde se es atendido, por su orientación sexual o por su sexo.

En el ámbito sanitario los métodos a seguir para la prevención de la discriminación, el racismo y la xenofobia es:

- Establecer mecanismos eficaces para la vigilancia y eliminación del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia en el sistema de atención de la salud, tales como la aprobación y aplicación de leyes eficaces contra la discriminación.
- Adoptar medidas para asegurar a todas las personas el acceso en pie de igualdad a servicios de salud completos, asequibles y de calidad, incluida la atención primaria de la salud de las personas con acceso deficiente a servicios médicos; facilitar la capacitación de una fuerza de trabajo en el sector de la salud que tenga diversidad y esté motivada para trabajar en comunidades con pocos servicios; y procurar aumentar la diversidad en la profesión de atención de la salud contratando a mujeres y hombres de todos los grupos, sobre la base del mérito y del potencial, que representen la diversidad de sus sociedades, para las profesiones de atención de la salud, y manteniéndolos en esas profesiones.
- Trabajar con profesionales de la salud, personal de atención de la salud de la comunidad, organizaciones no gubernamentales, investigadores científicos y la industria privada como medio de mejorar el estado de la salud de las comunidades marginadas, en particular de las víctimas del racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia.
- Trabajar con profesionales de la salud, investigadores científicos y organizaciones regionales de salud para estudiar diferentes consecuencias de los tratamientos médicos y las estrategias de salud en las distintas comunidades.
- Adoptar y aplicar políticas y programas para mejorar la prevención del VIH/SIDA en comunidades de alto riesgo y hacer lo posible para ampliar la disponibilidad de atención, tratamiento y otros servicios de apoyo en relación con el VIH/SIDA.

A través de la lucha contra la discriminación se pretenden observar resultados como:

- Favorece una equidad real. Esto no solo se aplica a la discriminación de género, sino a otras formas de igualdad efectiva, como la inclusión de las personas discapacitadas en el mercado laboral a través de políticas y subvenciones propias, la integración de grupos sociales desfavorecidos o a las medidas que fomentan la desaparición de la discriminación por causa de raza.
- Mejora las condiciones de personas o grupos desfavorecidos. Todas aquellas personas que parten de una situación de inferioridad pueden mejorar su calidad de vida y participar de forma activa en la sociedad, sin que por ello sean discriminadas.
- Permite la inclusión social: Ayudando de forma efectiva a personas que se sienten desplazadas puedan participar en la sociedad de forma digna, tener acceso a los mismos recursos y no ser discriminadas por causa de su género, raza, condición social, religión u opinión.

5 Discusión-Conclusión

Damos una conclusión clara sobre este tema, "todos nacimos libres e iguales en derechos, aunque tengamos diferentes formas de pensamiento, religión, etc, por lo que nos tenemos que respetar unos a los otros". La palabra discriminación, racismo o xenofobia abarca palabras como crueldad, frialdad, indiferencia, odio, maldad. La regulación de las redes sociales constituye un desafío para los gobiernos, con la finalidad de que no se vuelvan un medio para reclutar o promover el racismo o ideologías raciales. El desafío actual es impulsar códigos de conducta, capacitación a periodistas y la autorregulación.

Alguna de las personas que discriminan a los otros por ser diferentes deberían ser distintos a los demás sólo por un día, para que entendieran la humillación a la que ellos deben someterse diariamente. Debería de haber leyes que eliminen los obstáculos para la participación política de las minorías raciales y étnicas. Para promover la defensa de los derechos humanos, es poner mayor atención en la esfera de la educación para impulsar el cambio cultural necesario de manera permanente.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Ley_para_la_igualdad_de_trato_

- <https://www.cear.es/wp-content/uploads/2017/02/Informe-discriminaci%C3%B3n.pdf>
- <http://www.mitramiss.gob.es/oberaxe/es/ejes/sanidad/index.htm>
- <https://www.laboral-social.com/>
- <https://www.conapred.org.mx>

Capítulo 523

AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS

ARIANA SUTIL DÍAZ-CANEJA

MARÍA DEL PILAR BALMASEDA LÓPEZ

ÁNGEL GONZÁLEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

En los últimos años se ha podido observar que cada vez se publican más noticias donde se informa del aumento de las agresiones, tanto físicas como verbales, a personal en los centros sanitarios. Los últimos estudios indican un aumento del 80% siendo los centros de atención primaria los más perjudicados y siendo las principales víctimas las mujeres.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Valorar las distintas influencias del aumento de las agresiones en el personal sanitario.

Objetivo específico.

- Analizar estrategias para el abordaje y la prevención de las agresiones al personal sanitario.

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

A continuación, se exponen los distintos factores que se deberían considerar para abordar el tema de las agresiones:

- Ciudadanos: la sanidad pública es un derecho que como ciudadanos tenemos pero hay que tener claro que no puede accederse sin normas. Los ciudadanos tenemos deberes como usuarios de esta red de sanidad en la que, lo más importante, debe ser el respeto a todos los profesionales que la conforman, desde el personal de gestión y servicios hasta los médicos, enfermeros, celadores, personal de limpieza...
- Profesionales sanitarios y profesionales de gestión y servicios: como profesionales, deben ejercer su actividad con la mayor de la profesionalidad pero nunca deben permitir una falta de respeto, una amenaza, una agresión... Cualquier persona que pertenezca al ámbito sanitario debe tener claro y concienciarse de que existen procedimientos para actuar en este caso de situaciones y siempre deben utilizarse.

Por otro lado, se describen las actuaciones que podrían seguirse para prevenir estas situaciones:

- Ciudadanos: es importante poner a su disposición la mayor información posible para evitar posibles conflictos y tengan claro a qué profesionales deben acudir en caso de tener algún tipo de duda o querer presentar alguna reclamación.
- Profesionales sanitarios y profesionales de gestión y servicios: deben tener una gran capacidad comunicativa y de manejo de conflictos para poder trasladar a los pacientes que acuden a los centros sanitarios toda la información de la manera más clara y precisa posible. Además, estas habilidades deben saber manejarlas también en el momento que algún ciudadano quiera interponer alguna queja, teniendo en cuenta que en estas situaciones, la persona posiblemente se encuentre en una situación de alteración por el echo por el que quiera presentar una

queja.

- Centros sanitarios: poner cámaras de seguridad (comunicándolo a toda persona que entre en el centro sanitario con el pertinente cartel); vigilantes de seguridad; alarmas; implantar algún tipo de mecanismo para la comunicación directa con las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado; reorganizar los espacios de manera que no queden espacios "ciegos", espacios que permitan la huida de cualquier persona agredida sin problema, entre otros.

Además, debe registrarse cualquier tipo de agresión, sea física o verbal, la situación en la que ha ocurrido ese tipo de agresión y el entorno social de la persona que lo ha realizado. Con todos estos datos, se puede hacer un estudio de todas las agresiones, de las situaciones en las que más agresiones hay y poder establecer unas medidas de protección y prevención más adecuadas para cada una de las situaciones.

5 Discusión-Conclusión

No es ningún secreto que la sociedad está cambiando y esto no significa que sea para bien. Hoy en día, en una sociedad en la que cualquier ciudadano tiene todo lo que desee, hace que se produzcan frustraciones en el momento que quiere conseguirse algo y la respuesta es no o no se recibe la respuesta esperada. El poder de conseguir/exigir algo, hace que no se valore lo que se tiene y realmente se está perdiendo el respeto y el cuidado que debe darse, en este caso, a la sanidad pública que tanto ha costado conseguir y que hay que cuidar para poder mantenerla.

6 Bibliografía

- Plan de actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros sanitarios; Constitución Española; Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores; Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal de los Servicios de Salud.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 524

HÁBITOS A ADOPTAR EN EL PUESTO DE TRABAJO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los hábitos a adoptar en el puesto de trabajo (ergonomía) se puede definir como el desarrollo aplicado de la fisiología y de la psicología del trabajo. En otros términos, puede definirse como la ciencia de la adaptación del trabajo al hombre.

Como consecuencia de la actividad laboral son muchas las posturas que adoptan los trabajadores que pueden lesionar algunas estructuras orgánicas con el paso de tiempo, de ahí que sea necesario corregir y trabajar el diseño del mobiliario y de otros materiales que eviten o amortigüen esos efectos.

En general, se trata de posturas forzadas que ponen alguna región o parte corporal en una disposición anti-anatómica, o bien, por vibraciones, presión u otros agentes físicos que van causando lentamente microtraumatismos.

La ergonomía tiene actualmente carácter interdisciplinar, ya que se nutre de diverso campos del saber científico: ciencias biomédicas, ingeniería, psicología, sociología y física.

2 Objetivos

- Seleccionar la tecnología más adecuada al personal disponible.
- Controlar el entorno del puesto de trabajo.

- Detectar los riesgos de fatiga física y/o mental.
- Analizar los puestos de trabajo para definir los objetivos de la formación.
- Optimizar la interrelación de las personas disponibles y la tecnología utilizada.
- Favorecer el interés de los trabajadores por la tarea y el ambiente de trabajo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para adquirir unos adecuados hábitos saludables en los puestos de trabajo en relación a la ergonomía, es necesario:

- Información acerca de las personas: la primera necesidad metodológica con la que nos encontramos es disponer de datos sobre las características humanas, dentro de ellas encontramos sus dimensiones físicas, fuerza y resistencia y capacidad filológica.
 - Información sobre el desarrollo de los sistemas: esto significa disponer de métodos que sirvan de ayuda en las etapas de análisis y del desarrollo del diseño o rediseño del equipamiento y de los lugares de trabajo. Las especificaciones obtenidas por este procedimiento deberán ir acompañadas de justificaciones razonadas.
 - Información sobre el funcionamiento del sistema persona-máquina: al inicio del análisis de un nuevo sistema se pueden precisar utilizar en parte, evaluaciones del funcionamiento de un sistema ya existente.
 - Información para evaluar las demandas y efectos en las personas: la ergonomía, en su contribución a la planificación y desarrollo, tiene dos objetivos; el proporcionar mejoras para el empleado o usuario y mejoras para el productor o empresario. Por ello, cualquier evaluación del sistema debería realizarse en términos de las demandas impuestas en las personas y los efectos sobre su bienestar, así como, de lo que representa para el funcionamiento del sistema.
- Se pueden aplicar muchos métodos para evaluar los efectos sobre las personas ocasionados por diferentes ambientes, trabajos o equipamientos. Tales efectos pueden tener una naturaleza médica, física u psicológica y los métodos podrán

variar desde registros directos de fenómenos observables en observaciones indirectas de estados emotivos.

- Información para desarrollar programas de gestión ergonómica: aquí se requieren métodos para dos situaciones. En primer lugar, para el caso de ergónomos que trabajan en pequeñas empresas, bien en la ergonomía del producto (la ergonomía de los bienes o servicios que produce la compañía), bien en la ergonomía de la producción (la ergonomía de los procesos utilizados). En segundo lugar, para los expertos en ergonomía. Pero no es realista esperar que todas las empresas empleen solo a ergónomos para llevar la ergonomía, los ingenieros de diseño o de producción, el personal en salud y seguridad, los jefes de línea y los trabajadores pueden contribuir considerablemente al esfuerzo ergonómico.

La aplicación de los principios de la ergonomía nos pueden reportar importantes beneficios tanto a nivel de producción como a nivel de salud física y mental, además de los siguientes beneficios:

- Prevenir riesgos laborales
- Mejorar la postura frente al ordenador u otro tipo de máquinas de trabajo.
- Disminuir las molestias físicas a los trabajadores.
- Mejorar la comodidad en ambientes de trabajo.
- Eleva la productividad del trabajador.
- Disminuir la fatiga de los trabajadores.
- Permitir obtener información de primera mano de los aspectos a mejorar en los ambientes de trabajo.
- Mejorar la estabilidad laboral.
- Mantener la moral del trabajador en alto.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy, resulta vital la aplicación de la ergonomía en todos y cada uno de los campos donde el ser humano está presente puesto que sus capacidades, limitaciones y características son relevantes para cualquier diseño.

6 Bibliografía

- Celadores del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Editorial Mad.
- Wilson. JR (1995) “ A Framework and a context for ergonomics methodology”, Editado por Jhon R.Wilson y E. Nigel Corlett. 2 Edición. London.

Capítulo 525

LA CONFIDENCIALIDAD EN EL TRABAJO

ANA MARÍA IGLESIAS ARIAS

1 Introducción

En Medicina y en general en las ciencias de la salud, la confidencialidad hace referencia al uso limitado de la información clínica y social que tiene el personal sanitario del paciente. El de privacidad (en español sería más correcto denominarse intimidad) hace referencia a la protección de la autoimagen, fundamentalmente pública, a la que tiene derecho todo individuo y que constituye, después de la propia vida y la salud, el valor máspreciado de la persona, al que ha dedicado gran parte de sus esfuerzos. Estas ideas están profundamente relacionadas con la idea de confidencia.

La fundamentación ética de la confidencialidad y del secreto profesional se basa en una relación supuesta de confianza ante la que se espera la respuesta de fidelidad. Es sobre este supuesto que se estructura el deber del secreto profesional como expresión máxima de la confidencialidad que el profesional debe a cuanto información el paciente le proporcione, de una u otra clase, y sin más límite que el posible daño a otras personas o el bien de la comunidad.

En la actualidad y tras la declaración de los derechos humanos, se ha reafirmado que la relación clínica está basada en el reconocimiento de la dignidad de la persona y el respeto a la autonomía del paciente.

2 Objetivos

- Analizar y fundamentar la ética de la confidencialidad y del secreto profesional en el ámbito clínico.

3 Metodología

El secreto profesional viene exigido por el bien común o de la sociedad y esta dimensión social se sustenta en el principio de justicia, que es la responsable de las circunstancias éticas que limitan la confidencialidad.

Dos situaciones limitan el secreto profesional: la preocupación por la seguridad de otras personas y la preocupación por el bienestar público.

La historia clínica (HC) informatizada, el almacenamiento, el procesamiento y la utilización de los datos sobre la salud requieren una regulación que aporte seguridad jurídica en los espacios que las nuevas tecnologías generan para que no se cree una situación de indefensión con respecto a la intimidad de las personas frente al Estado o frente a terceros.

El derecho a la autodeterminación informativa supone el reconocimiento de un derecho de acceso y una disposición de la información y los datos que se encuentren almacenados sobre uno mismo.

La Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), cataloga los datos sanitarios como datos sensibles. Significa que los datos sobre salud forman parte de la intimidad de las personas y merecen una especial protección.

Para adecuar la normativa española existente –Ley General de Sanidad- a las pautas que establece el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa –texto jurídico vinculante-, se promulgó 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. Tiene como fundamento, según reza el preámbulo, la intimidad personal del usuario y su libertad, para lo que resulta preciso garantizar la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios y la no discriminación.

La ley detalla el contenido mínimo de la HC de cada paciente –tiene derecho a que conste por escrito “la información obtenida en todos sus procesos asisten-

ciales” (artículo 15)-. Incluye preceptos sobre el uso por parte de terceros ligado al deber de secreto en el marco de la relación asistencial, con fines epidemiológicos, judiciales, de salud pública y en investigación. Contempla también la obligación de conservar la documentación, que no tiene por qué permanecer en el mismo soporte original, y debe cumplir con los requisitos establecidos por la LOPD sobre la conservación de ficheros de carácter personal. El derecho de acceso a la HC por parte del paciente “no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente” y establece el derecho de oposición por parte de los profesionales de la salud al acceso a las anotaciones subjetivas (artículo 18.3). Por último, incorpora el principio de confidencialidad también en el ámbito de los derechos relacionados con la HC.

El contenido de las normas puede convertirse en un buen punto de apoyo, pero no en el único, que proporcione seguridad a la vez que argumentos. El recurso a las normas éticas y deontológicas, a las guías, a los protocolos o a las recomendaciones permite tener una visión de conjunto para proteger los derechos fundamentales, en este caso la intimidad y la confidencialidad del ser humano en la práctica asistencial.

4 Resultados

Según la Ley 41/2002 de 14 noviembre “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley. Los centros sanitarios adoptaran las medidas oportunas para garantizar el mencionado derecho”.

- El titular del derecho a la información es el paciente. También las personas vinculadas a él en medida que el paciente lo permita expresamente.
- El derecho a “no saber” y la confidencialidad en torno a las enfermedades: se debe respetar la voluntad de un paciente si éste expresa su deseo de no conocer los datos de su enfermedad.
- El acceso a los datos clínicos debe limitarse a aquellos profesionales que intervengan en Atención sanitaria. Deberá autorizarlo expresamente, tiene derecho a saber quién ha accedido a sus datos sanitarios.
- La responsabilidad del cuidado y seguimiento de los aspectos de confidencialidad corresponde a la administración. (Auditoría).
- El derecho a la intimidad personal del sujeto no está exento de excepciones: por

imperativo legal y cuando el paciente autoriza la revelación de una información, no existe el deber de la confidencialidad.

5 Discusión-Conclusión

La intimidad y confidencialidad son derechos fundamentales cuyo objetivo es garantizar la esfera íntima de las personas frente a la acción y conocimiento de los demás. Ambos derechos se complementan con el derecho a la protección de datos.

El hecho de que una persona se encuentre enferma y para recuperar su salud deba revelar datos o aspectos que forman parte de su intimidad, no significa que esté renunciando a ella, sino que los revela esperando que sean protegidos.

En el ámbito sanitario, la protección de la intimidad en sus distintas manifestaciones, comprende:

- El respeto a la intimidad corporal: de forma que en todo tipo de exploraciones, cuidados e incluso actividades de higiene se respete al máximo posible la intimidad corporal de los pacientes.
- El derecho a limitar la grabación y difusión de imágenes mediante fotografías, videos y otros medios que permitan la identificación del paciente como destinatario de atenciones sanitarias.
- El derecho al acompañamiento: todos los pacientes tienen derecho a ser acompañados por, al menos, un familiar o persona de su confianza salvo que las circunstancias clínicas lo desaconsejaren o fuera incompatible con la prestación sanitaria conforme a criterios médicos.
- El derecho a la confidencialidad de los datos personales (datos de salud y en especial datos genéticos, opción sexual, etc.): los profesionales tienen la obligación de guardar el debido secreto y de no revelar los datos sin su consentimiento. Además, los centros sanitarios tienen obligación de adoptar las medidas oportunas para garantizar este derecho.

6 Bibliografía

- Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC).
- Confidencialidad en el ámbito profesional -Dialnet

Capítulo 526

CUIDADOS DEL ENFERMO CONTAGIOSO: TIPO DE AISLAMIENTO

GABRIELA DÍAZ GARCÍA

HECTOR FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Es la separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de las personas (exceptuando al personal sanitario). Se le colocará en habitación y condiciones adecuadas con la finalidad de evitar el contagio. Estas personas permanecerán aisladas hasta que desaparezca la enfermedad; la curación ha de ser total, tanto clínica como microbiológica.

2 Objetivos

- Sintetizar todos los conocimientos y técnicas necesarias sobre el tipo de aislamiento necesario para los cuidados del enfermo contagioso.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos más importantes como: Pubmed, Scielo, Cuiden, Google Académico utilizando las palabras clave sobre la tematica de cuidados de enfermero contagioso. También se han revisado revistas científicas y libros especializados en la temática.

4 Resultados

Cuidados del enfermo contagioso.

El enfermo contagioso ha de recibir los mismos cuidados que otro tipo de enfermos y a veces incluso mayores, siempre teniendo en cuenta mantener 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. Para reducir la ansiedad debemos explicarles tanto al enfermo como a la familia las características y objetivos de las medidas que se deben adoptar. Para todo ello debemos:

- Comprobar 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.
- Ofrecer entretenimiento al enfermo aislado.
- Controlar o ejecutar el aseo del aislado en el cual se deben de respetar las normas de aislamiento.

Tipos de aislamiento y medidas de aislamiento estricto.

Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades que pueden contagiarse por contacto directo y/o por vía aérea. Incluye:

- Lavado de manos.
- Habitación individual con lavabo.
- Es obligatorio el uso de mascarilla, bata, guantes y calzas mientras se permanezca en la habitación, tanto para el personal sanitario como para las visitas.
- Todo el material necesario para vestirse se encontrará preparado dentro de la habitación, excepto la mascarilla que se colocará antes de entrar.
- Antes de salir de la habitación, se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor al efecto, excepto la mascarilla que se tirará después de salir.
- La puerta de la habitación permanecerá cerrada.
- Ejemplos: Difteria, neumonía estafilococia, peste, rabia, viruela, varicela.

Aislamiento protector o inverso. Trata de proteger a pacientes inmunodeprimidos. Incluye:

- Lavado de manos.
- Habitación individual.
- Colocación de bata, guantes, gorro, mascarilla y calzas antes de entrar en la habitación, para toda persona que entre en contacto con el enfermo.

- Depositar las ropas utilizadas en un contenedor preparado al efecto cuando se salga de la habitación.
- Mantener la puerta siempre cerrada.
- Ejemplos: Quemados de más de 25%, transplantados, Inmunodeprimidos.

Aislamiento de contacto.

Aplicable a las enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo. Se divide en dos categorías: Contacto con heridas y lesiones cutáneas; contacto con secreciones orales. Incluye:

- Lavado de manos.
- Abstenerse de tocar con las manos heridas o lesiones.
- Todas las personas que entren en contacto directo con el enfermo vestirán bata, mascarilla y guantes según el tipo de lesión.
- Todo el material necesario para vestirse debe de encontrarse preparado dentro de la habitación.
- Antes de salir de la habitación, se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor preparado al efecto. -Habitación individual con lavado.(Aconsejable).
- Los pacientes contaminados con el mismo microorganismo pueden compartir habitación.
- Los pacientes con grandes quemaduras o heridas infectadas con estafilococo aureus o estreptococos del grupo A que no estén cubiertas o tapadas, requieren aislamiento estricto en habitación individual.
- Ejemplos: Gangrena gaseosa, heridas abiertas, piodermas estafilococicos, quemaduras de menos del 25%.

Aislamiento respiratorio.

Se aplica para evitar la propagación de las enfermedades transmisibles por vía aérea. Incluye:

- Lavado de manos.
- Habitación individual con lavabo.
- Los enfermos que estén contaminados por el mismo germen pueden compartir habitación.
- Es obligatorio el uso de mascarilla, tanto para el personal sanitario como para las visitas.
- La mascarilla debe cambiarse con la frecuencia adecuada.
- La puerta de la habitación permanecerá cerrada.
- Las mascarillas se colocarán al entrar en la habitación y se desecharán al salir, en un recipiente específico para ello.
- Se usarán pañuelos desechables.

- Ejemplos: Varicela, meningitis meningocócica, rubeola, sarampión, tos ferina, tuberculosis pulmonar.

Aslamiento parenteral.

Destinado a prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles por la sangre o líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos. Incluye:

- Lavado de manos.
- Precauciones especiales con agujas y otros materiales punzantes que pueden contaminar al personal sanitario.
- La habitación individual resulta aconsejable en casos de pacientes agitados, desorientados o si la higiene es deficiente.
- Los pacientes infectados por un mismo microorganismo pueden compartir habitación.
- Es recomendable tomar precauciones especiales con esfingomanómetros, termómetros, efectos personales, vajilla y excreciones.
- Utilización obligatoria de guantes y contenedores especiales para agujas.
- Uso de bata, mascarilla o gafas si se anticipa razonablemente la posibilidad de exposiciones a la sangre.
- Ejemplos: Hepatitis vírica B y C, VIH, sífilis, paludismo.

Aislamiento entérico.

Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y, en algunos casos, por objetos contaminados.

Incluye:

- Lavado de manos.
- Habitación individual con lavabo (Aconsejable)
- La bata es obligatoria para la persona que esté en contacto directo con el enfermo.
- Se usarán guantes cuando se manipule material contaminado.
- Dentro de la habitación habrá guantes y batas.
- Ejemplos: Cólera, fiebre tifoidea, hepatitis vírica tipo A, amebiasis.

Aislamiento domiciliario.

Podrá llevarse a cabo siempre que se disponga de una habitación que reúna unas condiciones higiénicas suficientes. Medidas que se deben tomar:

- Se deben de sacar todos los objetos inútiles, como algunos muebles, cuadros, alfombras, etc.
- El personal sanitario que se encarga del enfermo dejará su bata al salir de la habitación.

- Este personal deberá lavarse las manos con agua y jabón tras el contacto con el enfermo u otros objetos contaminados.
- El enfermo tendrá termómetro propio que estará sumergido en una solución desinfectante.
- También debe tener vajilla y cubierto individual para cuya limpieza se hierven en otra habitación.
- Las ropas, para su limpieza, se transportan en bolsas de papel y luego se hierven o se sumergen en soluciones antisépticas.
- Las eliminaciones del enfermo (vómitos, esputos, orina o heces) se recogen en recipientes que tengan lejía, aquí se mantienen dos horas y luego pueden arrojarse por el retrete.
- El suelo debe ser humedecido dos veces al día con paños que contengan sustancias antisépticas.
- El cubo de basura debe llevar en su interior una bolsa de plástico donde se arrojan los desechos.
- Dentro de esa habitación, está prohibido que otras personas coman, beban o fumen.

Cuando ya no es necesario mantener el aislamiento del enfermo, se procederá a realizar una desinfección terminal de la habitación.

5 Discusión-Conclusión

Una parte muy importante del rol de celador ante un paciente contagioso es separación de un individuo que padece una enfermedad transmisible del resto de las personas (exceptuando al personal sanitario). Se le colocará en habitación y condiciones adecuadas con la finalidad de evitar el contagio. Estas personas permanecerán aisladas hasta que desaparezca la enfermedad; la curación ha de ser total, tanto clínica como microbiológica.

6 Bibliografía

- Luis Rodrigo, M^aTeresa. Enfermo contagioso. Ed. Masson; Barcelona 2000.
- Hospital Universitario Reina Sofía. Inserción enfermo. Córdoba; 2012. [Actualizada el 16 de abril de 2012].
- Oto Cavero, E., Sanz Moncusí, M. y Montiel Pastor, M. Enfermería medicoquirúrgica. Necesidad de nutrición y eliminación. Masson. 2003. Barcelona. Pág.203-208.

- Carballo Álvarez M, Martínez M, Llaga M. Sondaje vesical. Rev. Rol Celador. 2007; 30(11):759-762.
- Rodrigo M^a D, Gómez C, Monge M. celador: aproximación diagnóstica. An Pediatr Contin. 2011; 9:48-54.
- García JM, Hidalgo-Barquero E. Protocolo diagnóstico de la . En: García V, Santos F, Rodríguez B, editores. Nefrología Pediátrica. Madrid: Aula Médica; 2006. p. 413-23.
- Cara G M, Peña A. Hematuria. An Pediatr Contin. 2009; 7:61-69.
- Del Río Mayor C, Sánchez Martín E. Una en atención primaria. Med Integr. 2002; 40:298-304.
- Asensio Martín J, Valverde Martínez S, González Casado I. . FMC. 2014; 21:588-96.

Capítulo 527

CONTRIBUCIÓN DEL CELADOR AL CUIDADO DEL MEDIO AMBIENTE Y GESTIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS.

BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS

SILVIA MEANA GOMEZ

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS

1 Introducción

Cumplir con la política ambiental, que garantice el cumplimiento de los requisitos legales, la mejora continua en la gestión de residuos y la disminución del impacto ambiental, es un proceso donde tiene un papel relevante la figura del celador.

2 Objetivos

- Analizar los objetivos de los centros hospitalarios en relación con el medio ambiente.
- Describir las normas generales de la actuación de residuos.

3 Metodología

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

ambiente en los centros hospitalarios. 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 centros hospitalarios tienen un programa de gestión ambiental, donde están recogidos los objetivos y metas para asegurar una buena protección del medio ambiente. El celador participa activamente de estas actividades previstas. Para alcanzar dichos objetivos, desarrolla una serie de funciones como:

- El mantenimiento y gestión de los puntos verdes y residuos.
- Traslado de los mismos a zonas de almacenamiento temporal habilitadas para ello, hasta la retirada definitiva.
- Segregación correcta y eficiente de ellos.
- Entrega al gestor autorizado para su reciclaje.

Hay un registro en aplicaciones informáticas o un libro de registro, donde quedará constancia de dichas laborales para que se dé un seguimiento de incidencias y donde queda reflejado el tratamiento, periodicidad de actuaciones y no conformidades que se produzcan.

También se producirán reuniones en los tiempos establecidos con el comité ambiental con responsables coordinadores, responsables de mantenimiento y demás personal implicado directamente, para valorar el tratamiento de residuos.

Hay unas normas generales para aplicar a la actuación de residuos:

- Los residuos que no tengan ninguna distinción, en cuanto a su peligrosidad, se deben tratar igual que los residuos generales.
- Los residuos biosanitarios especiales, químicos y citotóxicos se acumularán separadamente en sus envases correspondientes y de una forma inmediata una vez generados.
- El llenado de los contenedores para punzantes se hará hasta 2/3 partes para garantizar el cierre correcto y seguro, evitando posibles accidentes en su manipulación.
- Los envases, una vez cerrados, no se abrirán de nuevo ni se trasvasarán los que estén rotos o defectuosos. Se envasarán en otros contenedores que garanticen su seguridad.
- No se almacenarán contenedores ni bolsas en pasillos, ni en zonas de paso, ni en el suelo directamente.

- Los residuos no se arrastrarán ni comprimirán, para no comprometer su integridad.
- Durante el transporte interno los contenedores irán cerrados.

5 Discusión-Conclusión

En un hospital, todo el personal tiene que partir de una premisa fundamental: una concienciación ambiental y una gestión responsable. En los últimos tiempos, se ha producido una evolución en las formas y en los medios, los residuos sanitarios en un hospital es la variable medioambiental más importante, por la cantidad que se generan y por la peligrosidad de una parte de ellos. La gestión de residuos sanitarios exige una adecuada educación y formación principalmente entre los colectivos más relacionados con los mismos, como es la enfermería, el servicio de limpieza y los celadores, desde el punto de vista de la gestión ambiental. Las normas exigen contar con un plan de gestión que contemple la opción de minimización en cuanto a la cantidad y calidad de los residuos. Requiere un despliegue logístico considerable y un seguimiento y control periódico en el que el celador es pieza fundamental para una adecuada gestión. El trabajo del celador en cuanto a los residuos es diario, propiciando así que se dé una segregación correcta y eficiente de los mismos.

6 Bibliografía

- Celador/Subalterno. Personal de Servicios. Servicio Murciano de Salud. Tema 15. Sevilla. Ed Rodio.2017.
- Temariosenpdf.com [Internet]. Temario de celadores. SAS. 2018 [c 31 Dic 2019]

Capítulo 528

COMO ACTUAR ANTE UNA AGRESIÓN SEXUAL

LAURA ÁLVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La libertad sexual es un derecho reconocido a todas las personas y consiste en la libre disposición del cuerpo para mantener relaciones sexuales. Por lo tanto, toda relación sexual debe ser consentida y consensuada. La agresión sexual comprende todos aquellos actos que atentan contra la libertad sexual, los cuales, están tipificados como delito en la legislación española.

2 Objetivos

- Describir cómo actuar ante una agresión sexual.
- Analizar por qué es primordial recibir atención médica inmediata.
- Conocer cuáles son las reacciones psicológicas más frecuentes.
- Detallar cómo puede recuperarse la persona agredida sexualmente.
- Saber cómo pueden actuar los familiares y amigos para ayudar a la víctima.

3 Metodología

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

A continuación, establecemos algunos consejos y actuaciones para dar respuesta a las preguntas planteadas.

¿Cómo actuar después de una agresión sexual?

- Conservar la calma. La policía y la guardia civil están para ayudar y proteger a la víctima. No está sola. Se debe denunciar los hechos inmediatamente.
- Avisar a la policía o a la guardia civil más próxima.
- No modificar el aspecto. No lavarse ni lavar la ropa. No debe alterarse el lugar de agresión, son pruebas.
- La víctima será atendida por personal sanitario que atenderá y curará las posibles heridas, certificará dolencias, etc.
- Formalizar la denuncia, debe solicitarse justificante de la misma o copia de la declaración.
- El instituto de la mujer informa en el teléfono 900 19 10 10.

¿Por qué es primordial recibir atención médica inmediata? En una agresión sexual la víctima puede llegar a sufrir una serie de síntomas físicos o psicológicos de distinta índole e intensidad. Algunos de los síntomas son dolores inespecíficos como tensión muscular, dolor de cabeza, dolores gástricos, náuseas, así como síntomas ginecológicos. Puede que la respuesta emocional ante una agresión sexual impida a la víctima reconocer lesiones o dolores provocados en el ataque.

¿Cuáles son las reacciones psicológicas más frecuentes?

- Miedo y ansiedad.
- Sensación de irrealidad.
- Vivir en estado de alerta permanente.
- Tristeza, desánimo.
- Culpa y vergüenza.
- Cambios en la propia imagen.
- Cambios en el funcionamiento diario.
- Pérdida de apetito.
- Insomnio.
- Etc.

¿Cómo puede recuperarse la persona agredida sexualmente?

Se recomiendan, entre otras, las siguientes pautas:

- Rodearse de un entorno seguro y agradable.
- Evitar aislamiento y la inactividad.

- Establecer un plan de autocuidado (no cambiar hábitos de sueño, hacer comidas regulares y sanas, etc.).
- Buscar apoyo de otras personas.
- Solicitar tratamiento profesional.
- No abandonar ni desanimarse si se ha comenzado un tratamiento.

¿Cómo pueden actuar los familiares y amigos para ayudar a la víctima?

- Mantener una actitud comprensiva, cálida y calmada, sin juzgar ni culpar.
- No presionar para que hable sobre lo ocurrido ni indagar en detalles.
- Animarla y apoyarla a volver a realizar sus actividades cotidianas, sin presionarla.
- Ayudar a crear un entorno seguro.
- Aconsejar buscar ayuda profesional.
- Recomendar denunciar la agresión.

5 Discusión-Conclusión

Las mujeres que sufren una agresión sexual no suelen denunciar, y las que lo hacen deberán recibir el apoyo de la sociedad, de los agentes implicados en el proceso, y de su entorno más cercano. Para ello tanto las víctimas como el resto de las personas que interviene en el proceso de recuperación deben de conocer cómo deben afrontarse las agresiones sexuales, no solo a nivel médico o policial sino psicológico y emocional.

Para concienciar a la sociedad sobre la importancia de denunciar las agresiones sexuales y sensibilizar para su rechazo, debe de ofrecerse el mayor abanico de información y ayuda posible sobre la materia. Ofrecer una información fácil, real, comprensible y accesible tanto a víctimas como al resto de la población sobre las agresiones sexuales, implica colaborar en una atención inmediata y efectiva ante tales situaciones por los profesionales sanitarios y no sanitarios y una disminución de estas.

6 Bibliografía

- Violencia de Género. Formación continuada logoss.
- <http://www.interior.gob.es/>
- <https://mossos.gencat.cat/es/temes/joves/Consells-de-seguretat-en-les-agressions-i-els-abusos-sexuals/>

- Percepción social de la violencia sexual. Delegación del gobierno para la violencia de género. Ministerio de sanidad, consumo y bienestar social. Centro de publicaciones. 2018

Capítulo 529

ACTUACIONES DEL CELADOR EN LAS UNIDADES DE PSIQUIATRIA

GABRIELA DÍAZ GARCÍA

HECTOR FERNANDEZ GARCIA

1 Introducción

Cuando el paciente muestra conductas que pongan en peligro la integridad física personal o de su entorno ingresará en la unidad de psiquiatría para poder así garantizar un trato más adecuado y velar por su bienestar y el de su entorno. El papel de celador también es muy importante para estos pacientes puesto que requerirán de unas necesidades tanto alimenticias y de higiene como de descanso más estrictas aun que cualquier paciente.

2 Objetivos

Mostrar las diferentes funciones y su importancia que debe desempeñar el personal celador en las unidades de psiquiatría.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos más importantes como: Pubmed, Scielo, Cuiden, Google Académico utilizando las palabras clave sobre el tema. También se han revisado revistas científicas y libros especializados.

4 Resultados

Enfermedades psiquiátricas agudas:

- Crisis maníacas o manía. Es la excitación excesiva de las funciones psíquicas debido a la exaltación del humor, las emociones y los instintos. El tratamiento suele ser: Ingreso hospitalario, fármacos, sales de Litio, etc. Síntomas: Depresión, exaltación del humor, agitación psíquica, adelgazamiento, hambre, sed.
- Psiconeurosis emocionales. Son reacciones de ansiedad producidas en el paciente por un shock emocional. Su tratamiento es a base de sedantes, psicoterapia y curas de sueño. Síntomas: Agitación, Estupor, Desorientación, Insomnio, pesadillas, confusión mental.
- Depresión. Estado psíquico patológico caracterizado por tristeza, melancolía, abatimiento, poca autoestima. Su tratamiento: Electroshock, psicoterapia neurolepticos, etc. Síntomas: tristeza, ganas de morir, hipocondría.
- Psicosis delirantes agudas. Estado de delirio que aparece de forma súbita.
- Delirio. Trastorno mental agudo caracterizado por confusión, desorientación, inquietud, ansiedad. Su tratamiento: Sedantes y tranquilizantes.
- Psicosis confusional. Estado mental caracterizado por desorientación del tiempo, el entorno y delirio.
- El caso más destacado es el síndrome de Korsakoff. Síntomas: Ilusiones, falsos reconocimientos, amnesia y polineuritis. Tratamiento: Fármacos, electroshock, vitaminas.

Enfermedades psiquiátricas crónicas:

- Perversion sexual.
- Masturbación compulsiva.
- Pedofilia.
- Incesto.
- Necrofilia.
- Zoofilia.
- Gerontofilia.
- Exhibicionismo
- Violación.
- Sadismo.
- Neurosis.
- Neurosis de angustia – El síntoma principal es la ansiedad.
- Neurosis fóbica – Hipocondría / Claustrofobia / Vertigo.
- Neurosis obsesiva – Tendencia a realizar actos repetitivos o rituales.

- Neurosis histérica – Estado de tensión en el que el miedo se apodera de la persona.
- Esquizofrenia – Gran distorsión de la realidad, con trastornos del lenguaje y aislamiento.
- Demencia – Trastorno progresivo con desintegración total de la personalidad.
- Paranoia – Ideas delirantes de persecución y grandeza.
- Oligofrenia – Deficiencia congénita en el desarrollo de la inteligencia.

Trastornos de la percepción:

- Alucinación: Percepción sensorial que se produce en el sujeto pero no se debe a ningún estímulo externo.
- Pseudoalucinación: Alucinaciones en las que el paciente reconoce que no existen los estímulos percibidos.
- Ilusiones: Interpretación falsa de un estímulo visual o auditivo existente en la realidad.

Trastornos de la memoria:

- Amnesia.
- Pérdida de memoria producida por una lesión cerebral o fuerte traumatismo emocional.
- Paramnesia.
- Alteración de la memoria – El sujeto cree recordar acontecimientos que no han ocurrido.

Trastornos de la conciencia:

- Coma: Estado de pérdida absoluta de la conciencia con ausencia de movimientos y sin respuesta.
- Delirio: Estado de excitación exagerado con disminución de la conciencia.
- Estupor: El sujeto solo responde a estímulos grandes o muy dolorosos.
- Somnolencia: Estado de sueño o adormecimiento.

Actuación del celador en relación al enfermo mental.

Higiene.

- Realizar baño o ducha diarios.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Fomentar un patrón de cepillado e higiene bucal regular.
- Cuidar la higiene de ojos, nariz y oídos.

Alimentación.

- Control de la dieta según pauta médica.

- En casos de depresion profunda, anorexia o bulimia se vigilaran exhaustivamente.

Eliminacion.

- Se valorará frecuencia y consistencia.
- Presencia de dolor o sangrados.
- Se valorarán los cambios en el patron de eliminacion.
- Se vigilará incontinencia urinaria y/o fecal.
- Se controlará la aparicion de náuseas y vómitos.

Actividad y ejercicio.

- Se preguntará sobre su grado de actividad fisica antes del ingreso.
- Se valorarán las limitaciones que presente, pero fomentando su autonomía.
- Se estimulará la actividad fisica en pacientes depresivos profundos.
- Se controlará la hiperactividad de los pacientes anorexicos con entorno tranquilo.
- Con alucinaciones se evitará la actividad que pueda dañarles.

Reposo y sueño. Se valoraran las alteraciones que presenten:

- Insomnio
- Disminución del sueño.
- Hipersomnia o letargo.
- Necesidad de medicacion sedante o hipnotica.
- Se estimulara al paciente para que respete los horarios normales de vigilia y sueño.
- Ante estados de hiperactividad o sueño profundo se comunicara con enfermeria para descartar posibles efectos de la medicacion.
- No se interrumpira el sueño nocturno para dar medicación.
- En las unidades de psiquiatria se evitaran ruidos durante las horas de sueño nocturno.

Autoimagen y autoconcepto.

- En las depresiones profundas se fomentara la autoestima.
- En los pacientes narcisistas o con alucinaciones sera preciso reubicarles en la realidad.
- Se fomentara una correcta adecuacion en el vestido y el maquillaje.

Sexualidad y reproduccion.

- Al detectar conductas aberrantes o abusos sexuales se comunicara al facultativo y se eliminaran evitando emitir juicios de valor.

Relaciones y ocio

Valorar el tipo de relacion que tiene el paciente.

- Fomentar un entorno terapeutico entre pacientes y equipo médico.

Necesidades de seguridad.

- Vigilar de forma constante al deprimido.
- El riesgo de suicidio es mayor cuando el paciente se encuentra mejor.

Necesidades fisiologicas.

- Excepcionalmente, lavaran y asearan a los pacientes masculinos encamados.
- Bañaran a los pacientes masculinos que no puedan por si mismos.
- Ayudaran en la colocacion y retirada de las cuñas.
- Favorecer el ejercicio fisico, acompañandolo a dar algun paseo.
- Hablar siempre con el paciente deprimido, ayudandole a expresar sus sentimientos.
- Mejorar su autoestima, elogiandolos y alabandoles.
- Demostrarle interes, pasando un tiempo cada dia con el.
- Actuación del celador frente a un enfermo agitado.

Medidas generales.

- Llamar inmediatamente a la Enfermera de la unidad.
- Separar al enfermo agitado de otros enfermos.
- Mantener su seguridad, no oponiendonos al delirio, sino aceptandolo con calma.
- Pueden ser necesarios medios de contencion fisica.
- Debera observar gestos, expresiones y propósitos del enfermo y anotarlo.
- Cuidar que la habitacion del enfermo este iluminada suavemente, incluso por la noche.
- Evitar en lo posible toda clase de estímulos.
- Demostrar mucho interes y confianza – escuchar al enfermo.
- Prevenir el agotamiento del agitado.
- Medidas fisiologicas.
- Ayudarle en sus necesidades de higiene.
- Procurar que duerma suficientemente.

Inmovilizacion de un agitado durante una crisis aguda. Es preciso que el enfermo no lo vivencie como castigo. Procedimiento:

- Se espolvorea talco o se aislan con algodón.
- Se ata una mano de un lado y un pie del otro.
- Se atan los cuatro miembros no entrecruzandolos sobre el pecho.

- Doblar una sabana en tres, pasarla por encima del abdomen y los muslos del paciente y fijarla.
- Se debe cuidar no molestar la respiración.
- Protección contra la caída.
- Correas resistentes a nivel de los pies.

5 Discusión-Conclusión

El papel del celador es muy importante para estos pacientes a la vez que más complicado de ejercer correctamente debido a sus necesidades especiales y la probabilidad de que el paciente se vuelva violento de manera aleatoria debido a su enfermedad mental o tenga una crisis aguda, en la cual sería necesario conocer y analizar la situación para así inmovilizar al paciente evitando que cause daños a su persona o al entorno donde se encuentra.

6 Bibliografía

- Luis Rodrigo, M^aTeresa. Técnicas de celador. Ed. Masson; Barcelona 2000.
- Hospital Universitario Reina Sofía. Movilidad del paciente. Córdoba; 2012. [Actualizada el 16 de abril de 2012].
- Oto Cavero, E., Sanz Moncusí, M. y Montiel Pastor, M. Enfermería medicoquirúrgica. Necesidad de nutrición y eliminación. Masson. 2003. Barcelona. Pág.203-208.
- Carballo Álvarez M, Martínez M, Llagas M. 2007; 30(11):759-762.
- Rodrigo M^a D, Gómez C, Monge M. aproximación diagnóstica. An Pediatr Contin. 2011; 9:48-54.
- García JM, Hidalgo-Barquero E. Protocolo diagnóstico de la hematuria. En: García V, Santos F, Rodríguez B, editores. Pediatría. Madrid: Aula Médica; 2006. p. 413-23.
- Cara G M, Peña A. . An Pediatr Contin. 2009; 7:61-69.
- Del Río Mayor C, Sánchez Martín E. Una celadora en atención primaria. Med Integr. 2002; 40:298-304.
- Asensio Martín J, Valverde Martínez S, González Casado I. . FMC. 2014; 21:588-96.

Capítulo 530

LA COMUNICACIÓN EN EL ENTORNO SANITARIO

MARINO ARECES FERNÁNDEZ

1 Introducción

La relación de ayuda es un arte, es un compendio de técnica, actitudes, predisposición personal; en definitiva, un modo de ser que se puede aprender. Nuestra herramienta para la ayuda es la relación.

Destacamos dos características que definen la relación de ayuda:

- No directividad, esto es permitir a la persona encontrar sus propias soluciones. De forma que, cualquier actuación de la persona, es un intento de adaptarse a las condiciones impuestas por su ambiente.
- Relación de ayuda centrada en el otro. El centro en torno al cual gira la relación es el paciente, no quien le atiende, el cual debe ceder todo el protagonismo al paciente.

2 Objetivos

- Describir los elementos de la relación de ayuda.
- Analizar las normas para que una comunicación sea eficaz.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la relación de ayuda.

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

4 Resultados

Para llevar a cabo la relación con los usuarios es necesario que la persona que les atiende posea unas actitudes sin las cuales no llegará a conectar con el paciente y supondría el fracaso de la relación. A continuación, proporcionaremos algunas de las claves para mantener una eficaz relación con el usuario de las instituciones sanitarias.

- Autenticidad. La autenticidad exige a las personas que se conozcan a sí mismas, profundicen en el autoconocimiento con el fin de comprender cuales son los propios valores, creencias, objetivos. Esta actitud capacita y posibilita al profesional a transmitir mensajes auténticos y verdaderos.
- Respeto cálido. El respeto cálido lleva consigo la aceptación incondicional, que no supone la aprobación sino ausencia de juicio y de evaluación crítica, aceptar la realidad del otro como algo que existe.
- Comprensión empática. Es la comprensión de sentimientos y vivencias desde la escucha activa. El paciente desea que le entiendan y reconozcan aquello que siente, pero además necesita que se le informe de que le han comprendido. Por tanto, las condiciones necesarias son comprender y expresar.
- Inmediatez. El paciente reconocerá en quién le atiende si está viviendo o no su situación a través de la preocupación, atención y comprensión que esta sea capaz de mostrar.
- Normas para que la comunicación sea eficaz: iniciar la conversación sobre temas superficiales; comprender las percepciones del paciente sobre su enfermedad; estimular al paciente a expresar sus sentimientos; escuchar atentamente los mensajes emitidos; mantener continuo feedback para mantener la comunicación fluida; permitir el silencio; utilizar aclaraciones; detectar incongruencias; tener en cuenta la comunicación no verbal; respetar la confidencialidad; no forzar la comunicación; tener en cuenta los sentimientos del paciente y su familia.
- Estilos de comunicación: no asertivo, caracterizado por presentar un comportamiento verbal vacilante; agresivo, caracterizado por presentar un compor-

tamiento verbal impositivo; asertivo, caracterizado por presentar un comportamiento verbal firme y directo.

5 Discusión-Conclusión

Para llevar a cabo la relación con los usuarios es necesario que la persona que les atiende posea unas actitudes sin las cuales no llegará a conectar con el paciente y supondría el fracaso de la relación. Las actitudes determinaran la calidad de la relación. El apoyo a los pacientes y familiares por parte del sistema sanitario puede y debe desarrollarse contemplando los aspectos básicos anteriormente descritos. Estas actitudes son clave en la recepción y atención inicial de los usuarios de los centros sanitarios, ayudando a identificar sus problemas y dudas y con ello proporcionando una eficiente asistencia a los pacientes.

6 Bibliografía

- Celador. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Temario y test específico. Cep. Edición especial sindicatos 2018.
- <https://www.msdsalud.es/recursos-salud/guias-para-pacientes>

Capítulo 531

SEGURIDAD Y SALUD DE LOS PROFESIONALES

VERÓNICA CRESPO DÍAZ

VANESA FERNANDEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de seguridad, salud de los profesionales y prevención de riesgos laborales nos referimos a las medidas adoptadas o previstas en la empresa con el objetivo de disminuir los riesgos derivados del trabajo. La inserción de la misma en la empresa ayuda a eliminar accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

La prevención de riesgos no puede ser ejercida sobre la base de actuaciones puntuales. Se debe tener una concepción clara y global de dichos riesgos y una conciencia sobre las propias responsabilidades. Es importante lograr una integración de la prevención en todas nuestras actividades, así como tener claro qué hay que hacer, cuándo y quién debe hacerlo y sobre todo, debe haber un conocimiento claro de las relaciones entre los diferentes implicados. La importancia de la involucración en la prevención de riesgos laborales se basa en tres factores:

- Factores organizativos
- Factores o condiciones de trabajo (seguras o inseguras)
- Factores personales

La deficiente organización de la prevención, la existencia de condiciones inadecuadas de trabajo o la comisión de actos inseguros hará fracasar cualquier intento de mantener los riesgos controlados.

2 Objetivos

Objetivo general.

- Conocer los riesgos de nuestro centro de trabajo y en qué medida éstos pueden afectar a los trabajadores.

Objetivos específicos.

- Crear y establecer un programa con las medidas necesarias para evitar o minimizar los riesgos informando y formando al trabajador.
- Proteger la seguridad y salud de los trabajadores.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se llevará a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se realizará una búsqueda sistemática de libros y también se consultarán artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además, se utilizarán distintas palabras clave para realizar la búsqueda: prevención de riesgos laborales, medidas adoptadas, evitar accidentes y enfermedades profesionales, cumplimiento de la normativa vigente.

Más tarde, se llevarán a cabo una serie de fases para conseguir los objetivos descritos:

- 1ª fase: formación de los profesionales encargados de impartir los cursos formativos sobre prevención de riesgos laborales.
- 2ª fase: formación a los trabajadores con el objetivo de que éstos cumplan y mejoren (en la medida de lo posible) todos los conocimientos y técnicas adquiridas.
- 3ª fase: ejecución y puesta en marcha de todas las medidas de prevención.

4 Bibliografía

- Prevención de riesgos laborales y empresa: obligaciones y responsabilidades. Autor: Javier Fernández Costales Muñoz. Editorial: ARANZADI. Año de edición: 2019 (Navarra).
- Sistemas de prevención de riesgos laborales (4ª edición). Autora: María Teresa Igartua Miró. Editorial: Tecnos. Año de edición: 2018
- Prevención de riesgos laborales. Editorial: Aranzadi. Año de edición: 2015

- Técnicas de prevención de riesgos laborales: seguridad y salud en el trabajo(11ª edición). Autor: Jose María Cortés Díaz. Editorial: TEBAR. Año de edición: 2018

Capítulo 532

LA RADIACIÓN Y EL EMBARAZO

VIRGINIA CAMPELO PANTIGA

VICENTE SUSTAETA CALZADO

LAURA ALVAREZ

NAZARET GARCÍA INSUNZA

1 Introducción

Las radiaciones ionizantes pueden ocasionar muerte celular y un daño permanente sobre el ADN, estos efectos están relacionados de forma directa a la dosis de radiación a la que se expone la persona. La realización de estudios radiodiagnósticos, produce en la embarazada ansiedad, la cual viene condicionada por la falta de información sobre los riesgos que pueden afectar al feto. Debido a esto, es necesario que se den a conocer los bajos riesgos que conlleva la realización de estos procedimientos en el embrión. La exposición a la radiación de un bebé intrauterino se denomina exposición prenatal a la radiación.

2 Objetivos

- Describir las medidas a tener en cuenta en la paciente en edad fértil o embarazada ante la exposición a radiaciones ionizantes.

3 Metodología

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

- Estudios de radiodiagnóstico durante el embarazo. Reinaldo Uribe SM., Nicolás Sáez O., Jorge Carvajal C. Revista chilena de obstetricia y ginecología. Scielo. URL: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262009000200009&script=sci_arttext
- Riesgo de las radiaciones ionizantes durante el embarazo. Servicio de farmacología clínica. Cristina Aguilera, Víctor Gimeno. Hospital universitario Vall d'Hebron. Barcelona. URL: <https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/preres/preres45.pdf>

Capítulo 533

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD

CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa “esta o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado”. El Síndrome de Burnout se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativo hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud producido por la relación profesional-paciente y por la relación profesional-organización.

2 Objetivos

- Conocer y comprender en profundidad el síndrome de Burnout y las causas que lo desencadena.
- Describir la medidas preventivas y terapéuticas que se utilizan actualmente.

3 Metodología

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

de Burnout.

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

Este síndrome es un tipo específico de estrés laboral, padecido por aquellos, que, en su voluntad por adaptarse y responder a un exceso en las demandas y presiones laborales, se esfuerzan de un modo intenso y sostenido en el tiempo, con una sobre exigencia y tensión que originan importantes riesgos de contraer enfermedades y afectar negativamente el rendimiento y la calidad del servicio.

Considerando que el síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación e incluso aislamiento.

Factores predisponentes:

- Componentes personales premórbidos, que aumentan la susceptibilidad personal.
- La edad: relacionada con la experiencia
- El sexo: las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.
- Variables familiares: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- Personalidad: por ejemplo, las personalidades extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro lado aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional.
- Inadecuada formación profesional, por ejemplo, excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.
- Factores laborales o profesionales: condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, escaso trabajo real de equipo.
- Factores sociales: como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.

- Factores ambientales: cambios significativos de la vida como muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

El síndrome de Burnout es de un progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvado incluso con aumento progresivo de la severidad. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Los tres componentes son:

- Cansancio o agotamiento emocional: a consecuencia del fracaso frente al intento de modificar las situaciones estresantes, se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, la fatiga, etc.
- Despersonalización: es el núcleo de Burnout, consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia.
- Abandono de la realización personal: aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto.

Según esto se clasificarán en cuatro niveles:

- Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse por la mañana.
- Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.
- Grave: enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Medidas preventivas y terapéuticas en el síndrome de Burnout.

Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (profesionales del ámbito sanitario) y al creciente riesgo que existe para el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención que son:

- Apoyo emocional: relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- Apoyo instrumental: que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuanta el profesional.
- Apoyo informativo: que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- Apoyo evaluativo: qué es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y la permite procesar su efectividad.

En definitiva estos serían algunos puntos que se deberían seguir para prevenir el síndrome de Burnout:

- Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
- Formación en las emociones.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso y trabajo.
- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
- Formación continuada reglada dentro de la jornada laboral.
- Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
- Diálogo efectivo con las gerencias.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas (colegas, familiares, amigos, etc) que tratan diariamente y por último decir que contamos con suficientes armas terapéuticas para tratarlo.

6 Bibliografía

- Google- Wikimedia
- Zaldúa. El Síndrome de Burnout en los hospitales públicos. Revista Médica Bs.AS 2000
- Horacio Cairo Burnout o Estrés Laboral: Un síndrome cada vez más expandido.

Capítulo 534

LOS DIFERENTES TIPOS DE MOBBING

MARÍA LUZ ALONSO PEÑA

SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ

1 Introducción

El término mobbing, de origen inglés, puede traducirse como atacar con violencia. El psicólogo alemán Heinz Leymann, fue el primero en estudiarlo en el ámbito laboral así como sus graves consecuencias. En este ámbito, podríamos definirlo como una persona que es acosada y perseguida por miembros de la empresa, compañeros y/o superiores, acarreándole trastornos en su salud tanto físicos como psíquicos.

2 Objetivos

- Describir los diferentes tipos de mobbing.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre el mobbing. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros, guías de salud 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

Generalmente, el objetivo principal de este tipo de comportamientos es conseguir al cabo del tiempo que el trabajador abandone la empresa. Es importante destacar que las mujeres son las principales víctimas de los acosadores psicológicos, muchas veces, a causa de otro acoso sexual.

Puede ser, según la posición jerárquica:

- Mobbing horizontal: el acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico.
- Mobbing vertical: el acosador se encuentra en un nivel jerárquico superior a la víctima (ascendente) o se encuentra en un nivel inferior a ésta (descendente).

Según el objetivo:

- Mobbing estratégico: este es un tipo de acoso descendente o “institucional”. Se caracteriza porque el mobbing forma parte de la estrategia de la empresa, y el objetivo suele ser que el acosado rescinda su contrato de forma voluntaria. De esta manera, la empresa no tiene que pagarle la indemnización que le correspondería por despido improcedente.
- Mobbing de dirección o gestión: este tipo de mobbing es llevado a cabo por la dirección de la organización, generalmente por varios motivos: para prescindir de un trabajador poco sumiso, para llegar a situaciones de esclavismo laboral o para acabar con un trabajador que no se ajusta a las expectativas del jefe.
- Mobbing perverso: el acoso laboral perverso hace referencia a un tipo de mobbing que no tiene un objetivo laboral, sino que las causas se encuentran en la personalidad manipulativa y hostigadora del acosador.
- Mobbing disciplinario: este tipo de mobbing se emplea para que la persona acosada entienda que debe “entrar en el molde”, porque si no lo hace será castigada. Pero con este tipo de acoso no solo se infunde miedo en las víctimas, sino que también advierte a los demás compañeros de lo que podría sucederles de actuar así, creando un clima laboral en el que nadie se atreve a llevar la contraria al superior.

Con lo visto anteriormente podemos entender que lo que generalmente se persigue es, como hemos dicho, lograr que el trabajador víctima de acoso, abandone la empresa por diversos motivos, entre los que se encuentran, dependiendo de donde proceda el acoso, las siguientes: causas empresariales, dar ejemplo de superioridad o motivos económicos; causas personales del acosador, envidia al acosado, obsesión psicológica y celos personales; causas profesionales del

acosador, inadaptación al método de trabajo del jefe (que será el acosado), celos profesionales o ansia de ascenso; causas discriminatorias, raza, sexo, nacionalidad, etc.

5 Discusión-Conclusión

Debido a los pocos medios disponibles para solucionar este tema en nuestro país, sólo nos queda la opción de solicitar ayuda y apoyo psicológico por expertos en la materia e intentar acudir a los tribunales o magistraturas de trabajo para que nos restablezcan en la medida de lo posible el daño físico, psicológico y los efectos producidos, tanto económicos, como sociales y laborales. Debemos de luchar para que se establezca una normativa en esta cuestión, para que se persiga de forma penal estas prácticas.

6 Bibliografía

- Mobbing: como sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Autor, Piñuel (2003)
- Guía prevención, Edufarma (2018)

Capítulo 535

CONDICIONES FÍSICO-AMBIENTALES EN CENTROS SANITARIOS

ARANZAZU PRADA DIAZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

VANESA PRADA DÍAZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

NAIARA MARTIN LOPEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de Salud (OMS) describe la salud como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedades. Por lo tanto, en la salud influyen diferentes variables como pueden ser, factores genéticos, edad, estilo de vida, hábitos, conductas de higiene, el medio ambiente social, cultural y también laboral. Teniendo en cuenta que en el trabajo empleamos un tercio de nuestra actividad diaria, su incidencia sobre el estado físico, social y mental es importante.

El medio ambiente laboral presenta unos parámetros físicos (temperatura, humedad, iluminación...), químicos y biológicos que se encuentran en equilibrio. Cuando este equilibrio se rompe, debido a la presencia de contaminantes, la persona puede verse afectada, alterando su estado de salud y por tanto ocasionándole un daño. Se tratará de una enfermedad profesional. Para intentar evitar que

esto suceda, las condiciones ambientales necesarias en los lugares de trabajo, se regulan en el 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.

2 Objetivos

- Analizar las condiciones físico-ambientales que más influyen , tanto positiva como negativamente, en los sistemas de producción como en el estado de salud de los trabajadores.

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

Después de nuestro estudio podemos decir que las condiciones físico- ambientales que más influyen en nuestra salud en los ambientes de trabajo son las siguientes:

- El local: la estructura arquitectónica de la empresa y la distribución de los espacios y dependencias deben ser previamente estudiados y adaptados al sistema de producción y a las necesidades de los trabajadores , de manera que, el edificio y los espacios de trabajo no sean causantes de fobias o problemas con el rendimiento laboral. Hay que tener en cuenta la composición de los materiales de construcción, el equipamiento y la decoración, evitando en la medida de lo posible materiales fácilmente inflamables. También debe favorecer la comunicación o la distancia según qué casos.
- Ambiente térmico: el ambiente térmico en los lugares de trabajo está determinado por la actividad que se realiza en los puestos de trabajo y sus inmediaciones, así como por las condiciones climáticas, que pueden variar continuamente. Es necesario buscar un ambiente térmico adecuado para conseguir el mejor estado fisiológico de los trabajadores. El ambiente térmico neutro es el que mejor se

ajusta a la mayoría de los trabajadores y es definido como el ambiente en el que la producción de calor metabólico está en equilibrio con las pérdidas de calor orgánico. Según el Real Decreto 486/ 1997 sobre lugares de trabajo: la temperatura de los locales de trabajo donde se realizan trabajos sedentarios propios de oficinas o similares estará comprendida entre 17 y 27°C. La temperatura de los locales donde se realicen trabajos ligeros está comprendida entre 14 y 25°C. La humedad relativa estará comprendida entre el 30 y 70%, excepto en los locales donde existan riesgos por electricidad estática en los que el límite inferior será el 50%. Los trabajadores no deberán estar expuestos de forma frecuente o continuada a corrientes de aire cuya velocidad exceda los siguientes límites: trabajos en ambientes no calurosos 0.25 m/s . Trabajos sedentarios en ambientes calurosos 0.5m/s y trabajos no sedentarios en ambientes calurosos 0.75m/s. Estos límites no se aplicarán a corrientes de aire expresamente utilizadas para evitar el estrés en exposiciones intensas de calor, ni a las corrientes de aire acondicionado.

- Ambiente sonoro: el ruido es un sonido indeseable que resulta molesto a nuestros oídos. Es probablemente uno de los riesgos laborales más extendidos y menos considerados. Una exposición constante al ruido supone un mayor nivel de estrés, falta de concentración y puede contribuir a la aparición de problemas circulatorios, digestivos y nerviosos. También hay una mayor exposición a los accidentes laborales al impedir la percepción de sonidos de alarmas, fallos u otros sonidos indicadores de peligros, tiene efectos negativos para la fisiología del organismo y afecta al rendimiento psíquico de las personas. Según diferentes legislaciones los niveles de ruido compatibles con la salud se sitúan en: 85db como cota de alerta para una exposición permanente de 40 horas semanales de trabajo y 90db en niveles de pico. Una exposición de 140db ya es considerado peligroso para la salud. En hospitales los niveles máximos de intensidad acústica es de 25db.

- La iluminación: una iluminación inadecuada en el trabajo puede originar fatiga ocular, cansancio, dolor de cabeza, estrés y accidentes. El trabajo con poca luz daña la vista y los cambios bruscos de luz también pueden ser peligrosos, ya que ciegan temporalmente mientras el ojo se adapta a la nueva iluminación. El grado de seguridad con el que se ejecuta el trabajo depende de la capacidad visual y ésta depende, a su vez, de la cantidad y calidad de la iluminación. Por eso, siempre que sea posible, los lugares de trabajo tendrán una iluminación natural acompañada de luz artificial, cuando la luz natural no garantice una visibilidad adecuada. Cuando se requiera niveles de luz elevados se utilizará luz artificial general acompañada de luz localizada.

- Vibraciones: son movimientos rápidos y ruidosos de intensidad variable que representan un riesgo ya que pueden producir en el organismo de las personas

expuestas, daños específicos en función de la zona del cuerpo a la que afectan y de la frecuencia dominante de la vibración. La magnitud del efecto será proporcional a la amplitud de la vibración. Para disminuir los daños en la salud destacamos estas medidas de prevención básicas: disminuir el tiempo de exposición, rotar los lugares de trabajo, sistema de pausas durante la jornada laboral, adecuación de los trabajos a las diferencias individuales, minimizar la intensidad de las vibraciones en la medida que sea posible, reducir las vibraciones entre las piezas de las máquinas y los elementos y utilizar equipos de protección individual como pueden ser guantes antivibración.

- Radiaciones: en los hospitales se utilizan equipos de rayos X y fuentes radiactivas para el diagnóstico y tratamiento de diversas enfermedades. Los trabajadores del hospital se ven expuestos a las radiaciones en el desempeño de su trabajo que, en dosis excesivas, tiene efectos importantes para la salud. Los métodos más efectivos para protegernos de la radiación son: el tiempo: es necesario minimizar el tiempo de permanencia en aquellas áreas donde existe radiación; la distancia: duplicar la distancia entre la persona y la fuente de radiación reduce la dosis de radiación en la cuarta parte; el blindaje: se llama blindaje al material capaz de absorber la radiación. Cuanto más grueso sea, más disminuirá la radiación al otro lado del mismo. Algunos materiales son mejores que otros. El plomo y el hormigón se utilizan para atenuar los rayos X y la radiación gamma. Las salas de rayos X suelen estar forradas de plomo o construidas con ladrillos de material absorbente. Para proteger el cuerpo cuando se permanece en el interior de la sala durante la exploración radiológica, se utilizan delantales, protectores tiroideos y guantes plomados. En medicina nuclear pueden utilizarse ladrillos de plomo, protectores plomados para viales y jeringas

5 Discusión-Conclusión

La responsabilidad de tener buenas condiciones de trabajo no sólo compete a la organización laboral, sino que también es competencia de otros organismos externos. Cada vez más, a través de la legislación, se establecen normas para la prevención, tratamiento y salud del trabajador derivadas del estudio del entorno laboral. De esta manera se desarrolla un desempeño seguro en el puesto de trabajo, así como el incremento de la calidad y la productividad.

6 Bibliografía

- Iluminación de los lugares de trabajo (Real Decreto 486/1997, de 14 de abril).

- Ambiente térmico (Real Decreto 486/1997, de 14 de abril).
- Dejours, C. 2001 “Trabajo y desgaste mental”. 3ra. Edición, Editorial Lumen Hymanitas.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo España. Condiciones de trabajo y salud.
- Cler J.M., Introducción a las condiciones y medio ambiente de trabajo
- <https://www.saludcastillayleon.es/es/saludjoven/salud-laboral/>
- <https://www.ucm.es/data/cont/media/>
- <https://www.gestion-sanitaria.com/7-higiene-industrial.html>

Capítulo 536

EL IMPORTANTE PAPEL DE LA ERGONOMÍA PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN ESPAÑA

ROCÍO MÉNDEZ GONZALEZ

BEGOÑA COLLAR ALVES

ANA BELÉN FERNÁNDEZ DE LA CERA

1 Introducción

Cualquier tipo de trabajo conlleva consigo un riesgo implícito, algunos más alto y otros más bajo, los trabajadores en el ámbito sanitario estamos expuestos a muchos riesgos físicos (lesiones al movilizar pacientes, agresiones) psíquicas (síndrome de burn out, etc.), biológicos, químicos (cualquier tipo de accidente laboral derivado del traslado de medicamentos citostáticos, residuos), por eso desde gestión sanitaria, salud pública como por parte de los trabajadores existe la preocupación por una mejora en la calidad de vida laboral, de esa necesidad de mejorar la calidad de vida laboral de los trabajadores nació la ergonomía.

Para entender la importancia de la ergonomía debemos saber qué es “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”. Bajo la visión internacional, según una definición nacional la amplía a “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, seguridad y bienestar” .

La creación de la palabra ergonomía data del siglo XIX, cuando un filósofo naturalista polaco, Wojciech Bogumil Jastrzebowski (1799-1882), publicó un tratado filosófico titulado: compendio de ergonomía, o la ciencia del trabajo basada en verdades tomadas de la naturaleza (Jastrzebowski, 1857). Según este autor dividía el trabajo en ciencia del trabajo útil y ciencia del trabajo perjudicial; este autor puede considerarse el precursor de la ergonomía a nivel mundial. Ya a finales del siglo XVIII principios del XIX empezó a existir la necesidad de preocuparse por la salud del trabajador ya que era la verdadera “herramienta” de trabajo, a la ergonomía según el momento, las necesidades, realidades socioculturales, se le sumaron disciplinas como la psicología, diseño industrial, PRL, las cuales la fueron completando hasta ser la ciencia en si misma que es hoy día dándole la prioridad que siempre debió tener, hasta ocupar el lugar que ocupa en la actualidad.

Donde entró en juego en nuestra sociedad actual en España la promoción de la salud laboral, es aquella que procura las mejoras y medidas necesarias para promover la salud de sus trabajadores dentro de sus ámbitos laborales, aunque estas leyes son relativamente nuevas ya que datan la que sentó las bases de 1995 La Ley de Prevención de Riesgos Laborales desde entonces irá estrechamente unida a la ergonomía entre otras condiciones que optimizan las condiciones del empleo respecto a los trabajadores .

Evitar que la salud de los trabajadores se resienta, que trabajen de una manera más eficiente y se sientan más realizados en su entorno de trabajo esto es importante a la hora no solo a efectos productivos sino también a efectos en salud laboral.

2 Objetivos

- Analizar aquellos estudios donde nos expliquen qué riesgos se derivan del trabajo, dividirlos en grupos y explicarlos y conocer que propuso la ergonomía a respecto.

3 Metodología

Para la realización del presente trabajo se ha realizado una búsqueda sistemática de artículos científicos, para ello hemos buscado los siguientes Decs en los principales buscadores: Google Académico, Pubmed, Scielo, Dialnet, donde encontramos numerosos artículos muy interesantes. La búsqueda ha sido de los últimos 10 años (2009-2019), de la temporalidad excluimos 1995 porque incluimos la LPRL que data de ese año es el único criterio de inclusión que nos concedemos en cuanto a temporalidad, situacional nos centramos en el territorio Español, los descriptores son todos aquellos trabajadores del ámbito sanitario tanto público como privado tanto trabajadores sanitarios como no sanitario, de los numerosos artículos encontramos finalmente nos hemos quedado con los 10 más importantes a nuestro juicio para el interés de nuestro estudio, referenciados todos en biografía.

4 Resultados

Por una parte, después de analizar numerosos estudios los resultados obtenidos son los siguientes:

- Riesgos de seguridad para los propios trabajadores donde se analiza: su integridad física, condiciones del lugar donde se realiza el trabajo, iluminación, suelo, riesgos de fugas de gases, buenas salidas de emergencia, riesgos de caídas por alturas, electrocuciones, sobrecargas musculares, barreras arquitectónicas
- Riesgos ergonómicos: en los que nos extenderemos después se basan en las condiciones en que se realizan el trabajo en la forma de realizarla, higiene postural, que no haya posturas forzadas, ni esfuerzos excesivos, tareas repetitivas, ni cargas manuales pesadas, etc.
- Riesgos higiénicos: en ámbito hospitalario, farmacéutico, gestión de residuos médicos, suele haber una sobre exposición a productos de esta índole químicos, contaminantes o biológicos peligrosos, también se consideran un riesgo higiénico los accidentes laborales tales como contagio por enfermedades, pinchazos, etc
- Riesgos psicosociales: dentro de estos pueden estar derivados por cualquiera de los demás, el estrés laboral, el clima laboral, síndrome de burnout, la despersonalización, la baja realización, la carga del trabajo, organización del trabajo, las relaciones interpersonales del propio personal.

Así para solventar estos posibles riesgos en sanidad tanto por parte del personal sanitario como del personal no sanitario, la ergonomía ofrece soluciones las más

importantes y más fáciles de aplicar según estudios consultados son las siguientes: seguir siempre las pautas de higiene postural que cada hospital o centro de trabajo suele tener protocolos propios que todo personal debe conocer y/o recordar, se le está dando mucha importancia en la ergonomía a la conducta humana y sus capacidades, así las áreas de investigación y toma de decisiones respecto a nuevas soluciones y solventar problemas ergonómicos van muy enfocados hacia el personal : sus motivaciones, diseños organizacionales, turnicidades .

Gracias al avance de la ingeniería y diseño industrial, la ergonomía ha mejorado muchos aspectos tanto del medio del trabajo, condiciones laborales, trabajador, minimizando riesgos con mejoras técnicas, conocimientos y al aplicarlos todos se consiguen un menor número de bajas laborales y por tanto de absentismo laboral, menor morbilidad laboral a nivel sanitario, mejora de la salud general de los trabajadores y del clima laboral.

Evidentemente las demandas biomecánicas laborales o las necesidades técnicas no son las mismas según sea un personal sanitario u otro o un servicio sanitario u otro, no requiere el mismo material ergonómico un neurocirujano, que un celador de un urgencias que un técnico administrativo del servicio de admisión de un hospital, por eso la multifuncionalidad de la ergonomía debe centrarse primero a quien va dirigido y después estudiar qué necesidad necesita ese trabajador y adaptar su trabajo a cubrir lo que requiere de la manera más segura, cómoda y llevadera posible con ayuda de la tecnología, diseño industrial, gestión , etc..

5 Discusión-Conclusión

El objetivo principal de la ergonomía es adaptar el trabajo a las capacidades, aptitudes, posibilidades y en definitiva al trabajador de un modo global; esto es tenido en cuenta a la hora de adaptar necesidades, trabajos de la manera más ergonómica posible al trabajador pero siguen existiendo carencias respecto a la investigación en el ámbito de la salud para seguir generando conocimiento, interés en trabajadores y en el equipo de gestión sobre los riesgos ergonómicos.

Siguen existiendo grandes baches en nuestra sanidad como son los aspectos de tipo organizacional: organización del trabajo en el sector sanitario, turnos, etc. Trabajo mal organizado, mal distribuido y la carga mental de los trabajadores. Parece ser que donde el diseño industrial y la tecnología han llegado la conciliación familiar, compatibilidad de desarrollo de profesional del ámbito sanitario con otras facetas vitales no llega, tenemos toda la tecnología posible pero

seguimos sin poder distribuir el trabajo de manera que haya un buen acuerdo este es la única traba en cuanto a ergonomía las demás las ha ido aprobando poco a poco con el tiempo y mejorando las condiciones de bienestar laboral en el ámbito sanitario de todos los trabajadores.

6 Bibliografía

- VVAA, Definición Ergonomía. Asociación Internacional de Ergonomía (revisado 2019)
- VVAA, Definición Ergonomía. Asociación Española de Ergonomía (revisado 2019)
- Luz I. Leirós. Historia de la Ergonomía, o de cómo la Ciencia del Trabajo se basa en verdades tomadas de la psicología (2009) Revista Historia de la Psicología vol 30, num.4.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Gutiérrez Henríquez, Manuel. (2014). ERGONOMÍA E INVESTIGACIÓN EN EL SECTOR SALUD. Ciencia y enfermería, 20(3), 7-10. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532014000300001>
- Herrera, G. (2010). Ergonomía y el hábitat para la tercera edad. Revista Académica e Institucional de la UCPR, 87, 29-38.
- Herrera, L.M., Alcayaga, C., Torres, M., Funk, R., Bustamante, C., Riquelme, G., ... Lange, I. (2014). Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar: fenómeno social emergente. Aquichan, 14(3), 430-439.
- llaneza Alvarez,F.J. (2002) ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA APLICADA. MANUAL PARA LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA.
- García León, Sonsoles. Observación ergonómica de la jornada de trabajo del profesional de enfermería (2009) REDUCA vol 1, num.2.

Capítulo 537

CONOCIMIENTO DE LOS PACIENTES SOBRE SUS DERECHOS Y DEBERES EN EL SISTEMA SANITARIO

CONCEPCION GONZALEZ RODRIGUEZ

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Los derechos y deberes de los pacientes son un factor fundamental en un sistema de salud y un indicador de la calidad del servicio, por tal motivo las instituciones prestadoras de servicios de salud tienen la responsabilidad de promover su conocimiento, no sólo en el personal asistencial y administrativo, sino también en sus usuarios, a fin de que ellos puedan exigir el cumplimiento de los mismos. Es de gran importancia que se estudien y analicen los derechos y deberes que tienen los pacientes dentro del sistema general de seguridad social en salud, a quienes se les debe brindar sin restricciones, es decir sin tener en cuenta el sexo, edad, religión, opinión política, condición social u otro de cualquier índole, servicios de salud y que además son parte fundamental de dicho sistema. En el desarrollo de la prestación de los servicios se presentan deficiencias, de las cuales la mayoría afectan al ser más importante, y paradójicamente más débil del sistema, el paciente.

2 Objetivos

- Ofrecer los servicios oportunos y de calidad que le permitan al usuario, mediante un proceso adecuado de información conocer todos sus derechos y deberes.
- Determinar el nivel de conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en una institución de salud.

3 Metodología

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

Derechos básicos que debe tener todo paciente:

- Derecho a la información asistencial: el derecho principal que tienes como paciente es a recibir información. Este derecho incluye tanto información sobre las alternativas de tratamiento existentes, como de los riesgos generales y específicos que conlleva el tratamiento elegido. Incluye el respeto a la decisión de no querer ser informado y a la revocación del consentimiento.
 - Derecho a la documentación sanitaria: tienes derecho a acceder a tu historia clínica. Esta siempre ha de constar por escrito y debe ser realizada con un programa que permita conocer la fecha exacta de la realización de anotaciones. Este derecho puede ser realizado por representación, con la correspondiente autorización.
- La normativa de protección de datos protege especialmente los datos de salud, por lo que las clínicas y hospitales suelen establecer procedimientos rígidos para ejercitar este derecho de acceso, pero sin poder llegar a dificultar o denegar este derecho.
- Derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud: los datos relativos a la salud están especialmente protegidos, por lo que hospitales y clínicas han de velar porque no se produzcan accesos a ellos sin previa autorización amparada por la ley.
 - Derecho a voluntades anticipadas: se debe respetar la voluntad como paciente, incluso en los casos en los que existe riesgo vital o incapacidad para poder tomar

decisiones sobre salud.

- Derecho a una segunda opinión médica: para los casos de sanidad pública, cuando no estés conforme con el diagnóstico o tratamiento efectuado por el profesional asignado, tienes derecho a solicitar una segunda opinión. Ejercitando este derecho, otro facultativo de ese mismo servicio valorará tu situación médica.
- Derecho a la libre elección de médico: también en el ámbito de la sanidad pública, como paciente puedes elegir libremente tu médico de referencia en atención primaria. También tienes libre elección de médico y centro en el ámbito de atención especializada. Todo ello como base de una adecuada relación médico-paciente.
- Derecho a las prestaciones sanitarias: tienes derecho a que las prestaciones sanitarias te sean dispensadas dentro de unos plazos previamente definidos y conocidos, que serán establecidos reglamentariamente.

Son deberes de los pacientes:

- Dar información veraz al personal de salud.
- Solicitar información pertinente sobre su enfermedad.
- Cumplir con las indicaciones y recomendaciones para su tratamiento una vez aceptado éste.
- En caso de incumplimiento, informar al médico o personal de salud.
- Asistir con puntualidad a las citas de seguimiento.
- Tratar con respeto al personal de salud.
- Cuidar las instalaciones y materiales de la institución que lo atiende.

5 Discusión-Conclusión

La población de usuarios de los servicios de salud en nuestro país merece un trato justo y digno, el paciente es la prioridad del sistema en seguridad social en salud y esto sólo lo alcanzaremos el día en que todos luchemos por la misma causa. En la medida en que los actores del sistema conozcan sus derechos y deberes, habrá menos vulneraciones de los derechos, sobre todo del paciente, y un mayor compromiso en el esfuerzo de todos por el logro de los objetivos de la seguridad social en salud.

6 Bibliografía

- Ley Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.
- MARTÍNEZ AGUADO, Luis Carlos. Atención al Paciente, Ed. Certeza, Madrid.

Capítulo 538

LA MOTIVACION LABORAL

MARIA ZAIDA GAYOL FERREIRA

1 Introducción

La forma de actuar de una persona responde a uno o varios impulsos conscientes o inconscientes sobre los que esta tiene mayor o menor control. Estos impulsos que nos inducen a actuar de una determinada manera reciben el nombre de motivación.

Para entender como surgen las motivaciones y poder influir en ellas, hay que partir de la situación de necesidad en la que se encuentra una persona, esta situación genera insatisfacción y para superarla el individuo decide actuar con el fin de conseguir aquello que reduzca su necesidad y le provoque un estado de bienestar.

La motivación es aquello que impulsa a los individuos a intentar conseguir, mediante acciones, el logro de algún objetivo, es decir, a alcanzar metas, ya sean personales o en grupo. La motivación que lleva a los individuos a efectuar cualquier tipo de acción depende de sus necesidades y de sus fines. Los teóricos de las relaciones laborales han insistido en buscar aquellos factores que realmente ponen en marcha el mecanismo motivacional.

En un primer momento se centraron en analizar las causas de motivación, las necesidades. Entre los autores más importantes esta la teoría de las necesidades de Maslow y Herbergz con la escala de insatisfacción-satisfacción. En un momento posterior el trabajo giro en torno al conocimiento de cómo se generan las motivaciones autores como Vroom, con la teoría de las expectativas; Locke teoría de la motivación por el logro de objetivos y Adams, teoría de la equidad.

La utilización de incentivos debe adaptarse, en la medida de lo posible, a las necesidades, inquietudes y expectativas de quienes trabajan en la entidad; téngase en cuenta que la finalidad de un incentivo es producir motivación, y que este depende de las circunstancias sociales, emotividad y modo de percibir las cosas de cada persona. Por tanto es complejo establecer una clasificación de motivos, dado que estos van a ser diferentes en cada uno.

Poder.

- Deseo de mando e influencia sobre las demás personas.
- Búsqueda plena de todo tipo de necesidades.

Económico.

- Satisfacción plena de todo tipo de necesidades.

Valores.

- Preocupación por lo trascendente como deseo de supervivencia.
- Creencias religiosas.
- Fundamentos filosóficos.

Social.

- Interés por mejorar la situación de los demás.

Científico técnico.

- Deseo de aumentar conocimientos.

Cultural artístico.

- Búsqueda de placer en la belleza.
- Necesidad de libertad.

2 Objetivos

Determinar la importancia de la motivación laboral.

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

En el ámbito laboral las entidades actúan fundamentalmente por motivos económicos para conseguir sus objetivos mientras que los trabajadores actúan motivados por distintas razones anteriormente expuestas. En resumen vemos que la mayoría de las causas de frustración laboral tienen su origen en un puesto de trabajo inadecuado a las características de la persona que lo tiene que desarrollar, o en un puesto de trabajo de mala calidad.

5 Discusión-Conclusión

De entre los efectos, el absentismo y la apatía son los que más inciden en los trabajadores y por tanto, en los empresarios porque un trabajador apático y con alto absentismo es un trabajador poco rentable. Hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos de frustración no actúa una sola causa, sino que suele ser una combinación de varios lo que determina que un puesto de trabajo sea de mala calidad.

Al grado de satisfacción o insatisfacción de las personas o de los equipos trabajo es lo que llamamos clima laboral. El clima laboral es el grado de satisfacción o frustración que los trabajadores sienten según las relaciones que se establecen entre los grupos o individuos que desarrollan su profesión en el mismo centro de trabajo. Un buen clima laboral es aquel en el que todos los trabajadores se sienten a gusto. Es decir, cuando están contentos con lo que hacen y su integración en el equipo de trabajo es adecuada.

Existen una serie de indicadores de que determinan un buen clima laboral:

- Cohesión del grupo, pertenencia al grupo.
- Comunicación adecuada (tanto horizontal como vertical).
- Satisfacción.
- Tranquilidad ausencia de conflictividad.
- Participación efectiva se valoran las opiniones de todos los trabajadores.

Por todo ello podemos afirmar que el clima laboral repercute en la productividad de la empresa. Mediante la adecuación de los trabajadores a sus puestos de

trabajo y la integración en los equipos de trabajo cohesionados se conseguirá la excelencia de los equipos y un aumento de la calidad.

6 Bibliografía

- McGraw Hill Recursos humanos.
- McGraw Hill Psicología.

Capítulo 539

RIESGOS LABORALES: TRABAJO A TURNOS

MARÍA LUZ ALONSO PEÑA

CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La exigencia de dar cobertura, asistencia y un servicio público a la sociedad, requiere el trabajo continuado en turnos de mañana, tarde y noche. Dado que el organismo humano está biológicamente programado para la actividad diurna y el descanso nocturno, la jornada en esta franja horaria sería considerada como antinatural.

2 Objetivos

- Analizar efectos y consecuencias del trabajo a turnos.

3 Metodología

Para la realización y confección de este capítulo se han consultado varios textos sobre las consecuencias de la turnicidad y nocturnidad, así como diversas guías sobre prevención de riesgos laborales en algunas de las más importantes bases de datos científicas (CUIDEN, PubMed, Medline). También se hace referencia a algunos puntos del estatuto de los trabajadores.

4 Resultados

Analizando las consecuencias y los efectos del trabajo a turnos, debemos ser consecuentes con la incidencia negativa en la salud de las personas en distintos niveles. Por una parte, se altera el equilibrio del organismo debido al desfase de los ritmos biológicos (temperatura corporal, tensión arterial, etc.), por los cambios en los hábitos alimentarios y por los trastornos producidos por el sueño. A largo plazo estas alteraciones pueden producir problemas de tipo nervioso (dolor de cabeza, irritabilidad, depresión, etc.), enfermedades digestivas (falta de apetito, gastritis, etc.) y enfermedades relacionadas con el aparato circulatorio. Por otro lado, produce perturbaciones en la vida familiar y social, dada la falta de coincidencia horaria con las demás personas, provocando problemas de aislamiento y dificultades de comunicación. No podemos dejar de lado tampoco el aumento de la siniestralidad laboral, con más accidentes y de mayor gravedad, menor rendimiento, insatisfacción con el trabajo y en general, mayor cansancio acumulado.

5 Discusión-Conclusión

Ante la imposibilidad de la supresión de los turnos, se deben establecer una serie de medidas, como adaptar los turnos respetando al máximo el ciclo del sueño: debe evitarse que el turno de mañana empiece a una hora demasiado temprana. Los cambios de turno pueden situarse, por ejemplo entre las 6h y las 7h, las 14 y las 15h y las 22 y 23h. Establecer comedores, salas de descanso, para que los trabajadores a turnos puedan comer de forma equilibrada, ingerir alimentos calientes y disponer del tiempo necesario para ello.

Los turnos de noche y de tarde serán preferiblemente más cortos que los de mañana. Realizar ciclos cortos en cada turno, 2 o 3 días así los ritmos circadianos apenas llegan a alterarse. Descansos tras los turnos de noche: al menos dos días consecutivos. Disminuir el número de años de turno continuado en función de la edad u otros factores que afecten a la salud. Reducir y evitar en lo posible una carga elevada de trabajo en el turno de noche. Programar aquellas actividades que se consideren imprescindibles e, igualmente, evitar tareas que supongan una elevada atención entre las 3 y las 6 de la madrugada. La baja actividad del organismo durante la noche y la acumulación de fatiga por un sueño deficiente provocan un rendimiento menor en el trabajo. Entre dichas horas la capacidad de atención y la toma de decisiones es más reducida. Dar a conocer con antelación

el calendario con la organización de los turnos, para que exista la posibilidad de programar actividades que favorezcan las relaciones sociales. Establecer un sistema de vigilancia médica que detecte la falta de adaptación de los trabajadores al trabajo a turnos y que pueda prevenir problemas irreversibles de salud.

6 Bibliografía

- Guía Prevención de Riesgos Laborales del Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud.
- Estatuto de los trabajadores <https://higieneyseguridadlaboralcvs.files.wordpress.com>.

Capítulo 540

VIOLENCIA EN EL AMBIENTE LABORAL EN CENTROS SANITARIOS

MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ

SABRINA ZANGO POZO

1 Introducción

La violencia ha aumentado significativamente en los últimos años, afectando a toda la población sin respetar edad, raza, condición socio-económica, educación, religión, género y lugar. Este señalamiento da cuenta de lo extendido del problema, no obstante cabe resaltarse que afecta a los distintos grupos poblacionales de un modo diferente, existiendo unos más vulnerables que otros.

En los últimos tiempos, se ha intentado consensuar sobre la importancia de la defensa de los derechos humanos, por esto muchas conductas que antes eran consideradas aceptables o inevitables ya no lo son. En este marco, se utiliza el término violencia para representar cualquier acción o amenaza intencional que realice una persona hacia otra o hacia sí misma que atente contra la integridad física o psicológica.

No se manifiesta de manera homogénea en todos los sectores, en algunas es a veces mayor por sus factores intrínsecos como es en el sector servicios y en especial, el sector sanidad debido al mayor contacto con el público. Siendo esto paradójico ya que estas instituciones se crearon con el fin de “cuidar la salud” de los individuos y las poblaciones, lo que hace más inaceptable aun, que la violencia atente contra la salud de las personas que trabajan en ellas.

2 Objetivos

Identificar, delimitar y evaluar el fenómeno de la violencia laboral en el trabajo en un contexto sanitario departamental.

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 Organización Mundial de la Salud (OMS) define la violencia como: “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.” La definición usada por la OMS vincula la intención con la realización del acto mismo, independientemente de las consecuencias que se producen.

La inclusión del término poder, además de uso intencional de la fuerza física, amplía la naturaleza de un acto de violencia así como la comprensión convencional de la violencia para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación.

La violencia en el trabajo provoca consecuencias desastrosas en el trabajador, ambiente laboral, y a las distintas empresas u organizaciones. La definición de violencia laboral en el ambiente sanitario adaptada por la OIT, el CIE, la OMS y la ISP es: “todos aquellos incidentes donde el personal es maltratado, amenazado o asaltado en circunstancias relacionadas con su trabajo y viceversa, con la participación de la amenaza implícita o explícita a su seguridad, el bienestar o la salud”.

Se manifiesta de diferentes formas, en las que influyen factores económicos, políticos y culturales y generan consecuencias en los individuos, la familia y

los diferentes grupos de la población. Dada la gravedad de esta problemática, la (OMS) publica en el año 1996 un informe donde la violencia ya es un problema de salud pública de proporciones epidémicas, cuyo análisis debe partir de la base de considerarlo un fenómeno predecible y, por lo tanto, prevenible. La detección, atención y prevención de hechos de violencia, encuentra una primera barrera que es social, dada en muchos casos, por la relación entre agresores y agredidos que suele ser tan cercana, que los hechos pueden no denunciarse y por ende no registrarse. La violencia se relaciona con hechos visibles y manifiestos de agresión física que provocan daños que pueden llegar a producir la muerte. Es reconocido, sin embargo que la violencia puede manifestarse también a través de variadas formas las que pueden ser más o menos evidentes.

En el lugar de trabajo la violencia, independientemente de la forma en la que se manifieste, ha adquirido una enorme importancia y es una preocupación tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, ya que atraviesa contextos laborales y grupos profesionales, afecta la dignidad de las personas, es una fuente de desigualdad, estigmatización y conflicto en el trabajo. Al mismo tiempo, la violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones, causa perturbaciones inmediatas, y a largo plazo de las relaciones interpersonales, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral.

Formas de expresión de la violencia:

- Desglosar y caracterizar las distintas formas de violencia es complicado, al igual que establece sus causas o consecuencias.
- Según Buinic y Cols existen varias formas o tipos de violencia, según distintas variables a considerar, los individuos afectados, los agentes de violencia, el motivo, según la relación que existe entre agresor y agredido y según la naturaleza de la agresión.

La OMS clasificó la violencia laboral de la siguiente manera:

- Violencia externa: por trabajadores por parte de personas ajenas a la organización.
 - Violencia interna: por parte de trabajadores y directivos de la organización
 - Violencia por pacientes y acompañantes o familiares hacia los trabajadores.
- Según su naturaleza se las puede clasificar en:
- Violencia física: corresponde al tipo de agresión más evidente, incluye el hecho de pegar, empujar, patear, golpear, retener a alguien en contra de su voluntad, entre otras.

-Violencia psicológica: ocurre cuando un individuo es víctima de insultos, sus posesiones personales son destruidas o es sujeto de amenazas o gritos, como un medio de sometimiento

-Violencia sexual: entendida como toda acción que fuerza a otra persona en contra de su voluntad a someterse a actividades sexuales, que van desde la mirada insinuante hasta la violación.

También suele agruparse a estas formas de violencia según el modo en el que actúa el agresor:

-Violencia activa: se refiere a todos aquellos comportamientos y discursos que implican el uso de la fuerza física, sexual y/o psicológica, que provoca daño a una persona que se encuentra en desventaja en las relaciones de poder.

-Violencia pasiva o de omisión: se refiere a la violencia de la indiferencia, la negligencia, el abandono y la falta de solidaridad.

Actualmente, se han acuñado una serie de conceptos referidos a la violencia psicológica en el ámbito laboral:

-Acoso moral considerado como “toda conducta abusiva (gesto, palabras, comportamiento, actitud...) que atenta por su repetición o sistematización, contra la dignidad o integridad psíquica o física de una persona, poniendo en peligro su empleo o degradando el ambiente de trabajo”.

-Mobbing: en la década del 80 en Suecia, Heins Leymann usó el concepto “mobbing” y lo aplicó a situaciones humanas de hostilidad y de acoso psicológico repetido, en ámbitos laborales, conductas destinadas a atacar a una persona o grupo en particular. Para que un acoso laboral sea considerado mobbing, debe constar de tres factores: el acoso, la repetición en el tiempo y tener el objetivo de desvincular a la persona de la organización.

-Acoso sexual: conducta de naturaleza sexual y toda otra conducta basada en el sexo que afecte a la dignidad de mujeres y hombres, que resulte ingrata, irrazonable y ofensiva para quien la recibe. Cuando el rechazo de una persona a esa conducta o su sumisión a ella, se emplea explícita o implícitamente como base para una decisión que afecta al trabajo de esa persona (acceso a la formación profesional o al empleo, continuidad en el empleo, promoción, salario o cualesquiera otras decisiones relativas al empleo) y conducta que crea un ambiente de trabajo intimidatorio, hostil o humillante para quien la padece.

5 Discusión-Conclusión

La violencia en el trabajo afecta a gran parte de los contextos laborales provocando consecuencias indeseadas en el trabajador, ambiente de trabajo y a las distintas organizaciones y empresas. Para ello, se deben crear estructuras de sensibilización y tolerancia cero de la violencia en el lugar de trabajo. Las causas que propician generalmente la agresión es la disconformidad del usuario respecto a la asistencia y/o cuidados recibidos junto al tratamiento y/o pruebas diagnósticas y el tiempo de espera considerado excesivo, además del debido a las situaciones de la etapa de desarrollo en la que se encuentra el paciente. La impunidad de los agresores ante la no comunicación ni denuncia, refuerza estas situaciones y se repiten episodios de agresiones. Por ello recomendamos orientación para dirigirnos hacia la concienciación de los profesionales para que comuniquen y/o denuncien estos episodios, bien como afectados o como testigos. Interiorizando que se trata de un problema y no una situación normalizada, estableciendo por parte de la organización canales de comunicación efectivos para la información y detección precoz de las situaciones de riesgo, minimizando el número de episodios violentos.

6 Bibliografía

- Orpinas, P. y De Los Ríos, R. La violencia: del conocimiento a la prevención. Rev Panam Salud Pública 1999 5(4/5) 5(4/5):211-214.
- Hijar, M., López, M. y Blanco, J. La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México1997. Rev. salud publica México 1997 39(6): 2-9.
- Organizacion Mundial de la Salud. Global Consultation on Violence and Health. Violence: a public health priority. 1996 Ginebra, (documento WHO/EHA/SPI.POA.2).
- Buinic, M., Morrison, A. y Shifter, M. La violencia en América Latina y el Caribe: un Marco de Referencia para la Acción. 1999 Banco Interamericano de Desarrollo Washington D.C
- Barudy, J.; Larraín, S. y Perrone, R. Dinámica de la violencia. En: Violencia en la cultura: riesgos y estrategias de intervención. Editora Oriana Vilches Alvarez. Sociedad Chilena de Psicología Clínica, Chile.2000
- Perrone R, Nannini M. Violencia y abusos sexuales en la familia. Buenos Aires. Paidós 1997.

- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra OMS 2002.
- Consejo Internacional de Enfermeras, Instituto de Salud Pública, Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud. Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra. 2002.
- OIT, Organización Internacional del Trabajo, OIT/ICN/OMS/ISP. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector, documento de trabajo del Programa conjunto de la OIT/ICN/OMS/ISP sobre la violencia en los lugares de trabajo del sector de salud, Ginebra, 2003.
- Violence at work, por Duncan Chappell y Vittorio Di Martino, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998, ISBN 92-2-1- 110335-8.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra OMS 2002.
- Duncan Chappell and Vittorio Di Martino. Violence at Work. 2nd ed. Geneva, International Labour Office, 171 pp. Available from ILO Publications Center, Waldorf, MD
- OIT SOS estrés en el trabajo Revista del trabajo [Internet] n°37 2000 ISSN: 1020-0010
- Hirigoyen, M F. “L’assetjament moral a la feina. Distingir el cert del fals”. Ed. 62-Paidós. Barcelona 2001.
- Hirigoyen, Marie-France “El acoso moral en el trabajo. Distinguir lo verdadero de lo falso”. Editorial Paidós. Bs. As. 2001.
- Leymann, H. Mobbing. The persecution au travail: Ed. Du Seuil 1996.

Capítulo 541

EL PERSONAL NO SANITARIO EN HOSPITALES Y AMBULATORIOS: LA IMPORTANCIA DE LOGRAR UNA VIDA LABORAL DE CALIDAD

ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

Cada persona pasa como término medio alrededor de 40 horas semanales en su puesto de trabajo, si las condiciones son malas el trabajador puede sentirse poco valorado, lo que repercutirá en su rendimiento. Esta disminución del rendimiento no afecta sólo al empleado, sino a la propia empresa, por lo que es fundamental que los órganos directivos de cada compañía tomen conciencia de la importancia de lograr un entorno laboral de calidad.

En el ámbito sanitario sucede lo mismo, por lo que hay que trabajar desde todos los niveles para conseguir que el clima laboral goce de la más alta calidad. Los trabajadores que desempeñan su labor en un entorno de calidad están más motivados, lo que repercute positivamente en el trato que dispensan tanto a los pacientes (sobre todo cuando se trata de personal sanitario) como a sus propios compañeros.

2 Objetivos

-Explicar qué es la Calidad de Vida Laboral (CVL), cómo surgió este concepto y de qué manera está evolucionando para adaptarse a los cambios en los distintos

entornos 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: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La CVL es una filosofía que integra todas las medidas que se llevan a cabo en las empresas para mejorar las condiciones laborales de los empleados, su dignidad y su motivación, lo que redundará en un incremento de la productividad y la eficiencia.

Entre las medidas a adoptar está establecer un sistema justo de retribuciones, ya que los empleados consideran que cobran un sueldo apropiado produce mayor motivación y genera un mayor rendimiento. Cuando se trata de la sanidad pública, dadas las especiales condiciones de la misma, donde coexisten funcionarios y personal estatutario, debe quedar claro que las posibles diferencias entre salarios corresponderán a criterios de antigüedad o de categoría, motivos mesurables de manera objetiva. Es fundamental también prestar atención a las medidas de prevención de accidentes para minorar el riesgo de daños. La posibilidad de lograr ascender a puestos de mayor categoría también influye positivamente en la CVL. La estabilidad y el descenso de la rotación generan una sensación de seguridad que ayuda a lograr mejor CVL, sin embargo en la sanidad pública es bastante frecuente no poder alcanzar esta premisa, dado que una gran parte de los empleados son interinos sin plaza fija sujetos a contratos temporales en distintos centros de trabajo.

Cuando se logra un entorno laboral con alta CVL crece la satisfacción entre los trabajadores, esto se traduce en menos conflictos y quejas, mejor ambiente de trabajo, mayor productividad y eficiencia organizativa. Estas ventajas no se dan solamente en el entorno laboral, los trabajadores satisfechos ven mejoradas sus relaciones sociales fuera del trabajo por no estar expuestos a problemas que les

afectan mentalmente y que pueden repercutir en sus relaciones con los demás. A esto hay que sumar que si se mejora en la distribución horaria, los empleados podrán tener más tiempo libre para estar con las personas de su familia, lo que se traduce en una gran mejora en la conciliación familiar.

5 Discusión-Conclusión

La CVT debería estar presente en todas las empresas. Si bien es cierto que algunas, dadas sus especiales características, no pueden amoldarse exactamente a ciertas medidas de mejora de la vida laboral, sí hay que procurar adaptarlas para poder implementarlas.

En el sistema sanitario público, con la alta rotación del personal por provenir de bolsas de empleo, es complicado lograr objetivos como la estabilidad, pero debe tratar de compensarse mediante otras ventajas, como por ejemplo, la objetividad en las retribuciones.

6 Bibliografía

- MJ Bravo, I. Rodríguez y JM Peiró: satisfacción laboral (1996).
- Gibson, Ivanicevich, Donelly: las organizaciones (1996).
- Wendell French: desarrollo organizacional (1996).
- Antonio Duro Martín: revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales (2013).

Capítulo 542

SALUD AMBIENTAL: CLASIFICACIÓN Y RECOMENDACIONES

VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ

MARÍA LUZ ALONSO PEÑA

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud ambiental es considerada como una 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 psicosociales.

Los factores físicos que afectan a la salud ambiental serían los siguientes:

- Factores atmosféricos: son los factores relacionados con la calidad del aire y el cambio climático. Estos factores influyen en nuestros estados de ánimo y salud física. Un ejemplo son los dolores óseos como consecuencia de la humedad o las enfermedades respiratorias y alergias debidas a los cambios bruscos en la temperatura.
- Factores sidéricos: son aquellos factores generales de nuestro planeta como los factores solares, lunares y de los cometas de alrededor. Estos factores influyen en las condiciones ambientales y, por tanto, en la salud ambiental.
- Otros factores: como aquellos derivados del uso de electrodomésticos o equipos informáticos, maquinaria industrial, el acceso a la electricidad, el acceso a agua potable, el acceso a una alimentación variada o el acceso a la escolarización.

Los factores químicos son los que más habitualmente influyen sobre la salud ambiental, debido a que se encuentran en el aire, agua y en los productos de uso

cotidiano y pueden penetrar en el organismo a través del sistema respiratorio, digestivo o por el contacto directo con piel o mucosas.

Por otro lado, entre los factores biológicos se encuentran las bacterias, los virus, los parásitos (unicelulares o pluricelulares y sus toxinas), los micoplasmas, los hongos, levaduras y sus micotoxinas, los vegetales y los alérgenos de origen biológico

En el ámbito hospitalario predominan dentro de los factores físicos: las sustancias peligrosas, las radiaciones ionizantes, los campos eléctricos y los campos magnéticos, la radiación óptica, el calor y el frío, el ruido y las vibraciones. Como factores químicos: el empleo de productos para la desinfección, el contacto con productos de limpieza, la inhalación de gases destinados a la esterilización de materiales, el contacto accidental con medicamentos... Como factores biológicos: las bacterias, los virus, los parásitos, los micoplasmas, los hongos...

2 Objetivos

Objetivo general.

- Analizar y describir el empleo de los equipos de protección individual (EPIS) y sus beneficios.

Objetivos específicos.

- Prevenir o reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y lesiones provocadas por determinados factores ambientales peligrosos en el centro sanitario.
- Proteger a los trabajadores y pacientes contra las situaciones de peligro o los riesgos para la seguridad y la salud derivados de su exposición a los mismos.
- Ayudar y facilitar una mejor gestión en materia de salud laboral en el lugar de trabajo, o en su entorno, reforzando así la protección de la población en general y del 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: PubMed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para la eficaz protección de los trabajadores en el medio sanitario, se hace imprescindible el empleo de EPIS (equipos de protección individual) por parte de los trabajadores y también de los pacientes si fuese necesario. Análisis de los factores físicos, como pueden ser temperatura, humedad, ruido, e intentar reducir el impacto negativo que puede tener sobre los pacientes. Efectuar análisis y controles periódicos para determinar la seguridad respecto a los riesgos químicos y biológicos en el centro, además de aplicar un seguimiento sobre los protocolos y medidas de seguridad a seguir.

Lo efectos beneficiosos que tendrían estas medidas, serían los siguientes:

- Sobre el paciente: existe una mejora en cuanto a comodidad y bienestar, así como también respecto a la imagen del servicio. El riesgo de accidentes o incidentes se ve reducido por lo que el paciente se ve más seguro y reconfortado.
- Sobre el trabajador: trabajar en un entorno saludable, con riesgos ambientales minimizados al máximo posible y siempre que sea necesario empleando EPIS proporciona un clima idóneo para el buen desempeño de las funciones por parte de cada miembro del equipo, repercutiendo con ello en la prestación de un servicio de calidad y con garantías de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Puesto que la salud ambiental engloba factores tan diversos como son los físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales y que cada uno de ellos están implícitos en el día a día de los trabajadores, pacientes y usuarios de los centros sanitarios, se torna necesario un estudio de los riesgos a evitar y un seguimiento de protocolos y medidas de seguridad para mejorar la calidad del servicio y atención, evitar accidentes y mejorar la calidad de vida en general.

6 Bibliografía

- https://es.wikipedia.org/wiki/Salud_ambiental
- <https://www.riojasalud.es/profesionales/prevencion-de-riesgos>
- https://unlp.edu.ar/seguridad_higiene/riesgos-fisicos-mecanicos-quimicos-y-biologicos
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>

- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 543

EL TRABAJO EN EQUIPO: UN VALOR AÑADIDO ENTRE LOS PROFESIONALES NO SANITARIOS DEL ÁMBITO SANITARIO

ANA MARÍA MASEDA ÁLVAREZ

1 Introducción

Un gran número de las actividades que se realizan dentro de las organizaciones se llevan a cabo gracias al trabajo en equipo, la coordinación y la cooperación, que permiten el logro de objetivos comunes.

Cuanto mayor es la cohesión del grupo, mayor es la motivación de sus miembros y menor el absentismo. Trabajando en equipo se aúnan la aptitudes de los miembros y se potencian sus esfuerzos, permitiendo que las tareas se complementen. La pertenencia a un grupo facilita también la resolución de problemas.

El entorno sanitario no funciona de manera distinta; también en él se dan colaboraciones entre trabajadores que mejoran la productividad, sobre todo en momentos álgidos de actividad en los que el volumen de trabajo se incrementa de manera notable, situaciones en las que sería imposible cumplir todos los objetivos sin la colaboración de varios empleados.

2 Objetivos

Mejorar la productividad de las organizaciones mediante la creación de grupos de trabajo, bien de manera continuada en el tiempo o para situaciones puntuales. Cuando nos referimos al ámbito sanitario, la idea es agilizar las contrataciones, la organización de los distintos ambulatorios y de los departamentos administrativos de los hospitales, la celeridad en la expedición de los certificados y la no demora en la concesión de citas. Poder realizar estas actividades entre varias personas que se coordinen de manera eficiente genera una sinergia que permite acortar los plazos.

3 Metodología

A la hora de organizar el trabajo en equipo deben tenerse presente las siguientes características en los empleados, que son las que determinarán el éxito o no de la estrategia. Cuando más presentes estén estas características más eficiente será el equipo y menos tardará en conseguir sus objetivos; hablamos de las cinco C's:

- Complementariedad
- Comunicación
- Coordinación
- Confianza
- Compromiso

Podría hablarse incluso de una sexta C: la creatividad.

Poner ideas en común a la hora de afrontar retos incrementa la creatividad de los trabajadores, ya que al desempeñar ciertas tareas de forma conjunta sienten más libertad para expresar ideas que de otro modo, por no ralentizar su desempeño, quizá no se atreverían a aportar.

4 Resultados

Trabajar en equipo favorece el aprendizaje, ya que cada componente del grupo aporta sus propios conocimientos y obtiene otros nuevos de los demás miembros. También libera de carga de trabajo y de responsabilidades, lo que se traduce en disminución del estrés laboral.

Organizar el trabajo en equipo favorece el desempeño y mejora la productividad, la eficacia y la eficiencia; además, al mezclar las fortalezas de cada miembro, si

se complementan de manera óptima pueden abrirse nuevas vías para la solución de problemas que antes no se contemplaban.

5 Discusión-Conclusión

Aunque al hablar de trabajo en equipo suelen tenerse en mente grandes organizaciones empresariales, la realidad es que cualquier entorno laboral es susceptible de verse beneficiado por la organización de los empleados en grupo.

En el ámbito administrativo de la Sanidad, donde la rotación es muy elevada, es relativamente difícil crear grupos de trabajo estables, pero no por ello hay que descartar los provisionales. Es precisamente la presencia de gente distinta cada vez la que puede suponer la aportación de ideas nuevas para viejos problemas.

Siempre que exista personal capaz de organizar los equipos, en función de las habilidades de cada uno, los buenos resultados no suelen tardar en aparecer.

6 Bibliografía

- 10 Claves del trabajo en equipo; Instituto Entrepeneur.
- HRH Global Resource Center.
- World Health Organization: Human Resources for Health Observer (2013).
- Los 5 beneficios del trabajo en equipo : Revista "Psicología y Mente" .
- US National Library of Medicine: National Institutes for Health.

Capítulo 544

DIFERENCIAS DE GENERO EN EL ÁMBITO LABORAL

BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ

LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La igualdad de género consiste en la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas.

En la actualidad existen distintas normativas que vinculan entes públicas y privadas para velar por la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres; aún así las condiciones siguen siendo desiguales y diferentes.

Nos referimos a las diferencias socialmente construidas entre hombres y mujeres, que son evitables y en la mayoría de los casos desiguales e injustas para las mujeres, debido a las relaciones sociales de poder asimétricas entre hombres y mujeres. En el caso del trabajo asalariado, están relacionadas con las características en la entrada, permanencia y salida del mercado de trabajo, así como con la división sexual de los trabajos.

En cuanto a salud laboral se refiere hay que sumar el desconocimiento por parte de las instituciones a cerca de la realidad que viven las y los trabajadores, el cual impide tomar medidas que atajen esta situación y promuevan adecuadamente la salud de hombres y mujeres en el entorno de trabajo.

Se ha introducido la perspectiva de género a la hora de actuar los servicios de

prevención, lo que ayuda a orientar las actividades preventivas y de vigilancia de la salud no sólo en una dirección sino adecuado a mujeres y hombres.

2 Objetivos

Analizar las condiciones de trabajo, los riesgos, la exposición y la salud, incorporando la mirada de género, y actuar frente a las desigualdades que se detectan es la única manera de avanzar en el derecho a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, y en la mejora de las condiciones de trabajo y salud de las mujeres. A estas políticas las llamamos “sensibles al género”. El resto de políticas son inefectivas, o incluso discriminatorias.

3 Metodología

Con el fin de proponer algunas herramientas específicas para introducir la perspectiva de género en el actuar de las distintas instancias involucradas en la salud laboral se debe de hacer un análisis de situaciones y valorar las propuestas a incorporar.

Análisis de Situaciones:

Actualmente existe una carencia, aunque está mejorando, en la recogida y explotación de datos diferenciados por sexo en todos los ámbitos, y especialmente en el laboral. Los sistemas que recogen la siniestralidad laboral suelen contemplar la variable sexo, aunque es muy difícil encontrar explotaciones posteriores con enfoque de género.

Aún queda un largo camino por recorrer en el ámbito de salud laboral, de la prevención y aplicación de protocolos específicos de vigilancia de la salud, y de disponer de datos diferenciados por sexo.

Los programas de prevención de riesgos laborales, continúan viendo a los trabajadores en ámbitos generales sin características individuales o, si las hay, están más relacionadas con discapacidades, trabajadores/as especialmente sensibles, gestación u otros aspectos que requieren protección especial en un momento dado.

En cuanto a la exposición y los efectos de los riesgos en el trabajo suelen ser diferentes en hombres y mujeres. Las condiciones laborales también pueden constituirse en una fuente de riesgo. Por otro lado, la presencia de mujeres en los

órganos de representación en las empresas es minoritaria en muchos casos, a pesar de la amplia participación en el trabajo. Esto hace que las necesidades y objetivos de las mujeres en el medio laboral no suelen ser objeto de atención en la planificación de acciones de mejora en las empresas. Son las trabajadoras las grandes perjudicadas de las inequidades presentes en el medio laboral.

Los servicios de salud laboral deben participar también en la coordinación interdisciplinaria, en la que el personal médico especializado aportará sus conocimientos específicos sobre las consecuencias de la exposición a riesgos, prevención, etc., de la plantilla evaluada.

Propuestas a incorporar:

- En las investigaciones a emprender, identificar y definir los problemas a investigar teniendo en cuenta las diferencias y semejanzas entre hombres y mujeres en salud, contexto social, accesibilidad a recursos preventivos, etc.
- Todos los sistemas de información que se creen deberán contener la variable sexo como dato de registro: sistemas de recogida de accidentes de trabajo, de enfermedades profesionales, de exposición a riesgos (para todos los tipos de riesgo), de aplicación de protocolos de vigilancia de la salud, encuestas de salud, etc.
- Realizar proyectos de investigación capaces de aportar información sensible a género.
- En la formación e información en las empresas, diferenciar, igualmente, las exposiciones, los riesgos, la prevención y los posibles daños de ambos grupos, siempre que corresponda.
- Establecer mecanismos de participación e intercambio entre mujeres y hombres en todas las fases de programas y proyectos. Y tener en consideración lo que dicha participación pueda aportar.
- Acudir a fuentes de información sobre prevención que faciliten datos diferenciados por sexo y, si es posible, que introduzcan variables sensibles a aspectos de género.
- Garantizar la participación de trabajadores y trabajadoras como fuentes de información en todo el proceso preventivo. Al realizar la vigilancia de la salud individual, se tendrá en cuenta aspectos de género.

4 Resultados

Al dirigir específicamente los esfuerzos preventivos según las condiciones y riesgos de cada trabajador/a, los resultados, con los mismos recursos, son más y mejores y las acciones, son más eficientes y efectivas.

La identificación, evaluación, eliminación o minimización de los riesgos estará más ajustada a la realidad diaria que viven los y las trabajadoras, y será de mayor calidad.

La salud en el medio laboral estará más garantizada.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente en el mercado laboral se están produciendo cambios importantes, uno de ellos es el incremento de la participación femenina.

Ello conlleva a las desigualdades relacionadas con el sexo y los roles de género, así como en la exposición a riesgos en el trabajo, en la prevención y por tanto en la salud de los/las trabajadores.

Es obligación de las AAPP (Administraciones Públicas) velar para que todos y todas las ciudadanas puedan disfrutar del ejercicio de sus derechos. En concreto en el ámbito de la salud laboral, es responsabilidad de las instancias competentes la lucha contra las inequidades, aplicando el enfoque de género en sus actividades cotidianas, y poniendo en marcha acciones específicas que impulsen y favorezcan la eliminación de cualquier forma de discriminación en el ejercicio de los derechos laborales de hombres y mujeres.

Es responsabilidad de las empresas garantizar la seguridad y la salud de los y las trabajadoras, el cumplir con la normativa y proteger los derechos de cada trabajador (independientemente del sector de ocupación o actividad, de su sexo, edad, nacionalidad u otros).

Aunque queda un largo camino por recorrer, ya se han hecho muchos avances. La oportunidad de mejorar la calidad de las actuaciones de los servicios responsables de la salud laboral en las AAPP y en los servicios a cargo de la prevención de los riesgos laborales de las empresas.

6 Bibliografía

- María Fernanda González Gómez (Servicio de Salud Laboral Dirección General de Ordenación e Inspección) – Consejería de Sanidad de Madrid.
- Carmen Bravo (Secretaria de la mujer). Artículo en guía sindical CCOO “mujeres, trabajos y salud”.

Capítulo 545

PAUTAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON SÍNDROME DE WILLIAMS.

ISMAEL RIVAS CABALLERO

SILVIA ARIAS FUENTES

1 Introducción

El síndrome de Williams (SW) o de Williams-Beuren, es un trastorno del desarrollo multisistémico, condicionado por la delección en la banda cromosómica 7q11.23, que repercute sobre 26-28 segmentos cromosómicos mal alineados; descubierto a comienzo de los años 60 por los cardiólogos J.C.P. Williams y A.J. Beuren, y tiene una incidencia en 1 de cada 7.500 nacimientos, mayoritariamente varones (63%). (1, 2,3)

La delección cromosómica produce una alteración metabólica vinculada con el calcio, llamado hipercalcemia, que a su vez deriva en neurodesarrollo anormal. Las personas que padecen este síndrome se caracterizan por un fenotipo peculiar: cara alargada y fina, labios gruesos, nariz chata, ojos claros, estrella en el iris y estrabismo. La estatura final de estos pacientes suele ser unos 10 cm por debajo de la talla media. (2,3,11)

Su conducta suele ser muy sociable, en ocasiones en exceso y con personas extrañas, proclives a la hiperactividad, la ansiedad, las obsesiones y habitualmente poseen fobias, que en algunos casos perjudica de forma importante su calidad de

vida. Estos pacientes tienen normalmente grandes destrezas en cuanto a la percepción y procesamiento de estímulos musicales, auditivos y lingüísticos; sin embargo, tienen importantes dificultades visoespaciales, de cálculo y planificación. El cociente intelectual (CI) medio de estos pacientes está en torno a 60, poseen buenas habilidades de expresión verbal y musical, buenas capacidades para comunicar y comprender expresiones faciales de emociones. Por el contrario, tienen problemas para interpretar y reproducir el entorno visoespacial, desajustes importantes en las habilidades psicomotrices: fina, gruesa, hipotonía y temblores; y dificultades a la hora de comprender y resolver problemas complejos. (1-4,7,8,11)

El perfil lingüístico de las personas con SW es asimétrico ya que se caracterizan por poseer un brillante y fluido lenguaje, tener una comprensión narrativa limitada y emplear un léxico inapropiado o irrelevante. Según los datos que arrojan diferentes estudios, los pacientes con SW tienen una baja ejecución del CI verbal como del CI manipulativo, una narrativa poco coherente en cuanto a la estructura, proceso y argumento; revelando un desencaje entre el proceso cognitivo y la elaboración lingüística. Es peculiar en estos pacientes las sorprendentes habilidades lingüísticas desarrolladas a pesar del retraso mental. Los problemas de salud más relevantes en las personas con SW son la afectación cardíaca (estenosis aórtica supravalvular) y de los vasos sanguíneos, estenosis de arterias renales, hipercalcemia, tortuosidades en las vesículas retinales, hasta un 10% pueden presentar enfermedad celiaca o hipotiroidismo subclínico, problemas pulmonares e hipertensión arterial. (1-4,6)

La comunicación sanitaria es todo intercambio de información sanitaria de manera consciente sobre las áreas biológicas, psicológicas y/o sociales. Las etapas esenciales que debe tener toda comunicación son: intencionalidad, composición del mensaje, codificación, transmisión, recepción de la información, decodificación del mensaje, y por último, la interpretación que hace el receptor; siendo por lo tanto un elemento esencial a la hora de establecer un diagnóstico y proporcionar una atención sanitaria de calidad. (9)

Los pacientes con SW se pueden caracterizar por tener un lenguaje brillante, fluido, amplio, irrelevante e inapropiado y tener una comprensión limitada de la conversación, una argumentación desestructurada, incoherente y descontextualizada, teniendo por lo tanto un nivel de producción por encima del de comprensión, por lo que se debe abordar este problema que afecta al objetivo de la comunicación. También tienen dificultades verbales vinculadas al campo pragmático, ya que presentan inconvenientes a la hora de realizar interacciones comunicativas.

(5, 6,7)

Los Sistemas Alternativos o Aumentativos de Comunicación (SAAC) son un conjunto de herramientas de actuación con personas que tienen alteraciones diferentes de la comunicación y/o lenguaje, cuya finalidad es la enseñanza a través de procesos específicos y estructurados para generar códigos de representación que encaucen la comunicación. Existen estudios de los beneficios de la utilización de SAAC junto con la comunicación verbal, siendo perfectamente compatibles y complementarios, permitiendo identificar el nivel de sus habilidades y necesidades comunicativas. Los SAAC pueden organizarse en función de la ayuda necesaria para utilizarlos y teniendo en cuenta los símbolos visuales que utilizan, establecer el método y la elección individualizada respecto al paciente, interviniendo esta herramienta en las dificultades comunicativas y proporcionando una alternativa o complemento al lenguaje verbal.(10)

2 Objetivos

- Analizar los factores sociosanitarios específicos presentes en la población con síndrome de Williams para mejorar la comunicación y por lo tanto, mejorar su atención sociosanitaria.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos: Pubmed, Medlineplus y Google Académico. Los descriptores empleados fueron: síndrome de Williams, comunicación sanitaria, atención social, calidad y dificultades. Como criterios de inclusión se añadieron texto en inglés o castellano, texto con disposición completa y gratuita y periodo temporal 1985-2020. De un total de 36 publicaciones, fueron seleccionadas. (12)

4 Resultados

Los pacientes con SW presentan una serie de características que influyen en la comunicación entre el paciente y el equipo multiprofesional que le atiende, tanto como emisor como receptor de la información, y por otra parte, existen un conjunto de factores sociales que rodean a este colectivo y determinan su capacidad para interaccionar:

- Leve o moderado y asimétrico retraso mental, con dificultades en la comprensión narrativa y prevalencia de la memoria a corto plazo relacionada con la última parte de la conversación. (2, 3,6)
- Problemas relacionados con la audición: otitis media e hiperacusia, teniendo un umbral inferior para determinados sonidos que les producen molestia o dolor. (3, 4,7)
- Malformaciones dentarias que repercuten en la fonación. (3)
- Dificultades relacionadas con la vista: estrabismo y problemas visoespaciales. (3, 4)
- Utilización de un lenguaje irrelevante e inapropiado, que busca protagonismo empleando pausas para generar expectación. (3, 7)
- Comprensión limitada de la conversación, argumentación desestructurada, incoherente y descontextualizada, teniendo por lo tanto un nivel de producción por encima del de comprensión. (6)
- Problemas para percibir intenciones comunicativas y para entender el metalenguaje, ya que conciben el lenguaje de una forma literal. (5,6,7)
- Falta de feedback con el interlocutor: escaso contacto ocular, desconcentración, falta de participación con el interlocutor y de orientación corporal hacia el otro. (5,6,7)

5 Discusión-Conclusión

Para mejorar la comunicación y proporcionar una buena atención sociosanitaria con la población con SW, se deben implementar al equipo multiprofesional un programa de conocimiento específico, utilizar las herramientas del SAAC y emplear un lenguaje concreto, simple y con un tono bajo, en un ambiente tranquilo.

6 Bibliografía

- 1. A. Antonell, M. del Campo, R. Flores, V. Campuzano, L.A. Pérez-Jurado. Síndrome de Williams: aspectos clínicos y bases moleculares. Revista de Neurología N° 42 (Supl. 1). 2006. p. 69-75.
- 2. E. Garayzábal, F. Cuetos. Aprendizaje de la lectura en los niños con síndrome de Williams. Psicothema Vol.20, N°4. 2008. p. 672-677.
- 3. M. Sotillo, J.F. Navarro. Aspectos psicológicos del síndrome de Williams. Escritos de Psicología. 1999. p. 38-52.

- 4. M.B. Herreros, M. Ascurra, R. Franco. El síndrome de Williams: reportes de tres casos. Memoria del Instituto de Investigaciones Científicas de la Salud, Vol.5. 2007. p. 45-49.
- 5. E. Garayzábal. Comunicación no verbal en un síndrome de dificultades de aprendizaje no verbal con disfasia. Interlingüística, ISSN 1134-8941, N° 14. 2003. p. 413-424.
- 6. E. Garayzábal, M.F. Prieto, A. Sampaio, Ó. Gonçalves. Valoración interlingüística de la producción verbal a partir de una tarea narrativa en el síndrome de Williams. Psicothema Vol.19, N°3. 2007. p. 428-434.
- 7. L.A. Pérez. Guía Clínica para el síndrome de Williams (SW) o Williams-Beuren. Asociación Síndrome de Williams España. 1999.
- 8. M.G. Palacios-Verdú, D. Pérez-García, M. del Campo, L.A. Pérez-Jurado. La transición del paciente con síndrome de Williams-Beuren: manejo del paciente adulto. Asociación Síndrome de Williams España.
- 9. Olivar Zúñiga. Fundamentos teóricos de la comunicación. Monografía. Campus Virtual. 2006.
- 10. M.J. Buceta, J.M. Crespo. Atención Temprana y Educación Familiar. IV Congreso Internacional. Servizo de Publicacions e Intercambio Científico. 2015.
- 11. Página web: Asociación Síndrome de Williams España.

Capítulo 546

LA VIOLENCIA PSICOLÓGICA EN EL ÁMBITO SANITARIO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La violencia psicológica o mobbing, puede definirse como aquellas situaciones en las que una persona se convierte en el blanco del entorno laboral al que corresponde, siendo subyugado y perseguido por los miembros de la empresa, compañeros o/y superiores, acarreándole trastornos físicos y psíquicos importantes en su salud.

La Unión Europea lo define como un comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores e inferiores jerárquicos, a causa del cual, el afectado es objeto de acoso y ataques sistemáticos durante mucho tiempo, de modo directo o indirecto, por parte de una o más personas, con el objetivo y/o el efecto de hacerle el vacío.

Generalmente, lo que se pretende con el mobbing es lograr, al cabo del tiempo, que el trabajador abandone la empresa. Es de interés resaltar que son las mujeres las principales víctimas de los acosadores psicológicos productores de mobbing, y que se trata de un ataque sutil para anular a la persona. Muchas veces, este acoso psicológico hacia la mujer comparte otro de índole sexual.

2 Objetivos

- Describir las tres variantes de mobbing.

- Definir los motivos del mobbing.
- Conocer las consecuencias del mobbing y las medidas que se deben llevar a cabo.

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

En el ámbito laboral se pueden distinguir tres variantes o modalidades de mobbing o violencia psicológica:

- Mobbing ascendente: cuando un trabajo de alto rango jerárquico se ve acosado por uno o varios de sus subordinados.
- Mobbing horizontal: se produce si un empleado es agredido por mobbing por uno o varios compañeros del mismo jerárquico en la empresa.
- Mobbing descendente: se da cuando un obrero es hostigado por la persona de mayor nivel jerárquico, con la colaboración de otros subordinados.

Los motivos del mobbing son muy variados:

- Causas empresariales: se dan por tipo ejemplarizante; índole económico: el mobbing acaba forzando el abandono “voluntario” de la empresa, sin coste ninguno.
- Causas personales del acosador: generalmente se dan por, la envidia, respecto al acosado, por alguna cuestión familiar; el impulso que roza lo psicopatológico de control sobre los demás; los celos personales.
- Causas profesionales del acosador: se dan por los siguientes motivos, por su inadaptación a los métodos de trabajo del jefe, que será en este caso el acosado; por el ansia de ascenso (llamados coloquialmente “trepas”).
- Causas discriminatorias, esencialmente: por el color de piel; por ser mujer, y aún más si está en edad de gestar (donde existe un interés empresarial); por pertenecer a otro país; por alguna cualidad que lo diferencia física o/y psíquicamente al grupo de compañeros.

El acoso laboral puede generar situaciones de violencia psicológica extrema y ocasionar daños importantes a la persona que lo sufre, afectando a todos los ámbitos de su vida. La exposición a conductas violentas concluye habitualmente, en sintomatología asimilable a la derivada de situaciones de estrés por la sensación de no poder hacer frente a las mismas. Cuando una persona se encuentra bajo una tensión importante, el cuerpo se prepara para luchar o huir, y se producen una serie de cambios hormonales que se traducirán en alteraciones, que se pueden presentar durante e incluso, una vez finalizada la situación de acoso. La víctima puede vivir alguna o varias de estas formas de estrés:

- Agudo, durante los momentos en los que se produce.
- Crónico, como consecuencia de la prolongación en el tiempo.
- Postraumático, ante determinados casos en los que la violencia se vive de forma intensa.

Asimismo, pueden darse diferentes daños que afecta:

La salud física:

- Cardiovasculares.
- Gastrointestinales.
- Musculares.

La salud psíquica:

- Alteraciones en el pensamiento, atención, memoria...
- Problemas de gestión emocional (miedo, disminución de la autoestima, etc).
- Cambios en el comportamiento: adicciones, conductas de evitación, conductas de riesgo (alcoholismo, drogadicción, etc.)

El desempeño laboral: debido a las alteraciones enumeradas, el resultado del trabajo se ve afectado de manera que las tareas se llevan a cabo con mayor lentitud, se cometen más errores y por otro lado, se bloquea a la comunicación con los demás, dificultando el trabajo en equipo y las posibilidades de recibir apoyo o ayuda. Las consecuencias de vivir una situación de acoso son graves para las personas y las empresas. Por ello, es necesaria la determinación de medidas para la creación de entornos de trabajo que impidan su aparición. Las empresas deben establecer acciones que minimicen este tipo de situaciones y promoviendo que las relaciones entre las personas sean cordiales y siendo recomendable poner a su disposición un sistema de resolución de conflictos que detecte y solvante las tensiones que se puedan generar.

Este fenómeno de acoso psicológico en el trabajo posee en la actualidad escasos medios de solución en nuestro país, y por ello se debe actuar de las siguientes

maneras:

- Ayuda y apoyo psicológico: para el restablecimiento del daño psicofísico ocasionado, por profesionales expertos en estas materias.
- Establecer una normativa en esta cuestión, para que se persiga de forma penal estas prácticas, como en algunos países de la Unión Europea. Se debe acudir siempre a los tribunales o/y a las magistraturas de trabajo para que sean corregidas estas maneras y repuestos los daños sufridos.

5 Discusión-Conclusión

El acoso es un riesgo laboral que llega a través de un proceso con ciertas fases y aunque corresponde a las empresas crear buenos ambientes de trabajo, depende de cada uno que esto sea posible. No se ha de obviar que, en ocasiones, se puede ser origen o problema con comportamiento tóxicos basados en la falta de respeto. En cualquier caso, siempre se deberá ser parte de la solución.

6 Bibliografía

- Google-Wikipedia
- Celadores del Servicio de Salud del Principado de Asturias, Editorial MAD 1ª Edición 2018
- Piñuel,I.(2003).Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Ed.Punto de lectura. Madrid.

Capítulo 547

EL ESTRÉS EN EL TRABAJO

JOSÉ ANTONIO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

El síndrome de burnout se puede definir como un cuadro clínico que se manifiesta por acción de su trabajo con agotamiento emocional, pérdida de autoestima, despersonalización y baja realización personal que sucede en profesionales que trabajan con personas.

2 Objetivos

- Definir las causas del síndrome de Burnout.
- Detallar la sintomatología y la prevención del síndrome.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática. 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 mas importantes del síndrome del “quemado” profesional son las siguientes:

- La atención al paciente y la insatisfacción profesional: generan gran estrés al profesional que sufre burnout, como consecuencia esencialmente de: el estrés interpersonal, por identificación del profesional con la angustia que sufre el enfermo; la frustración ante las perspectivas del enfermo, en relación con su clínica y problemas relacionados con la misma.
- Sexo: es mas frecuente en mujeres que en varones.
- Edad: en principio no tiene por que ser origen del cuadro. Pero en los primeros años de ejercicio profesional se mezclan determinadas cuestiones que lo favorecen como la impericia laboral y profesional (inexperiencia) y las expectativas truncadas en el paso de idealismo teórico profesional y la practica realidad cotidiana.
- Estado Civil: parece ser que se da más frecuentemente en solteros, y los autores lo relacionan con su escasa experiencia para resolver conflictos.
- Antigüedad profesional: es lógico pensar que el profesional que lleva largo tiempo en su desempeño, se siente bien en el mismo, ya que en caso contrario lo habría abandonado.
- Turnicidad: el empleo a turnos de trabajo parece favorecer la aparición de este síndrome.
- Expectativas personales: pueden ser de dos tipos: altruistas, se inicia de manera desinteresada, pero al cabo del tiempo entra en contradicción con precisas perspectivas de recompensa y determinadas presiones de la empresa; profesionales: relacionadas con la competencia profesional. En la práctica, estos profesionales deben estar preparados y para ello deben formarse de manera continua. Generalmente esta formación se lleva a cabo fuera de la jornada laboral, sin ningún tipo de recompensa económica, ni reconocimiento social o empresarial.
- Factores de organización empresarial: una mala organización en la gestión del trabajo con personas, por saturación en el servicio prestado, mínimo trabajo en equipo.
- La profesión: es mas frecuente en el mundo sanitario, aunque también se desarrolla en otras áreas como la docencia.
- Otras causas: como son la insatisfacción salarial, sobrecarga de trabajo, etc.

La sintomatología se instaura de forma insidiosa y en el tiempo, siendo la mas frecuente de este síndrome del quemado profesionalmente la siguiente:

- Trastornos psíquicos: se manifiestan por agotamiento mental y emocional, sensación de fracaso profesional, pérdida de la autoestima, impotencia, nerviosismo, etc.
- Trastornos conductuales: se exteriorizan por el predominio de conductas adictivas (alcoholismo, drogadicción) y evitativas como son (absentismo laboral, bajo

rendimiento personal).

- Trastornos físicos: se revelan mediante la aparición de cefaleas, insomnio, alteraciones gastrointestinales.
- Trastornos afectivos: se presentan con desánimo, aburrimiento.
- Trastornos sociales y familiares: surgen como consecuencia de todos los anteriores, invadiendo la vida social y familiar del sujeto afectado, que elige la opción de aislarse y quedarse sólo, como forma de remedio.

La prevención del síndrome del quemado, se basa en:

Acciones a nivel individual e interpersonal: los profesionales sanitarios debemos poner en marcha una serie de estrategias de afrontamiento frente a determinados estresores tales como:

- Llevar a cabo prácticas de técnicas de relajación.
- Adiestrarse en técnicas de habilidades sociales y de relaciones interpersonales.
- Lograr habilidades de autocontrol emocional.
- Aprender a controlar mejor sus tiempos, para su organización y poder priorizar.

Acciones a nivel organizativo y laboral: es de gran trascendencia considerar la posibilidad de que los profesionales puedan:

- Realizar cambios de actividades (que eviten la monotonía, la desesperación y pérdida de autoestima).
- Efectuar un rediseño de tareas.
- Conseguir una adecuada formación profesional.

5 Discusión-Conclusión

El burnout es consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos son de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionamientos del trabajo son la clave para la aparición del mismo.

6 Bibliografía

- Bernal de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria.
- Celadores del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Editorial MAD. 1ª Edición 2018

Capítulo 548

ERGONOMÍA PARA LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA BEJAR PEREZ

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

El personal administrativo que trabaja en los centros hospitalarios, está sometido a unos riesgos ergonómicos, que afecta en el desarrollo de sus tareas. El principal obstáculo, con el que se encuentra el personal sanitario administrativo, es la falta de esas medidas ergonómicas. Tiene mucho que aportar y con esas medidas se pueden reducir accidentes de trabajo.

2 Objetivos

- Enumerar los aspectos a tener en cuenta para una buena ergonomía en el trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para llevar a cabo una buena ergonomía hay que tener en cuenta:

- Evitar cables en medio de los lugares de paso.
- Trabajar en una mesa con grandes dimensiones, para colocar pantalla, teclado, ratón. Su altura estará comprendida entre 68–70 cm, y se dispondrá de espacio suficiente para mover las piernas.
- Utilizar una silla ergonómica, con cinco patas o ruedas, con el asiento regulable a la altura, y a la zona lumbar.
- Usar también un reposapiés.
- Mantenerse a 40 cm de la pantalla y que este limpia.
- Estar sentado frente a la pantalla, para evitar los giros.
- Dejar espacio entre el teclado para apoyar antebrazos y muñecas.
- Utilizar reposamuñecas.
- Regular la altura de la silla para que los codos queden a la altura de la mesa.
- Regular la inclinación de la silla para que la zona de la espalda esté recta.

Hay que tener también en cuenta, las medidas ambientales y organizativas:

- Tener luminosidad y contraste de pantalla.
- No tener reflejos.
- Hacer pausas breves, acompañadas de estiramientos.
- No tener sobrecarga de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Utilizando estos métodos, lo que se pretende, es tener una buena ergonomía, para obtener más bienestar y confort a la hora de desempeñar el trabajo. Llevar a cabo una buena ergonomía, es la mejor manera para desempeñar un buen trabajo y así con ello podemos evitar lesiones.

6 Bibliografía

- Dávila alvear, Pablo Ramir. Incidencias de lesiones musculo esqueléticas asociadas con factores de riesgos ergonómicos en trabajadores administrativos de SIREM. Sep. 2019.
- Mondelo, Pedro R.. Ergonomía 3 Diseño de puestos de trabajo. Año 2013.
- Ursunáriz Sala, Paloma. Condiciones ergonómicas y síndrome ocular de pantallas de visualización de datos. Vol 48 n° 190 – 2001.
- García Acosta, Gabriel. La ergonomía desde la visión sistémica. Año 2002.
- Lorenzo, Hugo. Ergonomía en la enfermería. Febrero 2014.
- Noriega Elío, Mariano. Los trastornos musculo esqueléticos y la fatiga como indicadores de deficiencias ergonómicas y en la organización del trabajo.
- Ramos Peña, Eduardo. Relación ergonómica entre el dolor musculo esquelético a nivel de columna vertebral y la estación de trabajo del microscopista. Febrero 1999.

Capítulo 549

SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS

CRISTINA FERNÁNDEZ TUÑÓN

PATRICIA M^a LOPEZ RODRIGUEZ

GLORIA MARÍA LÓPEZ RODRÍGUEZ

MARIA BEJAR PEREZ

LORENA FERNÁNDEZ GARCÍA

1 Introducción

La ley de prevención de riesgos laborales, obliga a los centros hospitalarios a informar a todos los trabajadores sobre los riesgos que afectan a la salud, y aplicar las medidas de prevención. Con esto se da a conocer a los trabajadores del sector sanitario, todos los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos y también las medidas para evitarlos.

2 Objetivos

- Describir los peligros laborales, y medidas a aplicar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para conseguir una buena seguridad, es necesario:

- Conocer bien las tareas a realizar, y su entorno.
- Saber cuales son los derechos y obligaciones como trabajador.
- Aprender a identificar las situaciones de peligro.
- Utilizar todos los materiales que garanticen su seguridad.
- Respetar señales de seguridad.
- Utilizar y cuidar las protecciones.
- No correr riesgos.
- Cuando finalice su jornada analiza si ha trabajado de forma correcta.
- Recordar en todo momento que la seguridad empieza por uno mismo.

Existen varios tipos de riesgos:

- Riesgos asociados a agentes mecánicos: cortes, caídas, golpes, choques, atrapamientos, manipulación de cargas.
- Riesgos asociados a agentes químicos: son aquellos que pueden provocar incendios o explosiones.
- Riesgos asociados a agentes físicos: son toda la clase de radiaciones, ruido y calor ambiental.
- Riesgos asociados a agentes biológicos: son todo tipo de infecciones.
- Riesgos asociados a agentes ergonómicos y psicosociales: aquí pertenecen los producidos por un esfuerzo físico o una mala postura.

5 Discusión-Conclusión

Aplicando todos los métodos, lo que se consigue es una buena seguridad y se previenen accidentes laborales. Implantar las medidas de seguridad, para los trabajadores de los centros hospitalarios, reduce el número de accidentes de trabajo.

6 Bibliografía

- Díaz Zazo, Pilar. Prevención de riesgos laborales. Seguridad y Salud laboral. Año 2015.
- Hieles Avilés, José Ramón. Estudio del riesgo biológico en los trabajadores de la salud del Hospital Corazón Inmaculada de María. Julio 2015.
- A. Nieto, Héctor. Salud Laboral: La salud de los trabajadores de la salud. Set. 1999.
- Arteaga Chevéz, EE. Riesgo ocupacional y su prevención en el personal de enfermería del Hospital General de Chone. Año 2018.
- Sánchez Miriam. Prevención de riesgos del personal de salud. Año 2004.
- Figueroa Cañarte, Fátima M. Seguridad e Higiene en los Hospitales Públicos y su incidencia en el desempeño laboral. Año 22018.
- Camacho Torres, D.C. Seguridad e Higiene Hospitalaria aplicando al Hospital Mariano Estrella del Ministerio de Salud Pública de la ciudad de Cuenca. Ecuador. Año 2013.

Capítulo 550

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO.

MARGARITA SERRANO SUAREZ

ALEJANDRA MENENDEZ FERNANDEZ

MARIA JOSE PAÑEDA PEÑA

SONIA MARIA PLAZA GARCIA

1 Introducción

Actividad física es todo aquel movimiento corporal que acciona a los músculos y estos al esqueleto incrementando el gasto calórico. Esta actividad puede realizarse de una forma leve, moderada o intensa.

2 Objetivos

- Determinar cómo existe una relación entre una vida activa y la mejora de nuestra calidad de vida, el desempeño de nuestro trabajo y el incremento de la satisfacción de pacientes y usuarios.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda sistemática en distintas bases de datos, revistas y artículos especializados, utilizando palabras clave como salud, calidad de vida, ejercicio físico, enfermedad y deporte.

4 Resultados

A través del deporte y la actividad física realizada con cierta intensidad, se consigue el incremento del gasto calórico que sumado al gasto basal, se traduce en el mantenimiento de un peso adecuado, hecho imprescindible en la prevención de lesiones óseas, articulares y musculares.

Desde el punto de vista psíquico, esta práctica de actividad aumenta nuestra autoestima, nos vuelve más resilientes en el desempeño de nuestra actividad y más felices. Por tanto, los beneficios físicos de la actividad se traduce en menos lesiones al desempeñar nuestro trabajo en el ámbito sanitario, e incremento de la satisfacción del usuario y paciente al tratar con personal mas relajado, feliz, satisfecho y en definitiva más sano.

5 Discusión-Conclusión

Ademas de la parte positiva señalada en el apartado anterior hemos de tener en cuenta que un exceso de actividad física puede conllevar resultados totalmente contrarios a los deseados, pudiendo transformarse en una obsesión que conlleve agotamiento, irritabilidad y frustración revertiendo negativamente en su atención y cuidado de pacientes y usuarios.

6 Bibliografía

- SESPA:ASTURSALUD: guía vida saludable.
- Actividad Física y Salud:comunidad de Madrid.
- Beneficios del Ejercicio Físico:Medineplus.

Capítulo 551

ANSIEDAD Y ESTRÉS LABORAL EN CENTROS HOSPITALARIOS

ANDREA RAMOS CUETOS

1 Introducción

Se define como ansiedad laboral al estado de ánimo, de inquietud emocional que puede acabar por bloquear al trabajador y limitar de forma notable sus capacidades. A su vez la OMS, también define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades.

Uno de los síndromes más conocidos en el ámbito sanitario es el síndrome de Burnout (síndrome del quemado) es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental que tiene consecuencias en la autoestima, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones.

Según los últimos estudios realizados las principales causas de estrés y ansiedad laboral son: los niveles de dotación de personal inadecuados, las largas horas de trabajo, la turnicidad, la ambigüedad en las funciones, la exposición a sustancias peligrosas e infecciosas, la falta de oportunidades de crecimiento y promoción, las malas relaciones interpersonales, entre otras. Siendo a los trabajadores sanitarios que más afecta a los médicos/as y enfermeros/as, ya que en el hospital se enfrentan a situaciones muy difíciles y propensas a producirlo.

2 Objetivos

- Describir las medidas que se deben aplicar para la prevención del estrés y la ansiedad laboral y los objetivos propuestos.
- Enumerar las consecuencias de la ansiedad y el estrés laboral.

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

Según los estudios anteriormente mencionados este problema de salud laboral es muy amplio, dando lugar a que el estrés altera nuestro sistema inmunológico, nervioso y endocrino, pudiendo causar enfermedades físicas y psíquicas, como los trastornos de ansiedad o el cansancio crónico. a nivel sanitario. Para ello debe haber unos objetivos principales para su prevención y algunos de ellos son:

- Favorecer un buen clima laboral e identificar posibles obstáculos que puedan influir en el día a día de los equipos.
- Organizar unos horarios adaptados tanto a las necesidades de la empresa como a las del trabajador.
- No exceder la cantidad de trabajo que el empleado puede realizar en su jornada laboral, de modo que pueda realizar en sus horas libres actividades de autocuidado.
- Organizar actividades en grupo para favorecer las relaciones interpersonales y el clima laboral.
- Establecer protocolos para luchar contra el acoso laboral o mobbing.
- Presentar una adecuada ergonomía laboral para crear entornos de trabajo agradables que favorezcan el bienestar durante la jornada de trabajo.
- Identificar aquellos factores que provocan mayor estrés en los trabajadores sanitarios.
- Localizar qué variables generan un mayor estrés en el desarrollo de su trabajo.

- Ofrecer estrategias para la prevención, manejo y afrontamiento del mismo en los trabajadores.
- Mejorar el afrontamiento ante situaciones de estrés en los profesionales y reducir el riesgo de burnout en la profesión.

Las medidas que se deben aplicar para la prevención del estrés y la ansiedad laboral pueden ser de dos tipos:

- Preventivas: con el fin de evitar que se den situaciones estresantes para los trabajadores.
- Correctivas: aquellas que tras producirse las situaciones de estrés, tienden a eliminarlas.

Una vez mencionados estos dos tipos de medidas, nombraremos algunas de las medidas a tomar ante este problema de salud laboral en el ámbito sanitario:

- Identificar situaciones estresantes y evitarlas en la medida de lo posible.
- Ser conscientes de nuestros propios límites a la hora de realizar cada tarea o trabajo.
- Determinar las tareas a realizar y establecer un orden de prioridades.
- Planificar con antelación posibles cambios que puedan surgir en el trabajo.
- Favorecer las relaciones personales y las actividades de ocio.
- Mantener una actitud positiva.
- Mantener una comunicación asertiva con los usuarios y pacientes.
- Crear hábitos de sueño adecuados.
- Practicar deporte diariamente.
- Seguir una dieta equilibrada.
- No trabajar más de 10 horas al día.
- Reservar uno o dos días a la semana para desconectar totalmente de las tareas rutinarias.
- Planificar unas vacaciones al año.
- Discutir sobre tus problemas con gente de confianza.

Existen diferentes tipos de síntomas: los psicológicos, como la ansiedad; los físicos, como cefaleas; o los conductuales, como la baja productividad, dando lugar a diferentes consecuencias a la hora de hablar del estrés y la ansiedad en el personal sanitario. Podemos nombrar algunas de estas consecuencias que conllevan tanto a la ansiedad como a el estrés laboral y estas son:

- Excesiva preocupación: puede producirse por un nivel alto de autoexigencia, por un excesivo perfeccionismo o por miedo a una valoración negativa de uno mismo o del trabajo que realiza.

- Cansancio o agotamiento, producido por un constante estado de tensión.
- Comprobación excesiva de tareas, por lo que nuestro carácter se vuelve obsesivo, inseguro, perfeccionista, y nuestro miedo a equivocarnos, tiende a que revisemos todo de forma constante, creándonos aun mas estrés y ansiedad.
- Lentitud: la revisión constante de tareas retrasa más nuestro ritmo. Esa lentitud retroalimenta nuestro estado de ansiedad, ya que nos resta tiempo para cumplir con el resto de actividades.
- No desconectar: estaremos constantemente atentos a las tareas que nos encomiendan y pendientes de responder lo antes posible ante cualquier demanda.
- Insomnio: quizás puede que nos cueste dormir o nos despertemos de forma repetida pensando en el trabajo .
- Inseguridad: por mucho de que te intenten convencer de que eres bueno en el trabajo, nunca terminas de creértelo.
- Excesiva sensibilidad: con los trastornos de ansiedad es probable que estemos más sensibles con nuestros compañeros de trabajo y las personas que nos rodean.

5 Discusión-Conclusión

Llegamos a la conclusión de que el estrés y la ansiedad laboral produce un agotamiento emocional, un desgaste profesional que lleva a la persona a un agotamiento psíquico y fisiológico, apareciendo una pérdida de energía, fatiga a nivel físico y psíquico peligrando la salud del trabajador en el centro hospitalario.

La despersonalización también es una actitud negativa en relación con los pacientes y usuarios conllevando consigo un incremento de la irritabilidad y pérdida de motivación y dando lugar en las relaciones con los mismos a la deshumanización en el trato, poniendo en peligro el trato asertivo ante pacientes y usuarios.

6 Bibliografía

- <https://blogs.imf-formacion.com/>
- <https://sanitasdatasalud.es/>
- <http://www.seguridad-laboral.es/prevencion/>
- <https://psicologiaymente.com/organizaciones/>
- <https://muysaludable.sanitas.es/>
- <https://www.enfermeria21.com/revistas/>

Capítulo 552

EL ESTRÉS DEL PERSONAL TRABAJADOR DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES

1 Introducción

El estrés es el mal de los trabajadores del siglo XXI en la empresa pública, en la privada Y en todos los sectores, especialmente entre los trabajadores sanitarios puesto que el contacto con el paciente y público en situaciones delicadas de salud, aumenta el nerviosismo y ansiedad que se puede manifestar de forma muy extrema, afectando al bienestar psicológico de los trabajadores de estos centros sanitarios.

Este estrés y nivel de agitación, nerviosismo y fatiga del profesional de los centros sanitarios esta relacionado con la satisfacción del paciente puesto que conforme aumenta la presión para el trabajador, las expectativas de un adecuado trato al paciente van bajando ya que el ambiente, el tiempo de espera, lo completa que sea la información que se da, o la amabilidad. Son aspectos que van mermando con el desgaste del profesional.

2 Objetivos

- Poder emplear el tiempo necesario para cada paciente o actividad, junto con los recursos materiales y humanos suficientes, que no aumenten así la carga de los empleados sanitarios evitando el agotamiento físico y psicológico al que se ven sometidos estos colectivos de trabajadores.

3 Metodología

Revisión de diferentes bases de datos científicos, bibliografías, artículos de revistas y documentación, donde se exponen diferentes puntos de vista sobre la problemática del estrés de los trabajadores en el ámbito sanitario y sus posibles soluciones.

4 Bibliografía

1. www.biblioteca.unirioja.es (biblioteca de la rioja).
2. www.prevencion.umh.es.
3. Revista electrónica de investigación y docencia (Universidad Granada).
4. www.revista-portalesmedicos.com.

Capítulo 553

ERGONOMÍA EN EL PUESTO DE TRABAJO CON PVD'S

LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ

BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

Generalmente hay que tener en cuenta características y situación de los elementos del puesto (incluido el mobiliario utilizado), ya que estos van a condicionar las posturas de trabajo adoptadas. Existe una relación directa entre el diseño del puesto y las molestias músculo-esqueléticas manifestadas por los operadores de pantallas de visualización de datos (en adelante PVD'S).

Así, se tiende a recomendar la máxima flexibilidad en la ubicación y regulación de los elementos del puesto, de manera que el operador pueda ajustarlos en función de sus dimensiones corporales, del grado de fatiga postural experimentado e incluso, de sus preferencias.

2 Objetivos

- Establecer las medidas preventivas que se deben adoptar para el trabajo con PVD'S. La adopción de unas pequeñas pautas aplicadas a la organización y al entorno 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: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Postura de trabajo.

- Ajustar la altura del asiento de manera que los codos queden aproximadamente a la altura de la superficie en la que se va a trabajar. La altura de la silla es correcta, cuando tras apoyar las manos en el teclado, brazo y antebrazo formen un ángulo recto.
- Tomar asiento de modo que la espalda permanezca en contacto con el respaldo del asiento.
- Utilizar de vez en cuando el mecanismo que permite inclinar hacia atrás el respaldo para relajar la tensión de la espalda.
- Colocar el teclado dejando espacio delante del mismo en la mesa a modo de reposa-manos.
- Utilizar un ratón que se adapte al tamaño de su mano y cuyo diseño le permita accionarlo con comodidad.
- Realizar pausas periódicas para relajar la tensión muscular y contrarrestar el estatismo postural.

Medio ambiente físico.

- El nivel de iluminación mínimo recomendable es de 500 lux, las fuentes de luz artificial deberán evitar deslumbramientos y reflejos molestos en la pantalla. La iluminación natural es la más adecuada, pero en ocasiones suele ser insuficiente. Por tanto, es recomendable aumentarla con luz artificial de tipo fluorescente.
- El nivel sonoro tiene que ser menor de 55 dB. El ruido producido por los equipos del puesto de trabajo no debe perturbar la atención ni la palabra.
- El rango recomendable de temperatura es de 23-26 grados en verano y en invierno de 20-24 grados. Los equipos no deberán producir un calor adicional que pueda ocasionar molestias a los trabajadores. La humedad recomendable es de 45-65%.

- Se evitará el uso de prendas de fibras sintéticas y calzado con suela de goma, caucho o material no conductor.

Elementos del puesto.

- La pantalla debe de ser regulable en altura, giro e inclinación. Siempre situada en la línea horizontal de visión, frente al operador, a una distancia acorde a su agudeza visual (30-80 cm). La imagen de la pantalla deberá ser estable, sin destellos.
- El teclado deberá ser inclinable (5-15 grados) e independiente de la pantalla para permitir que el trabajador adopte una postura cómoda que no provoque cansancio en los brazos o las manos.
- El ratón debe de estar próximo al teclado, adaptándose a la curva de la mano. Es recomendable el uso de la almohadilla, tendrá que permitir el apoyo de la mano o la muñeca en la mesa de trabajo, favoreciendo así la precisión en su manejo.
- La mesa debe de tener espacio suficiente para colocar los elementos del puesto de trabajo, siendo recomendables los colores mate para evitar los reflejos molestos.
- La silla de trabajo deberá ser estable, proporcionando al usuario libertad de movimiento y procurando una postura confortable. La altura de la misma deberá ser regulable y el respaldo reclinable.
- Cuando los pies no apoyen en el suelo es recomendable el uso de reposapiés. Superficie y apoyos antideslizantes.

5 Discusión-Conclusión

La adopción de posturas adecuadas en el puesto de trabajo proporciona seguridad al trabajador y evita efectos negativos para la salud proporcionando una mejor atención al usuario.

6 Bibliografía

- R.D. 486/97 de 14 de abril por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- R.D. 488/97 de 14 de abril sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a trabajos con equipos que incluyen pantallas de visualización.

Capítulo 554

CELADORES, AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y PERSONAL SANITARIO FRENTE AL DESARROLLO DE LA CAPACIDAD RESILIENTE COMO MEJORA EN EL DESEMPEÑO LABORAL

SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ

TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ

CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ

BIBIANA NUÑO PEREZ

1 Introducción

El entorno de trabajo en sanidad presenta habitualmente un constante incremento de presión en la demanda laboral, lo que hace que la persona tienda a percibir más riesgos e incertidumbre en su desempeño laboral y el estrés se haga presente, lo que puede hacer que se vea alterado y negativizado su día a día laboral.

Las personas que de manera activa y voluntaria desarrollen la capacidad resiliente se renovarán con nuevas habilidades profesionales y personales, que po-

drán beneficiar no solo a su vida personal sino claramente incidir en la mejora de su aportación a la organización sanitaria en la que desempeñen su trabajo.

Como inicio a esta exposición se hace necesario exponer el concepto de Resiliencia.

Resiliencia:

”La resiliencia es la capacidad humana de afrontar situaciones difíciles, saber sobreponerse a ellas e incluso salir fortalecido, transformado por las experiencias adversas.” Instituto Español de Resiliencia (IER).

Trasladada al exigente entorno laboral de las instituciones sanitarias donde el personal diariamente se ve enfrentando a situaciones adversas y que en ocasiones pueden ser percibidas como negativas , se transforma en un elemento de ayuda a la mejora y bienestar.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Dar a conocer a los profesionales implicados (personal no sanitario y sanitario de instituciones sanitarias del sistema nacional de salud) el concepto de resiliencia y sus potencialidades como elemento en la mejora de su desempeño profesional y personal.

Objetivo secundario.

- Facilitar pautas de aplicación y desarrollo de la capacidad resiliente para la mejora del desempeño profesional, con la identificación de elementos concretos.

3 Metodología

A través de la revisión de material bibliográfico y webs especializadas, se dirigirá un análisis de los conceptos y posibles aplicaciones que sirvan de mejora al desarrollo profesional de las categorías profesionales indicadas previamente.

4 Resultados

Hacemos nuestras conclusiones y apreciaciones basándonos en los trabajos precedentes, vemos por ejemplo lo indicado por el instituto español de resiliencia.

cia, que reconoce diez pilares de la resiliencia, que tomaremos como aspectos principales a mejorar y modificar.

Los diez pilares según IER (El Instituto Español de Resiliencia).

- Introspección: conoce sus capacidades.
- Autoconcepto moral y sana autoestima.
- Percepción: ver el problema superable.
- Autorregulación: emocional e impulsos.
- Responsabilidad: orientación a soluciones.
- Equilibrio vital: no polarizarse en extremos.
- Automotivación: iniciativa, creatividad.
- Optimismo: Aceptación, adaptación, flexibilidad.
- Empatía: relaciones sólidas, vínculo, afecto.
- Sentido del humor y relativizar.

Es importante que analicemos todos estos puntos haciendo una integración de los aspectos relevantes y aplicables en el día a día laboral y ante la adversidad.

También hemos conocido los estudios de Wolin y Wolin (1993), donde hablaban en ese caso de siete pilares (se nos muestran atributos que aparecen con frecuencia en personas consideradas resilientes).

Son estos siete pilares comentados los siguientes: Introspección junto con independencia además de la capacidad de interacción y la capacidad de iniciativa. Señalando también la creatividad así como la ideología personal y sin faltar el sentido del humor.

Aunque con diferencias según los estudios lo enriquecedor de las fuentes es que aportando información y formación sobre ellos, el profesional no sanitario puede desarrollar su capacidad de resiliencia.

No son buenas las conductas de evitación de situaciones, lo correcto es más bien evitar el exceso de conflictividad, haciendo una buena gestión de los conflictos surgidos como parte del propio proceso de aprendizaje de la resiliencia.

5 Discusión-Conclusión

No cabe duda que el desarrollo y mejora de la capacidad resiliente en el ámbito laboral resultará algo positivo tanto para el desempeño personal como para los resultados de trabajo (también en organizaciones sanitarias).

El personal de instituciones sanitarias debería:

- Conocer sus propias emociones, analizándolas vinculadas a eventos y situaciones de tensión laboral, para ser capaz de identificarlas y mostrar actitud positiva frente a las mismas.
- No permitir que el estrés les impida tener el control de las situaciones. El desarrollo de la resiliencia permitirá a los profesionales una mejor respuesta ante situaciones estresantes en el entorno laboral.

Es muy importante el control que la persona y profesional hace sobre la negatividad en las percepciones.

- Aplicar métodos de escucha activa y desarrollo de habilidades sociales que permitan mejorar la flexibilidad en cuanto al trabajo en equipo. Este aspecto mermará el impacto que los cambios puedan ejercer sobre nosotros.
- El personal tiene que aprender a aumentar el margen de espera de sus objetivos, los objetivos inmediatos han de reevaluarse y valorar una posible meta a corto o medio plazo, especialmente si se combinan diferentes opiniones y visiones del trabajo en equipo.

6 Bibliografía

- <http://resiliencia-ier.es/> <https://institutosalamanca.com/blog/7-pilares-resiliencia/> .
- <https://lamenteesmaravillosa.com/la-resiliencia-en-el-trabajo/> .
- <https://www.apa.org/centrodeapoyo/resiliencia-camino> .
- <https://www.pymesyautonomos.com/vocacion-de-empresa/la-importancia-de-la-resiliencia-en-el-trabajo>.
- <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1971-913>.

Capítulo 555

RELACIONES PERSONALES, HABILIDADES SOCIALES Y ASERTIVIDAD

BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ

LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Las habilidades sociales son una serie de capacidades que posee el ser humano que permiten conductas y acciones mediante las cuales se desenvuelve eficazmente en las relaciones sociales. Estas capacidades suelen ser fruto del aprendizaje y de la experiencia a lo largo de su trayectoria social, así mismo son necesarias para entablar relaciones de calidad, y generar vinculación con diferentes tipos de personas, de modo que su carencia puede perjudicar en el bienestar y equilibrio personal.

Muchas personas no les otorgan la relevancia que poseen sobre todo en el ámbito laboral ya que muchos profesionales no las tienen en cuenta a la hora de desempeñar su trabajo.

Las profesiones que conllevan una relación interpersonal son las que más deberían utilizar las habilidades sociales a la hora de relacionarse. Esto ayudaría a conseguir un trabajo más eficaz y satisfactorio así como de una calidad mayor. Hay varios investigadores que realizaron estudios en relación a las habilidades sociales, entre las características más importantes indican las siguientes: son conductas que se aprenden, facilitan las relaciones interpersonales y la interacción

con los demás, son necesarias para alcanzar una meta y deben estar en consonancia con el contexto social.

2 Objetivos

- Estudiar en contexto de las habilidades sociales y la asertividad como competencias sociales, dentro del ámbito sanitario.

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 muchos tipos de habilidades sociales, entre ellas: escuchar; saludar, presentarse y despedirse; iniciar, mantener y terminar una conversación; negociar; afrontar críticas; expresar sentimientos y emociones; dirigir un grupo; resolver conflictos; etc. La asertividad es una estrategia de comunicación que nos permite defendernos y expresar lo que opinamos acerca de gustos e intereses, de manera libre y clara, sin agredir a otros y sin permitir que nos agredan. Por tanto, podemos decir que la asertividad es una de las habilidades sociales básicas, gracias a la cual podemos hablar de nosotros mismos, aceptar cumplidos, pedir ayuda, discrepar abiertamente, pedir aclaraciones y aprender a decir no.
- Podemos definir como buenas habilidades sociales aquellas que permitan al individuo adaptarse al medio y desenvolverse de una manera correcta, proporcionándole un nivel de autoestima adecuado y sintiéndose este positivo y optimista a nivel emocional. La buena asertividad permitirá al individuo relacionarse socialmente de manera positiva, motivando así una conducta proactiva que le lleve al sujeto a generalizar sus actuaciones en diversos ámbitos.

Las habilidades sociales y la asertividad son competencias sociales y como tal pueden aprenderse y desarrollarse de distintas maneras:

- A través de la experiencia, observando conductas sociales de las personas que te rodean.
- A través de la imitación, sobre todo de las personas que son un referente.
- A través de refuerzos sociales.

Estos principios del aprendizaje social permiten estructurar el entrenamiento en habilidades sociales, de manera que éste cumpla las siguientes condiciones:

- Saber qué conductas nos demanda una situación determinada.
- Tener oportunidad de observarlas y de ejecutarlas.
- Tener referencias acerca de lo efectivo o no de nuestra ejecución (retroalimentación).
- Mantener los logros alcanzados (reforzamiento).
- Hacer habituales las respuestas aprendidas en nuestro repertorio (consolidación y generalización).

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el objetivo de las habilidades sociales es mejorar las relaciones interpersonales y laborales a través del buen uso de las mismas, aportando así bienestar y equilibrio personal, así como mayor una calidad en el entorno profesional. Además, las habilidades sociales también ayudan a aprender a ser persistente y mantener una actitud positiva ante cualquier situación difícil o complicada en la vida cotidiana.

Es fundamental a la hora de relacionarse hacer un buen uso de las habilidades sociales para conseguir un mejor resultado tanto a nivel personal como social, existiendo diferentes maneras de adquirirlas, cabe destacar la experiencia y la imitación de las personas que te rodean. Entre las distintas habilidades sociales cabe destacar la asertividad que contribuye a la mejora de las relaciones sociales de una manera positiva.

6 Bibliografía

- www.areahumana.es
- Universidad de Cantabria – Ciencias Psicosociales (habilidades sociales)
- Escuela de desarrollo emocional y social “Crece bien”
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 556

PREVENCIÓN DE AGRESIONES EN EL ENTORNO SANITARIO

MARÍA LUZ ALONSO PEÑA

SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ

1 Introducción

Según las directrices de la Organización Internacional del Trabajo, las administraciones y las autoridades competentes deben proporcionar el marco necesario para reducir y eliminar la violencia en el entorno laboral.

2 Objetivos

- Hacer de la reducción y/o supresión de la violencia en el entorno laboral sanitario una parte esencial de las políticas y planes nacionales, autonómicos, regionales y locales sobre salud y seguridad laboral, protección de los derechos humanos, sostenibilidad económica, desarrollo empresarial e igualdad de género.
- Introducir legislación especial cuando sea necesario y conseguir el cumplimiento de la misma.
- Fomentar la aplicación de políticas y planes en el lugar de trabajo que vayan destinados a combatir la violencia laboral.
- Coordinar los esfuerzos de las distintas partes interesadas.
- Conseguir la prevención de potenciales situaciones conflictivas entre profesionales y usuarios del Servicio de Salud del Principado de Asturias, así como aquellas

acciones que pongan en riesgo a profesionales, usuarios y bienes del servicio sanitario. Intentar proteger a los profesionales y usuarios de la violencia o agresión utilizando ayuda externa si fuese necesario.

Será necesario dar cobertura al profesional, tanto física como psíquica, y asistencia letrada a los trabajadores afectados, así como la posterior investigación de los hechos por las Gerencias y el Servicio de Prevención de 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: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para generar un clima de cordialidad, confianza y respeto que mejore el ambiente laboral de los trabajadores y a la vez propicie una mejor prestación del servicio a los ciudadanos, es preciso establecer una serie de actuaciones, infraestructurales, organizativas y formativas, priorizando:

- Aumentar el número de puntos de información a usuarios.
- En caso de pacientes ingresados o en urgencias, establecer el lugar y periodicidad con la que se debe transmitir la información a los pacientes o familiares.
- Optimizar los sistemas de cita previa, evitando en lo posible la formación de colas.
- Identificación de los profesionales de forma clara.
- Formación de los profesionales en habilidades comunicativas.
- Habilitar salas de espera con decoración adecuada, música ambiental y sistemas audiovisuales para hacer más llevadera la espera.
- Mensajes que informen al usuario sobre Derechos y Deberes.

5 Discusión-Conclusión

- Implantar un registro donde consten todo tipo de agresiones para establecer normas de actuación.

- Elaborar un mapa de riesgo.
- Instalar videocámaras en espacios comunes y puntos críticos.
- Ronda periódica de vigilantes de seguridad.
- Alarmas en centros más problemáticos, mecanismos de seguridad pasiva, así como la activación de procedimientos de comunicación con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- Rediseño de las consultas facilitando la posible huida del agredido.
- Si es necesario, instalar sistemas de alarma interna en los lugares de trabajo donde se desarrolle la actividad asistencial.

6 Bibliografía

- Texto "Agresiones en centros sanitarios, planes de actuación" . Autores: Francisco Manuel Aranda, Genoveva García Delgado, María Isabel Marco Galve
- Plan Autonómico de prevención de agresiones del SESPA.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 557

LA ATENCIÓN AL USUARIO

BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ

LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Hoy en día las expectativas de los usuarios son cada vez más altas, no son fáciles de contentar debido a que están bien formados e informados, motivo por el cual se debe estar preparado.

Podemos citar varias expectativas que el usuario espera: eficacia, rapidez, facilidad, autonomía, concentración, fiabilidad y trato individualizado.

Es el usuario el que define qué es lo relevante y los ritmos y tiempos. Hay que intentar adaptarse a él y a sus necesidades y no al revés. El usuario establece los problemas a los cuales hay que buscar las soluciones. La satisfacción de la necesidad de información de los usuarios es la medida de la eficiencia del sistema para el que trabajamos.

Hoy en día existen varios tipos de atención al usuario como son: presencial, telefónica, vía email o virtual.

2 Objetivos

- Describir el contexto global de la atención al usuario en la sanidad.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Para conseguir el éxito y calidad de la atención hay que superar esas expectativas, sorprender al usuario de manera favorable. Esto no significa que haya que endosar información o instrucciones que no son necesarias sino dar una respuesta adecuada a las necesidades, completa, rápida y fiable.

Hay varias pautas que ayudan a cumplir con esas expectativas deseadas por el usuario, entre ellas podemos citar: capacidad de respuesta, accesibilidad y disponibilidad, aplicar fórmulas de bienvenida y despedida, uso de lenguaje sencillo, escucha activa y respuestas claras, sencillas y completas, amabilidad y cortesía, actitud positiva, etc.

La atención al usuario es imprevisible, no se rige por normas sino por necesidades:

- Una actuación especial siempre debe ser justa, oportuna, razonada y defendible ante quejas.
- Comentarios negativos sobre procedimientos internos o acerca de compañeros son inútiles para el usuario, quien sólo los ve como muestra de deslealtad e incompetencia de quien los esgrime.
- Nuestra mejor contribución es dotar a los procesos de transparencia, inmediatez y simplicidad.
- La atención al usuario da prioridad a los usuarios reales y concretos sobre los abstractos o potenciales.
- Obtener una mayor comprensión de la importancia del usuario.
- La imagen que los usuarios tienen de la institución depende en gran parte del trato personal dispensado por los responsables de la atención directa.
- Responder oportunamente a las necesidades de nuestros usuarios demandan.
- Conocer y aplicar las reglas del servicio.

- Reconocer un modelo útil en el trato al público que se aplique de manera natural y uniforme.
- Lograr la participación y la implicación de todo el personal en la filosofía de excelencia en el servicio al usuario.
- Es obvio que alguien que está trabajando con clientes y usuarios tiene que ser un buen comunicador, que sepa relacionarse con quien tiene detrás del teléfono, email, chat o mostrador y que sepa hablar de forma clara para despejar todas las dudas. Lo ideal es que sepa ponerse en el lugar del otro para entenderle en todo momento e intentar solucionar su duda lo antes posible. En algunas ocasiones puede encontrarse con problemas poco normales y tiene que tener toda la información posible para ayudar al que está detrás.
- Hay que ser rápido y resolutivo, es una de las cualidades más destacadas de una buena atención al cliente. El usuario es lo que busca, que a través de una llamada le expliquen las cosas que necesite y le solucionen las dudas. Sin duda hay que conocer el medio en el que se trabaja para no estar desprevenido ante cualquier pregunta y dar soluciones reales y sinceras al usuario.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el objetivo es estar disponible para el público, ofreciendo así la impresión de que el usuario jamás interrumpe, evitando causar sensación de tener otra ocupación más importante. Aunque se realicen otros trabajos internos que no conlleven la atención al público no se debe causar rechazo en ningún momento hacia el usuario, estando los mostradores públicos siempre atendidos. Por tanto, hay que planificar que el personal que los atiende sea accesible física y visualmente disponible, facilitando el acercamiento empático.

La atención al usuario es uno de los pilares más importantes de una compañía u organismo, sea del sector que sea, es su cara visible al resto del mundo, quien gestiona la comunicación directa con los usuarios y quien además, puede conseguir incrementar los beneficios. Es sin lugar a dudas una característica de calidad. A la hora de prestar servicio al usuario se debe ser paciente ya que en muchas ocasiones pueden encontrarse con momentos tensos y complicados y se debe dar siempre su mejor cara para llegar a solucionar los problemas planteados.

6 Bibliografía

- Universidad de Extremadura – Manual de buenas prácticas en la atención a usuarios.
- Universidad Pública de Navarra – Pautas sobre atención al usuario.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 558

PREVENCIÓN DE AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS

JAVIER SANTOVEÑA SUÁREZ

1 Introducción

Las agresiones a trabajadores de centros sanitarios constituyen una realidad cada vez más presente en nuestras instituciones. Producidas por los pacientes y/o acompañantes, generan preocupación e inseguridad en los profesionales. Son frecuentes las noticias en medios de comunicación comentando episodios de este tipo, y así lo confirman numerosos estudios e informes de diversos organismos internacionales. El problema ha adquirido una enorme importancia en los últimos años, y si bien afecta al mundo laboral en general, es en el sector servicios y en concreto en Administraciones Públicas, en las que existe atención directa y permanente a usuarios, en la que más episodios se registran. Las consecuencias repercuten tanto en la salud de los trabajadores, con manifestaciones físicas, psíquicas (en ocasiones más peligrosas que las físicas), absentismo, como en el deterioro de la calidad asistencial prestada por éstos.

2 Objetivos

- Identificar las características, motivos y factores de riesgo presentes en las agresiones, así como los posibles efectos de las mismas.
- Definir las estrategias que deben llevarse a cabo para prevenir la violencia en los centros sanitarios.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diciembre de 2019 y enero de 2020, con búsqueda en las bases de datos de “Scielo” y “Dialnet”, utilizando las palabras clave “agresiones”, “centros sanitarios”, “prevención” y “protocolo”. Como criterios de inclusión se han empleado idioma castellano y texto gratuito; de exclusión trabajos publicados previamente al año 2010.

4 Resultados

Es muy difícil disponer de información real sobre las agresiones a las personas que trabajan en los centros sanitarios ya que sólo una pequeña proporción de estas conductas sale a la luz, pero hay un gran volumen de incidentes violentos sumergidos que no constan en ninguna parte. Los sondeos disponibles indican que en torno al 60% del personal de sanidad ha sido objeto alguna vez de alguna agresión física o verbal. Conforme a datos de la Organización Mundial del Trabajo, el 25% de las agresiones en el medio laboral se producen en el entorno sanitario. Dadas las dimensiones del problema y las dificultades para disponer de datos fiables, diversas instancias están trabajando para la implementación de registros de notificación de incidentes violentos. Esto ha permitido describir la tipología y la prevalencia de la violencia en el sector sanitario, identificar los principales factores de riesgo de la misma y comparar los datos obtenidos con los de otras investigaciones de referencia. La motivación de la violencia en los centros sanitarios difiere significativamente de la de otros lugares de trabajo; procede generalmente de pacientes y, de vez en cuando, de familiares que se sienten frustrados, vulnerables y fuera de control. Estas agresiones pueden ser de carácter verbal, físico o psíquico, pudiendo darse en ocasiones una combinación de ambas. Los trabajadores expuestos son tanto los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares), como los no sanitarios (personal administrativo, celadores, conductores de ambulancia).

Los factores de riesgo para la violencia varían de un centro a otro dependiendo de la localización, del tamaño y del tipo de atención, pero podemos citar algunos comunes como son:

- Trabajar directamente con las personas inestables, especialmente si están bajo la influencia de drogas o alcohol o tienen una historia de violencia o trastornos mentales.
- Trabajar con personal insuficiente.

- Traslado de pacientes.
- Esperas largas por el servicio.
- Salas de espera abarrotadas e incómodas.
- Trabajar solo.
- Mal diseño ambiental.
- Seguridad inadecuada.
- Falta de capacitación del personal para impedir y controlar las crisis con los pacientes potencialmente volubles.
- Abuso de drogas y alcohol.
- Movimiento ilimitado del público.
- Mala iluminación de pasillos, salas, estacionamientos y otras áreas.

Los efectos de la violencia son de muy diversa índole y se producen sobre la persona:

- Disminución de la motivación, implicación y rendimiento laboral.
- Disminución de la autoestima.
- Despersonalización.
- Síntomas psicósomáticos.
- Alteraciones emocionales.
- Pensamientos negativos sobre sí mismo, la profesión y la organización.
- Afectación de los rendimientos cognitivos.
- Conductas de evitación en el trabajo.
- Afectación a la realización profesional y personal.
- Afectación de las relaciones personales y sociales.

Y también sobre la propia organización sanitaria:

- Incremento del absentismo laboral y pérdida de horas de trabajo.
- Descenso de la calidad de la asistencia.
- Deterioro del ambiente laboral.
- Deterioro de la imagen institucional.
- Incremento de los costes por medicina defensiva.
- Insatisfacción de usuarios y profesionales.
- Deterioro de la relación entre profesionales y usuarios.
- Conflictos laborales.

Para prevenir la violencia en centros sanitarios, se deben desarrollar programas de salud y seguridad que incluyan unos compromisos de gestión y de participación de los trabajadores en la identificación del peligro, formación en seguridad, salud y prevención del peligro, control e información. Se han descrito

ciertos aspectos que podrían contribuir a mejorar esta prevención. Entre ellos cabe destacar las medidas medioambientales: señales de emergencia, alarma y sistemas de supervisión; instalación de dispositivos de seguridad como cámaras y buena iluminación en vestíbulos; guardias de seguridad por la noche en ciertas áreas de aparcamiento; diseño de las áreas de espera para acomodar y asistir a los visitantes y a los pacientes que puedan tener retraso en la asistencia; diseñar el área del “triaje” y otras áreas públicas para reducir al mínimo el riesgo de agresiones. Otros tipo de prevención incluye medidas administrativas: proporcionar medios de personal para impedir que se trabaje solo y para reducir al mínimo el tiempo de espera de los pacientes; restringir el movimiento del público en el centro mediante accesos controlados por tarjetas y desarrollar un sistema para alertar a personal de seguridad cuando se sospechan situaciones de violencia. Deben incluirse específicamente medidas formativas: proporcionar a todos los trabajadores entrenamiento para reconocer y manejar las agresiones, para la resolución de los conflictos y para mantener la conciencia del peligro existente. Y por último, es imprescindible adoptar medidas de tipo social que incluyan el desarrollo y actualización de un marco legal adecuado y suficiente que actúe como factor preventivo y disuasorio, así como campañas de promoción de valores culturales que prevengan la violencia en general.

Para finalizar exponemos las ventajas de la instauración de un Protocolo específico de actuación en los Centros Sanitarios, con el que se pretende mejorar las condiciones de salud y seguridad de los trabajadores que desarrollan su actividad laboral en dichos centros, ya que:

- Contribuye a disminuir los riesgos de agresión y el efecto lesivo de las agresiones en caso de que se produzcan.
- Permite prevenir agresiones y actos de violencia contra los trabajadores.
- Confiere protección a los trabajadores, usuarios, bienes y servicios de los Centros Sanitarios, a la vez que confiere seguridad y confianza en los mismos, lo que ayuda a mejorar el ambiente laboral, favorece el respeto mutuo y la comunicación.
- Sensibiliza, informa y forma a los trabajadores, animándoles a denunciar los incidentes y a proponer estrategias y actividades para reducir o eliminar los riesgos.
- Contribuye a registrar y documentar las agresiones y elaborar mapas de riesgo.
- Permite crear un sistema de denuncia y registro ágil y accesible, así como favorecer el seguimiento en la recuperación total del trabajador.
- Facilita el análisis de la seguridad de los Centros Sanitarios, el estudio de los incidentes por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la elaboración

de estadísticas de situaciones conflictivas con los ciudadanos.

- Facilita a los trabajadores afectados asistencia sanitaria, apoyo psicológico, asesoramiento y defensa jurídica.

5 Discusión-Conclusión

- Las agresiones a profesionales de la sanidad constituyen un riesgo emergente para este grupo profesional.
- Este fenómeno es de carácter internacional.
- Está entroncado con el aumento generalizado de la violencia a nivel social.
- Es importante tomar medidas encaminadas a la prevención de la agresión, en caso de que ésta ocurra deben tenerse claras las medidas a tomar para la atención del personal agredido y también del entorno laboral, estas medidas ayudarán a minimizar las secuelas derivadas de la agresión y a que el agresor no quede impune.
- La única vía útil que tenemos para luchar contra las agresiones es denunciar al agresor, para ello deben no solo recabarse la información y testigos necesarios, también deben tomarse medidas de protección de carácter personal del demandante.
- En los últimos tiempos afortunadamente ha habido cambios jurídicos y legislativos de gran importancia basados en la consideración de “delito de atentado” a este tipo de agresiones y que son un paso más en la lucha contra este problema.

6 Bibliografía

- Lameiro, C. Besteiro, A. Cuevas, A. Pérez, A. Gómez, C. Del Campo, V. (2013) Violencia Laboral en Instituciones sanitarias. Análisis de un perfil cambiante.
- Sainz, C. López, P.F. Maestre, M. Borda, J. Cabrero, B. Rodríguez, M.L. (2011) Protocolo de actuación frente a situaciones conflictivas con los ciudadanos en centros de atención primaria.
- Pellín, H.D. Morilla, I. Rubio, I. (2015) Cómo actuar ante la agresión en Sanidad.
- Miret, C. Martínez Larrea, A. (2010) El profesional en urgencias y emergencias: agresividad y burnout.
- García Roncero, C. (2011) Las agresiones en los centros sanitarios. Revista Enfermería CyL.

Capítulo 559

IMPORTANCIA DE LA EQUIDAD DE GÉNERO EN LAS RELACIONES LABORALES DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

ANA ISABEL VIJANDE ANGEL

DANIEL SAMPAYO IGLESIAS

MIGUEL MOLINA MENÉNDEZ

LORENA LÓPEZ CERÓN

1 Introducción

Habitualmente se tiende a confundir igualdad con equidad y desde luego no son lo mismo. Equidad hace referencia a una igualdad a otros niveles que dejan a parte las potencias y las estructuras físicas. La Equidad es un término muy aplicable dentro del ámbito laboral para hacer referencia a una igualdad de oportunidades al realizar cualquier tarea independientemente del sexo, edad o circunstancias de la persona que la realice, si ésta se encuentra en las circunstancias adecuadas de formación, conocimiento y capacidad para el desempeño de la función.

En el ambiente sanitario y el no sanitario suelen confluir desde la antigüedad bastantes roles designados en función del género, tales como las enfermeras, los médicos, las limpiadoras, los electricistas, los mantenedores, etc.

Estos roles aun se mantienen en algunas estructuras de carácter privado. No obstante en la sanidad pública cada día se encuentran más obsoletas. La emancipación y empoderamiento de la mujer hace que esta se incluya en profesiones en las que algunos habían podido pensar que no tenían cabida. Los avances en técnica y la lucha por los derechos y la equidad laboral cada día hacen más mella y favorecen la equidad de género en el ámbito laboral. Los hombres también han comenzado a incluirse en profesiones en las que inicialmente solo se contrataban mujeres tales como enfermería o limpieza.

Para lograr un equilibrio en la empresa y un correcto desarrollo de las relaciones laborales dentro de la misma es necesario que se respete la contribución de hombres y mujeres a la misma, independientemente de la labor que se realice o de los requerimientos que esta tenga a la hora de realizarse, cumpliendo ambos el rol ideal de generadores de recursos para la empresa. Es relevante desarrollar diferentes estrategias que comporten igualdad de oportunidades, tales como la inclusión de las nuevas tecnologías aplicadas al ambiente laboral para suplir esfuerzos innecesarios en ambos y prevenir riesgos laborales. Un ambiente laboral saludable en el que las oportunidades se designen en función de los conocimientos, la formación y las capacidades y no en función del género es un punto muy positivo para la empresa, así como para la satisfacción del trabajador y trabajadora en la lucha por el ascenso y afianzamiento de la situación laboral.

2 Objetivos

- Destacar la importancia de una relación laboral en la que prime la equidad de género, dentro de un hospital.

3 Metodología

Revisión sistemática de artículos científicos de alto impacto entre los años 2013 y 2019 en las siguientes bases de datos científicas: Pubmed, Cuiden y Web of Science. Seleccionamos un total de 40 artículos según rango de impacto.

Palabras clave:

Descriptores DeSC: Equidad; Personal; No sanitario.

Descriptores MeSH: Maintenance; Hospital; Equity; Health.

Se utilizaron truncamientos y tesauros en las estrategias de búsqueda para favorecer el hallazgo de artículos que cumpliesen con los criterios de inclusión de la revisión bibliográfica.

Los 40 artículos seleccionados de un total de 100, se recogieron por afinidad al tema propuesto en los objetivos, así como haciendo más hincapié en la sanidad Española, dado que las diferencias en materia de equidad con latinoamerica son demasiado evidentes. Se tuvo en cuenta que se hubiesen hecho en los últimos seis años, para buscar cierta actualización en las informaciones obtenidas. Se recogieron artículos en inglés y castellano.

4 Resultados

- Cuando hablamos de equidad de género no nos referimos a igualdad de sexo. Género es un concepto mucho más amplio al margen de las diferencias físicas observables, género hace referencia a la división en función de los roles, recursos, distribución de responsabilidades y al poder en sí y en muchas ocasiones en función del sexo. Buscar una equidad de género en el ambiente laboral debería ser una obligación de toda empresa tanto pública como privada, y debería estar claramente y sin margen a recovecos legales dentro de la ley.
- Dentro del ámbito sanitario priman la distribución de poder y la carga de responsabilidades en materia de salud, así como el financiamiento de la atención según la capacidad de pago y esto aun incide directamente sobre la equidad de género.
- Las relaciones laborales, no siempre son equitativas, sobretodo, si las observamos desde una perspectiva de género.
- Una gran mayoría de los artículos revisados, destacan que una relación laboral en la que cada persona evolucione y ascienda según su valía profesional sin que le frene su condición de hombre o mujer, es muy importante para el correcto desempeño del trabajo, evitar situaciones de estrés laboral o emocional. No obstante la equidad laboral desde la perspectiva de género aun está lejos de producirse, en la mayoría de memorias de centros hospitalarios revisadas, según el puesto de trabajo hay una aplastante mayoría de hombres o de mujeres.
- En limpieza priman las mujeres, aunque cada vez hay más hombres. En el personal de mantenimiento priman los hombres, siendo ocupadas muy pocas plazas por mujeres. Entre el personal administrativo hay relativa igualdad, siendo superior en algunas ocasiones, no destacables, el número de mujeres.

5 Discusión-Conclusión

La equidad laboral en el personal hospitalario avanza alegremente a nivel organizativo y funcional. Aunque cada día hay menos diferencias por género, aun

queda mucho por recorrer para conseguir la equidad por sexo. Otra perspectiva que marca una gran diferencia es el tipo de empresa en la que se realiza la labor. Algunas empresas privadas aun tienden a marcar claras diferencias de género, marcando el sexo para ciertos roles y utilizando apoyos con indumentarias de la antigüedad que designan diferencias.

El sistema público en España cada día demuestra más potencia en la defensa de la equidad de género. Toda persona puede intentar acceder a todo puesto de trabajo disponible, siempre que disponga de la formación adecuada para ello. En conclusión la equidad designa un conjunto de reglas que permiten la igualdad de participación de individuos independientemente del sexo que posean, en su medio laboral y social, intentando evitar siempre estereotipos o discriminación.

La situación en la que los trabajadores de una empresa son libres de desarrollar sus capacidades personales y tomar decisiones sin las limitaciones impuestas por los roles tradicionales del sexo, y en la que se tienen en consideración y se valoran y potencian en igual magnitud las conductas, aspiraciones, necesidades y requerimientos de los hombres y las mujeres dentro del ambiente laboral de la empresa.

6 Bibliografía

- Fernández-Sáez, J. Ruiz-Cantero, M. T. Guijarro-Garvi, et al. Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014. *Gaceta Sanitaria*. 2016; 30(4): 250-257.
- Calixto, A.R.J. Abascal, I.C. Martínez, P.L.V. Construcción y validación de instrumentos para directivos de salud desde la perspectiva de género. *Horizonte sanitario*. 2015; 14(3): 101-110.
- Artazcoz, L. Chilet, E. Escartín, P. Fernández, A. Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*. 2018; 32: 92-97.
- Zúniga, F.S. La Salud Pública desde la Perspectiva de Género. *Revista Científica de FAREM-Estelí*. 2015; 16: 65-70.
- Urbanos-Garrido, R. La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*. 2016; 30: 25-30.
- Vázquez-Santiago, S. Peña, F. G. El enfoque de género en las necesidades de atención sociosanitaria. *Enfermería Clínica*. 2016; 26(1): 76-80.
- Tasa-Vinyals, E. Giral, M.M. Raich, R.M. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de*

enlace. 2015; 113: 14-25.

- García-Calvente, M.D.M. Ruiz-Cantero, M.T. Río-Lozano, M.D. Borrell, C. López-Sancho, M.P. Desigualdades de género en la investigación en salud pública y epidemiología en España (2007-2014). *Gaceta Sanitaria*. 2015; 29(6): 404-411.
- Abásolo, I. Negrín-Hernández, M.A. Pinilla, J. Utilización y tiempos de espera: dos vertientes inseparables del análisis de la equidad en el acceso al sistema sanitario público. *Hacienda Pública Española*. 2014; 208(1): 11-38.
- Welch, V. Petticrew, M. Tugwell, P. Moher, D. O'Neill, J. Waters, E. White, H. Extensión PRISMA-Equidad 2012: guías para la escritura y la publicación de revisiones sistemáticas enfocadas en la equidad en salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2013; 34: 60-67.
- Díaz Bernal, Z. Presno Labrador, M.C. Enfoque de género en el análisis de la situación de salud desde la perspectiva de las determinantes sociales de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2013.
- Fernández-Sáez, J. Ruiz-Cantero, M.T. et al. Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014. *Gaceta Sanitaria*. 2016.

Capítulo 560

OXIGENOTERAPIA EN LOS CENTROS HOPITALARIOS

JOSE DIAZ FERNANDEZ

1 Introducción

La oxigenoterapia es un tratamiento que tiene como finalidad tratar o prevenir la deficiencia de oxígeno en la sangre, las células y los tejidos del organismo. Es necesaria prescripción médica y se suministra mediante la administración de oxígeno en concentraciones elevadas. El oxígeno que se usa para esta práctica es la mezcla de aire enriquecido con O₂.

2 Objetivos

- Proveer al paciente del oxígeno suficiente para evitar una situación de hipoxia o escaso oxígeno en tejidos, normalmente causados por una Hipoxemia (disminución anormal de la presión parcial de oxígeno en la sangre arterial, por debajo de 60mmHg o Saturación de oxígeno menor de 90.7%).
- Reducir otros problemas como la hipertensión pulmonar o a minimizar el trabajo respiratorio y miocárdico.

3 Metodología

El Celador ayudará al paciente a que éste se tome la posición Flower o recostado, al tratarse de un tratamiento médico será el personal sanitario el encargado de administrárselo al paciente.

Para administrar el Oxígeno existen dos sistemas, los de bajo flujo o los de alto flujo :

I. Bajo Flujo:

- Cánulas o gafas nasales. Son unos tubos de plástico flexibles, para poder adaptarse a las fosas nasales, son ligeras y que permiten a la persona comer, hablar y dormir perfectamente y generalmente son muy bien toleradas. El flujo de O₂ es de nivel bajo, oscila entre 1-4 litros /minuto (24-40%).
- Sondas nasales (sonda nasofaríngea): Se trata de un tubo de goma, de unos 25 cm de longitud, el cual se introduce por la nariz del paciente. El flujo de oxígeno oscila entre 1 y 5 litros por minuto, con una concentración de 30 al 35%.
- Mascarilla simple. Dispositivo que cubre la nariz y boca del paciente. El flujo de O₂ varía de de 6 a 10 litro/minuto (concentración entre 35% y 50%). Dispositivo que se utiliza para administrar oxígeno durante cortos periodos de tiempo y de una manera rápida.
- Mascarilla con reservorio. Mascarillas con una bolsa en su extremo inferior, pueden ser de dos maneras:
De reinhalación parcial: Donde las concentraciones de O₂ oscilan entre el 50% y el 60% (flujo de 10 a 12 litros/minuto) De no reinhalación. Donde se suministra concentraciones más altas de oxígeno que pueden llegar al 95% (flujo de 10 a 15 litros/minuto).

II. Alto Flujo:

- Mascarilla tipo Venturi. Mascarilla que dispone de un dispositivo que permite regular la concentración de O₂ que se está administrando al paciente, en su parte inferior, para que no se interrumpa su flujo. Es el sistema más utilizado como alto flujo y es adecuado para pacientes con insuficiencia respiratoria aguda grave.
- Tubo en T. Este sistema de aporte de oxígeno es específico para paciente traqueotomizados.
- Campanas de oxígeno. Sistema de administración de O₂ utilizado en pediatría, adecuado para lactantes, cubre la cabeza y el cuello del menor. Debe acoplarse un nebulizado y eliminarse periódicamente la condensación.
- Tiendas de oxígeno. Sistema de administración de O₂ utilizado en pediatría o en casos de trauma facial , importante acoplarse al sistema de venturi para impedir

la rehinhalación de CO2

Los componentes necesarios para la administración de este tratamiento serán:

- Fuente de suministro del oxígeno:

Central del O2: Tanque que se encuentra fuera del hospital conectado por un sistema de tuberías con tomas en las distintas unidades hospitalarias.

Balas de O2 portátiles.

- El equipo regulador manoreductor de oxígeno regula la presión de salida.
- El manómetro mide la presión de oxígeno dentro del recipiente
- El flujómetro regula el caudal de salida del oxígeno en litros/minuto.
- El vaso humidificador, humidifica el oxígeno que sale al ser este frío y seco, evitando que las vías respiratorias se irriten.

A la hora de trasladar a un paciente sometido a oxigenoterapia, el celador deberá esperar a que el personal sanitario desconecte a éste del oxígeno de la toma de la pared de la unidad hospitalaria y lo conecte a la bala de oxígeno portátil.

El Celador comprobará que el dispositivo nunca vaya en posición horizontal antes de gestionar el traslado del paciente además de evitar la caída y choque de la bala de oxígeno, no acercar a llamas y no fumar cerca, ni acercar a grasas o aceites.

4 Bibliografía

1. <https://serralco.es/oxigenoterapia/>.
2. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/dossiers/oxigenoterapia>
3. <https://cuidateplus.marca.com/belleza-y-piel/>
4. <http://celadoresonline.blogspot.com>

Capítulo 561

HOSPITALES LIBRES DE HUMO

MARÍA SONÍA ORTIZ TEJÓN

1 Introducción

El humo del tabaco contiene más de 7000 sustancias químicas, en las que al menos se sabe que 250 son dañinas. El humo del tabaco es dañino tanto para fumadores como para los que no lo son, solo respirar un poco de humo puede ser perjudicial para la salud y por eso se debe instaurar un proyecto para la mejora de medidas contra el humo en los hospitales.

2 Objetivos

- Trabajar desde los hospitales no solo para ofrecer un ambiente libre de humos para proteger a los pacientes no fumadores, si no que se deberá apoyar activamente a los fumadores para que dejen la práctica.
- Se deberá incluir a pacientes y trabajadores, y deberá caer en la responsabilidad de los hospitales de ofrecer unas políticas de control de tabaco.

3 Metodología

Es primordial que haya un compromiso de participación de los responsables de la toma de decisiones del centro hospitalario, que deberán informar a todo el personal y a los pacientes adoptando de manera formal y publica una política libre de humos para el entorno hospitalarios.

El proyecto que se va a desarrollar para evitar el humo en los hospitales deberá cumplir o tener en cuenta los siguientes apartados:

- Se deberá nombrar un grupo de acción el cual tendrán una estrategia y un plan de implantación donde será crucial que haya una comunicación clara de prohibición y ayuda tanto al personal sanitario como a cualquier trabajador o trabajadora del centro hospitalario, a los pacientes y visitantes. Un buen comienzo es la retirada de ceniceros y utensilios para llevar a cabo esta práctica además de la implantación de carteles informativos.
- Se deberá facilitar materiales educativos al personal, a los pacientes y a los visitantes, mostrando siempre el apoyo necesario para que dejen de fumar.
- Se deberá disuadir el consumo de tabaco en todas las zonas de entrada y recepción del hospital, el entorno deberá estar dotado de la señalización adecuada y clara. Se prohíbe la venta y distribución de tabaco aunque puede haber excepciones en algunas instalaciones psiquiátricas y estancias prolongadas.
- Estará prohibida cualquier publicidad de tabaco en todas las instalaciones.
- Todo el personal tiene la obligación de adoptar las medidas en caso de infracción de la política libre de humos por parte de pacientes, familiares o visitantes. La responsabilidad de la supervisión recae sobre el grupo de acción de la política, que actuará junto con los supervisores/responsables de las unidades, y deberán hacer comprender el cumplimiento de la política y los sistemas de comunicación intentando convencer, y si fuese necesario, coaccionar de acuerdo con la legislación.
- La implantación de un espacio libre de humos es posible aunque sea necesaria mucha paciencia, los resultados llegan a ser satisfactorios si los hospitales se comprometen plenamente con los pasos para su implantación.

4 Bibliografía

- <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/tabaco>
- <https://www.astursalud.es/documents/31867/0/Gu%C3%ADa+Hospitales+sin+Humo.pdf>
- <https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/cartera-servicios/neumologia>

Capítulo 562

MANIPULACIÓN DE PACIENTES. RIESGOS ERGONÓMICOS.

CARMEN VÁZQUEZ ÁLVAREZ

VÍCTOR BUSTO RODRÍGUEZ

1 Introducción

Movilización Manual de Pacientes (MMP)", se refiere a todas aquellas tareas que requieren el uso de fuerza humana para levantar, descender, sostener, empujar o arrastrar una persona o parte de su peso.

Para una correcta movilización de pacientes se recomienda atender lo siguiente:

- Selección adecuada de la técnica.
- Uso adecuado de la mecánica corporal.
- Uso adecuado de elementos de ayuda (simples o mecanizados).
- Mejoramiento de la organización del trabajo.

Hay varios factores que determinan que las actividades de movilización manual de pacientes sean peligrosas y que, por tanto, aumentan el riesgo de que se produzcan daños. Se denominan factores de riesgo y se refieren a distintos aspectos:

Riesgos relacionados con la tarea:

1. Cantidad de esfuerzo físico necesario para realizar la tarea (como levantar, empujar o tirar de una carga) o para mantener el control de equipos y herramientas.
2. Repetición: Realización del mismo movimiento o serie de movimientos de o Posiciones forzadas.

3. Adopción de posiciones estresantes para el cuerpo, como inclinarse sobre una cama, arrodillarse o girar el tronco al levantar una carga

Riesgos relacionados con el paciente:

1. No se puede levantar a un paciente como si fuera una carga, de modo que no siempre son aplicables las “normas” para levantar cargas de forma segura
2. No se puede sujetar a los pacientes manteniéndolos cerca del cuerpo o Los pacientes no tienen asideros
3. No se puede prever lo que vaya a suceder mientras se moviliza a un paciente o Los pacientes son voluminosos

Riesgos relacionados con el medio ambiente:

1. Peligro de tropezones, resbalones y caídas
2. Superficies de trabajo irregulares
3. Limitaciones de espacio (habitaciones pequeñas, muchos equipos)

Otros riesgos:

1. No se dispone de asistencia
2. Equipos inadecuados
3. Ropa y calzado inadecuados
4. Falta de conocimientos o de forma.

2 Objetivos

Exponer la técnica de movilización adecuada de pacientes para evitar problemas al profesional sanitario y a los pacientes.

3 Metodología

La obtención de datos se ha basado en la observación, análisis y valoración de las condiciones de trabajo, a través del estudio de los siguientes aspectos:

- Observación directa del entorno de trabajo.
- Determinación de las tareas realizadas en el lugar de trabajo.
- Observación de las tareas realizadas en los distintos puestos de trabajo.
- Estudio de las pautas de trabajo.
- Valoración de los riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo.
- Revisión bibliográfica de la Ley general de riesgos laborales.

4 Resultados

Los objetivos de las técnicas de manejo de pacientes son:

1. Transferir: mover el paciente desde una superficie a otra.
2. Reposicionar: mover el paciente sobre una misma superficie.

Antes de ejecutar una labor de esta naturaleza, es importante considerar:

1. Conocer el estado del paciente y verificar su grado de colaboración.
2. Comprobar el peso y talla del paciente.
3. Verificar si es posible utilizar elementos de ayuda (simples o mecánicos)
4. Explicar al paciente lo que se realizará y solicitar su colaboración, así sea mínima.
5. Proteger conexiones: sondas, drenajes, catéteres, etc.
6. Comprobar el buen funcionamiento del freno de las ayudas mecánicas antes de mover al paciente.
7. Cuando el paciente no colabora o el peso es excesivo y no se dispone de elementos de ayuda, se debe considerar realizar la maniobra entre dos o más personas.
8. Procurar repartir la carga entre las personas encargadas de la maniobra.
9. Utilizar adecuadamente la mecánica corporal para evitar posturas incómodas.
10. Utilizar toda la mano al ejecutar la movilización. Nunca tomar al paciente de su ropa o utilizar la mano en pinza.
11. Es recomendable que las personas encargadas de la maniobra sean de similar estatura.
12. Es conveniente utilizar calzado adecuado (evitar el uso de zuecos).
13. Asegurarse que el recorrido esté libre de obstáculos.
14. Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado. Los desperdicios, derrames de líquidos y otros materiales como papeles, algodón o gasas, pueden originar resbalones y caídas.
15. Respetar las vías de circulación y la señalización existente. No obstaculizar las vías de evacuación, así como el acceso a extintores, bocas de incendio, salidas de emergencia, tableros eléctricos, pulsadores de alarma, etc.

Uso adecuado de la mecánica corporal:

El nivel de riesgo dorso-lumbar podría disminuir cuando se aplican principios de manejo manual de carga y mecánica corporal:

- Proveer base de sustentación amplia, con referencia al ancho de los hombros (pies separados y bien apoyados en el piso).
- Flexionar las piernas y mantener la espalda recta, con moderada inclinación.

- Evitar torsión de tronco, especialmente cuando la espalda está inclinada.
- Mantener al paciente cerca del cuerpo.
- Realizar la tarea lentamente, evitando movimientos bruscos.
- Utilizar el peso del cuerpo como contrapeso.
- Mantener pelvis en retroversión con abdominales contraídos.
- Usar la musculatura fuerte para los procedimientos que generan mayor demanda biomecánica
- Aprovechar la energía mecánica del “impulso inicial”.
- Manejar el peso a favor de la gravedad.

Uso de elementos de ayuda:

Elementos de ayuda mecanizado

- Gruas
- Bipedestador mecánico .

Mejoramiento de la organización del trabajo:

- Personal de apoyo (en periodos críticos).
- Disminuir la exposición, rotación de tareas.
- Priorizar la asignación de personal masculino
- Supervisión: asignar a personal con entrenamiento y experiencia
- Capacitación: Facilitar elementos de ayuda
- Formación
- Vigilancia de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Recordad que si adoptáis posturas correctas en la movilización y el traslado de enfermos:

- La espalda no os dolerá
- Os cansaréis menos
- Incrementaréis la seguridad del paciente.
- Aumento de la eficacia del trabajo y mejora del entorno laboral.

6 Bibliografía

- http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/me-perez_a/pdfAmont/me-perez_a.pdf

- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo - <http://osha.europa.eu>
- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de prevencion de riesgos laborales
- Álvarez-Casado, E.; Hernández-Soto, A.; Rayo García, V. (2010). “El riesgo asociado a la movilización de pacientes”. Gestión Práctica de Riesgos Laborales, N.º 67, pág. 26.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (1998). “Guía Técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la Manipulación manual de cargas”.

Capítulo 563

ATENCIÓN AL MENOR

MARIA ROSARIO CASERO DÍAZ

1 Introducción

Los menores son reconocidos como grupo social específico, que posee características y necesidades propias, el menor debe ser reconocido como sujeto de derechos, derecho a ser atendido y protegido y por tanto con derecho a desarrollar su personalidad. Corresponde a los poderes públicos desarrollar aquellas medidas tendientes a que la sociedad proteja, promueva y posibilite el ejercicio de tales derechos, con el objetivo de procurar el desarrollo integral y el bienestar de los menores. Los Servicios Sociales incluyen entre sus áreas de actuación la atención y promoción del bienestar de la infancia, adolescencia y juventud.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Proponer en la política de Servicios Sociales una intervención globalizada que incluya la prevención y la detección precoz de cualquier factor o circunstancia que pueda afectar al bienestar o al desarrollo del menor y adolescente.

Objetivos secundarios.

- Respetar el entorno emocional.
- Evitar la ruptura con el entorno familiar.
- Orientar el trabajo social a la reversibilidad a la familia, en aquellos casos que el internamiento o institucionalización del menor sea inevitable.
- Abordar la adopción únicamente cuando la desanteción o abandono al menor pueda ser certificado por equipo multidisciplinar.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en buscador científico (Publmed) utilizando palabras claves como menor, atención integral, familia. Y se realiza una búsqueda en bibliografía especializada.

4 Resultados

El equipo multidisciplinar, eje principal de los servicios Sociales de infancia y adolescencia ,tratará de ofrecer respuesta a la problemática social de la infancia y adolescencia y orientará sus actuaciones en base a tres niveles:

- Nivel comunitario, a este nivel , lo más importante es dar a conocer a la población de la problemática de la población infantil y juvenil, adoptando medidas como favorecer el asociacionismo, actuaciones de carácter educativo y preventivo.
- Nivel institucional, a este nivel se evitará en la medida de lo posible la institucionalización del menor a través de medidas en que la participación con las diversas instituciones como la escuela juegan papel importante.
- Nivel familiar e individual, es el nivel más importante, en el que se intentará informar sobre los recursos existentes, orientar y asesorar, intervenir con la familia en todos los ámbitos, terapia familiar, atención individualizada al menor, realizar actividades de recuperación y rehabilitación con niños con dificultades especiales, ingresar cuando no sea posible y no haya otra alternativa, y por el menor tiempo posible a los menores que no puedan permanecer con su familia.

5 Discusión-Conclusión

Conociendo los recursos disponibles para mejorar la situación del menor vulnerable, el profesional podrá orientar y asesorar, se podrá intervenir con la familia en todos los ámbitos, realizar actividades de recuperación y rehabilitación con niños con dificultades especiales y procurar en la manera de lo posible la permanencia de estos niños con su familia. La coordinación entre los profesionales que trabajan en el mismo servicio, a través de reuniones y trabajos en equipo es imprescindible, así como la coordinación con los otros profesionales de otros servicios que tengan competencia en materia de menores, así como con asociaciones.

6 Bibliografía

- Artículos de revista :Documentación Social: Servicios de bienestar Social .El tercer sector N°103.Madrid, Cáritas 1996.
- Mondragón, J. y Trigueros, I. Manual de Prácticas de Trabajo Social con menores Madris . Ed : XXI, 1993.
- Robertis, C. y Pascal, H. La Intervención colectiva en trabajo social. La acción con grupos y comunidades. Buenos Aires: El Ateneo, 1994.
- Alexander, T: Roodin P. y Gorman B. Psicología evolutiva, Madrid. Ed. Pirámide 1998.
- Moraleda, M Comportamientos Sociales hábiles en la infancia y la adolescencia. Valencia Promolibro 1995.
- Casado, D. Introducción a los Servicios Sociales. Madrid. Popular . 1994.
- Manual PIF de 20 de mayor de 2008 Igualdad y Bienestar Social Servicios Sociales Comunitarios y Especializados. Programa de Intervención Familiar.

Capítulo 564

MOBBING EN EL TRABAJO

VANESA MURIAS PÉREZ

1 Introducción

El acoso laboral o mobbing es tanto la acción de un hostigador o varios hostigadores conducente a producir miedo, terror, desprecio o desánimo en el trabajador afectado hacia su trabajo, como el efecto o la enfermedad que produce en el trabajador. Esta persona o grupo de personas reciben una violencia psicológica injustificada a través de actos negativos y hostiles dentro o fuera del trabajo por parte de grupos sociales externos, de sus compañeros, de sus subalternos o de sus superiores. Dicha violencia psicológica se produce de forma sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado, a lo largo de semanas, meses e incluso años, y al mismo en ocasiones se añaden "accidentes fortuitos" y hasta agresiones físicas, en los casos más graves. Una situación de acoso muy prolongada en el tiempo, además de enfermedades o problemas psicológicos, puede desembocar, en situaciones extremas, en el suicidio de la víctima.

Lo que se pretende en último término con este hostigamiento, intimidación o perturbación (o normalmente la conjugación de todas ellas) es el abandono del trabajo por parte de la víctima, la cual es considerada por sus agresores como una molestia o amenaza para sus intereses personales (necesidad de extorsión, ambición de poder, de riquezas, posición social, mantenimiento del statu quo, etc).

Alrededor del 15% de los trabajadores en España sufren comportamientos agresivos y o amenazadores en su trabajo. El primer paso es vencer el miedo y reconocer que existe un problema. Muchos trabajadores son reacios a hacer público que

son víctimas de mobbing laboral por temor a perder su puesto de trabajo. El mobbing laboral sigue siendo un tema tabú y las cifras oficiales no se corresponden con las reales.

Es relevante tener claro que se considera ‘mobbing’ laboral:

- Recibir insultos o críticas emitidas a nivel público.
- Molestar al trabajador durante su tiempo libre con llamadas, mensajes.
- Dejar al trabajador sin tareas o, por el contrario, sobrecargarlo con la intención de generar estrés.
- Separar físicamente el puesto de trabajo de la víctima del resto de sus compañeros.
- Difundir rumores difamatorios que afectan a la imagen del trabajador.

2 Objetivos

- Describir los tipos de mobbing, las estrategias para combatirlo y las medidas legales existentes.

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 se puede clasificar de dos maneras: según la posición jerárquica o según el objetivo.

Acoso laboral según la posición jerárquica. Dependiendo de la posición jerárquica, el mobbing puede ser:

- Mobbing horizontal: este tipo de mobbing se caracteriza porque el acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico. Es decir, que suele darse entre compañeros de trabajo, y las repercusiones a nivel de psicológico para la víctima pueden ser devastadoras. Las causas de este tipo de acoso laboral pueden ser muchas y variadas, aunque las más comunes son, para forzar a un trabajador

a conformarse con determinadas normas, por enemistad, para atacar al más débil, por las diferencias con la víctima, o por falta de trabajo y el aburrimiento.

- Mobbing vertical: el acoso laboral vertical recibe este nombre porque o bien el acosador se encuentra en un nivel jerárquico superior a la víctima o se encuentra en un nivel inferior a ésta. Por tanto, existen dos clases de mobbing, mobbing ascendente, cuando ocurre cuando un empleado de nivel jerárquico superior es atacado por uno o varios de sus subordinados o mobbing descendente o bossing, cuando ocurre que un empleado de nivel jerárquico inferior recibe acoso psicológico por parte del uno o varios empleados que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa.

En función de los objetivos que el hostigador pretenda conseguir con el mobbing, este puede clasificarse de la siguiente manera:

- Mobbing estratégico. Este es un tipo de acoso descendente o “institucional”. Se caracteriza porque el mobbing forma parte de la estrategia de la empresa, y el objetivo suele ser que el acosado rescinda su contrato de forma voluntaria. De esta manera, la empresa no tiene que pagarle la indemnización que le correspondería por despido improcedente.

- Mobbing de dirección o gestión. Este tipo de mobbing es llevado a cabo por la dirección de la organización, generalmente por varios motivos, para prescindir de un trabajador poco sumiso, para llegar a situaciones de esclavismo laboral o para acabar con un trabajador que no se ajusta a las expectativas del jefe (por ejemplo, por estar demasiado capacitado o para dejarle en evidencia). Además, este tipo de acoso laboral puede realizarse para maximizar la productividad de la empresa a través del miedo, empleando amenazas reiteradas de despido en caso de no cumplir los objetivos laborales.

- Mobbing perverso. El acoso laboral perverso hace referencia a un tipo de mobbing que no tiene un objetivo laboral, sino que las causas se encuentran en la personalidad manipulativa y hostigadora del acosador. Es un tipo de mobbing muy perjudicial porque las causas que producen el acoso no pueden solucionarse implantando otras dinámicas de trabajo mientras la persona que acosa siga en la organización o no sea reeducada. Este tipo de acosador suele llevar a cabo el mobbing frente a la víctima, sin testigos. Es muy seductor y rápidamente consigue la confianza de los demás. Es habitual que el mobbing perverso sea un mobbing horizontal o ascendente.

- Mobbing disciplinario. Este tipo de mobbing se emplea para que la persona acosada entienda que debe “entrar en el molde”, porque si no lo hace será castigada. Pero con este tipo de acoso no solo se infunde miedo en las víctimas, sino que también advierte a los demás compañeros de lo que podría sucederles de ac-

tuar así, creando un clima laboral en el que nadie se atreve a llevar la contraria al superior. También se emplea en contra de esas personas que tienen muchas bajas laborales, mujeres embarazadas, y todos aquellos que denuncian el fraude de la institución (por ejemplo, el contable que presencia sobornos por parte de la empresa).

Estrategias personales para superar el mobbing:

- Identificar el problema del mobbing como tal: formarse e informarse sobre el problema.
- Documentar y registrar las agresiones de que se es objeto desde el inicio.
- Hacer públicas las agresiones que se reciben en la intimidad y en secreto y comunicarlas a compañeros, jefes, directivos, asesores, pareja, amigos y familiares.
- Desactivarse emocionalmente: evitar reaccionar ante los ataques.
- Controlar y canalizar la ira y el resentimiento, ya que la ira es la aliada del acosador: evitar explosiones de ira.
- Hacer frente al mobbing: el afrontamiento hace recular al hostigador, que es cobarde en el fondo.
- Dar respuesta a las calumnias y críticas destructivas con asertividad (sin pasividad ni agresividad).
- Proteger los datos, documentos y archivos del propio trabajo y guardar todo bajo llave, desconfiando de las capacidades manipulativas de los hostigadores.
- Evitar el aislamiento social: salir hacia afuera y afrontar socialmente la situación del acoso.
- Rechazar la inculpación sin aceptación ni justificación mediante la introyección de la culpabilidad.
- No intentar "convencer" o "cambiar" al hostigador.
- No caer en la inhibición: contar a otros el acoso. Hablar del tema del acoso, comunicarlo, escribirlo, relatarlo, etc.
- Desarrollar la empleabilidad propia: incrementar la formación y capacitación profesional.
- Ir conscientemente el acosado a la baja laboral o a la renuncia voluntaria antes de permitir ser destruido psíquicamente.
- Solicitar desde el principio asesoramiento psicológico especializado.
- Solicitar consejo legal para hacer valer y defender los derechos propios.
- Desarrollar la "autoestima autónoma" como vacuna contra el acoso.
- Desarrollar el poder curativo del humor.
- Permitirse llorar por el daño propio, como medio de desahogo.
- Perdonar al acosador, como forma de liberación final.

Medidas legales.

- Denuncia ante la empresa. El primer paso es comunicar los hechos a la empresa. Lo ideal es hacerlo por escrito y aportar copias de las pruebas. El destinatario de la denuncia debe ser el departamento de Recursos Humanos, el de Riesgos Laborales o la propia dirección de la empresa. Los abogados también aconsejan informar al representante de los trabajadores, si lo hubiera.
- Denuncia ante la Inspección de Trabajo. Si la empresa no toma medidas para corregir la situación o si estas son ineficaces, el segundo paso es poner el caso en conocimiento de la Inspección de Trabajo. A continuación, este organismo realizará una inspección en la empresa y si se estima que el denunciante tiene razón puede llegar a imponer sanciones.
- Denuncia ante los tribunales. La vía judicial es el último recurso. En función de los hechos denunciados, se deberá acudir a la jurisdicción Social o a la Penal. También se puede seguir la vía de la jurisdicción Civil para reclamar responsabilidades al acosador o acosadores.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral o mobbing en el trabajo es aún un gran tabú y es deber y obligación de todos acabar con él. Es importante una detección precoz del mobbing, ya que la presencia constante de este, ocasiona graves repercusiones en la vida de los trabajadores.

6 Bibliografía

- Psicologiaymente.com
- Piñuel, I (2003) Mobbing: Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Ed. Punto de lectura. Madrid
- Lavanguardia.com
- Wikipedia.org>wiki>Acoso_laboral

Capítulo 565

GÉNERO Y EMPLEO

VANESA MURIAS PÉREZ

1 Introducción

Aunque en muchos países se regula la igualdad entre hombre y mujer, y se prohíbe la desigualdad por razón del sexo, la situación real en materia laboral se aleja de la igualdad de género en el trabajo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene entre sus líneas de trabajo la igualdad de género y como objetivo establecer determinadas bases como:

- Promover el cumplimiento de los principios y derechos básicos en el trabajo.
- Generar oportunidades para que exista una igualdad de género en el trabajo que sea real.
- Fortalecer el diálogo social.
- Mejorar la seguridad laboral.

En la actualidad, la desigualdad de género, a pesar de los avances de los últimos años, se manifiesta en muchos ámbitos de la vida y el trabajo es uno de ellos. El último informe del Foro Económico Mundial sobre la Brecha de Género aporta datos tan significativos como los siguientes:

- Al ritmo actual, se tardaría un siglo en alcanzar la igualdad de género.
- La brecha de género se sitúa en un 68%, y los países nórdicos (Islandia, Noruega y Finlandia) siguen destacando por su mayor igualdad. Les siguen Ruanda y Nicaragua, que destacan por la presencia de la mujer en política.
- Los países con mayor desigualdad son Yemen, Paquistán, Siria y Chad.
- Estados Unidos retrocede 4 puntos respecto al año anterior.
- España sube puestos (del 29 al 24), pero sigue mereciendo un suspenso en materia de igualdad.

2 Objetivos

Abordar el problema del género y el puesto de trabajo en el momento actual.

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

Pese a que en las últimas décadas ha habido avances en el aumento de la participación de la fuerza de trabajo femenina y en la reducción de la diferencia salarial por razón de sexo, el objetivo de la igualdad de género en el mundo del trabajo continúa siendo lejano. Si bien millones de mujeres se han convertido en empresarias exitosas, la gran mayoría continúa estando claramente subrepresentada en las juntas directivas de todo el mundo. En particular, en los países en desarrollo, las mujeres siguen constituyendo la gran mayoría de los trabajadores pobres del mundo, puesto que tienen ingresos más bajos y suelen estar más afectadas por el desempleo a largo plazo que los hombres. Esto se explica por las desventajas socioeconómicas que sufren las mujeres y que son ocasionadas por la discriminación por motivos de sexo y por su doble papel de trabajadoras y cuidadoras de la familia. En muchas sociedades, es frecuente que las mujeres tengan más dificultades que los hombres para acceder a los recursos productivos, a la educación, al desarrollo de las calificaciones y a las oportunidades del mercado de trabajo. En gran medida, esto se debe a que persisten normas sociales que asignan un papel determinado por razones de sexo y que no suelen cambiar con rapidez. Además, las mujeres siguen realizando la mayor parte del trabajo de prestación de cuidados no remunerado, lo cual representa una dificultad creciente cuando intentan realizar un trabajo productivo, ya sea en la economía de subsistencia o en la economía de mercado, especialmente en los países afectados por los cambios en el medio ambiente, el VIH y el SIDA.

El género, en un sentido amplio, hace referencia a los roles socialmente constru-

idos y tiene que ver con los comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera apropiados para hombres y mujeres, teniendo gran influencia en la forma de vestir, la forma de comportarse, el papel que desempeña en la sociedad, su rol familiar y los tipos de trabajos que se realizan. A raíz de estas diferencias de género, se producen ciertas consecuencias laborales entre hombres y mujeres.

Los hombres y mujeres tienden a ocupar distintos puestos de trabajos en el mercado laboral. A esta situación se le denomina segregación ocupacional entre géneros. Mientras que las mujeres suelen trabajar en los sectores de asistencia, educación y servicios, los hombres predominan en el sector industrial.

Además, dentro del mismo sector, las mujeres suelen tener distintos trabajos, por ejemplo en el sector sanitario:

- Entre los hombres predominan médicos, conserjes o celadores.
- Entre las mujeres predominan enfermeras y auxiliares.

Incluso cuando mujeres y hombres realizan el mismo trabajo, suele haber diferencias en las tareas a realizar.

Se han detectado diferencias de género en la incidencia de accidentes, enfermedades y patologías relacionadas con el trabajo, siendo éstas las más relevantes:

- Los hombres sufren más accidentes y lesiones en el trabajo que las mujeres.
- Las mujeres tienen más probabilidades de padecer problemas de salud relacionados con el trabajo que los hombres.
- Las mujeres padecen más trastornos de las extremidades superiores relacionados con los movimientos repetitivos.
- El cáncer ocupacional es más común entre los hombres que entre las mujeres.
- El asma y las alergias suelen ser más comunes entre las mujeres.
- Las mujeres padecen más enfermedades cutáneas.
- Los hombres padecen mayor pérdida auditiva.
- Las mujeres padecen mayor riesgo de sufrir enfermedades infecciosas.
- Ambos sexos están expuestos a estrés, pero es más significativo entre las mujeres.
- Las mujeres están más expuestas a la intimidación en el lugar de trabajo.
- Las mujeres están más expuestas al acoso sexual en el lugar de trabajo.

En la actualidad ha habido grandes avances respecto a la discriminación laboral, pero continua habiendo una gran diferencia salarial y jerárquica.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario educar en diversidad y en inclusión, es necesario investigar las formas para contar con una fuerza laboral más diversa, basada en la igualdad. Esto no quiere decir que todo el mundo tenga que estar de acuerdo con las medidas que se adopten. El problema es que se da por hecho que si una empresa debe contratar al mismo número de mujeres que de hombres, se está haciendo un favor a las mujeres, porque seguramente no sean tan válidas como los hombres. Este pensamiento es precisamente el que es necesario eliminar, nadie debería sentir que le están contratando por lástima o por obligación.

El cambio no tiene que producirse en las leyes, el cambio tiene que producirse en las mentes de las personas, sobre todo en las que más potestad tienen dentro de las empresas. Pero el cambio tiene que producirse desde el principio. Si no educamos a los niños en la importancia de la igualdad, la sociedad perpetuará un modelo de discriminación por inercia. Esto es algo que se ha ido permitiendo durante los años porque las personas no eran conscientes, pero ahora las cosas están cambiando, y depende de nosotros lograr que la mujer pueda alcanzar la igualdad, caminar de lado del hombre, no por delante de él.

Alcanzar la igualdad es muy complicado, y aunque muchas personas quieran hacerlo, quizás no vean la manera correcta. Es necesaria la cooperación entre personas, pero también el entendimiento y la tolerancia. A veces solo es necesario ponerse en los zapatos de la otra persona para entender todas esas situaciones de discriminación que nadie quiere que se repita.

6 Bibliografía

- Forbes.es
- eacnur.org/blog/igualdad-genero-trabajo
- ila.org saludlaboral.org
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 566

VIOLENCIA DE GÉNERO Y SALUD. ACTUACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA.

GEMMA MAGDALENA CUENCO

1 Introducción

Las consecuencias que produce la violencia de género, repercute en la salud y en el bienestar de las mujeres a corto y a largo plazo. No sólo afecta a la propia persona que sufre el maltrato sino también a la salud física y mental de sus hijos.

Los profesionales y personal sanitario no son ajenos a estas consecuencias, ya que ellos son los que presencian y escuchan los relatos de las víctimas, siendo testigos en su asistencia e intervención a la víctima del sufrimiento que ocasiona esta violencia.

No solo existe la violencia física grave y visible, que hoy en día se hace eco en los medios de comunicación sino también aquella violencia, que aún sigue siendo invisible (maltrato psicológico), tremendamente devastadora para la persona que la sufre. Este tipo de violencia es provocada en la mayoría de los casos por las parejas o exparejas. La violencia no solo es el maltrato visible, sino que comprende también el insulto, la amenaza, el control, el aislamiento social, el ignorar los deseos y necesidades, el obligarla a realizar actos que no desea.

Reconocer estas situaciones de violencia en las consultas, es muy importante para que las víctimas comiencen un proceso de recuperación global de su salud y bienestar.

2 Objetivos

Abordar el problema de la violencia de genero y su manejo desde Atención Primaria.

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. Utilizando palabras como género, salud, prevención.

4 Resultados

DETECTAR PRECOZMENTE EN LA CONSULTA

Es en el Centro de Salud de Atención Primaria, donde primero se detecta la violencia, ya que repercute directamente en su salud. La mujer maltratada puede presentarse en consulta con diferentes síntomas físicos y psíquicos , en un principio es muy probable que nos pase desapercibida , ya que los síntomas son inespecíficos, sin embargo con el paso del tiempo podemos asociar datos.

Es importante que los profesionales no se centren sólo en los síntomas, sino que es importante escuchar cómo se siente, cómo piensa y cómo se relaciona, para comprender a la paciente como persona integrada en un medio familiar y social. Para realizar una buena valoración es importante que la entrevista que se haga en un ambiente relajado, libre de prejuicios y que propicie una buena valoración psicosocial.

RECONOCER LAS SEÑALES DE ALARMA

- Si los síntomas que nos comenta son crónicos, vagos y no nos cuadran con un diagnóstico de enfermedad física clara.
- Cuando existe aislamiento social y la mujer no tiene acceso al dinero, al coche, a su propia familia
- Al referirse a su pareja lo muestra como colérico, agresivo, temperamental o muestra celos por cualquier relación amistosa con otros hombres.
- Si muestra síntomas de depresión, ansiedad, ingesta crónica de tranquilizantes o consumo excesivo de alcohol, e incluso intentos de suicidio

- Cuando ante un tratamiento de enfermedad física , cefaleas , intestino irritable , infecciones urinarias no responde al tratamiento
- Cuando la pareja presenta conducta excesivamente controladora y no quiere dejar a la mujer sola.
- En relación con los embarazos, acuden tardíamente a control prenatal o lesiones físicas durante el embarazo.
- Cuando las lesiones no se corresponde con la explicación que nos da.

Tal como señala el protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género, se recomienda la necesidad de preguntar sistemáticamente a todas las mujeres que acuden a consulta, tanto si es la primera visita, como si se trata de consulta habitual y no consta en la historia clínica que se le ha preguntado. Se debe adoptar una actitud de alerta y búsqueda activa de conductas, síntomas o signo de sospecha.

Expondremos las principales ventajas de cómo a través de la detección precoz en la consulta y el conocimiento de las señales de alarma, podremos abordar el problema de violencia de género. El entorno influye en gran manera para que la mujer empiece a hablar de su problema, es importante la confianza que le demos y debemos escuchar , sin interrupciones , sin juzgar.

La escucha activa y comprensiva y el dar unas informaciones básicas constituyen una intervención terapéutica que puede resultar de gran ayuda para la mujer. Es importante preguntar, ya que como profesionales de atención primaria, somos el primer contacto con una institución pública, y así podremos detectar violencia y el riesgo, buscando siempre el bienestar de la mujer. Es muy importante estar formado, para saber cómo abordar el tema, nos dará seguridad y comodidad, esta formación debe incluir las propias creencias , nuestras actitudes y nuestra forma de relacionarnos. Debemos ver a la persona de manera global, ya que sino puede ser un obstáculo en la detección y abordaje de la violencia.

5 Discusión-Conclusión

Ya que algunos de los obstáculos con los que debemos luchar son los estereotipos culturales, la falta de tiempo y también la vergüenza de muchas mujeres a revelar su situación.

Nuestras creencias y actitudes personales son las que determinan habitualmente nuestra actuación. Igualmente nos resulta más difícil descubrir el maltrato en pacientes de nivel sociocultural similar al nuestro, ya que nuestra creencia es

que el maltrato sólo se da en las capas socioeconómicas más inferiores.

A pesar de todas las dificultades para preguntar, merece la pena hacerlo. Es necesario realizar un seguimiento en consulta ya que el profesional en quien la mujer se ha confiado constituye una persona de referencia a quien la mujer puede acudir ante cualquier duda. Para realizar el seguimiento es necesario que la orientación vaya encaminada hacia la trabajadora social del centro o derivemos hacia centro de atención de mujeres.

Los profesionales deberán valorar si está en situación de peligro para su vida, preguntándole directamente si cree que es seguro volver a su casa e informándola de la Orden de Protección. Es importante, hacer el registro en la historia clínica, si la mujer está de acuerdo, de cómo lo percibimos, ya que puede constituir una aportación importante si la mujer decide emprender acción judicial en ese momento o más adelante

6 Bibliografía

- [https://www.boe.es/legislación/codigos.php?id=038_Codigo_Penal y legislación_complementaria](https://www.boe.es/legislación/codigos.php?id=038_Codigo_Penal_y_legislación_complementaria)
- <https://www.interior.gob.es/>
- <https://www.violencia de género. Msssi.gob.es/home.htm>
- <https://www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/preguntas/delitos.htm#diferencia>
- CABRERA ESPINOSA, MANUEL (2011) ¿Usted por qué pega? La violencia de género a través del maltratador :Editorial Académica Española
- ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012).Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género Madrid: Gobierno de España

Capítulo 567

REPERCUSIONES DEL ESTRÉS LABORAL EN EL TRABAJADOR

SUSANA MIGUEL PICHEL

ANA MARIA ALVAREZ TORRE

LAURA PALACIOS

MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN

MONTSERRAT MIGUEL PICHEL

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud propuso al estrés como una de las enfermedades del siglo XXI. Desde los estudios pioneros, el estrés fue definido como Síndrome de Adaptación General (SAG) o respuesta defensiva del cuerpo o de la psique a las lesiones o al estrés prolongado.

Posteriormente, han sido numerosos los autores que han intentado definir el estado de estrés. No cabe duda de que la conceptualización de estrés más completa vino de parte de McEwen (2000) quien lo consideró como: “un estado mental que surge ante una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo, y resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual”.

Existen diversos tipos de estrés dependiendo de varios factores como:

- Su duración.
- Los estímulos que provocan la primera reacción.

- Las consecuencias, psicológicas o fisiológicas, que se desencadenan junto al evento estresante.
- El contexto que condiciona la respuesta de estrés.

El estrés laboral es un fenómeno, cada vez más frecuente, que está aumentando en nuestra sociedad, fundamentalmente porque los tipos de trabajo han ido cambiando en las últimas décadas. Afecta al bienestar físico y psicológico del trabajador y puede deteriorar el clima de trabajo en un espacio tan sensible como la de un centro hospitalario. El estrés es la segunda causa de baja laboral en la Unión Europea, afectando anualmente a cuarenta millones de trabajadores y suponiendo para sus países miembros un coste de veinte mil millones de euros al año en gastos sanitarios, sin contar la pérdida de productividad.

Según la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo un 28% de los trabajadores europeos padece algún tipo de estrés laboral. Hay que hacer notar además el factor doble presencia, por el que las mujeres, aparte de realizar su trabajo fuera de casa, suelen realizar y se responsabilizan de la mayor parte del trabajo familiar y doméstico. Esto puede conllevar que las mujeres sean más propensas a sufrir estrés laboral que los hombres.

Los hospitales son unidades diferenciadas dentro del sistema sanitario. Las actividades que se desarrollan suelen ser muy complejas y en ocasiones acompañadas de un volumen de trabajo creciente debido al aumento de la demanda y con una carga psicológica derivada de una relación continua y a veces directa con los pacientes. La organización del trabajo está basada sobre todo en el modelo de un equipo multidisciplinar, para poder hacer frente a toda la oferta de servicios demandados.

2 Objetivos

- Conocer el estado actual del estrés en el personal de las diversas categorías sanitarias y no sanitarias, identificando algunos de los métodos de evaluación y adoptando diferentes medidas preventivas al respecto.

3 Metodología

Se realizan diversas búsquedas bibliográficas utilizando las bases de datos: Medline, Google Académico, Wikipedia, Nioshtic-2, así como diversos artículos relacionados consultados en: La fundación española del corazón, Madridsalud.es,

4 Resultados

Los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores del ámbito hospitalario son elevados y repercuten negativamente sobre la salud. Los ritmos de trabajo han ido incrementándose y el nivel de demanda y exigencia también va en aumento. Pero no siempre las respuestas para hacer frente a las demandas tienen un carácter negativo, ya que muchas veces son necesarias para enfrentarnos a situaciones difíciles y para la supervivencia. Toda persona requiere de niveles moderados de estrés para responder satisfactoriamente no solo ante sus propias necesidades o expectativas, sino de igual forma frente a las exigencias del entorno. Y los niveles muy bajos de estrés están relacionados con desmotivación, conformismo y desinterés.

Por eso, se puede realizar la distinción entre eustrés o estrés positivo (nivel óptimo de activación para realizar las actividades necesarias en nuestra vida cotidiana) que ejerce una función de protección del organismo y distrés o estrés negativo (nivel de activación del organismo excesivo o inadecuado a la demanda de la situación) que provoca disfunciones en la persona. Las consecuencias del estrés laboral podemos clasificarlas en:

- Físicas. Las alteraciones físicas que pueden ser consecuencia de la respuesta inadaptada del organismo ante los agentes estresantes laborales pueden ser: trastornos gastrointestinales, trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios, trastornos endocrinos, trastornos dermatológicos, trastornos musculares y alteraciones en el sistema inmune.
- Psíquicas. Entre los efectos psicológicos negativos producidos por el estrés laboral se encuentran: la preocupación excesiva, la incapacidad para tomar decisiones, la sensación de confusión, la incapacidad para concentrarse, la dificultad para mantener la atención, los sentimientos de falta de control, la sensación de desorientación, los frecuentes olvidos, los bloqueos mentales, la hipersensibilidad a las críticas, el mal humor, la mayor susceptibilidad a sufrir accidentes y el consumo de tóxicos.

El mantenimiento de estos efectos puede provocar el desarrollo de trastornos psicológicos asociados al estrés. Entre los más frecuentes están: trastornos del sueño, trastornos de ansiedad, fobias, drogodependencias, trastornos sexuales, depresión y otros trastornos afectivos, trastornos de la alimentación, trastornos

de la personalidad y trastornos esquizofrénicos. Entre los signos o manifestaciones externas a nivel motor y de conducta estarían: hablar rápido, temblores, tartamudeo, imprecisión al hablar, precipitación a la hora de actuar, explosiones emocionales, voz entrecortada, comer excesivamente, falta de apetito, conductas impulsivas, risa nerviosa y bostezos frecuentes. Todas estas consecuencias deterioran la calidad de las relaciones interpersonales, tanto familiares como laborales, pudiendo provocar la ruptura de dichas relaciones.

- Organizativas. Los efectos negativos del estrés laboral no sólo pueden perjudicar al individuo, sino que también pueden producir un deterioro en el ámbito laboral, influyendo negativamente tanto en las relaciones interpersonales como en el rendimiento y la productividad. Pueden inducir a la enfermedad, al absentismo laboral, al aumento de los accidentes o incluso a la incapacidad laboral.

El estrés induce a una pérdida de producción y puede crear un mal ambiente de trabajo. Los costes ocultos, como son la ruptura de las relaciones humanas, los juicios erróneos de la vida profesional y privada, el descenso de la productividad, el aumento de los cambios de puestos, la disminución de la creatividad, el bajo rendimiento, la agresividad en el trabajo y el empeoramiento de la calidad de vida y del bienestar. Como el origen del estrés laboral puede ser múltiple, también las medidas preventivas para eliminar o reducir el estrés laboral pueden ser múltiples; y por tanto, se intervendrá sobre el trabajador y sobre la organización.

Intervención sobre el trabajador:

A través de distintas técnicas se puede dotar al trabajador de recursos de afrontamiento del estrés laboral. Hay que hacer ejercicio, evitar la ingesta de excitantes como el tabaco, el café o el alcohol, y evitar comunicaciones de tipo pasivo o agresivo, desarrollando tolerancia y respetando a los demás. Algunas de estas técnicas son:

- Técnicas generales: tener una dieta adecuada, procurar distraerse y realizar actividades divertidas.
- Técnicas Cognitivo-conductuales: reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, inoculación de estrés, detención de pensamiento, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas y técnicas de autocontrol.
- Técnicas de Relajación: respiración muscular, relajación autógena y control de la respiración.

5 Discusión-Conclusión

Es importante establecer medidas preventivas en el lugar de trabajo, El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de Estados Unidos, propone:

- Horario de trabajo: procurar que los horarios de trabajo eviten conflictos con las exigencias y responsabilidades externas al trabajo. Los horarios de los turnos rotatorios deben ser estables y predecibles.
- Participación/control: dejar que los trabajadores aporten ideas a las decisiones y acciones que afecten a su trabajo.
- Carga de trabajo: comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles con las capacidades y recursos del trabajador y permitir su recuperación después de tareas físicas o mentales particularmente exigentes.
- Contenido: diseñar las tareas de forma que confieran sentido, estímulo, sensación de plenitud y la oportunidad de hacer uso de las capacitaciones.
- Roles: definir claramente los roles y responsabilidades en el trabajo.
- Entorno social: crear oportunidades para la interacción social, incluidos el apoyo moral y la ayuda directamente relacionados con el trabajo.
- Futuro: evitar la ambigüedad en temas de estabilidad laboral y fomentar el desarrollo de la carrera profesional. Es decir: el trabajo debe ir de acuerdo con las habilidades y los recursos de los trabajadores; se debe permitir que el trabajador use sus habilidades para solucionar problemas; se deben establecer correctamente las funciones, tareas y responsabilidades de cada uno de los trabajadores para evitar la ambigüedad; se debe involucrar a los trabajadores para que participen en la toma de decisiones, ya que mejora la comunicación en la organización; se tiene que apoyar la interacción social entre los trabajadores fuera del trabajo: celebraciones, juegos, etc.

La Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo, aporta otra serie de recomendaciones como:

- Mejorar el contenido y la organización del trabajo para evitar los factores de riesgo psicosocial.
- Controlar los cambios en las condiciones de trabajo y en la salud de los trabajadores y su interrelación.
- Aumentar la sensibilización, informar, preparar y educar.
- Ampliar los objetivos y estrategias de los servicios de salud laboral o prevención de riesgos.
- Es necesario crear hospitales que sean un lugar de trabajo seguro y saludable.

Podemos concluir que es importante establecer las medidas preventivas nece-

sarias para evitar el estrés laboral ya que puede repercutir en la calidad de vida de los trabajadores.

6 Bibliografía

- Aguado Martín, J.I., Bátiz Cano, A., & Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: estado actual. *Medicina y Seguridad Del Trabajo*, 59(231), 259-275.
- Haslach C, Jackson SE.: The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational Behaviour* 1981; 3. Evolución de la enfermería hacia la satisfacción profesional (editorial).
- Rey Esp Sanid Penit. 2009; 4. Parada ME, Moreno R, Mejías Z, Rivas A, Rivas F, Cerrada J, et al. Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes, Mérida, Venezuela. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2005.
- Izquierdo Botica F. El estrés laboral, no dejes que entre en tu vida. *Corazón y Salud [Internet]*. 2012 [creado 30 octubre 2012]; 72.

Capítulo 568

LA CORRECTA HIGIENE DE MANOS EN EL AMBITO SANITARIO

MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN

MONTSERRAT MIGUEL PICHEL

SUSANA MIGUEL PICHEL

ANA MARIA ALVAREZ TORRE

LAURA PALACIOS

1 Introducción

Las manos del personal que interviene en el ámbito sanitario son el principal mecanismo de transmisión de las infecciones nosocomiales, constituyendo uno de los principales eslabones en la cadena epidemiológica. La higiene de manos y el uso adecuado de guantes, en las interacciones con los pacientes son medidas imprescindibles para evitar la transmisión cruzada de microorganismos.

Las infecciones relacionadas con los cuidados sanitarios representan un importante problema de salud pública y se consideran un indicador de calidad asistencial por su correspondiente coste y morbimortalidad atribuible. Se conoce por infección nosocomial (IN), también llamada infección hospitalaria (IH) o infección relacionada con la asistencia sanitaria (IRAS), a aquella infección que el paciente adquiere en relación con las atenciones recibidas durante un tratamiento médico y que no estaba presente en el momento de iniciar el contacto con la atención

sanitaria. La propagación de los microorganismos responsables de la IN puede ocurrir a través de las manos del personal sanitario, de otras personas que están en contacto con los pacientes o con las superficies situadas en sus cercanías.

2 Objetivos

- Conocer los procedimientos correctos de la higiene de manos, como herramienta para la prevención y control de la IN, por parte del personal del ámbito sanitario.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sistemática y exhaustiva durante el mes anterior a la elaboración, en diferentes fuentes de información. Se han consultado revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica y fuentes secundarias como las bases de datos Medline Cuiden o Ibecs, así como se ha realizado la búsqueda en revistas tanto electrónicas. Se han incluido tanto artículos cualitativos o mixtos esenciales en actividades de prevención y control de infecciones, además de estudios cuantitativos para ampliar los resultados a analizar.

La estrategia de búsqueda se ha basado en los Descriptores en Ciencias de la Salud. La terminología empleada ha sido: prevención de enfermedades transmisibles, higiene de las manos, infección hospitalaria, empleando distintas combinaciones, seleccionando los documentos escritos en castellano.

4 Resultados

El riesgo de adquirir una IN ha variado con los años. El incremento de la población anciana, enfermedades como el sida, la creciente incorporación de nuevas terapias antineoplásicas, el mayor número de personas sometidas a trasplantes, el aumento de recién nacidos prematuros y la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores, entre otras causas, han provocado el aumento del número de personas susceptibles de presentar una IN de forma considerable. Junto a las causas anteriores, los avances tecnológicos, la optimización de los recursos, la adquisición de nuevos conocimientos y la versatilidad de los tratamientos han introducido variaciones en la atención al paciente como son las unidades de corta estancia, hospitales de día, cirugía ambulatoria, atención domiciliaria, etc. Esto implica una mayor movilidad del paciente y facilita la transmisión de patógenos de un centro a otro y de los centros asistenciales a la comunidad,

siendo esto especialmente problemático ante la aparición de nuevas cepas multi-resistentes.

Cuando hablamos de higiene de manos, nos referimos al término que se aplica genéricamente a las medidas de descontaminación de las manos, e incluye:

- Lavado con agua y jabón común.
- Lavado con agua y jabón antiséptico.
- Aplicación de soluciones.

Flora residente

- Microorganismos habituales de la piel.
- Ocupa las capas más profundas.
- No se eliminan fácilmente por fricción mecánica.
- Se asocia menos a las infecciones nosocomiales que la flora transitoria.

Flora transitoria o exógena

- Microorganismos contaminantes de la piel.
- Se adquieren por contacto directo con reservorios humanos o superficies contaminadas.
- Coloniza las capas superficiales.
- Se eliminan con facilidad por fricción mecánica.
- Causantes de la mayor parte de las infecciones nosocomiales.

Lavado con jabón común: elimina la flora exógena y no tiene efecto remanente.

Lavado con jabón antiséptico: elimina flora exógena y parte de la residente y tiene efecto remanente limitado. Aplicación de soluciones hidroalcohólicas: elimina flora exógena y parte de la residente y tiene mayor efecto remanente.

El uso de soluciones hidroalcohólicas se recomienda preferentemente para una higiene de manos antiséptica (excepto si hay suciedad visible o contraindicación expresa). Se realizará la higiene de manos con agua y jabón antiséptico siempre que exista alguna de las siguientes circunstancias:

- Suciedad visible (materia orgánica).
- Uso de soluciones hidroalcohólicas en 5 ocasiones previas consecutivas.
- Contraindicación al uso de soluciones hidroalcohólicas (alergias).

Para cada ocasión de higiene de manos, se seleccionará sólo una de estas dos técnicas con agua y jabón antiséptico o con soluciones hidroalcohólicas (no se recomienda realizar ambas).

Las ventajas del uso de soluciones hidroalcohólicas:

- Facilidad de uso y accesibilidad.
- Rapidez de acción.
- Amplio espectro de acción antimicrobiana.
- Mayor efecto residual.
- No requiere secado.
- Reducen la irritación de las manos.

Los cuidados de la piel y el uso de guantes son otras de las recomendaciones que aporta la OMS en su estrategia multimodal. La piel íntegra es la mejor barrera contra la infección. El correcto cuidado de las manos tras su higiene previene de posibles alteraciones de la integridad cutánea. Ante esta situación, la OMS ha realizado unas recomendaciones que son: incluir en los programas de formación de los trabajadores de la salud información sobre las prácticas del cuidado de las manos reduciendo las dermatitis de contacto u otras lesiones cutáneas, proporcionar otros productos a aquellos profesionales que tengan alergia o sufran reacciones adversas, proveer a los profesionales sanitarios de lociones o cremas para reducir las dermatitis de contacto asociadas a la antisepsia o el lavado de manos, no utilizar jabones antimicrobianos cuando se disponga de preparaciones a base de alcohol, no utilizar al mismo tiempo jabones y productos alcohólicos. Los guantes constituyen una medida de protección en el medio sanitario, formando una barrera protectora para prevenir la contaminación de las manos y reducir la probabilidad de transmisión de microorganismos durante procedimientos invasivos. Si se realiza un uso inadecuado de los mismos puede provocar que actúen como vehículo de transmisión y transporte de gérmenes. Los consejos que aporta la OMS respecto a los guantes son: realizar la HM aunque se utilicen guantes (IB), usarlos siempre que se prevea el contacto con sangre u otros materiales potencialmente infecciosos como membranas mucosas o piel lesionada (IC), quitárselos después de atender a cada paciente (IB), no reutilizar el mismo par de guantes para atender a otro paciente (IB), cambiárselos al pasar de una zona corporal contaminada a otra zona corporal en el mismo paciente, cuando sea necesario volver a utilizarlos, seguir un procedimiento seguro para su colocación.

5 Discusión-Conclusión

Incluso el uso de guantes no exime del lavado de manos. Debido a que la mayoría de los trabajos encontrados corresponden al ámbito hospitalario, sería muy interesante que en el campo de la enfermería de atención primaria o comunitaria se promovieran futuros proyectos, tanto en el ámbito rural como urbano. Estos

podrían englobar estudios acerca de la reducción de la IN tras una correcta HM entre los profesionales de los centros de salud. A pesar de que la mayoría de estudios encontrados referentes al uso de antisépticos con solución hidroalcohólica enumera las numerosas ventajas de estos como su efectividad, rapidez y tolerancia, quizás no se ha incentivado suficientemente su empleo en nuestros centros sanitarios. Es por ello, importante aconsejar que cuando se disponga de él debe usarse de manera preferente para la antisepsia rutinaria de las manos.

6 Bibliografía

- Comisión de infección hospitalaria, Profilaxis y Política antibiótica. Hospital Universitario de SON DURETA. Guía para la prevención de la infección hospitalaria.
- J. M. Miller, H.T. Holmes y K. Krisher. 2003. General principles of specimen collection and handling, p 55-66. En: P. R. Murray, E.J. Baron, J.H Jorgensen, M.A. Pfaller y R.H. Tenenbaum, Manual of Clinical Microbiology, 8ª ed. American Society for Microbiology, Washington, D.C.
- Pi-Sunyer Cañellas T, Banqué Navarro M, Freixas Sala N, Barcenilla Gaité F. Higiene de las manos: evidencia científica y sentido común. Medicina Clínica [Internet]. 2008 Dic
- Una atención limpia es una atención más segura. Material y documentos sobre la higiene de manos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2009.

Capítulo 569

SINDROME DE BURNOUT EN EL AMBITO SANITARIO

LORENA ÁLVAREZ RODRIGUEZ

BEATRIZ MARTÍNEZ SUÁREZ

1 Introducción

El burnout laboral, también denominado síndrome del quemado, es conocido como un trastorno emocional que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico. Las manifestaciones y el malestar primero se extienden en la vida laboral pero pueden llegar a alcanzar finalmente la vida social y familiar del trabajador.

2 Objetivos

- Determinar la prevalencia del síndrome de burnout y los factores relacionados con la presencia de esta enfermedad en perfil administrativo del servicio de salud.
- Describir los síntomas del síndrome de burnout y sus tipos.

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 síndrome de burnout se caracteriza porque es un proceso que va creciendo de manera progresiva si no se toman medidas para impedirlo. Esto puede provocar que el desgaste laboral evolucione y alcance otros aspectos como los ideales y la percepción de los logros. A medida que avanza, el trabajador puede tener dificultades para resolver problemas y ejecutar tareas que antes le resultaban sencillas. La frustración comenzará a estar presente de manera constante, permanecerá en un estado continuo de agotamiento y los síntomas podrán evolucionar a estados más graves. En algunos casos, los trabajadores pueden llegar a abusar de los psicofármacos, del alcohol y las drogas.

Por último, algunos pueden llegar a tener síntomas depresivos, de psicosis e incluso tener ideas de suicidio. Los factores que intervienen en el desarrollo del síndrome de Burnout son las características del puesto y el ambiente de trabajo. La mayor causa de estrés es un ambiente de trabajo tenso. Ocurre cuando el modelo laboral es muy autoritario y no hay oportunidad de intervenir en las decisiones. El empleado que está expuesto de manera continua a altos niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía y ausencia de apoyo en su entorno, puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el burnout. El sentimiento de equipo es indispensable para evitar el síndrome. Los turnos laborales, la nocturnidad, facilitan la aparición de este.

Los principales factores de riesgo son:

- La organización: falta de tiempo para organizar las tareas, no contemplar las sustituciones por bajas temporales pueden elevar los niveles de estrés y, a la larga, propiciar el burnout.
- Expectativas interpersonales: todos los trabajadores tienen unas expectativas respecto a su actividad laboral que a veces, no se ajustan a la realidad cotidiana y provocan que la adaptación se produzca de forma más lenta. Si esas expectativas son muy altas y no se cumplen, el trabajador puede desarrollar síntomas de ansiedad, apatía, entre otros.
- Cualidades personales: aunque no existe un perfil de la persona que puede padecer esta afección, si existen algunas cualidades y rasgos personales que si los tiene una persona indica que ese trabajador es más propenso a tener el síndrome. Las

personas inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir depresión y ansiedad si tienen que enfrentarse a situaciones estresantes.

Los principales síntomas son:

- Sentimiento de agotamiento.
- Baja autoestima.
- Dificultad para concentrarse.
- Bajo rendimiento.
- Irritabilidad.
- Insomnio.

La primera medida para prevenir el síndrome es evaluar las situaciones que generan el estrés y la ansiedad en el trabajador y tomar las decisiones y las medidas adecuadas para intentar reducirlo. Para ello se debe mejorar la organización y proveer de las herramientas necesarias para que el trabajador pueda realizar sus tareas de forma adecuada y no tenga tanta sobrecarga laboral. El síndrome del trabajador quemado puede dividirse en dos tipos:

- Burnout activo: el empleado mantiene una conducta asertiva. Se relaciona con elementos externos a la profesión.
- Burnout pasivo: suele tener sentimientos de apatía y se relaciona con factores internos psicosociales.

Para poder diagnosticar el síndrome, los especialistas tienen que conocer los síntomas de la patología y realizar una entrevista clínica con el empleado que les permita averiguar si existe la sospecha de padecer la enfermedad. Además, conviene que el profesional conozca cómo es su situación dentro de la empresa y cómo está organizado el trabajo.

5 Discusión-Conclusión

El entorno de trabajo tiene una importante responsabilidad en cuanto a la prevención y afrontamiento de enfermedades profesionales generadas por el estrés. Algunos de los factores que pueden contribuir a la prevención son:

- Equilibrar funciones y actividades.
- Evaluación continua del estrés.
- Flexibilizar turnos de trabajo
- Programas de ayuda psicológica.

Trabajar en habilidades preventivas desemboca en la consecución de unos profe-

sionales capaces de enfrentarse a las situaciones de estrés diarias con un menor riesgo de sufrir el síndrome de burnout, desempeñando así sus funciones de forma adecuada y ofreciendo una atención de mejor calidad a los usuarios.

6 Bibliografía

- Revista cuídate plus.
- OSALAN Instituto Vasco de Seguridad y Salud Laborales

Capítulo 570

ATENCIÓN AL USUARIO

VANESA MURIAS PÉREZ

1 Introducción

Los sistemas sanitario y social constituyen fundamentos esenciales que han venido consolidando el estado de bienestar. La universalización del derecho a la atención sanitaria y social ha sido reconocida en el marco de la legislación europea y estatal y ha permitido el desarrollo de ambos sistemas de forma descentralizada en las diferentes comunidades autónomas. Los poderes públicos desarrollan, por tanto, una acción eficaz en promover la salud y tutelar el bienestar social de los ciudadanos fomentando el desarrollo comunitario, la cohesión social y una mayor calidad de vida.

Al mismo tiempo, las últimas décadas han sido objeto de enormes avances en el campo de la información y la comunicación lo que ha propiciado que existan ciudadanos más informados que reclaman tomar decisiones con mayor nivel de participación, tanto en salud como en servicios sociales.

Al igual que en otras áreas de la economía y del consumo, en sanidad y en servicios sociales la orientación al cliente, al usuario o al ciudadano es uno de los valores que ha de presidir las estrategias que se lleven a cabo desde cualquier organización. Esta visión centrada en el usuario busca la calidad en sus prestaciones y servicios pero también lo hace corresponsable en la toma de decisiones que le afectan y en la sostenibilidad y eficiencia de los sistemas.

2 Objetivos

Canalizar las demandas de los usuarios, e intentar solucionar cualesquiera de los problemas que se le plantee en los distintos servicios del hospital. Con ello se pretende conseguir que los usuarios reciban de los equipos de trabajo las gestiones, apoyo, ayuda e información que precisen sobre las prestaciones de este centro hospitalario.

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

Funciones principales:

- La Sección de Atención al Usuario gestiona, tramita e impulsa las Reclamaciones, Iniciativas y Sugerencias dentro del ámbito Sanitario en el área de competencias correspondientes.
- Atención personalizada, ofreciendo información, orientación y asesoramiento para facilitar el ejercicio de los derechos reconocidos a los usuarios sanitarios, sobre cartera de servicios, procedimientos y gestiones diversas.
- Mediación para la resolución de las reclamaciones entre los usuarios y la administración sanitaria.
- A través de los técnicos de Información, ubicados en los Puntos de Información del centro hospitalario (Entrada principal, Servicio de Urgencias, Quirófanos Centrales) se vela por el eficaz cumplimiento del deber de información y se orienta a los usuarios y familiares sobre las prestaciones y servicios que pueden acceder y se les ofrece información puntual sobre el proceso asistencial que se les esté prestando.
- A través del Plan de Acogida al Ingreso Hospitalario, se informa a los usuarios de la Carta de los Derechos y Deberes de los Usuarios Sanitarios, Guía del Paciente así como de los aspectos sobre la Ley de Protección de Datos y la Confidencialidad de la Información sanitaria.

- A través de la Unidad de Trabajo Social , se atiende a la problemática social que presenten los pacientes en régimen de ingreso hospitalario o ambulatorio, asesorando y gestionando trámites de documentación, ayudas sociales, ingresos en otros centros hospitalarios etc.
- Relaciones con otras Instituciones Sanitarias y no Sanitarias, así como Consulados y otras Delegaciones para la resolución de los problemas sociales, actuaciones dentro del ámbito de la Ley de Protección del Menor.

La elaboración de un plan es una tarea en la que han de participar todos los actores implicados. Supone un proceso de reflexión conjunta sobre la situación de partida, los condicionantes que la rodean y los recursos, con el fin de definir una dirección para la gestión y que se tengan en cuenta necesidades y expectativas de los distintos colectivos, tanto internos como externos, a los que afecta su actuación.

Un plan constituye un instrumento de ayuda para conducir un cambio que se desea conseguir. Es un mapa de coordenadas con el que se marca el rumbo de una organización y, de esta forma, si se llevan a cabo las iniciativas necesarias para lograr los objetivos del plan, la organización culminará un trabajo que la habrá llevado allí donde pretendía.

En todos los ámbitos de la actividad humana, las personas introducen constantes cambios, algunos de los cuales, llegan a convertirse en vanguardias de progreso y en modelos a imitar.

Se trata, por tanto, de que todos conozcan hacia dónde vamos, que cada uno sepa cómo conducirse en su trabajo habitual y que todos podamos conseguir objetivos comunes ofreciendo a los ciudadanos servicios realizados bajo una misma perspectiva, todo ello para hacer efectivo el principio de equidad que rige ambos sistemas.

Uno de los hitos que se ha conseguido en el trabajo previo para la elaboración del Plan de Atención al Usuario, es debatir y definir un modelo de atención al usuario en los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales. Este modelo nos presenta algunos retos:

- Desarrollar y adecuar el actual sistema organizativo de los servicios de atención al usuario en el sistema sanitario y avanzar a un modelo de sector.
- Configurar la atención al usuario en servicios sociales partiendo de la existencia de unidades de información y adoptando la filosofía de atención al usuario en su contexto, con características muy diferentes de las del sistema sanitario y por lo que representa de innovación y modelización.

- Trabajar por la continuidad de los dos sistemas comunicando y coordinando las unidades y servicios de atención al usuario.
- Utilizar las tecnologías de la información y la comunicación para hacer sistemas más accesibles y transparentes para los usuarios.

Este Plan invita a todos a trabajar para lograr mejoras encaminadas a cumplir la misión de la atención al usuario en los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales y aportar nuestro trabajo para que la organización consiga sus objetivos y metas. De este reto participan, además de los ciudadanos, los profesionales que trabajan en atención al usuario, los profesionales de los sistemas sanitario y social y los gestores. Para ellos, los datos cualitativos y cuantitativos recogidos desde atención al usuario son de gran utilidad ya que representan la percepción que tienen los ciudadanos de ambos sistemas y las necesidades expresadas y sentidas por los usuarios.

Es fundamental:

1. Establecer un diagnóstico que permita conocer con exactitud la situación actual de los servicios o unidades de atención al usuario y las necesidades y demandas de los grupos de interés.
2. Definir e implementar el modelo de atención al usuario de los Sistemas de Salud y de Servicios Sociales.
3. Establecer de forma consensuada la visión prospectiva de la atención al usuario para los próximos años.
4. Definir estrategias y objetivos que sea posible concretar en planes de actuación y acciones factibles

5 Discusión-Conclusión

El objetivo General de el Plan de atención al usuario es generar actuaciones que supongan la mejora de la satisfacción de los usuarios en relación a la confortabilidad de las instalaciones, la accesibilidad, el trato humano, la comunicación, los aspectos hosteleros y el medio ambiente de los centros sanitarios .

6 Bibliografía

- Dirección General de calidad y atención al usuario, Departamento de Sanidad, Bienestar social y familia de el Gobierno de Aragón.
- Servicio canario de salud.

-Programa de mejora del confort en los centros sanitarios

Capítulo 571

INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO EN LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA HOSPITALARIA EN PERSONAS SIN HOGAR

GEMMA MAGDALENA CUENCO

1 Introducción

Cuando hacemos referencia al concepto de planificación del alta, nos referimos a un modo de proceder de manera coordinada e interdisciplinar, de tal manera que se pueda detectar y evaluar precozmente las necesidades de soporte social que puedan presentar determinados pacientes, comúnmente denominados como “vulnerables” o en riesgo de serlo, y permitiendo que a través de un plan individualizado de atención, se asegure la continuidad de los cuidados sanitarios/ sociales, y que por tanto se contribuya a mejorar el bienestar biospiciosocial del paciente y la mejora de la calidad asistencial.

Los problemas de salud pueden provocar exclusión (causa), o pueden aparecer después (efecto), en ambos casos, las personas sin hogar y en situación de mayor vulnerabilidad, ven reducida su esperanza media de vida en 20 años respecto al resto de la población.

En este sentido, la intervención desde el trabajo social sanitario sobre la salud y las dificultades que las personas sin hogar tienen, se centra en la tarea de que

los pacientes atendidos reciban una completa atención sanitaria, así como un tratamiento y seguimiento adecuado, una vez que obtengan el alta hospitalaria, con el objetivo de mejorar su bienestar social.

La planificación del alta hospitalaria, por lo tanto supone un proceso, un método y una actitud que, tal y como establece la Asociación Americana de Hospitales pretende garantizar o, al menos facilitar lo más posible, la continuidad asistencial utilizando los recursos familiares o, en su ausencia como en el caso de las personas sin hogar, los recursos que conforman la red de servicios sociales comunitarios. En este sentido, es primordial la intervención desde el trabajo social sanitario, lo que supone darle forma y sentido a este proceso de continuidad en la atención sanitaria.

2 Objetivos

Objetivos generales:

- Proporcionar una atención sociosanitaria de manera global y centrada en la atención a las personas sin hogar.
- Mejorar la calidad de los sistemas hospitalarios y la coordinación sociosanitaria.

Objetivos específicos :

- Mejorar la prestación de servicios de salud y la continuidad asistencial de los cuidados durante la hospitalización y posterior convalecencia de las personas sin hogar que vayan a ser dadas de alta.
- Disminuir los reingresos y hospitalizaciones de las personas sin hogar.
- Garantizar un adecuado apoyo psicosocial a las personas sin hogar durante todo el proceso de recuperación.
- Favorecer la coordinación intrahospitalaria, así como la coordinación sociosanitaria entre atención primaria de salud y los servicios sociales comunitarios.
- Englobar la dimensión social y centrada en la persona, al proceso de admisión, valoración y tratamiento.

3 Metodología

El presente proceso de intervención desde el trabajo social sanitario, describe el procedimiento por el cual se llevarán a cabo las diferentes acciones de los profesionales que conformen el equipo multidisciplinar, tanto en urgencias como en estancias hospitalarias.

- Inicio: Servicio de urgencias Acogida y admisión.

En primer contacto con el proceso se inicia en el momento en que, el paciente accede a la puerta de entrada del centro donde inicialmente será atendido por admisión. En este momento, si el paciente cumple el perfil destinatario, se comunicará al profesional de Trabajo Social que, a su vez, lo pondrá en conocimiento del equipo multidisciplinar correspondiente.

Clasificación :

En segundo lugar se realiza una primera consulta de clasificación o triaje. Una vez realizada esta clasificación se determinaría la ubicación de los pacientes según su enfermedad y el grado de prioridad en la atención.

Posteriormente a la hospitalización del paciente, el profesional responsable de la Unidad de Trabajo social acudirá a urgencias y le encomendará la valoración realizada durante la atención en urgencias al profesional de Trabajo Social encargado del caso en el centro hospitalario (TSH). Este, de acuerdo con el método básico de intervención profesional, deberá desarrollar las actuaciones que se describen a continuación.

Información y orientación.

Tras la hospitalización y según la valoración médica y social del servicio de urgencias, el profesional de Trabajo Social del Hospital realizará la pertinente visita al paciente con la finalidad de informarle y orientarle sobre el procedimiento de gestión y planificación del alta social.

La adscripción al procedimiento será de carácter voluntario y expícito, respetando así el principio de autodeterminación tal y como se recoge en el Código Ético y Deontológico de Trabajo Social (2012). Aunque la adhesión puede ser verbal, es recomendable recogerlo por escrito de tal manera que se inicie el compromiso del profesional y paciente que ha de accionar la relación asistencial.

En el mencionado documento el profesional recogerá de manera general la propuesta de trabajo con el paciente cuya concreción se llevará a cabo conjuntamente a partir de ese momento a fin de diseñar un plan personalizado de atención según la problemática, características, capacidades y expectativas señaladas.

Asimismo el profesional de Trabajo social, será el responsable de planificar y supervisar las tareas de apoyo y acompañamiento durante la hospitalización.

Existen algunas carencias importantes de las personas sin hogar durante su estancia en el hospital que deberían tenerse en cuenta, pues repercuten en el su

bienestar y en el del resto de pacientes en algunos casos. Una de las necesidades en ocasiones tiene que ver con la higiene personal y la indumentaria adecuada.

Dadas las circunstancias vitales de estas personas lo habitual es que no mantengan los mínimos hábitos de salud e higiene, tarea que no es abordado por el personal hospitalario y genera incomodidad entre los pacientes que comparten habitación.

Por el mismo motivo, habitualmente tienen dificultades familiares de relación, lo cual impide que tengan acompañamiento para que puedan actuar de interlocutores con los profesionales sanitarios.

Para intentar paliar la situación de soledad y aislamiento de estos pacientes y apoyarles en su autocuidado se considera que el recurso más adecuado es el voluntariado al igual que ocurre con otra tipología de enfermos como por ejemplo, los oncológicos.

Las personas voluntarias procederían inicialmente de las organizaciones sociales especializadas de la ciudad aunque no debería descartarse la posibilidad en un futuro de crear un servicio específico recurriendo a modalidades más innovadoras de gestión de voluntariado.

- Estudio y Diagnóstico social.

El procedimiento de intervención del profesional de Trabajo Social se iniciará con un estudio detallado de la situación personal y social de la persona atendida mediante diferentes técnicas de investigación entre las que destacan, en este caso, la entrevista y la observación.

Dicho estudio permitirá la elaboración de la oportuna Historia Social sanitaria, un documento específico de carácter diacrónico que sintetiza la información más relevante del caso.

A partir de la historia social sanitaria se procederá a la elaboración de una hipótesis de trabajo y diagnóstico social global del caso.

Entendemos el diagnóstico social en Trabajo Social como “el proceso que sintetiza, interpreta y conceptualiza la naturaleza y magnitud de las necesidades sociales en sus efectos, génesis y causas personales y sociales”. (Díaz y Fernández, 2013, pg. 433). Se trata de una valoración psicosocial cuya finalidad es conocer la parte social que afecta o ha contribuido a la enfermedad y que podría influir en la recuperación

- Alta Social:

Coordinación y derivación.

Realizado el diagnóstico e identificadas las necesidades de atención durante la convalecencia de la persona, el/la profesional realizará un plan individualizado de atención del paciente indicando los objetivos y las actividades que requiera dependiendo de sus necesidades médicas y sociales, así como los recursos idóneos para satisfacerlas de la manera más eficaz posible.

Para llevar a cabo un correcto plan individualizado de atención, como dice, Colom (1997), es imprescindible conocer la información diagnóstica y el pronóstico médico de la persona enferma y de las necesidades sanitarias post-alta, para que los profesionales sociales puedan realizar el plan individualizado de atención, valorando las posibilidades de la red natural y de la red de recursos de la zona. Por tanto, el/la Trabajador/a social sanitaria, deberá mantener reuniones de coordinación interna con el resto del equipo multidisciplinar del hospital y establecer los contactos oportunos con profesionales de los otros niveles de salud (Atención primaria y Unidades de apoyo), de los Servicios Sociales Generales y de los diferentes centros y servicios comunitarios.

Es imprescindible que el personal de Trabajo social Sanitario conozca bien los recursos existentes, sus características, requisitos, etc., para proporcionar información de calidad a la PSH, plantear objetivos realistas y pertinentes y hacer las derivaciones necesarias. Para ello, un recurso imprescindible es la confección de un mapa de recursos o activos sociales como instrumento operativo de la intervención.

- Seguimiento y cierre del caso.

Finalmente, una vez realizado el alta hospitalaria y social y la derivación que proceda para garantizar la atención integral del paciente durante el periodo de convalecencia, se realizará el seguimiento del caso hasta que este finalice. La atención posterior de la PSH corresponderá a los servicios de atención primaria de salud y servicios sociales y de las entidades especializadas en el colectivo de personas sin hogar

4 Bibliografía

1. CABRERA, P. (2004): "La vida al raso". Educación social, 27, 11-20.
2. CABRERA, P. (2009): "La acción social con personas sin hogar en la España del siglo XXI" en Laparranda Navarro, M y 3. Pérez Eransus, B (coords). Exclusión social en España: un espacio diverso y disperso en intensa transformación. Madrid:

Fundación FOESSA, 173219.

4. CÁRITAS. (2013): “La salud de las personas en situación de sin hogar acompañadas por Cáritas.” Programa de Vivienda y Personas en situación de sin hogar Equipo de Estudios.
5. CASTEL, R. (1995): “De la exclusión como estado a la vulnerabilidad como proceso”. Barcelona Archipiélago, 21.
6. CASTEL, R. (2014): “Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre”. Revista Internacional de Sociología, 72, 15-24.
7. CASTRILLO, J.L.; DíEZ, T.J; ESCAJA, M.A; et al. (2013): Documento de consenso sobre las funciones del profesional de trabajo social sanitario. España: Junta de Castilla y León.
8. COLOM, D. (1997): La atención sociosanitaria del futuro. Zaragoza: Mira Editores, S.A.
9. COLOM, D. (2010): “El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario.” Zerbitzuan, 47, 109- 119.
10. COLOM, D. (2011): El Trabajo Social Sanitario: Los procedimientos, los protocolos y los procesos. Barcelona: Editorial UOC.
11. CONCEPCIÓN. M^a.C. (2009): “El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud”. Enfermeros, 3, 70-79.
12. GOBIERNO DE ESPAÑA. (2015-2020): “Estrategia Nacional Integral para Personas Sin Hogar”. Acuerdo de consejo de Ministros de 6 de noviembre 2015.

Capítulo 572

CALIDAD EN LA ASISTENCIA SANITARIA

LAURA RODRIGUEZ PIÑERA

MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA

1 Introducción

Quizá la definición más sencilla de la calidad haya sido inspirada por el trabajo de W. Edwards Deming, un pionero del movimiento de calidad en la industria y que indica de Calidad es "hacer lo correcto en la manera correcta". En los campos de salud, esto significa ofrecer una gama de servicios que sean seguros y eficaces y que cubran las necesidades y los deseos del cliente. La calidad en los campos de salud ha sido definida en muchas formas. Desde una perspectiva de salud pública, la calidad significa ofrecer los mayores beneficios a la salud, con la menor cantidad de riesgos a la salud, a la mayor cantidad de personas, dados los recursos disponibles. No obstante, otros definirían la calidad principalmente como el hecho de cubrir los deseos del cliente. Además, una buena calidad puede significar cubrir los estándares mínimos para una atención adecuada o alcanzar altos estándares de excelencia. La calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención; a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera del cliente y las actitudes del personal; y a los elementos programáticos, tales como las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración.

Históricamente, para los profesionales de salud la calidad ha significado calidad de atención clínica, es decir, prestar atención técnicamente competente, eficaz y

segura que contribuya al bienestar del individuo. Por su parte, los gerentes de programas reconocen que los servicios de apoyo, por ejemplo, la logística y los registros, también son importantes para la calidad de los servicios. Para los elaboradores de políticas y los financiadores, entre los elementos clave con respecto a la calidad figuran el costo, la eficacia y los resultados para las poblaciones en su totalidad. La definición de calidad creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca las perspectivas de todos estos grupos: La calidad de atención consiste en el desempeño adecuado (según los estándares) de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición.

Por otro lado, desde la perspectiva del usuario de la sanidad, la calidad abarca otros elementos que no siempre son tenidos en consideración. El abordar las inquietudes del cliente es tan esencial para la atención de buena calidad como la competencia técnica. Para el cliente, la calidad depende principalmente de su interacción con el profesional de salud, de atributos tales como el tiempo de espera y la privacidad, la accesibilidad de la atención y, como lo más básico, de que obtenga el servicio que procura.

Cuando los sistemas de salud y sus empleados ponen al cliente por encima de todo, ellos ofrecen servicios que no sólo cubren los estándares técnicos de calidad, sino que también cubren las necesidades del cliente con respecto a otros aspectos de la calidad, tales como respeto, información pertinente, acceso y equidad.

2 Objetivos

- Establecer las recomendaciones para una buena calidad en la asistencia sanitaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para llevar a cabo una buena asistencia sanitaria y de la calidad debemos tener en cuenta los siguientes puntos:

- Centrarnos en las necesidades de pacientes y de usuarios.
- Orientarnos a la protección, la promoción de la salud y la prevención.
- Preocuparnos por el fomento de la equidad.
- Fomentar la excelencia clínica.
- Impulsar la evaluación de tecnologías y procedimientos con base en la mejor evidencia disponible.
- Generalizar el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la atención a pacientes, usuarios y ciudadanos y asegurar la cohesión de los servicios.
- Planificar los recursos humanos con suficiente anticipación para cubrir adecuadamente las necesidades de los servicios.
- Evaluar el resultado de las acciones.

El Ministerio de Sanidad ha elaborado un Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud cuyos principios pueden ser asumidos por todos los profesionales y gestores que trabajan en el ámbito de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

En resumen, el objetivo primordial de cualquier estrategia de calidad es asegurar una atención sanitaria de excelencia, personalizada y más centrada en las necesidades particulares del paciente y usuario y, por tanto, es preciso centrar los esfuerzos en apoyar a los profesionales en todo aquello que contribuya a favorecer esa excelencia clínica.

6 Bibliografía

- Guía de Estándares y Circuitos de la Calidad Asistencial del Servicio de Salud del Principado de Asturias. Julio de 2018.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 573

LAS AGRESIONES EN SANIDAD A CELADORES, AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y PERSONAL SANITARIO

CELESTINA GARCÍA-JOVE GONZÁLEZ

BIBIANA NUÑO PEREZ

SILVIA MARÍA PRIETO FERNÁNDEZ

TANIA MARIA PRIETO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La violencia laboral en el sector sanitario es universal, pero varían según las características de la localidad en que nos situamos. Por ello es fundamental la existencia de protocolos de carácter legal y guías de actuación para prevenir y gestionar la violencia en el lugar de trabajo contra el profesional de instituciones sanitarias. Las consejerías de salud autonómicas han implantado planes de prevención y registros, y dirigen programas de formación y campañas de sensibilización a la población.

Del 2017 al 2018 se ha incrementado en un 4% las agresiones a profesionales de la salud, sanitarios y no sanitarios. La mayoría de las agresiones notificadas en ambos años han tenido lugar en diferentes ámbitos de las instituciones sanitarias,

siendo mayoritarias en las consultas, seguido por la hospitalización, las urgencias y los puntos de admisión.

Las agresiones se reparten casi al 50 por ciento entre los niveles asistenciales de Atención Primaria y Hospitalaria. Las principales agresiones se clasifican en verbales y físicas.

Las causas alegadas que llevan a la agresión son la percepción del paciente de una mala atención recibida y la negativa, por parte del profesional sanitario y no sanitario, a las demandas del usuario o las derivadas del acto sanitario o administrativo.

El 60% de los agresores son hombres y el 11% son reincidentes. Sin embargo son a las mujeres a las que principalmente agreden (más del 70%), según los datos aportados por las CCAA, debido posiblemente, a que el proceso de feminización de la sanidad es un hecho que se ha ido consolidando a lo largo de los últimos años. La mayoría de las agresiones notificadas no son físicas, sino de tipo verbal (como amenazas o insultos).

2 Objetivos

Exponer el plan integral de prevención y atención a las agresiones. Guía de prevención y de actuación.

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

PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS AGRESIONES

La Consejería de Sanidad, sensible con las agresiones que vienen sufriendo los trabajadores/as por parte de los usuarios, elabora y publica el Decreto 159/2009

de 2 de octubre, que tiene por objeto promover la seguridad de los trabajadores mediante la aplicación de medidas y del desarrollo del "Plan General de Prevención de Riesgos Laborales.

En este plan de agresiones se incorporará un programa especial de acompañamiento al profesional agredido y se habilitarán canales ágiles y rápidos de apoyo desde el primer momento facilitándose la aplicación de las medidas del Plan, mediante atención sanitaria y psicológica durante el tiempo que sea necesario Otra de las medidas que contempla el Plan es la simplificación de la tramitación burocrática, de manera que se pueda simultanear la cumplimentación de los documentos para evitar que el profesional tenga que recordar repetidamente lo ocurrido.

GUÍA DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN

1. Identificar indicios que pudieran asociarse con ataques inminentes tales como:

- Lenguaje y tono alterados.
- Gestos amenazadores.
- Ira y frustración expresadas verbalmente.
- Señales de uso de drogas o alcohol.
- Presencia de un arma, etc.

2. Mantener conductas que permitan que no se des controle la ira del usuario:

- Actitud tranquila. Utilizar un lenguaje y tono de voz serenos e invitar al usuario a que abandone el lugar de trabajo
- No responder a amenazas con amenazas.
- Ser asertivos.
- Estar alerta.
- Evaluar la situación y en caso de que el riesgo de agresión sea inminente, salir rápidamente del lugar, pedir auxilio al vigilante de seguridad del centro, si lo hubiere, requerir la ayuda de compañeros u otras personas cercanas y llamar al 112, quien movilizará los servicios de urgencia que se precise.

3. Actuación tras la agresión:

- Si existe agresión física o verbal y el trabajador agredido necesita asistencia sanitaria, será atendido de forma inmediata en el lugar del incidente o preferentemente en el Servicio de Urgencias.
- Si del suceso se derivan lesiones, el trabajador solicitará el correspondiente parte de lesiones para interponer denuncia de los hechos ante el órgano competente: policía municipal, guardia civil, juzgado, fiscalía, etc....
- El trabajador comunicará el incidente a su mando directo, cumplimentando

el formulario de Comunicación de Accidente/Incidente de Trabajo, dos copias, quedándose una el trabajador y otra al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.

- Si el trabajador precisase apoyo psicológico, lo solicitará al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales.
- Si el trabajador agredido desea recibir la asistencia jurídica de los letrados, cumplimentará un escrito de solicitud de asistencia jurídica, según modelo que le facilitará el responsable del centro, adjuntando la correspondiente denuncia.

LEGISLACIÓN VIGENTE

- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. Publicado en: «BOE» núm. 77, de 31 de marzo de 2015, páginas 27216 a 27243 (28 págs.). Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2015-3442.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Publicado en: «BOE» núm. 77, de 31 de marzo de 2015, páginas 27061 a 27176 (116 págs.). Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2015-3439.

5 Discusión-Conclusión

Las agresiones de los pacientes o usuarios a profesionales de la salud conllevan graves consecuencias sobre el trabajador, con gran impacto en términos de coste, eficiencia y efectividad de los sistemas de salud, afectando a la calidad de la asistencia prestada.

Se exige un enfoque integral con coordinación entre las administraciones públicas y los centros sanitarios, junto a los colegios profesionales, hacia la tolerancia cero, en consonancia con las campañas que realizan diversos países europeos.

Bajo el lema “Ante las agresiones a sanitarios, tolerancia cero” y el lazo dorado como símbolo, el Observatorio Nacional de Agresiones de la Organización Médica Colegial, ha presentado los datos de violencia registrados en 2017, que ascienden a 515 casos frente a los 495 del año anterior, lo que supone un aumento del 4% en cuanto a agresividad se refiere.

6 Bibliografía

- AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS EN 2017/2018
- OBSERVATORIO DE AGRESIONES CGCOM
- EL SAS ADVIERTE A SUS USUARIOS SOBRE AGRESIONES A PROFESIONALES DE LA SALUD
- SOBRE LAS AGRESIONES A PROFESIONALES SANITARIOS
- OMS. DIRECTRICES MARCO PARA AFRONTAR LA VIOLENCIA LABORAL EN EL SECTOR DE LA SALUD
- EL RIESGO EMERGENTE QUE CONSTITUYEN LAS AGRESIONES Y VIOLENCIA DE LOS SANITARIOS Y NO SANITARIOS EN EL EJERCICIO DE SU PROFESION
- LEY ORGÁNICA 4/2015 de 30 de Marzo, de protección de la seguridad ciudadana. BOE núm 77, de 31 Marzo /2015
- LEY ORGÁNICA 1/2015 de 30 de Marzo por la que se modifica el Código Penal aprobado por la ley orgánica 10/1995. BOE núm 77, de 4 de diciembre de 2007 de la sala Segunda del Tribunal Supremo
- PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LAS AGRESIONES
- GUÍA DE PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA AGRESIÓN A LOS TRABAJADORES DEL SECTOR SANITARIO PÚBLICO

Capítulo 574

SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO LABORAL

NAIARA MARTIN LOPEZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

1 Introducción

La Salud Mental es un estado de equilibrio emocional, en el que la persona es capaz de desarrollar sus capacidades, enfrentar las demandas de su vida cotidiana, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. En este sentido, la Salud Mental, es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la sociedad. Implica algo más que la ausencia de Trastornos Mentales y constituye una parte integral de la salud del sujeto. El trabajo tiene un papel central en la vida de la mayor parte de las personas adultas, y es también una construcción social y un pilar fundamental de la sociedad humana. Una actividad laboral satisfactoria contribuye a dar sentido a la propia existencia, mejorar la salud y la autoestima, las relaciones sociales y el estatus socioeconómico.

Por el contrario, unas condiciones negativas de trabajo o la ausencia del mismo, con escasa satisfacción, falta de influencia y de control en la toma de decisiones

sobre las condiciones y el contenido de la tarea realizada pueden asociarse con efectos indeseables para la salud de las personas, según varios factores: el tipo de empresa, la estructura y el modelo de la organización, el estilo de dirección, los roles y el estatus del empleado, etc. Estos factores median en elevado estrés, baja satisfacción laboral y mala calidad de vida, reconocidos factores de riesgo para la salud mediadores en varios trastornos mentales y enfermedades cardiovasculares.

En los últimos años se ha evidenciado la importancia de las condiciones de trabajo en el desarrollo saludable del adulto al aumentar su eficacia, o como factor de riesgo psicopatológico que al aumentar el estrés puede contribuir a que desarrolle diferentes trastornos mentales y adictivos. Ambas posibilidades dependen de las características de las condiciones de trabajo, como del número de horas de trabajo a la semana, de la calidad de la supervisión, y de que facilite o interfiera en la realización de otras tareas como en el aprendizaje de nuevos conocimientos y la adquisición de habilidades. Un trabajo rutinario y agotador con una supervisión inadecuada, que media en un elevado nivel de estrés, puede contribuir a desarrollar varios tipos de enfermedades.

Hay tres efectos básicos entre el empleo y la salud mental, tanto en sentido positivo como negativo:

- Efectos del empleo/desempleo sobre la salud mental.
- Los de la enfermedad mental sobre el empleo.
- Los de otros factores que modifican ambas variables tales como el estatus marital, la existencia de hijos en el hogar y la clase social, que deben ser controlados simultáneamente.

En general el hecho de tener un empleo protege la salud mental de hombres y mujeres, salvo por sobrecarga de trabajo y conflicto de roles empleo/familia. Incluso los pacientes con esquizofrenia que pueden mantener el empleo muestran menor nivel de ansiedad y mayor nivel de iniciativa y de actividad. El trabajo puede intervenir como causa o agravante a través de tres factores fundamentales: condiciones del medio ambiente material, medio ambiente psicológico y medio ambiente socioeconómico.

La enfermedad relacionada con el trabajo resulta de dos factores:

- Un factor individual de predisposición constitucional.
- Un factor profesional que ejerce una influencia favorecedora en relación con las condiciones de trabajo.

El trabajo puede desencadenar y/o agravar una enfermedad compleja y de eti-

ología multifactorial para la que el paciente está predispuesto, como la hipertensión arterial esencial y varios trastornos mentales como la depresión y las adicciones. Las enfermedades en el ámbito laboral pueden desencadenarse por diferentes condiciones de trabajo como son: características generales de locales, instalaciones, equipos, productos y demás útiles en el centro de trabajo; la naturaleza de agentes físicos, químicos y biológicos en el ambiente de trabajo y sus intensidades, concentraciones o niveles de presencia; los procedimientos utilizados en la realización de las tareas; la dedicación horaria; y otras características del trabajo, como la organización y ordenación, que influyen en la magnitud de los riesgos a que está expuesto el trabajador, cuando no se aplican correctamente los principios de la Ergonomía.

Existen varias trayectorias o mecanismos posibles entre el hecho de padecer un trastorno mental y la actividad laboral según la evidencia científica actualmente disponible:

- La exposición a factores psicosociales de riesgo del trabajo, como el estrés laboral relacionado con la falta de control y de oportunidad para utilizar las propias capacidades, que se comportan de manera acumulativa negativa, disminuyen el rendimiento en la realización de la tarea y dar lugar a un estado de fatiga y a varios trastornos mentales, como los adaptativos, así como varias enfermedades psicosomáticas relacionadas con el estrés como las cardio y cerebrovasculares, dolor lumbar y bajas laborales, con independencia de las características psicológicas de las personas estudiadas. La privación material en sí misma produce conductas de riesgo para la salud de tipo nutricional, sedentarismo y conductas adictivas. El estrés del trabajo se ha convertido en una de las principales causas de incapacidad laboral en los países desarrollados, al mediar en "nuevas y sutiles amenazas para la salud mental" y como factor de riesgo de enfermedades como las cardiovasculares, los trastornos mentales y los accidentes de trabajo.

Se ha constatado que el estrés en el trabajo tiene un importante papel mediador en las grandes diferencias en salud, enfermedad y muerte prematura, relacionadas con el estatus sociolaboral:

- La exposición a los riesgos psico-sociales del trabajo pueden contribuir de forma inespecífica al desencadenamiento de un trastorno mental para el que el trabajador es vulnerable y el riesgo psico-social del trabajo interviene como factor desencadenante o agravante, como en el caso de los trastornos depresivos y de ansiedad, sobre todo en los primeros episodios. Se atribuye a las situaciones estresantes el 10-15% de la varianza sobre la sintomatología depresivo-ansiosa que padece el paciente. Se trata de trastornos de etiología multifactorial, de forma que

cada factor explica una proporción relativamente pequeña de la varianza, lo que obliga a tener en cuenta diferentes factores de vulnerabilidad o modificadores, genéticos, evolutivos, psicológicos y sociales.

- De forma específica la exposición a situaciones laborales estresantes traumáticas, como accidentes laborales graves y acoso en el trabajo pueden causar patologías relacionadas con el estresor traumático, factor necesario pero no suficiente, que produce trastornos como el trastorno de estrés postraumático, ya reconocido como enfermedad profesional cuando se produce tras la exposición a experiencias traumáticas en el trabajo. Las Condiciones de Trabajo, como determinantes del estado de salud de la persona, son por lo tanto indisociables de otros determinantes tanto intrínsecos como extrínsecos y éstas, a su vez, son dependientes del momento de desarrollo económico y modelo productivo.

Los procesos de innovación tecnológica, la evolución de los mercados de trabajo y la emergencia de nuevas actividades han transformado la relación Trabajo/ Salud, han generado una nueva epidemiología de la enfermedad en el trabajo. En esta nueva epidemiología el "factor externo" evidenciable en forma de una máquina, una sustancia cancerígena, sensibilizador o irritante ha perdido su hegemonía en el complejo causal de la enfermedad. Complejo que se ha desplazado hacia componentes de "sobre carga" de funciones tanto biológicas como mentales y sociales. En la actual Sociedad del Trabajo los elementos desestabilizadores de la salud se ubican, principalmente, en la esfera de la "adaptación" y la "relación". El profesional de la prevención debe adquirir nuevas habilidades en la identificación, manejo e intervención sobre una "enfermedad" para la que habitualmente no está suficientemente entrenado, buscando alianzas con el ámbito de la salud mental.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Concienciar acerca de la salud mental en el lugar de trabajo y de sus efectos en la productividad.

Objetivo secundario.

- Fomentar la detección precoz de los síntomas .
- Reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales.

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

Tras promover las medidas de salud mental en el ámbito laboral, los puntos más concluyentes fueron los siguientes:

- Normalizar la salud mental en la empresa.
- Combatir de forma activa la estigmatización y la invisibilización de este tipo de problemas, naturalizándolos y brindando apoyo a los empleados. Generar una cultura de aceptación y soporte, informando a los trabajadores la posibilidad que tienen de pedir ayuda.
- Detectar, debatir problemas y encontrar soluciones. Destinar recursos y espacios para hablar de los problemas de salud mental, promoviendo la participación de los empleados.
- Reducir los factores de riesgo relacionados con el trabajo. Tomar conciencia del entorno de trabajo y de cómo éste se puede adaptar para promover una mejora en la salud mental de los empleados.
- Fomentar programas de promoción de hábitos saludables.
- Promover la autoconciencia, la vida sana, la alimentación equilibrada y la realización de ejercicio físico.
- Favorecer conductas positivas.
- Desarrollar los aspectos positivos del trabajo, además de las cualidades y capacidades de los empleados. Las competencias profesionales y personales, como la comunicación, la empatía o la asertividad, son aspectos fundamentales para la salud mental de los empleados.
- Implementar programas de ayuda psicológica.
- Ofrecer asesoramiento profesional y servicios de atención psicológica a los empleados, dotándoles de instrumentos para gestionar el estrés de manera adecuada.

Las intervenciones en materia de salud mental deben formar parte de una estrategia integrada de salud y bienestar que abarque la prevención, la detección

temprana, el apoyo y la reincorporación al trabajo. La clave del éxito consiste en implicar a las partes interesadas y al personal de todos los niveles, no sólo cuando se lleven a cabo intervenciones de protección, promoción y apoyo, sino también cuando se evalúe su eficacia.

5 Discusión-Conclusión

Por tanto, podemos concluir que la interrelación entre la salud laboral y la salud mental es cada vez más definida y estudiada. Nuestro propósito no es otro que el de ampliar la información y reflexión sobre este tema de gran actualidad de mano de grandes expertos de distintas disciplinas. El abordaje multidisciplinar desde distintos puntos de vista (médicos del trabajo, médicos psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales), nos aporta una visión completa de un campo tan apasionante y de actualidad como los trastornos mentales en el ámbito laboral.

6 Bibliografía

- Muñoz PE. Epidemiología de los trastornos mentales. En: Vallejo, Leal (Dir). Tratado de Psiquiatría Vol. I. Barcelona: Ars Médica; 2005.
- Ciurana R, Tizón JL. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la Atención Primaria de Salud. Propuesta de Priorización en la prevención de los trastornos de la salud mental. En: Red de Centros Investigadores de la SEMFYC Ed., Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en Atención Primaria, Libro de la V Reunión Anual. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; 1993.
- Trucco M. Promoción de la salud mental en el ámbito laboral. Informe a la OPS. Washington D.C.; 1998.

Capítulo 575

ETICA Y TRABAJO SOCIAL SANITARIO

MARIA CONCEPCION RODRIGUEZ VIAÑA

1 Introducción

La conciencia ética es una parte fundamental de la práctica profesional de los trabajadores sociales. Su capacidad y compromiso para actuar éticamente es un aspecto esencial de la calidad del servicio que ofrecen a quienes hacen uso de los servicios del trabajo social.

Los trabajadores sociales deben actuar con arreglo al código o directrices de ética vigentes en su país. (Código Deontológico de Ética profesional 9 de Mayo de 2012, en España). Los trabajadores sociales deben mantener la confidencialidad de la información sobre los usuarios y el secreto profesional. Las excepciones solo estarán justificadas por requerimientos éticos superiores (como preservar la vida), entre otras orientaciones generales de conducta profesional.

Los principios básicos del Trabajo Social son libertad, dignidad e igualdad, en cuanto a los principios generales son entre otros: Solidaridad, justicia social, Respeto, individualización. Cabe reseñar que el trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social.

El objetivo fundamental es que todas las intervenciones del Trabajador Social se

encuentren fundadas éticamente, así como promover el debate ético y la reflexión de todos los profesionales . Se han creado comisiones deontológicas, con el objetivo fundamental de velar por la efectiva aplicación del código deontológico y del buen hacer profesional.

2 Objetivos

- Conseguir que todas las intervenciones del Trabajador Social se encuentren fundadas éticamente, así como promover el debate ético y la reflexión de todos los profesionales.

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. BANKS, S. (1997): Ética y valores en el Trabajo Social. Barcelona: Paidós.
2. BERMEJO ESCOBAR, F.J. (2002): La ética del Trabajo Social. Bilbao: Desclee de Brouwer.
3. <https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2016/04/principios-eticos-del-trabajo-social.pdf>.
4. https://www.cgtrabajosocial.es/codigo_deontologico.

Capítulo 576

COMO MEJORAR LA COMUNICACIÓN INTERNA EN LOS HOSPITALES

MONTSERRAT MIGUEL PICHEL

SUSANA MIGUEL PICHEL

ANA MARIA ALVAREZ TORRE

LAURA PALACIOS

MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN

1 Introducción

La salud es uno de los temas que más interesa a la población española. Sin embargo, el comportamiento que sigue una parte de dicha población no se puede calificar de saludable: grasas en la alimentación, sedentarismo, consumo de alcohol y tabaco, etc. Por tanto, se puede afirmar que existe una cierta incoherencia entre el interés manifestado hacia la salud y los comportamientos efectivos de la población.

Para intentar que esta afirmación cambie, son muchos los organismos y entidades que han apostado por la realización de campañas de comunicación cuyo objetivo es educar a la población en los hábitos de vida saludables. Así, empresas de alimentación, agencias de viajes, hoteles, laboratorios farmacéuticos y compañías de seguros (entre otros) realizan diversas iniciativas cuyo objetivo es difundir entre la población española los hábitos de vida saludables.

En este contexto, si analizamos todos los actores que actúan de manera directa o indirecta en el sector sanitario, sin duda alguna, podemos determinar que el más representativo y el que dispone de mayor capacidad científica para la difusión de la información sanitaria, es sin duda el hospital.

Los hospitales, son fuentes inagotables de información. Generan información tanto interna como externa. Establecer un sistema de comunicación interna apropiado, solo supone beneficios. Esto permite difundir las acciones del hospital, reforzar el compromiso y motivación de sus profesionales, impulsar su proyecto de gestión y lograr una mayor productividad.

Hay que incorporar la comunicación interna como elemento fundamental para la gestión adecuada de los centros hospitalarios. Es importante reflexionar sobre el impacto que tiene la comunicación en el hospital, y más precisamente, el impacto la comunicación interna, elemento fundamental para la gestión adecuada de los centros hospitalarios.

Tal y como define la Real Academia Española de la lengua Comunicación “es un proceso mediante el cual se puede transmitir información entre un emisor y un receptor”. La comunicación es parte esencial para poder alcanzar las metas laborales y una buena gestión. Cuando hay buena comunicación entre los equipos de trabajo, la productividad laboral aumenta y el trabajo puede desarrollarse de forma más eficaz.

Cuando hablamos de la comunicación en el ámbito del trabajo, incluido el campo profesional sanitario, hay que tener en cuenta varios aspectos: a los interlocutores, que, como parte del mismo entorno laboral, no siempre se sitúan al mismo nivel jerárquico y eso condiciona las relaciones entre ellos y también debemos analizar la comunicación a nivel individual, respecto a cómo le afectan los procesos de comunicación, particularmente a cada una de las personas implicadas.

2 Objetivos

Analizar la importancia de cuidar y planificar la comunicación interna en los centros sanitarios y de desarrollar un plan de comunicación interna como herramienta indispensable para una gestión adecuada.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica a través de Medline, Embase y el Ministerio de Ciencia e Innovación (MCI), utilizando descriptores como: “comunicación”, “comunicación eficaz”, “herramientas de comunicación”, “comunicar en el trabajo”, “herramientas de gestión”. Se ha realizado una revisión sistemática de documentos y estudios de distintas entidades dedicadas a la formación y a la gestión del conocimiento sobre la comunicación, así como de bibliografía incorporada en el plan de estudios de trabajo social en relación con el tema propuesto. Se hace revisión únicamente de documentación disponible en castellano.

4 Resultados

Establecer e implementar una comunicación efectiva en el entorno de trabajo de un centro sanitario trae consigo una serie de ventajas:

- Evita conflictos, si se emplea tiempo en discutir diferentes temas y se apuesta por una comunicación abierta, no habrá espacio para malentendidos o conflictos. Ofrecer formación en comunicación puede ayudar a mejorar el entendimiento entre compañeros/as y otros miembros del mismo centro hospitalario. Los conflictos no solo aparecen por cuestiones concretas, si no que pueden ser diferentes emociones las que hagan surgir estos problemas, verbalizar emociones negativas, antes de que se conviertan en conflictos es una estrategia de comunicación efectiva.
- Motivación del personal, un buen vínculo en los equipos de trabajo aporta más motivación, y estos vínculos pueden hacerse más fuertes con una buena comunicación. Todos están dispuestos a dar más si se crea un ambiente de trabajo adecuado.
- Mayor productividad, si desde la dirección se emplea tiempo en conocer, en hablar con el personal, es más fácil ofrecer una formación más efectiva, aprovechar mejor las capacidades y fortalezas personales, y una mejor distribución de las tareas y responsabilidades. Establecer canales adecuados permite fomentar la creatividad, y aportar ideas, que pueden suponer innovaciones que mejoren el trabajo.

Cuando se habla de una buena comunicación en el ámbito laboral, una parte tiene que ver con tener una actitud abierta hacia los demás y también una correcta forma de expresarse

Una actitud abierta es básica en una comunicación positiva. Es necesario poder

solucionar los conflictos de forma rápida, y para ello es imprescindible tratarse con honestidad, todo lo contrario que hablar a las espaldas unos de otros, ocultarse información para conseguir algún beneficio, que no favorecen equipos productivos.

La mala comunicación en el trabajo a veces puede deberse a carecer de las capacidades necesarias para comunicar. Cuando las conversaciones no poseen claridad o la información no se comunica correctamente, se producen malentendidos muy fácilmente. Es importante formular claramente lo que se quiera decir, ya sea por mail o en una conversación en una cafetería.

Amabilidad, cortesía y respeto mutuo, ya sea entre compañeros del mismo nivel que con superiores. Una manera eficaz para crear un mal ambiente de trabajo es la falta de respeto. Hay que estar dispuesto a escuchar, la comunicación no es en un solo sentido, por lo que es esencial en una buena comunicación en el trabajo la capacidad de escuchar, mostrando empatía. Admitir errores abiertamente, es una buena base para la comunicación, nadie es perfecto, todos lo sabemos, pero a poca gente le gusta admitirlo. Admitir un error suele tener un efecto positivo en la otra persona.

De manera tradicional se ha dado mayor importancia a la comunicación externa de los centros hospitalarios, y hace relativamente poco tiempo que la comunicación interna ha empezado a ser vista como una herramienta de gestión en los hospitales.

Además de seguir trabajando en mejorar la comunicación externa, también hay que darle más importancia a la comunicación interna, como una herramienta que mejora el entorno de trabajo y facilita la labor diaria. La comunicación interna se sitúa como una herramienta indispensable para una adecuada gestión, ya que los profesionales del hospital necesitan, para realizar su trabajo, de informaciones adecuadas, útiles, en tiempo real y adaptadas a su trabajo.

Los hospitales comparten muchas características, pero no hay dos hospitales que sean iguales, y las diferencias se asocian en parte a algo intangible como es la cultura organizativa del hospital y dado que la comunicación interna forma parte de esta cultura, hay que dedicarle esfuerzos.

El hospital necesita comunicarse con los profesionales sanitarios y no sanitarios, con los pacientes, con sus familiares, con el alumnado en prácticas, con empresas... y debe hacerlo de una forma y estilo acorde a sus valores como organización.

Los modelos de dirección estratégica, como el de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, conocido por su acrónimo en inglés, EFQM, inciden en la consideración de la comunicación interna como el eje transversal para el conjunto de la organización. El estilo de gestión se define, en gran parte, por cómo se utilicen canales y flujos de información por parte de los directivos. El clima laboral y la satisfacción del paciente también son, en parte, resultado de la comunicación interna en el hospital, condicionados por el estilo de liderazgo, lo que incluye el estilo de hacer comunicación del staff y de los directivos. La gestión del conocimiento, crucial en un centro hospitalario, es otro de los aspectos destacados en este modelo que fomenta o dificulta calidad y seguridad del paciente como binomio inseparable. En definitiva, los enfoques de gestión que se pongan en práctica no pueden dejar de lado que la comunicación interna forma parte de una estrategia global para ofrecer una mejor atención a los pacientes.

Existen normalmente canales informales, casi o más potentes que los canales formales, para conocer y entender qué pasa en el hospital y, al mismo tiempo, muchos emisores y receptores interactuando entre sí, incluso para los mismos contenidos de información. Los canales por los que fluye la información han experimentado en los últimos años un cambio radical. A los clásicos (reuniones, tableros de anuncios, folletos, circulares...) hay que sumar ahora otros mucho más eficientes como Internet, correo electrónico y las redes sociales. No es que los primeros deban dejarse de usar, pero debemos aprender y familiarizarnos con ellos como herramientas de uso diario en nuestro trabajo, asegurando el acceso y la capacitación de todo el personal para su uso.

La oportunidad de qué, a quién y cómo comunicar sigue siendo la pregunta clave a la que se debe responder antes de elegir el canal de comunicación más adecuado: reuniones - circulares - asambleas - puntos de información - cartelería - tablón de anuncios - folletos - boletín - encuestas - hoja de reclamaciones - web institucional - correo electrónico - dispositivos electrónicos - redes sociales -

5 Discusión-Conclusión

A la hora de establecer como mejorar la comunicación interna, es necesario tener en cuenta que todo comunica, tanto si transmitimos algún dato, información u opinión como si sencillamente nos quedamos callados.

Nada existe si no se comunica, trabajar en mejorar la comunicación es trabajar para que los distintos públicos del hospital cuenten con la información en la

forma adecuada y en el momento en que esta se necesite.

La comunicación es bidireccional. Esto ayuda a que sea más rica pero también obliga a que tenga un cierto orden para evitar el caos y que el rumor no se convierta en el canal de información. La comunicación interna no puede improvisarse, si no que requiere de una planificación; la elaboración de un plan de comunicación interna, requiere esfuerzo y dedicación. Invertir en comunicación tiene resultados a largo plazo, con lo que hay que ir incorporando y valorando acciones de manera paulatina.

En un hospital, la comunicación interna debe constituir un ámbito de actividad estratégico debido a varias razones:

- La comunicación interna ayuda al hospital a difundir entre los empleados distintas informaciones que les pueden ayudar en su día a día a ser más competitivos.
- La comunicación interna influye positivamente en el correcto funcionamiento del hospital: ayuda a la correcta gestión del conocimiento, fomenta la comunicación interpersonal e interdepartamental, y repercute de modo positivo en la satisfacción del paciente con el tratamiento médico establecido.
- La comunicación interna también tiene implicaciones positivas para la institución hospitalaria en su conjunto (adaptación al cambio, generación de sinergias, implantación del trabajo en equipo, etc.).

Merece la pena establecer un decálogo que permita a los hospitales comprender cuál es el verdadero impacto estratégico de la comunicación interna. Para ello, recurrimos a las conclusiones del libro publicado por Pablo Medina, investigador de la Universidad de Neuchâtel (Suiza), quien ha publicado, en colaboración con Toni González (IESE Universidad de Navarra) el primer manual en Europa sobre comunicación interna hospitalaria. Según el autor del libro titulado “Organización de la comunicación interna en hospitales”, y financiado por la agencia de comunicación de salud Docor, hay diez ideas que definen de forma precisa la aplicación de esta actividad en hospitales:

1. La comunicación interna hospitalaria tiene un ámbito exclusivo de actividad que es desarrollado por profesionales de este sector, es decir, profesionales de la comunicación y profesionales de la salud.
2. Se trata de una función profesional tecnificada, lo cual implica la realización de planes oficiales de comunicación interna y de protocolos de funcionamiento que garanticen la coherencia de los procesos.
3. La comunicación interna es la actividad comunicativa más importante que se desarrolla en un hospital, por eso constituye la base de la política global de

comunicación institucional desarrollada por el hospital.

4. Esta actividad se constituye en un departamento garantiza la coherencia y potencia las sinergias entre todas las iniciativas desarrolladas en este ámbito para así satisfacer mejor las necesidades comunicativas del hospital.

5. El departamento de comunicación interna, no sólo depende directamente de la dirección del hospital, sino que, además, el resto de áreas comunicativas que posee el hospital están subordinadas a dicho departamento.

6. La comunicación interna asume como función propia la gestión del conocimiento organizacional con el objetivo de optimizar dicho conocimiento y de aportar beneficios al conjunto de la organización.

7. La comunicación interna se encarga de transmitir a los empleados intangibles (identidad de marca de la organización, apoyo a los empleados, etc.) que permitan el desarrollo del en el empleado del sentimiento de pertenencia a la institución, la motivación, la integración, etc.

8. La comunicación interna tiene en la comunicación interpersonal desarrollada por el profesional de la salud una de sus líneas estratégicas de actividad. El médico y el personal de enfermería se convierten en dos de los principales comunicadores del hospital.

9. Esta actividad trabaja de modo integral y en colaboración con varios departamentos, especialmente con el de comunicación externa, recursos humanos y la dirección del hospital.

10. La comunicación interna influye positivamente en la optimización de costes y en la agilidad de los procesos hospitalarios, de ahí la importancia de que dicho departamento tenga acceso a las áreas de gestión y financiera.

Una buena gestión en los hospitales pasa por una elección adecuada de los canales de comunicación. Esto contribuye en buena medida a lo que definimos como comunicación interna efectiva, no olvidándonos que será necesario medir la efectividad de los canales de comunicación puestos en marcha, cada dos o tres años, y poder valorar así, si es conveniente incorporar algún cambio.

6 Bibliografía

1. Diccionario de la Lengua Española [Internet]. 23ª edición [S.I]: RAE, 2014. [fecha de consulta: 25 de noviembre de 2019].
2. Martínez, A., y Nosnik, A. Comunicación Organizacional Práctica. Manual Gerencial. México DF, México: Editorial Trillas, 1998.

3. Hernández, M. Comunicación y Trabajo Social en Fernández García, T. y Alemán, C. (eds.). Introducción al Trabajo social. Madrid: Alianza, pp. 555-572.
4. Club Excelencia en Gestión [Internet]. Madrid: Club Excelencia en Gestión; 2016 [fecha de consulta: 8 de noviembre de 2019].
5. Medina, P. y González, T. Organización de la comunicación interna en hospitales. Navarra: Editorial Fragua, 2011.

Capítulo 577

TRABAJO A TURNOS, EFECTOS NEGATIVOS PARA LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO

LAURA PALACIOS

MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN

MONTSERRAT MIGUEL PICHEL

SUSANA MIGUEL PICHEL

ANA MARIA ALVAREZ TORRE

1 Introducción

“La ergonomía es el conjunto de ciencias y técnicas cuyo objeto es la adecuación entre el puesto de trabajo y la persona”. En el tema que nos ocupa cuando no se dan las condiciones de ergonomía temporal, el trabajador puede tener una disminución del poder funcional de los órganos, provocada por un exceso de trabajo que viene acompañada de una sensación general de malestar.

La mayoría de los profesionales sanitarios están expuestos a la turnicidad laboral y ésta provoca que sea uno de los colectivos profesionales con mayor absentismo laboral. Si hablamos de turnicidad laboral y trabajo nocturno, nos ceñimos a lo

dispuesto en el artículo 36 del Estatuto de los Trabajadores del 23 de octubre de 2015: artículo 36. Trabajo nocturno, trabajo a turnos y ritmo de trabajo.

1. A los efectos de lo dispuesto en esta ley, se considera trabajo nocturno el realizado entre las diez de la noche y las seis de la mañana. El empresario que recurra regularmente a la realización de trabajo nocturno deberá informar de ello a la autoridad laboral. La jornada de trabajo de los trabajadores nocturnos no podrá exceder de ocho horas diarias de promedio en un periodo de referencia de quince días. Dichos trabajadores no podrán realizar horas extraordinarias. Para la aplicación de lo dispuesto en el párrafo anterior, se considerará trabajador nocturno a aquel que realice normalmente en periodo nocturno una parte no inferior a tres horas de su jornada diaria de trabajo, así como a aquel que se prevea que puede realizar en tal periodo una parte no inferior a un tercio de su jornada de trabajo anual.

Resultará de aplicación a lo establecido en el párrafo segundo lo dispuesto en el artículo 34.7. Igualmente, el Gobierno podrá establecer limitaciones y garantías adicionales a las previstas en el presente artículo para la realización de trabajo nocturno en ciertas actividades o por determinada categoría de trabajadores, en función de los riesgos que comporten para su salud y seguridad.

2. El trabajo nocturno tendrá una retribución específica que se determinará en la negociación colectiva, salvo que el salario se haya establecido atendiendo a que el trabajo sea nocturno por su propia naturaleza o se haya acordado la compensación de este trabajo por descansos.

3. Se considera trabajo a turnos toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o de semanas. En las empresas con procesos productivos continuos durante las veinticuatro horas del día en la organización del trabajo de los turnos se tendrá en cuenta la rotación de los mismos y que ningún trabajador esté en el de noche más de dos semanas consecutivas, salvo adscripción voluntaria. Las empresas que por la naturaleza de su actividad realicen el trabajo en régimen de turnos, incluidos los domingos y días festivos, podrán efectuarlo bien por equipos de trabajadores que desarrollen su actividad por semanas completas, o contratando personal para completar los equipos necesarios durante uno o más días a la semana.

4. Los trabajadores nocturnos y quienes trabajen a turnos deberán gozar en todo momento de un nivel de protección en materia de salud y seguridad adaptado a la naturaleza de su trabajo, y equivalente al de los restantes trabajadores de

la empresa. El empresario deberá garantizar que los trabajadores nocturnos que ocupe dispongan de una evaluación gratuita de su estado de salud, antes de su afectación a un trabajo nocturno y, posteriormente, a intervalos regulares, en los términos establecidos en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, y en sus normas de desarrollo. Los trabajadores nocturnos a los que se reconozcan problemas de salud ligados al hecho de su trabajo nocturno tendrán derecho a ser destinados a un puesto de trabajo diurno que exista en la empresa y para el que sean profesionalmente aptos. El cambio de puesto de trabajo se llevará a cabo de conformidad con lo dispuesto en los artículos 39 y 41, en su caso, de la presente ley.

5. El empresario que organice el trabajo en la empresa según un cierto ritmo deberá tener en cuenta el principio general de adaptación del trabajo a la persona, especialmente de cara a atenuar el trabajo monótono y repetitivo en función del tipo de actividad y de las exigencias en materia de seguridad y salud de los trabajadores. Dichas exigencias deberán ser tenidas particularmente en cuenta a la hora de determinar los periodos de descanso durante la jornada de trabajo.

La literatura científica disponible hace referencia a varios tipos de enfermedades que presentan una especial prevalencia en los profesionales sanitarios, destacando las enfermedades metabólicas, alteraciones del sueño, estrés y ansiedad, enfermedades músculo-esqueléticas, oncológicas, cardiovasculares y digestivas.

El trabajo por turnos y el trabajo nocturno parecen tener un efecto negativo en la salud de los trabajadores, posiblemente debido a su impacto en los ciclos de sueño y vigilia, hábitos alimentarios y de ejercicio, la termogénesis, la secreción de hormonas y niveles de presión arterial, y existen estudios que demuestran alteraciones de los niveles de serotonina en los trabajadores sanitarios sometidos a turnicidad, lo que aumenta el riesgo de alteraciones del estado de ánimo y depresión, y también existe evidencia que demuestra que la interrupción del ritmo circadiano provoca una alteración de los niveles de melatonina, una hormona pineal que es inhibida por la luz y considerada como un biomarcador de alteración circadiana.

Los trabajadores nocturnos tienen un mayor riesgo para las enfermedades crónicas en comparación con los trabajadores diurnos, por lo que la alteración de los ritmos circadianos causada por la turnicidad laboral se asocia con un mayor riesgo de obesidad. Los ritmos circadianos son cambios físicos, mentales y conductuales que siguen un ciclo diario y que responden principalmente, a la luz y a la oscuridad en el ambiente de un organismo.

Dentro de los hospitales se aplica el sistema de organización de turnos llamado continuo, es decir que se realiza de manera ininterrumpida durante todo el día y todos los días de la semana. Existen más de tres turnos y además el trabajo nocturno. El servicio está garantizado las 24 horas del día y 365 días al año.

2 Objetivos

- Describir los efectos nocivos que sobre la salud tiene la turnicidad laboral.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática consistente de artículos científicos relacionados con el tema a tratar. Para ello se realizan diversas búsquedas bibliográficas de consulta utilizando las bases de datos Google Académico, Medline Plus, Dialnet y Scielo. También se consultan varios artículos sobre la tematica publicados entre 1999 y 2017.

4 Resultados

Son varios los estudios que informan de la asociación entre el trabajo a turnos y el síndrome metabólico, probablemente a causa de una alteración del ritmo biológico, por lo que el trabajo a turnos podría ser un factor de riesgo para la diabetes tipo II. Se ha sugerido que la exposición a factores de estrés laboral como la turnicidad puede dar lugar a la desregulación de la actividad neuroendocrina y, a largo plazo, a los primeros signos de enfermedad cardíaca.

El estrés laboral puede afectar a la función endocrina y causar disfunción ovulatoria como la anovulación, por lo que trabajar en turnos rotativos supone una probabilidad más alta de lo normal de sufrir alteraciones del ciclo ovárico. Las alteraciones y trastornos del sueño han sido ampliamente descritas en la literatura científica a nivel internacional. La mayoría de los autores indican que la turnicidad laboral y el trabajo nocturno se asocian directamente con estas alteraciones, probablemente por la alteración fisiológica de los ritmos circadianos, y pueden provocar problemas como la somnolencia diurna, insomnio nocturno, menor satisfacción en el trabajo, agotamiento emocional (burnout), estrés y ansiedad, accidentes laborales, errores en la práctica asistencial y en general una peor salud.

Muchos de los profesionales sanitarios en régimen de trabajo a turnos o nocturno reportan problemas musculo-esqueléticos. Debido a esto se han realizado varios estudios que han puesto de manifiesto la existencia de una relación significativa entre la aparición de dichos problemas y la exposición a turnicidad laboral o trabajo nocturno, probablemente en relación con el tipo de trabajo y la duración de los turnos. En estos estudios se identifican como principales factores de riesgo la edad, el sexo femenino, los años de servicio y las largas jornadas de trabajo, siendo los problemas más frecuentemente indicados los dolores en la espalda baja, cuello, hombros, rodillas, tobillos y pies.

También encontramos referencia en la bibliografía internacional que relacionan la turnicidad laboral y el trabajo nocturno con un mayor riesgo de padecer enfermedades oncológicas, e incluso el trabajo nocturno fue clasificado en 2007 por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer como carcinógeno probable debido a la interrupción circadiana que provoca.

Aunque el mecanismo biológico que relaciona el trabajo nocturno con el riesgo de cáncer sigue siendo desconocido, la principal hipótesis planteada como explicación implica a la melatonina, ya que la alteración de su secreción puede afectar los perfiles hormonales aumentando el riesgo de enfermedades del sistema endocrino incluyendo el cáncer de mama y próstata. La turnicidad laboral y el trabajo nocturno puede predisponer a los profesionales sanitarios a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como las cardiovasculares, debido al desajuste de los ritmos circadianos, alteración de los patrones socio-temporales y cambios en el comportamiento.

Los efectos negativos principales del trabajo a turnos y en especial en el turno de noche son:

- Alteraciones en los ritmos corporales.
- Alteraciones del equilibrio biológico.
- Desordenes digestivos y modificación de hábitos alimentarios.
- Perturbaciones en la vida familiar y social.
- Disminución del rendimiento y la productividad.
- Descenso del nivel de seguridad, aumentando la posibilidad de tener un accidente.
- Malestar general de tipo subjetivo.

5 Discusión-Conclusión

Es relevante tomar en cuenta que una adecuada organización laboral es el punto clave dentro de las estrategias de intervención que contribuyan a mitigar el impacto del trabajo nocturno y a turnos. Dicha gestión debe incorporar la preparación al personal para mejorar sus horas de descanso, así como una adecuada rotación de los trabajadores para disminuir la continuidad en un horario de noche. Las dosis de turnos nocturnos y la cantidad de horas laboradas por semana son los principales riesgos presentes.

La turnicidad laboral genera importantes repercusiones en los rangos normales de presión arterial, frecuencia cardíaca, así como alteraciones gastrointestinales. Por otra parte, se encuentra las implicaciones de tipo social y familiar, al verse afectadas por la rotación nocturna, acarreando múltiples afecciones de tipo emocional.

De igual manera contemplar programas de evaluación sobre el impacto de los turnos en los diversos escenarios laborales son responsabilidad de las organizaciones de salud, las cuales procuran el bienestar de la población en general, sin embargo, deben procurar con mucha más razón el bienestar de los trabajadores que se responsabilizan por brindar atención sanitaria en los diversos niveles de atención pública.

Intentar adecuar el horario en función del número de trabajadores/as existentes, niveles profesionales y presupuestos disponibles.

Mejorar las condiciones de trabajo a turnos, actuando principalmente a nivel organizativo. Si el trabajo es nocturno, el trabajador debe poder descansar durante el día, a veces no es posible por los ruidos, la luz solar o las actividades propias del hogar. El tener un descanso insuficiente puede hacer al trabajador entrar en fatiga con trastornos que afectan sobre todo al aparato digestivo y al sistema nervioso.

Algunas medidas preventivas que podrían aplicarse para evitar los efectos negativos sobre los trabajadores podrían ser:

- Prever una pausa suficientemente larga a la hora de realizar la comida durante las horas del trabajo.
- Reducir la carga de trabajo por la noche, ya que se necesita un mayor esfuerzo para lograr los mismos resultados que durante el trabajo diurno.
- Aplicar turnos rotatorios respetando los trabajadores que presenten sensibilidad especial (<25 años y > 50años).

- Intentar adaptar el turno de trabajo al ciclo circadiano (se aconsejan realizar los cambios entre las 6 y las 7 horas, las 14 y las 15 horas y entre las 22 y 23 horas).
- Establecer rotaciones cortas para el trabajo a turnos, prever fines de semana libres de al menos 2 días consecutivos.

6 Bibliografía

- seguridadbfacemepico2016ii.wikidot.com/ergonomía
- Hoja Informativa sobre los Ciclos Cicardianos [Internet]. National Institute of General Medical Sciences. 2017
- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de Riesgos Laborales. BOE 10-111995, núm 269, pág 6.
- Cossio S, Monier S, Reyna E. Consecuencias del Trabajo Nocturno en las Relaciones Familiares, Laborales, Personales y de Pareja de las Enfermeras (Tesis). Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; 2010.
- Valero H, Lázaro E. Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud. Rev Cubana Salud Trabajo. 2004
- Real Decreto Legislativo del Estatuto de los Trabajadores, 2/2015 de 23 de octubre de 2015. BOE 24
- Presión arterial alta [Internet]. MedlinePlus - Información de Salud de la Biblioteca Nacional de Medicina. 2016.

Capítulo 578

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

YOLANDA FERNANDEZ CAMINO

ANA SANCHEZ UGARTE

ELLEN CARLOS DO AMARAL

JAVIER LOPEZ ALLER

1 Introducción

La salud es un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo sustentable de las sociedades que el Estado debe garantizar. Pero asegurar este derecho no se limita a asegurar el acceso equitativo a los servicios de atención de salud, sino que implica asegurar un conjunto de condiciones de vida y de trabajo que son relevantes para la salud y/o por su contrario, para explicar desigualdades en salud. Según la Carta de Ottawa, las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud. El objetivo de la acción por la salud es hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud. Nuestras sociedades son complejas y están relacionadas entre sí de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos.

2 Objetivos

-Conocer los factores sociales y estilos de vida para poder promocionar la salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Medline, Scielo, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de apoyo psicológico a las determinantes en la salud social, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, ambiental, sociedad, biología, calidad de vida.

4 Resultados

La carta de Ottawa introdujo la idea de calidad de vida, entendida como un conjunto de variables que intervienen a favor o en detrimento de la salud, permitiendo garantizarla, o bien facilitando su pérdida. De este tipo de conceptualización surge también la idea de que hay modos de vida que producen más salud. Ahora bien, estas conceptualizaciones tienen valor en tanto y en cuanto se comprenda que el conjunto de variables que intervienen en la producción de los estilos de vida, no siempre están al alcance directo de la voluntad de los individuos. Factores políticos, económicos, sociales y ambientales son los que influyen en los individuos y comunidades, y muchas veces, se imponen irremediamente, redefiniendo sus voluntades e incidiendo en las formas de vivir. Tomemos por dar un ejemplo, las características de infraestructura en la vida de comunidades urbanas o rurales. La falta de cloacas y agua potable determina condiciones de vida a la que los pobladores de determinadas comunidades y barrios no pueden escapar. Y, si bien es cierto que existe la capacidad de agruparse para dar soluciones temporales al problema (cisternas para juntar agua, métodos de potabilización, pozos ciegos realizados en condiciones de mayor seguridad), estas condiciones señalan diferentes puntos de partida para la vida y la salud de esa población en comparación con otras que no presentan esas problemáticas, respecto de sus condiciones básicas de salud.

Como además, nuestro ejemplo trata sólo de una o dos variables (agua potable y cloacas) y, un análisis de la realidad debería considerar muchas otras que, a su vez están en interacción constante con ellas, es fácil concluir que promover la salud es una meta de diversa dificultad según sean las condiciones de partida: políticas,

socioeconómicas, culturales, del medio ambiente, personales y biológicas. Sintetizando, promover la salud y vivir saludablemente es una meta compleja para la que hace falta algo más que proponérselo. También hay otras características de la vida humana que también inciden en los estilos de vida saludables: la necesidad de tiempo para el trabajo y tiempo para el ocio, el uso razonable de los recursos naturales para no agotarlos y permitir su regeneración y, finalmente, la necesidad de que tanto las naciones como las sociedades, comunidades e individuos se comprometan, es el propósito de sostener una calidad de vida saludable. El enfoque de los determinantes sociales de la salud también proporciona un marco conceptual para valorizar el significado que tiene para la comunidad una determinada condición en la realización de su derecho a la salud. Reconocer los determinantes sociales, nos permite advertir que las desigualdades en salud son evitables y por ello, injustas. Se entiende por determinantes sociales de la salud las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan y que impactan sobre la salud .

El lugar que cada una de las personas ocupa en la jerarquía social no sólo determina un acceso, muchas veces inequitativo, a bienes y servicios que garantizan derechos humanos universales, sino también, una distribución (muchas veces desigual) del control, la influencia, el prestigio y el poder en la sociedad. Existen diversos modelos conceptuales que permiten comprender la relación entre los determinantes sociales de la salud y las inequidades observadas.

5 Discusión-Conclusión

Las organizaciones comunitarias se encuentran estrechamente vinculadas siendo las redes sociales que conectan personas, grupos y organizaciones es la base de la integración social y la forma de llegar a la solución de problemas apremiantes. Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud y el bienestar, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Quiere decir que la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud no es directa, sino producto del actuar de factores intermedios: condiciones materiales, como la calidad de vivienda y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal. Los determinantes de la salud, identifican diversos factores que inciden en los procesos del enfermar. Los procesos de salud-enfermedad están determinados por procesos sociales, económicos, políticos y culturales, que inci-

den en los modos de vida posibles de las comunidades, la calidad de los estilos de vida familiar e individual y las relaciones con la naturaleza y el territorio social.

6 Bibliografía

- OPS- OMS Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de los Recursos Humanos (1998).
- OMS - Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005.
- OPS/OMS -Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición - Julio 2005
- OMS (2003) Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO-Europe.
- CASTELLANOS, P: Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista Epidemiológico. Cuadernos médicos Sociales N° 42 CESS, 1987
- CARTA DE OTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>.

Capítulo 579

LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LA SALUD PÚBLICA

YOLANDA FERNANDEZ CAMINO

JAVIER LOPEZ ALLER

ANA SANCHEZ UGARTE

ELLEN CARLOS DO AMARAL

1 Introducción

Las personas conciben su propia salud de modos diversos como producto de todo lo que el hombre hace y sabe, condicionados también por las variables sociales que interfieren en la definición de cómo será la salud de una comunidad en un momento histórico determinado. El rol del estado es primordial para proteger el derecho a la salud, a través del diseño de políticas sanitarias y de lineamientos ejercidos por el Ministerio de Salud de la Nación. La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud. Según Ginés González García, la estrategia de atención primaria de la salud puede ser la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida, con equidad y justicia social. El propósito de la atención primaria de la salud es mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud.

2 Objetivos

-Conocer las estrategias de atención primaria, la atención de la persona en salud pública y la promoción de la salud.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas y artículos encontrados de estrategias de la atención en la salud pública, se utilizaron descriptores con las palabras claves utilizadas en la búsqueda: salud, pública, sociedad, promoción de la salud, atención primaria.

4 Resultados

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) impulsó la revisión de muchos conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad. Pero también puso en revisión las prácticas personales e institucionales de los equipos de salud, el modo en que las naciones enfocan y organizan el sistema de atención de la salud de la población. La conformación actual del sistema de salud es el resultado de la historia sanitaria de nuestro país. Para aproximarnos al desarrollo del concepto de APS creemos conveniente situarnos en el contexto de nuestro sistema de salud. La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado. La atención en salud se organiza en tres niveles diferentes:

-Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud. Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta, como así también la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud. La demanda oculta es lo que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

-Las instituciones de salud, con internación en servicios básicos: clínica médica, pediatría, cirugía general y Maternidad, además de la infraestructura necesaria

para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel. Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología. Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Cuando derivamos a una persona al segundo nivel hablamos de referencia y lo hacemos con el acompañamiento correspondiente, personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad. Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

-Las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular y otras), infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos y la unidad de terapia intensiva y unidades coronarias. Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención. Los efectores de salud pueden ser de jurisdicción municipal, provincial o nacional y de administración pública, de la seguridad social o privada.

5 Discusión-Conclusión

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante diferentes programas nacionales. Algunos apuntan a fortalecer los objetivos del primer nivel de atención, sea a través de la formación de recursos humanos, o bien a través de la provisión de insumos o medicamentos. Es importante que identifique qué dependencia tienen los programas que se implementan en el centro: nacional, provincial o municipal. Esta información es muy útil a la hora de gestionar o realizar reclamos y saber a quién dirigirse para encontrar la solución a un problema.

6 Bibliografía

- OPS- OMS Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de los Recursos Humanos (1998).
- OMS - Comisión on Social Determinants of Health, Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos. Declaración provisional., 2005.

- OPS/OMS -Renovación de la APS en las Américas. Documento de posición - Julio 2005
- OMS (2003) Social Determinants of Health: the solid facts. Copenhagen, WHO-Europe.
- CASTELLANOS, P: Sobre el concepto de salud enfermedad. Un punto de vista Epidemiológico. Cuadernos médicos Sociales N° 42 CESS, 1987
- CARTA DE OTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf>

Capítulo 580

SALUD LABORAL DEL PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AMBITO SANITARIO

SONIA FERREIRO SIMON

ALEJANDRO GARCÍA VELASCO

RICARDO GUILLÉN IGLESIAS

PABLO ÁLVAREZ SALCEDO

1 Introducción

Cualquier actividad que realicemos a lo largo del tiempo, nos puede deteriorar la salud y provocar lesiones. El trabajo de oficina es uno de los más perjudiciales para la salud que existen, por el tiempo que permanecemos sentados, aún así podemos crear hábitos saludables que no alteren en exceso nuestra rutina, y que nuestro cuerpo agradecerá a corto y largo plazo.

Actualmente, cada vez resulta más complicado desempeñar un trabajo en el que no tengas que hacer uso de las pantallas de visualización de datos. Este es el caso del personal auxiliar administrativo que trabaja en el ámbito sanitario. Hywel Murrell en el año 1949 fue nombrado precursor de la ergonomía moderna y la define como un conglomerado de estudios científicos en los que se produce una interacción entre el entorno de trabajo y el trabajador. Es una disciplina que comienza a desarrollarse plenamente a lo largo de la segunda Guerra Mundial con el modelo de producción intensivo. Las palabras ergonomía y ergonómico son usados

de forma indistinta fuera del mundo profesional, como sinónimos de anatómico. Más allá de los expertos que se dedican a estudiar el tema de la salud laboral, pocos son los que exactamente pueden diferenciar entre qué es la ergonomía y el porqué de su existencia. En España hace su aparición gracias a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (1995) y el Reglamento de los Servicios de Prevención (1997).

Se pretende prevenir mediante el estudio de la relación existente entre las exigencias que nos demandan las tareas profesionales y las diferentes capacidades de las que dispone cada persona. Se trata de elegir la técnica más adecuada al personal disponible, examinar el ambiente de trabajo, descubrir los riesgos de la fatiga mental y física, analizar cada puesto de trabajo para definir una adecuada formación, favorecer la interrelación entre trabajador y tecnología disponible y motivar a los trabajadores por aumentar el interés en la tarea y el ambiente de trabajo. Es habitual que el personal auxiliar administrativo pueda sufrir lesiones en el trabajo cuando las condiciones en el mismo son incompatibles con sus capacidades y limitaciones. Esta situación afecta a su salud laboral.

2 Objetivos

- Identificar los principales factores de riesgo que provocan alteraciones musculoesqueléticas al personal auxiliar administrativo.
- Establecer recomendaciones que favorezcan una vida laboral saludable al personal auxiliar administrativo.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la literatura existente a través de fuentes de datos como Scielo, Cuiden, Pubmed-MedLine.

Se han utilizado descriptores mediante palabras clave como Salud Laboral para auxiliares administrativos, ergonomía para trabajos de oficina, trastornos musculoesqueléticos, utilización de pantallas de visualización de datos o riesgos para personal auxiliar administrativo.

Como criterios de inclusión, han sido utilizados textos con información acorde al tema desarrollado, artículos y libros científicos, exceptuado toda aquella documentación a la que no ha sido posible acceder a su texto completo.

Como criterios de exclusión, se han tenido en cuenta aspectos como la repetición de documentos.

4 Resultados

Mediante diversos estudios, se evidencian los riesgos y dolencias a las que se ven sometidos los trabajadores de oficinas. Un ejemplo es la encuesta transversal realizada a más de dos mil empleados por Delph y MS en el año 2013, en la que hicieron un seguimiento durante año y medio para demostrar los efectos de este tipo de trabajos, identificando así los riesgos a los que se ven sometidos y los tratamientos que deberían de llevar a cabo. Más de la mitad de los encuestados sufría molestias musculoesquelético (37,2% de cuello y hombros, 21,7% extremidades superiores, extremidades 18% inferiores y región posterior del 34,3%). Llegaron a la conclusión de que es necesario mejorar la interacción hombre/máquina mediante la formación y la limitación del uso del ordenador, adaptando el espacio de trabajo a las características de los trabajadores.

En otro estudio similar (Mahmud, Kenny, Zein, y Hassan, 2014), se registraron las dolencias musculoesqueléticas que padecían los trabajadores, además de una evaluación psicológica y el número de bajas por enfermedad a lo largo de doce meses. Seleccionaron a dos grupos aleatoriamente, a uno se le dio un folleto con recomendaciones y el otro recibió un entrenamiento de educación ergonómica. Fue este último grupo el que redujo de manera significativa, las lesiones de espalda y cuello.

No podemos obviar la importancia de identificar los factores de riesgo ergonómico, puesto que influyen en las condiciones de trabajo derivando en un problema de salud laboral. Estos riesgos aglutinan a todas las situaciones o elementos relacionados con el trabajo (máquinas, herramientas, movimientos inadecuados, puestos de trabajo...). A continuación vamos a identificar los elementos con los que se encuentra un auxiliar administrativo, riesgos y recomendaciones:

- Ruido: La sobreexposición al ruido continuo puede producir una disminución en nuestra capacidad de audición, pero, además, puede provocar alteraciones psicológicas. Es una fuente de insatisfacción y malestar laboral muy reconocida por diversos estudios que demuestran que influye negativamente en el rendimiento en el trabajo.
- Condiciones térmicas: nos encontramos en un estado de confort térmico cuando

la temperatura es favorable para la actividad que estamos realizando. El confort térmico está compuesto por la temperatura ambiente (se recomienda en verano entre 23 y 26 °C y en invierno entre 20 y 24 °C), la velocidad del aire (menor a 0,1 metros por segundo) y la humedad (no bajar del 50% para que el aire acondicionado no reseque el ambiente). Es preciso seguir estas recomendaciones, puesto que si la temperatura es elevada nos producirá somnolencia y si es demasiado baja nos dificultará mantener la concentración.

-Iluminación: para una buena iluminación han de tenerse en cuenta variables como los reflejos (dificulta la visión de un modo poco confortable), deslumbramientos, el brillo que proviene del objeto que estamos intentando ver, sus alrededores, los contrastes y el centelleo de las pantallas (McCormick, 1976). Nuestros ojos tienden a desviar la mirada hacia los puntos donde se encuentra la fuente de luz, si son intensos. A medida que aumenta el nivel de iluminación de nuestro campo visual, también aumenta la motivación por la tarea y por ende el rendimiento.

-Posturas/repetitividad: el personal auxiliar administrativo, puede sufrir el denominado esfuerzo muscular estático, consistente en una tensión que se produce en los músculos cuando éstos permanecen a lo largo de mucho tiempo en tensión para mantener una determinada postura corporal. Como consecuencia aparecerá la fatiga, el dolor muscular y la mala circulación sanguínea. Este tipo de posturas, junto con movimientos muy repetitivos, son los culpables de desarrollar trastornos musculoesqueléticos en el personal auxiliar administrativo (McGill y Norman, 1985). Un lugar de trabajo bien diseñado implicará que los hombros se encuentren en reposo, los brazos estarán cerca del tronco y la espalda permanecerá la mayor parte de las tareas que se realicen erguida. La espalda (tanto la zona alta como la baja) deberá estar apoyada en el respaldo y el ángulo que forman la parte superior con la inferior del cuerpo, será de 90 grados. Procuraremos mover las piernas y pies de vez en cuando para favorecer la circulación.

- Diseño del puesto de trabajo: la mesa de trabajo debe de cumplir unos requisitos a nivel de medidas para facilitar el desarrollo adecuado de las tareas (altura de la mesa 70 cm, anchura útil mayor de 140 cm y anchura libre debajo de la mesa menos 60 cm.). Los materiales de la mesa no deben transmitir el calor, sus acabados serán mate para no producir reflejos y con agujeros para el pase de cableado. Las sillas de oficinas deben de ser cómodas y funcionales con un diseño ergonómico acorde con nuestra mecánica corporal y estructura física. Los respaldos deben ser regulables tanto en altura como en inclinación para obtener

un correcto apoyo de la zona lumbar. Las pantallas permitirán regularlas en altura gracias a su soporte, y así orientarlas de tal forma que beneficie una postura cómoda, evitando brillos y reflejos no deseados. Los caracteres deberán de ser lo suficientemente grandes como para facilitar la lectura. El teclado, ratón y teléfono deben de ser fácilmente alcanzables, estando en la propia superficie de trabajo.

Una vez analizados todos los riesgos que el personal auxiliar administrativo puede encontrarse en supuesto de trabajo, debemos hacer hincapié en la necesidad de que cada trabajador se tome unas pequeñas pausas para realizar unos ejercicios de estiramiento (Marras et al., 1995).

5 Discusión-Conclusión

Queda de manifiesto que la ergonomía es una disciplina esencial a la hora de adaptar el puesto de trabajo de auxiliar administrativo a las características físicas y psicológicas que son particulares e individuales de cada trabajador. Gracias a la ergonomía, podemos estudiar el ámbito laboral con el propósito de hacer desaparecer los riesgos vinculados a las diferentes profesiones: reducida capacidad de movimiento, posiciones inapropiadas o luz insuficiente, entre otros elementos, traducándose en daños musculoesqueléticas en hombros, cervicales y extremidades superiores, sistema circulatorio debilitado o deficiencia visual.

Las ventajas de la ergonomía pueden reflejarse en la productividad y en la calidad, en la seguridad y la salud, en la fiabilidad, en la satisfacción con el trabajo y en el desarrollo personal. El objetivo de la ergonomía es garantizar que el entorno de trabajo esté en armonía con las actividades que realiza el trabajador. Para ello debe de adquirir datos fiables que sirvan de base para recomendar cambios en situaciones específicas y desarrollar teorías y procedimientos que contribuyan la adaptabilidad ergonómica de la persona a su puesto de trabajo.

En definitiva, la ergonomía pretende conseguir una adaptación satisfactoria de las personas a su puesto de trabajo para que desarrollen su labor en condiciones de seguridad y bienestar óptimos, intentando lograr que no existan accidentes o lesiones, las más habituales asociadas a esfuerzos de carga estática, posturas inadecuadas y repetitividad de movimientos, que originan trastornos musculoesqueléticos y desencadenan en enfermedades profesionales (Wagner, 1985).

Del estudio de la ergonomía en trabajos de oficina concluimos que la prevención pende, en gran medida, de que el equipamiento que se emplee cumpla con

unos requisitos mínimos de calidad ergonómica que disminuyan gran parte de las molestias más frecuentes. Mejorar la Ergonomía de los auxiliares administrativos, contribuye a elevar la productividad del trabajador, disminuir la fatiga y aparición de enfermedades y aumentar el confort favoreciendo el bienestar en la realización de las actividades laborales. Implantar un programa de pausas activas para el personal auxiliar administrativo, contribuiría a reducir la fatiga muscular y el cansancio producido por las duras jornadas laborales.

6 Bibliografía

- Champion, M.A. y Thayer, P.W. (1985). Development and field evaluation of an inter-disciplinary measure of job design. *Journal of Applied Psychology*, 29-43.
- Mahmud, N., Kenny, D.T., Zein, R.M., y Hassan, S.N. (2014). The Effects of Office Ergonomic Training on Musculoskeletal Complaints, Sickness Absence, and Psychological Well-Being. *Asia-Pacific*, 27(2), 32.
- Marras, W.S. y Sommerich, C.M. (1991). A three-dimensional motion model of loads on the lumbar spine. I. Model structure. *Human Factors*, 33, 123-137.
- Marras, W.S., Lavender, S.A., Leurgans, S.E., Fathallah, F.A., Ferguson, S.A., y Allread, W.G. (1995). Biomechanical risk factors for occupationally-related low back disorders. *Ergonomics*, 38, 377-410.
- McCormick, E. (1976). *Human Factors in Engineering and Design*. McGraw-Hill.
- Taieb, M., Cwikel, J., Shapira B., y Orenstein, I. (2012). The effectiveness of a training method using self-modeling webcam photos for reducing musculoskeletal risk among office workers using computers. *Applied Ergonomics*, 43, 376-385.
- Wagner, R. (1985). Job analysis at ARBED. *Ergonomics*, 255-273.

Capítulo 581

ESTRATEGIAS DE COMUNICACION EN CENTROS SANITARIOS

NAIARA MARTIN LOPEZ

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

ARANZAZU PRADA DIAZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

1 Introducción

La inteligencia emocional es muy importante para nuestra vida y la manera en la que podamos conseguir una mayor empatía, saber controlar y entender nuestros sentimientos, aumentar nuestra capacidad para resolver los problemas nos dará una mejor calidad de vida.

Las personas que saben gobernar sus sentimientos saben interpretar y relacionarse efectivamente con los demás, disfrutan de todos los dominios de la vida. Además son más eficaces y se suelen sentir más satisfechas.

Aspectos a destacar en el manejo de las emociones son:

- Reconocer y aceptar las emociones.
- Manejar las propias emociones.
- Ponerse en el lugar de otro.
- Crear relaciones sociales.

Como profesionales, es fundamental que sepamos establecer una buena comunicación con las personas a las que atendemos, ya que es condición indispensable para poder ofrecer unos cuidados de calidad, sobre todo si entendemos que toda relación terapéutica conlleva un proceso de relación interpersonal.

El trato humano recibido por parte del personal sanitario, destacándose la empatía, la información transmitida de forma comprensible y el tiempo que dedica el profesional a la relación personal con la persona a la que atiende, así como la posibilidad de ésta para expresarse, son los principales factores que influyen en la satisfacción con la atención recibida, así como el hecho de que se tengan en cuenta los intereses y las expectativas de la persona. Por tanto, de poco servirá que seamos muy hábiles en el desarrollo de determinadas técnicas si después somos incapaces de establecer una comunicación efectiva.

La vivencia ante una situación concreta de salud o enfermedad es única para cada persona, por lo que siempre deberemos tener en cuenta sus creencias, valores y costumbres. El cuidado implica respeto y comprensión por el otro y esto puede conseguirse, en parte, a través de la empatía y la escucha activa. Al escuchar transmitimos al otro nuestra disponibilidad, siempre y cuando lo hagamos en el sentido de escuchar para comprender y no para responder. Escuchar implica prestar atención y demostrar que se hace. La empatía nos permite ponernos en el lugar del otro con la finalidad de comprender los sentimientos y situaciones de esta persona.

2 Objetivos

- Dotar a los profesionales de conocimientos y habilidades que les permitan mejorar la comunicación en sus relaciones con los pacientes.
- Tener claros los objetivos del acto comunicativo: establecer y mantener la relación con el paciente, responder a sus emociones, obtener y compartir la información, explicar y planificar, tomar decisiones e implementarlas.
- Adquirir conocimientos relacionados con los elementos que intervienen en el proceso de comunicación: elementos conductuales, cognitivos y fisiológicos.
- Adquirir y emplear habilidades sociales: usar la asertividad, empatía, escucha activa...

3 Metodología

Utilizaremos las estrategias y habilidades de comunicación que hemos explicado anteriormente para cumplir con nuestros objetivos.

En primer lugar, es fundamental que la acogida sea cordial. Esto se puede hacer de varias formas, bien presentándonos y dando la mano, o simplemente sonriendo y mirando con atención a la persona que estamos recibiendo y referirnos a ella por su nombre, es decir, empleando lo que llamamos marcadores de cordialidad. A lo largo del proceso de acogida emplearemos también las calidades de superficie, que son entre otras:

- La calidez: podría definirse como la amabilidad que los demás perciben de nosotros.
- El respeto: reconocimiento de los intereses y sentimientos del otro.
- La cordialidad: se utiliza con referencia al trato civilizado, demostrando buena educación.

Además de las calidades profundas que serían:

- La empatía: La empatía es la capacidad de entrar, afectiva y emotivamente, en la realidad de otra persona, entender sus necesidades y expectativas, comprender su situación tal como la vive. Es saber ponerse en el lugar de la otra persona. Ser capaz de meterse en “su pellejo”, captar sus sentimientos, sintonizar con ella y confiar en su capacidad de salir adelante por sus propios medios. Ser empática significa respetar la libertad de la persona, no juzgarla, aceptarla como es y cómo quiere llegar a ser y acompañarla en su proceso, pero sin decidir por ella.
- La contención emocional:
- La asertividad: La asertividad implica la capacidad de expresar de manera libre y espontánea, sin temores infundados ni ansiedades innecesarias, nuestros pensamientos y sentimientos y actuar de manera consecuente con éstos, pero con el debido respeto por los sentimientos y pensamientos de las demás personas. Ser asertivo se resume en la capacidad de defender nuestros derechos y mantener el debido respeto por los derechos ajenos.
- Escucha activa: No es lo mismo oír que escuchar. Escuchar es un acto consciente, voluntario y libre. Hay que querer escuchar. Oír es percibir los sonidos. Escuchar a alguien, es acogerle con todo lo que es y tal como se expresa.

La persona que se siente escuchada experimenta alivio y agradecimiento y crece en autoestima, en seguridad y en autonomía. Para expresar que se escucha, se suele enviar “señales” que lo confirman, tales como: verbales: mensajes cortos y

ocasionales durante la conversación (si, comprendo, ya...), preguntas oportunas, reformulación de lo que nos va contando, retroalimentación, etc. No verbales: asentimientos de cabeza, mirada abierta, gestos..., que animan a la persona que habla a continuar la conversación porque se siente escuchada y comprendida.

Todo esto contribuirá a crear un clima en el que se encuentre a gusto para expresar de forma espontánea todo lo que considere importante desde su punto de vista, ya que sólo así podremos tener un conocimiento completo de la otra persona, ganándonos su confianza y respeto, y consiguiendo que colabore y se sienta implicado en el cuidado. Para ello es importante controlar tanto las interferencias físicas, entre las que estarían el ruido o las interrupciones, como las interferencias psicológicas, donde entrarían las distracciones y preocupaciones por parte nuestra, así como las interferencias actitudinales, resaltando los prejuicios, estereotipos negativos, etc. que actuarían como barrera.

Otra barrera a eliminar sería el empleo de términos ininteligibles por parte del receptor, ya que nuestra función no consiste en impresionar con nuestra verborrea técnica a los demás. Si lo que realmente nos interesa es llegar a la persona que estamos atendiendo, nuestros esfuerzos deberían ir encaminados a hacernos entender, y esto lo conseguiremos acercándonos a la realidad del otro, poniendo en común y encontrando la manera de vincularnos, ya que en definitiva, eso es la comunicación.

4 Resultados

- Procure una actitud positiva. Debemos intentar utilizar pensamientos “positivos”, tanto hacia la persona como hacia la situación, lo que facilita que nuestro interlocutor se relacione también con nosotros de manera positiva. Las técnicas de autocontrol pueden ayudarnos en este sentido.
- Estudie previamente el tema. Si es posible, es importante prepararse el tema y recoger la mayor cantidad de información posible.
- Utilice la empatía. La empatía supone intentar ver las cosas, problemas, situaciones, etc. tal y como suponemos nos afectaría a nosotros si ocupásemos el papel del otro.
- No tenga prisa. Hay que dedicar tiempo a escuchar a los demás, y hacerlo de forma que parezca que no tenemos otra cosa que hacer en ese momento.
- No pretenda cambiar a su interlocutor. Ello supone fundamentalmente ser capaces de separar entre la persona y los mensajes que ésta emite, pudiendo intervenir y discrepar con relación al mensaje, pero no hacia la persona.

- Concéntrese y evite distracciones. Es importante tratar de concentrarse continuamente en el mensaje que se nos está transmitiendo, aunque puede resultar difícil.
- No adivine ni adelante conclusiones. Hay que dejar que la otra persona termine de hablar y evitar acabar las palabras que nos esté diciendo.
- Resuma con frecuencia. Al realizar resúmenes demostraremos nuestro interés y atención por el tema y nos estaremos asegurando que hemos recibido el mensaje tal y como se pretendía transmitir.
- Pregunte y tome notas. Al preguntar hacemos que la comunicación sea bidireccional y por tanto, más rica y completa. Si a la vez tomamos notas, podremos fijar la atención en la escucha y también nos ayudará a resumir y aclarar los puntos oscuros.

Creamos una atmósfera relajada que propicia la conversación y evitan que el interlocutor se sienta dirigido en una dirección concreta. Reducimos los conflictos entre profesionales y pacientes .

5 Discusión-Conclusión

La comunicación juega un importante papel en el cuidado del paciente y una relación terapéutica efectiva se logra con el conocimiento de las habilidades sociales, concluyendo que es un hecho claro que en el hacer diario de la práctica profesional es fundamental establecer un canal de comunicación con el enfermo y la familia, para lo cual el lenguaje es una pieza elemental aún cuando éste no sea la palabra hablada. Saber escuchar, mantener una aptitud empática, la asertividad... ayudará a desarrollar una efectiva relación terapéutica que dará mayor confianza al paciente con el profesional.

Los profesionales cada vez más ven al paciente como un todo desde una visión holística del mismo, él y su entorno, por tanto no debemos centrarnos exclusivamente en el ámbito fisiológico, el desconocimiento de las oportunas técnicas de comunicación tiene como resultado amplias limitaciones al manejo global del paciente. La comunicación centrada en el paciente ayuda a generar mayor confianza de éste así como a mejorar los resultados clínicos dando lugar a una práctica clínica de calidad. A pesar de la gran importancia demostrada en el uso de habilidades sociales para una relación terapéutica eficaz con el paciente, aún es una asignatura pendiente en el día a día del cuidado. Tenemos la obligación ético-profesional de escuchar para aprender, para atender, para acompañar... en definitiva: para cuidar.

6 Bibliografía

1. Pons X. La comunicación entre el profesional de la salud y el paciente: aspectos conceptuales y guía de aplicación. *Enfermería Integral*, 2006 marzo.
2. Fellowes D, Wilkinson S, Moore P. Entrenamiento en habilidades comunicativas para los profesionales de la asistencia sanitaria que trabajan con pacientes con cáncer, sus familias o cuidadores (Revisión Cochrane traducida).
3. Agüero Caro M. El arte de escuchar: elemento esencial del uso terapéutico de sí mismo. Presencia. 2005

Capítulo 582

COMUNICACIÓN ENTRE SANITARIOS Y PACIENTES

JULIA MARÍA PRIETO VELASCO

MERITXELL DORADO GÁNDARA

NATALIA RUIZ RAMON

1 Introducción

En tema de comunicación, el papel del sanitario no solo se limita al cuidado de la salud. Debido a la cantidad de tiempo que un paciente pasa con el personal sanitario, estos tienen numerosas ocasiones para conocer al paciente más allá del ámbito sanitario. Y muchas veces acaban interactuando con el paciente no solo en tema de salud sino también en el aspecto personal.

2 Objetivos

Abordar la relación de comunicación entre profesionales sanitarios.

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

Sin dejar a un lado la formación académica ni laboral ni profesional de un sanitario, estos deberían disponer de herramientas que mejoren y ayuden en su capacidad de relación con los pacientes. Una buena relación terapéutica con los pacientes es muy beneficiosa para su mejor recuperación.

Los motivos por los que un paciente acude a un centro sanitario son muy variados. Aunque en principio se limiten a una enfermedad en concreto, suele venir acompañado de un factor muy importante, el factor psicológico. En estos momentos el paciente se encuentra en una situación delicada en la que su situación psicológica es determinante a la hora de una mejor recuperación.

A la hora de tratar con los pacientes los sanitarios deben tener en cuenta este factor y tratarlos en consecuencia. Empezando por una comunicación principalmente de respeto, no hay que olvidar que ambos son personas. Debe tratarse al paciente como lo que es, un ser humano.

Debemos tener con el paciente una buena relación de ayuda. Esta relación facilita la comunicación con el paciente que se encuentra en una situación de crisis.

Esta relación se basa en tres normas básicas, primero tener una comunicación clara y directa con el paciente, no solo en como decimos las cosas si no en como actuamos. Segundo debemos ser totalmente respetuosos con el paciente, es un igual a nosotros. Y en tercer lugar la empatía, el paciente debe ver que somos capaces de ponernos en su lugar y que lo entendemos y aceptamos totalmente.

Una vez utilizadas estas herramientas no solo ayudaremos al paciente a recuperar su salud, se adaptará mejor a su enfermedad y tendrá una actitud mas positiva ante su recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Una buena comunicación entre sanitario-paciente beneficia al paciente sobre todo en su estado psicológico.

6 Bibliografía

- Barca Fernandez I, Parejo Miguez R, Gutiérrez Martin P, Fernandez Alarcón F, Alejandro Lázaro G, Lopez de
- Castro F. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones. Madrid: Atención Primaria, 2004.
- Bascuñan ML. Comunicación de la verdad en medicina: contribuciones desde una perspectiva psicológica. Revista Médica de Chile. 2005;133: 693-98.

Capítulo 583

IGUALDAD O EQUIDAD DE GÉNERO EN LA SALUD

JULIA MARÍA PRIETO VELASCO

MERITXELL DORADO GÁNDARA

NATALIA RUIZ RAMON

1 Introducción

La igualdad de género consiste en la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades para todas las personas. Es un derecho básico. Es un pilar necesario para lograr un mundo sostenible, pacífico, próspero, saludable y que no deje a nadie desatendido. La igualdad de género en la salud significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados.

2 Objetivos

- Definir la equidad de género en la sanidad.

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 equidad de género significa una distribución justa de los beneficios, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres. El concepto reconoce que entre hombres y mujeres hay diferencias en cuanto a las necesidades en materia de salud, al acceso y al control de los recursos, y que estas diferencias deben abordarse con el fin de corregir estos desequilibrios.

Los determinantes de la salud relacionados con el género son las normas, expectativas y funciones sociales que aumentan las tasas de exposición y la vulnerabilidad frente los riesgos para la salud, así como la protección frente a los mismos, y que determinan los comportamientos de promoción de la salud y de búsqueda de atención sanitaria y las respuestas del sistema de salud en función del género. Son uno de los principales determinantes sociales de las inequidades sanitarias.

La integración de la perspectiva de género implica evaluar el modo en que el género determina las medidas planificadas, incluidas la legislación, las políticas y los programas, en todos los ámbitos y a todos los niveles. La incorporación de la perspectiva de género también puede contribuir al empoderamiento de las mujeres y la igualdad de participación en todos los niveles del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito de la salud hay desigualdades injustas, innecesarias y prevenibles entre hombres y mujeres. Tanto en su estado de salud como en la atención sanitaria. Se deben tomar medidas estratégicas de equidad de género para lograr corregir esa desigualdad.

6 Bibliografía

- Schanzer R. El marco teórico de una investigación. 2000
- Castañeda Abascal I E. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. Rev Cubana Salud Pública. 2007

- Género y Salud. Una Guía práctica para la incorporación de la perspectiva de género. Washington.
- Emmanuel Berthier A. Investigación documental y marco teórico. ¿Cómo construir un marco teórico? 2004

Capítulo 584

LA CONDUCTA ASERTIVA COMO HABILIDAD SOCIAL

YESICA GARCÍA MAYO

1 Introducción

La palabra asertivo, proviene del latín assertus “afirmación de la certeza de una cosa” y se define como la habilidad personal que nos permite expresar sentimientos, opiniones y pensamientos, en el momento oportuno, de la forma adecuada y sin negar ni desconsiderar los derechos de los demás. Es decir, nos referimos a una forma para interactuar efectivamente en cualquier situación que permite a la persona ser directa, honesta y expresiva.

2 Objetivos

- Definir asertividad.
- Describir los efectos positivos de la asertividad.
- Detallar las pautas para entrenar el comportamiento asertivo.

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

Ser asertivo implica:

- Defender los derechos propios de modo que no queden violados los ajenos.
- Expresar los gustos e intereses de forma espontánea.
- Hablar sobre uno mismo sin sentirse cohibido.
- Aceptar los cumplidos y/o peticiones sin sentirse incómodo.
- Discrepar con la gente abiertamente sin agresividad.
- Realizar adecuadamente una crítica.
- Pedir aclaraciones.
- Rechazar peticiones: decir “no”.

Está demostrado que si se desarrolla una comunicación asertiva, se observarán unos efectos positivos para la salud física y emocional:

- Se reducirá el estrés.
- Mejorará sus habilidades sociales y personales.
- Controlará mejor los impulsos o la rabia.
- Mejorará su autoestima.
- Entenderá mejor sus emociones.
- Se respetará a sí mismo y ganará el respeto de los demás.
- Mejorará sus habilidades de toma de decisiones.
- Ganará satisfacción personal y laboral.

Como entrenamiento asertivo, podemos dar una serie de pautas:

- Identificar los estilos básicos de la conducta interpersonal: estilo agresivo, pasivo y asertivo. La función de esta etapa es distinguir entre cada uno de los estilos, reconociendo la mejor forma de actuar de acorde con el estilo asertivo. Nos ayudará también a reconocer nuestros errores en este ámbito.
- Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos. Se trata de identificar en qué situaciones fallamos, y cómo deberíamos actuar en un futuro. Se analiza el grado en que nuestra respuesta a las situaciones problemáticas puede hacer que el resultado sea positivo o negativo.
- Describir las situaciones problemáticas. Se trata de analizar las situaciones en términos de quién, cuando, qué y cómo interviene en esa escena, identificando nuestros pensamientos negativos y el objetivo que queremos conseguir.
- Escribir un guion para el cambio de nuestra conducta. Es un plan escrito para afrontar la conducta de forma asertiva. Aquí se intenta poner por escrito las situaciones problema y clarificar lo que queremos conseguir.

- Desarrollo de lenguaje corporal adecuado. Se dan serie de pautas de comportamiento en cuanto a lenguaje no verbal (la mirada, el tono de voz, la postura, etc.)
- Aprender a identificar y evitar las manipulaciones de los demás. Las demás personas utilizan estrategias para manipularle, haciéndole sentir culpable, evadiéndose de la conversación o victimizándose. Hay que aprender una serie de técnicas para resistirnos al influjo de los demás.

Aun con estas pautas, a veces nos encontramos con situaciones difíciles. La mayoría de ellas son que la otra persona ignore el mensaje y continúe con su conducta, o bien intente criticarla o descalificarla de distintas maneras. Para estas eventualidades se deberá estar preparado con una serie de técnicas asertivas adicionales. A continuación recogemos algunas:

- Disco rayado: técnica que consiste en la repetición serena de palabras que expresan nuestros deseos una y otra vez, ante la inexistencia de otros por acceder a los suyos. Evita tener que poner excusas falsas y nos ayuda a persistir en nuestros objetivos.
- Banco de niebla: técnica que nos ayuda a aprender a responder a las críticas manipulativas de otras personas reconociendo su posibilidad o su parte de verdad.
- Aceptación negativa: esta técnica nos enseña a aceptar nuestros errores y faltas, (sin tener que excusarnos por ellos) mediante el reconocimiento decidido y comprensivo de las críticas que nos formulan a propósito de nuestras características negativas, reales o supuestas.
- Aceptación positiva: consiste en la aceptación de la alabanza que nos den (elogios, felicitaciones, etc.), pero sin desviarnos del tema central.
- Interrogación: uno mismo se pregunta lo que le preocupa buscando sus propias respuestas.
- Compromiso: puede ser muy asertivo y muy práctico siempre que no esté en juego el respeto que nos debemos a nosotros mismos, ofrecer a la otra parte algún compromiso.
- Información gratuita: consiste en escuchar activamente la información que nos dan los demás sin habérselas pedido nosotros y de allí partir para solicitar más datos y seguir la conversación.

5 Discusión-Conclusión

La persona asertiva es aquella que no se comporta de manera agresiva con los demás, lleva a la práctica sus decisiones, no huye o cede ante los demás para

evitar conflictos, es capaz de aceptar que comete errores sin sentirse culpable, no se siente obligada a dar excusas, razones o explicaciones de por qué quiere lo que quiere, distingue de lo que dicen los demás de ella misma o de sus puntos de vista, es capaz de solicitar información sobre su propia conducta negativa y está abierto siempre a tratar diferencias de intereses o conflictos con otras personas.

Una conducta asertiva facilita un flujo de información en los grupos de trabajo y potencia la creación de más de una solución a los posibles problemas laborales que vayan surgiendo, dichos problemas cuando surgen y son transmitidos de forma asertiva reciben diversas alternativas y puntos de vista permitiendo una resolución adecuada

6 Bibliografía

- Saltó Sánchez, Carme Entrenamiento en asertividad
- De Quijano, Santiago D., Cornejo, José Manuel Y Díaz, Francisco Asertividad y conflicto en la organización
- NTP 667: La conducta asertiva como habilidad social
- Caballo Vicente E. Manual de Evaluación y Tratamiento en Habilidades Sociales. Madrid: Ed. Siglo XXI, 2002.

Capítulo 585

ERGONOMÍA EN EL SECTOR SANITARIO, PERSONAL ADMINISTRATIVO

YESICA GARCÍA MAYO

1 Introducción

Ergonomía es una tecnología pluridisciplinar que reúne y organiza conocimientos de muy diversas procedencias, para aplicarlos a la concepción, diseño y corrección de los medios, procedimientos y lugares de trabajo, con el objetivo de optimizar la eficacia del sistema, así como la comodidad, seguridad y satisfacción de las personas incluidas en el mismo.

2 Objetivos

Adaptar productos, tareas, entornos y herramientas a las necesidades y capacidades de las personas, mejorando la eficiencia, seguridad y bienestar de usuarios y trabajadores.

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 trabajo administrativo es un tipo de trabajo sedentario que se caracteriza por mantener una posición estática, generar movimientos repetitivos y por tener un puesto de trabajo y una silla asignada. Este usuario sedentario tiene un gran riesgo de lesiones por esfuerzos repetitivos como el síndrome del túnel carpiano, el dolor de cabeza y problemas de concentración causados por la fatiga ocular y sequedad de ojos.

La ergonomía hace que se reduzca la tensión muscular y las lesiones causadas por posturas incómodas y tareas repetitivas.

Para evitar el riesgo de sufrir algún tipo de lesión, a continuación se indicarán una serie de recomendaciones para que el personal administrativo pueda poner en práctica:

- El escritorio deberá ser lo suficientemente grande para acomodarse a su área de trabajo. Organice su escritorio de manera que los artículos que necesite con más frecuencia se encuentren a su alcance y no tenga que doblarse ni torcerse frecuentemente.
- La silla es uno de los elementos más importantes en el puesto de trabajo, por no decir que el que más, es importante utilizar una silla ergonómica que incluya los mecanismos necesarios para poder customizarla y que así se adapte a la fisionomía del usuario. Debe tener cinco pies y ruedas que faciliten su desplazamiento. Cuando esté sentado en la silla, sus pies deberían descansar planos sobre el suelo y sus muslos deberían estar paralelos al suelo. El borde de la silla debería ser blando y no debería hacer contacto con la parte trasera de sus rodillas. Si tiene reposabrazos, debería poder usarlos sin estar encorvado o sin tener los hombros caídos.
- Un reposapiés puede ayudar a sostener las piernas y reducir la tensión en la zona lumbar, en particular si los pies no están apoyados cómodamente sobre el suelo en forma horizontal.
- La pantalla del ordenador debería estar directamente enfrente de usted. La altura debe poder ajustarse, con la parte de arriba de la pantalla colocada al nivel de los ojos. Debe estar situada como mínimo a unos 50 cm.

- El ratón debería estar colocado cerca del teclado, donde no le haga inclinarse hacia adelante o estirarse demasiado para alcanzarlo.
- El teclado deberá ser inclinable e independiente de la pantalla para permitir que el trabajador adopte una postura cómoda que no provoque cansancio en los brazos o las manos. Tendrá que haber espacio suficiente delante del teclado para que el usuario pueda apoyar los brazos y las manos. Los apoyamueñas en el borde inferior del teclado ayudan parcialmente a hacer más cómoda la actividad.
- Poner los documentos en un atril le permitirá tener los paneles y documentos más cerca de los ojos y en un ángulo que facilita una mejor postura de la cabeza, cuello y tronco.
- En el caso de los muebles de archivo, el acceso a los ficheros tiene que ser cómodo y rápido. Los documentos se deben identificar rápidamente. El mobiliario debe estar pensado para un posible crecimiento del archivo.

Una buena postura también ayudará a prevenir las lesiones osteomusculares.

- Manténgase erguido para conservar la curvatura natural de la espalda. Estar encorvado aumenta la tensión en la espalda y también puede hacer que sienta menos energía. Si está de pie por largos períodos de tiempo, trate de colocar un pie sobre una banqueta baja de vez en cuando para cambiar de postura.
- Utilice una buena postura al estar sentado. Relaje los hombros, mantenga los pies planos sobre el suelo y evite inclinarse para acercarse a las tareas sobre su escritorio.
- Gire el cuerpo entero hacia la tarea en lugar de torcerse.

Parece que las actividades que se desarrollan en la oficina no tengan riesgos ergonómicos ya que no se realizan cargas físicas. Pero la ergonomía en el trabajo de oficina es igualmente muy importante ya que ayuda a evitar riesgos físicos provocados por las malas posturas.

Las mejoras ergonómicas reducen las demandas físicas del trabajo dando como resultado menos lesiones o dolencias. Otro efecto beneficioso de la ergonomía es que, al mejorar el diseño del entorno laboral, se consigue incrementar la eficiencia y la productividad.

5 Discusión-Conclusión

Se debe facilitar a los trabajadores información sobre las lesiones y enfermedades relacionadas con la ergonomía, entre otras cosas, los síntomas habituales y qué

condiciones relacionadas con el trabajo las causan para poder prevenir dichas lesiones y detectar en donde puede haber un riesgo ergonómico y poder hacer algo al respecto.

6 Bibliografía

- Asociación Española de ergonomía - www.ergonomos.es -
- Enciclopedia OIT. Naturaleza y objetivos de la ergonomía
- Farrer Velázquez, Francisco y Minaya Lozano, Gilberto y Niño Escalante, José y Ruiz Ripollés, Manuel. Manual de Ergonomía. Fundación MAPFRE.
- www.ergonomiaweb.com

Capítulo 586

CAMPAÑA DE LA GRIPE: VACUNACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

MARÍA DEL MAR RODRÍGUEZ PIÑERA

MARÍA MARGARITA ALONSO FERNÁNDEZ

LAURA RODRIGUEZ PIÑERA

1 Introducción

La gripe es una enfermedad infecciosa producida por un virus que se caracteriza por su gran capacidad de presentar múltiples variaciones en su estructura antigénica, lo que explica la aparición de nuevos virus gripales frente a los que el ser humano no tiene inmunidad. Desde el punto de vista epidemiológico, la enfermedad se manifiesta en forma de brotes, epidemias y de pandemias gripales. En nuestro medio, las epidemias estacionales ocurren principalmente durante el invierno (de noviembre a marzo).

La gripe se transmite por medio de secreciones respiratorias que se forman al toser, estornudar e incluso hablar. En la mayoría de las personas se resuelve en un número limitado de días, pero la edad avanzada y algunas patologías predisponen a las complicaciones. El principal método para prevenir la gripe y sus complicaciones graves es la vacunación antigripal. Sin embargo, la vacunación no es obligatoria, aunque es un hecho demostrado que las campañas de vacunación tienen una alta efectividad y seguridad para controlar el virus que cada año acecha a miles de personas en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la vacunación no sólo para la población en general sino también para los trabajadores sanitarios, ya que esta medida podría reducir su transmisión y las posibles complicaciones relacionadas con ella, además de contribuir a reducir los costes sanitarios y las pérdidas en la productividad al reducir el absentismo. De hecho, establece que la cobertura ideal debería ser del 100% en aquellos profesionales sanitarios que no presenten contraindicaciones. Sin embargo, sus propios estudios reflejan que dicha vacunación no llega al 30% en ninguno de los países europeos.

Los profesionales sanitarios españoles apenas se vacunan contra la gripe, tal y como ha denunciado el propio Ministerio de Sanidad, que afirma que: la cobertura de vacunación obtenida en los últimos años se encuentra muy por debajo de lo deseable. El Ministerio de Sanidad considera que dentro del personal sanitario se engloba a las personas cuyo trabajo, remunerado o no, se realiza en el ámbito de la atención sanitaria en contacto directo con pacientes o material potencialmente infeccioso.

Por ello, este organismo ha lanzado un manual en el que se detalla por qué se debe vacunar el personal sanitario, la manera más efectiva de prevención. Considera que el personal sanitario tiene mayor probabilidad de infectarse. Además, puede desarrollar una infección leve o asintomática pudiendo transmitir (en ocasiones de forma inadvertida) la infección a los pacientes (muchos de ellos con alto riesgo de sufrir complicaciones derivadas de la gripe), a sus compañeros o a miembros de su familia.

2 Objetivos

Concienciar a los profesionales sanitarios y no sanitarios de asumir la importancia de la vacunación antigripal por la autoprotección y los beneficios que de ella se derivan en un colectivo laboral que se encuentra muy expuesto a la transmisión del virus de la gripe. Además, los profesionales sanitarios son ejemplo para el resto de la población. Por ello, ¿cómo se va a recomendar a un paciente que se vacune de la gripe cuando el que lo dice no lo hace?.

Recordar a los profesionales las medidas básicas para la prevención de la gripe.

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

Una encuesta realizada por el Hospital General Universitario de Alicante constató las razones que el personal sanitario y no sanitario esgrimía a la hora de vacunarse o no. Entre los que se vacunaban, la razón principal era la de proteger su salud. Otro porcentaje ya más pequeño era la de proteger a sus familiares y la de proteger a los pacientes. Entre los que no se vacunaban la gran mayoría era por evitar meter medicación. Con un porcentaje más pequeño se encontraban los que confiaban en sus propias defensas o temían efectos secundarios.

Dentro de los que no se vacunaban, las razones que esgrimían también se diferenciaban por estamentos. Los facultativos argumentaban que estaban demasiado ocupados para ir a vacunarse. El personal no sanitario que temía que ponerse la vacuna causara la gripe. Y dentro del personal de enfermería era donde se daba un alto grado de desconfianza hacia su eficacia. De hecho, se puede constatar que el rechazo por miedo a los efectos adversos o a su posible eficacia eran dos de los argumentos más esgrimidos por los profesionales.

5 Discusión-Conclusión

Es un hecho que la eficacia de la vacuna de la gripe está fuera de dudas. Ciertamente es que su efectividad varía cada año, pues depende, entre otros factores, del grado de coincidencia entre la cepa circulante y la prevista esta temporada, así como del grupo poblacional vacunado. Son numerosos los estudios que demuestran la reducción en la proporción de la gripe y su reflejo en el absentismo por infección respiratoria en el personal vacunado. También es un hecho que un profesional que se muestre convencido de la utilidad y seguridad de la vacuna antigripal, y de que esto se traduzca en su propia vacunación aporta confianza entre la población general y especialmente entre los grupos de riesgo. Entre las medidas higiénicas

- para la prevención de la transmisión de persona a persona se incluyen:
- Lavarse las manos con frecuencia (especialmente tras sonarse o estornudar, ir al aseo y antes de comer).
 - Taparse la boca y la nariz con un pañuelo de papel al estornudar o toser y desecharlo después.
 - No compartir vasos, cubiertos, toallas y otros objetos que hayan podido estar en contacto con saliva y secreciones respiratorias.

6 Bibliografía

- Campaña Antigripal Asturias 2019 del Servicio de Salud del Principado de Asturias.
- Vacunación frente a la Gripe, Ministerio de Sanidad.
- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
- Servicio de Medicina Preventiva del Hospital General Universitario de Alicante.

Capítulo 587

LA INFLUENCIA DE LAS TIC EN EL SISTEMA DE SALUD

SANTIAGO CASADO MARTÍNEZ

MARÍA LUZ ALONSO PEÑA

1 Introducción

La utilización de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en el ámbito sanitario es un proceso consolidado. El avance de estas herramientas ha propiciado que los datos y la información de salud del paciente estén disponibles, con una u otra solución tecnológica, en cualquier momento y cualquier lugar asistencial.

El avance y consolidación de estas tecnologías han favorecido que la historia clínica electrónica sea el nexo que vértebra toda la información clínica y sanitaria del paciente haciendo posible esta disponibilidad y permitiendo un flujo de información continua.

Un uso adecuado de las TIC puede mejorar la gestión del tiempo de los profesionales y asegurar la coordinación. Al mismo tiempo, puede ser una solución para generar un flujo de información continua entre los diferentes profesionales de la salud y entre los diferentes niveles asistenciales. Las TIC aportarán elementos de mejora y elevarán el nivel de la asistencia con el objetivo de mejorar la atención al paciente.

En definitiva, su utilización debería conllevar más calidad en la información de salud del paciente y facilitar la respuesta a las necesidades de información relacionadas con los cuidados de salud.

2 Objetivos

- Llevar a cabo un análisis de las TIC en la prestación de los servicios sanitarios a través de los siguientes puntos clave:

La introducción a diferentes velocidades de las nuevas tecnologías de información y comunicaciones (TIC) sanitarias en España.

El estudio de las debilidades y fortalezas de las TIC en los servicios sanitarios centrado en la interoperabilidad y la armonización.

La Historia Clínica como elemento fundamental del proceso asistencial moderno.

El análisis de las amenazas y oportunidades de la interacción de los sistemas de información y los servicios sanitarios.

3 Metodología

El método de estudio empleado en este trabajo ha sido de carácter exploratorio, fundamentado en técnicas de revisión documental sobre directrices, conceptos y estudio de casos, extraídos de documentos bibliográficos librados por organizaciones pertinentes, prestando especial interés a aspectos como: percepciones y actitudes de los actores partícipes, información de salud en Internet, tipos de interacción interpersonal establecidos, instrumentos y medios tecnológicos utilizados, habilidades comunicativas y persuasivas, experiencia del paciente, capacidad empática y de motivación del profesional sanitario, así como posibles objetivos de comunicación logrados e identificación de necesidades sentidas y percibidas por las partes.

4 Resultados

- Fortalezas:

España es uno de los países desarrollados con mayor porcentaje de consultas de atención primaria informatizadas, mucho más alto que el de otros países. Esto es así, entre otras cosas, como consecuencia del modelo de atención primaria español, muy homogéneo y dependiente prácticamente por completo y hasta hace poco de un sistema nacional de salud.

El predominio de un solo financiador (sistema público) permite que, en España, las decisiones acerca de proveedores o estrategias de sistemas de información

estén muy centralizadas, lo que favorece la rápida implantación de estándares, al menos en el ámbito de influencia del decisor (en nuestro caso de cada comunidad autónoma). Además, como consecuencia del monopolio histórico, la posterior privatización y una fuerte internacionalización, hay empresas españolas de telecomunicaciones muy potentes y con capacidad de inversión en I + D.

- Debilidades:

Hay una escasa, por no decir inexistente, interoperabilidad entre los sistemas de información clínica de las distintas comunidades autónomas, y mejorable entre los distintos niveles asistenciales dentro de la misma comunidad. Así mismo, hay una pobre integración con otros sistemas de información relacionados con la salud.

La excesiva politización de la gestión sanitaria conlleva una costumbre de control de la información que no favorece la integración de sistemas de información y dificulta el acceso a los datos asistenciales y a los indicadores de calidad. Como una tradición de nuestro país, los sistemas de información sanitaria se han desarrollado bajo modelos de software privativo realizados por empresas heterogéneas, en muchos casos de ámbito local. Esto provoca la existencia de datos cautivos, es decir, la dificultad de cambiar de proveedor secundaria al coste de transferir los datos a otra plataforma tecnológica, consecuencia de las estrategias competitivas de dichas empresas en el mercado.

Existe, por otra parte, una escasa cultura de evaluación previa a la implantación de nuevas tecnologías informáticas en el ámbito sanitario, y una clara ruptura entre el nivel de gestión y los profesionales clínicos que repercute negativamente en la implantación de estos sistemas de información. El modelo operativo asistencial altamente burocratizado, con un sistema de prescripción obsoleto y orientado a la facturación, ha consumido numerosos recursos dedicados a dar una solución tecnológica a este problema, en detrimento de su uso en el desarrollo de funcionalidades con impacto clínico real.

La crisis económica, de especial impacto y mayor duración de la esperada en España, está provocando un recorte presupuestario en el gasto público, una caída en el consumo interior y una escasa inversión en I + D, lo que probablemente repercutirá de manera negativa en el desarrollo de soluciones tecnológicas innovadoras en el ámbito sanitario español en los próximos años.

- Amenazas:

En el futuro de la interacción de los sistemas de información y los servicios sani-

tarios se vislumbran algunas amenazas, como los problemas relacionados con la confidencialidad de los datos clínicos de los pacientes y con los datos del perfil prescriptor de los profesionales, de gran valor comercial tanto para la industria biomédica como para todo tipo de sectores económicos (aseguradoras, gran consumo, etc.).

Subsiste un riesgo real de cautividad de los datos y de dependencia tecnológica, en un sector como el de la asistencia sanitaria que puede considerarse como estratégico para el estado. Es importante no obviar el establecimiento de mecanismos de control que permitan la independencia con respecto al proveedor tecnológico, no sólo teórica o legal sino práctica; es decir, en términos económicos y operativos. Por último, amenaza la posibilidad, no improbable, de desintegración de la interoperabilidad por influencia de intereses políticos contrapuestos a los técnicos y asistenciales.

- Oportunidades:

Los nuevos avances en TIC ofrecen numerosas oportunidades, entre las que podemos señalar la integración de datos epidemiológicos y ambientales con datos clínicos, posible gracias al abaratamiento de los costes de almacenamiento y transmisión, circunstancia que permite desligar físicamente los datos de los sistemas de procesamiento. La unión entre la «computación en la nube» o «computación ubicua» y los nuevos sistemas de información geolocalizada combinados con datos de historia clínica y de actividad asistencial, más posibilidad de integrar datos generados por los propios pacientes (con dispositivos móviles, por ejemplo), abre numerosas posibilidades de innovación y de creación de soluciones tecnológicas con un potencial impacto en la salud de la población.

El nivel asistencial de atención primaria es aún muy homogéneo en sus métodos de organización y trabajo en toda España, lo que permitiría la rápida adopción de estándares en cuanto a sistemas de información si llegaran a definirse.

Hay diversas experiencias exitosas con el uso de software libre en la administración pública que podrían extenderse al ámbito sanitario, así como diversos proyectos en España de alto potencial si se impulsara su interoperatividad.

5 Discusión-Conclusión

Por lo general, las TIC que deberían priorizarse son aquellas que tienen un impacto directo en el proceso asistencial: la tarjeta sanitaria, la Historia Clínica

Electrónica, la receta electrónica y la telecita, cuyas utilidades repercuten en los ciudadanos, los profesionales y la propia administración pública.

Los ciudadanos demandan más participación en las decisiones, a la vez que una mayor autonomía en su relación con los servicios sanitarios, y por supuesto una mayor agilidad en la respuesta a sus necesidades. Todo ello encuentra un aliado en las nuevas tecnologías. El modelo de relación entre los ciudadanos y los servicios sanitarios está diversificando los canales de comunicación predominantes, presenciales y telefónicos, en beneficio de otros basados en telecomunicaciones automáticas cada vez más interactivas. A través de ellas, las personas pueden citarse por Internet, recibir recordatorios de agenda en su móvil, realizar trámites para prestaciones y acceder a sus informes clínicos desde casa.

Los profesionales sanitarios quieren trabajar con los medios adecuados. Uno de ellos es la información, cuya gestión es un elemento crítico en el ámbito asistencial. Otro es el tiempo, recurso escaso que debe ser bien administrado. Y ambos pueden beneficiarse de las TIC: una buena gestión electrónica de agendas, el registro digital de los datos clínicos y su recuperación rápida y estructurada, la prescripción electrónica o la liberación de actos repetitivos de contenido altamente burocrático, pueden ayudar a trabajar mejor y aumentar la calidad de la atención.

La administración sanitaria debe poner todos los medios a su alcance para la correcta prestación del servicio público. Sin embargo, también debe moverse dentro de los límites de la racionalidad y procurar que toda innovación que introduzca mejore realmente la situación anterior, sea sostenible económicamente y aceptada por la organización y la ciudadanía.

Dicho esto, es necesario hacer tres consideraciones básicas.

- La primera es que la introducción de nuevos medios técnicos, en cualquier actividad, suele exigir cambios en su enfoque funcional y no sólo en el «modo» de trabajar. Un error frecuente es pensar que la tecnología debe, sin más, facilitar lo que se viene haciendo, sin haber reflexionado sobre qué hacemos, para qué lo hacemos, cómo lo hacemos y si es necesario seguir haciéndolo una vez que disponemos de las TIC. Este análisis es ineludible y debe estar liderado por los responsables de la actividad, teniendo a la parte técnica alineada con los objetivos funcionales. Hay que solicitar la participación de los diferentes agentes implicados, aunque ello implique un esfuerzo considerable de trabajo y tiempo: nadie puede perfeccionar los procesos mejor que quienes intervienen en ellos. Es necesario contemplar objetivos e indicadores que evalúen el uso de esta herramienta.

- La segunda reflexión es que la gestión de los servicios sanitarios incorporando las TIC suele suponer un nuevo reparto de tareas, pues comporta una transferencia de responsabilidades entre los agentes que intervienen en un proceso. Con las TIC se tienen información y medios para tomar decisiones o ejecutar acciones en puntos y por personas que antes no podían hacerlo. Es preciso, pues, estar dispuestos a asumir nuevos escenarios y nuevas competencias en el trabajo diario, que suelen necesitar formación o adiestramiento y que pueden rozar la sensibilidad corporativa.

- La tercera y última reflexión se refiere a que sería muy poco inteligente restringir las ventajas que proporcionan las TIC al ámbito de cada comunidad autónoma. Teniendo en cuenta que anualmente más de 4,5 millones de ciudadanos reciben asistencia fuera de su comunidad, es inexcusable no extender al conjunto del SNS los beneficios que las TIC reportan. En este sentido, el Consejo Interterritorial ha sido unánime en el acuerdo sobre la necesidad de que los ciudadanos sigan recibiendo en sus desplazamientos los beneficios que su servicio de salud les ofrece en cuanto a información clínica disponible.

6 Bibliografía

1. "Las TIC en la Sanidad del Futuro". Fundación telefónica 2006.
2. Monteagudo Peña, J.L. 2001. Sobre una infraestructura pública de tecnologías de la información y comunicaciones para el Sistema Nacional de Salud. *Rev. Adm. Sanit*, 5: 13-29.
3. Jovel, A.J. 2006. El paciente del siglo XXI. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 29: 85-90.

Capítulo 588

RIESGOS POR CORTES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

El riesgo de cortes, incluso de amputaciones en los dedos es uno de los riesgos más comunes en los pinches de cocina, un alto porcentaje de los accidentes registrados en esta categoría se debe a los cortes. Esta alta incidencia se debe a la existencia de objetos cortantes y punzantes, de maquinaria, herramientas, útiles de trabajo, que pueden provocar tales lesiones; podríamos enumerar muchos utensilios de cocina y situaciones que pueden ser causantes de estos accidentes, mencionando a continuación los siguientes: útiles de corte (cuchillos, machetes, cortadores...); picadoras, batidoras, utensilios de corte en mal estado, presencia de latas y envases o vidrios con los bordes cortantes, lavado en el fregadero de cuchillos y demás útiles.

Un uso de los utensilios de trabajo de forma adecuada además de facilitar el trabajo también va a repercutir en la integridad física, evitando sufrir lesiones. Las principales causas de lesiones producidas por cortes son una manipulación inadecuada de los utensilios, así como su incorrecto almacenamiento o que las mismas se encuentren en mal estado.

2 Objetivos

- Determinar las medidas a llevar a cabo para usar de forma segura los cuchillos.
- Analizar las medidas a llevar a cabo por los trabajadores para disminuir los cortes por cuchillos.

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 cortes producidos por cuchillos son la causa de la mayoría de accidentes por cortes. Estos generalmente ocurren en la mano o brazo opuesto al que se sostiene el cuchillo, por lo que se recomienda el uso de guantes cuando sea necesario así como evitar distracciones. Para que los cuchillos y afiladores sean utilizados de forma segura hay que tener en cuenta lo siguiente:

- Deben tener mango de seguridad.
- Deben mantenerse en buen estado y bien afilados.
- Deben ser transportados y guardados en su correspondiente funda.
- Deben ser ordenados después de su uso en un lugar adecuado y seguro (barras magnéticas, o soportes para cuchillos).
- Deben utilizarse las herramientas adecuadas a cada trabajo.

Las medidas a llevar a cabo por los trabajadores son:

- Proporcionar información sobre el uso adecuado de los distintos utensilios que pueden provocar cortes.
- Proporcionar formación sobre como utilizar de manera segura los útiles o herramientas necesarios para desempeñar su trabajo.
- Asegurarse de que los equipos de trabajo tengan el marcado CE.
- Disponer y asegurarse de un correcto uso de guantes que protejan frente a cortes.
- Ser conscientes de los riesgos que pueden acarrear la limpieza de máquinas o herramientas con superficies cortantes.
- Asegurarse de uso de cuchillos con mango antideslizante, así como mantener el filo de estos en perfecto estado, transportarlos y almacenarlos con sus correspondientes fundas tras su uso y emplear los cuchillos adecuados para cada función.

5 Discusión-Conclusión

Los cortes son un accidente laboral muy común en el ámbito de las cocinas, son provocados en muchas ocasiones por cuchillos o herramientas de trabajo que son utilizadas con asiduidad, por lo que podríamos decir que un factor es el exceso de confianza en el uso de los útiles, no obstante, en ocasiones, estos cortes son provocados por el uso de herramientas o equipos de trabajo que no se encuentran en buen estado, o que no están almacenados de manera correcta.

Para evitar los cortes, hay que tener bien controlados los elementos cortantes, tanto de cuchillos como de las máquinas de trabajo que disponen de elementos cortantes, tomando las medidas necesarias cuando se usen y utilizando los equipos de protección individual que sean necesarios, ya que nos ayudan a protegernos en el trabajo, como por ejemplo el uso de guantes.

6 Bibliografía

- www.jmcprl.net
- www.fesp-ugtandalucia.org
- www.quironprevencion.com
- www.seguridad-laboral.es

Capítulo 589

ASÍ ES LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La comunicación es el proceso de transferir e intercambiar información de una persona, lugar o grupo de personas a otro (emisor y receptor). La comunicación es la esencia de la organización de la actividad laboral y es básica para que funcione correctamente. Una buena comunicación supone una serie de beneficios dentro de la organización, como adaptación a los cambios que puedan surgir, facilita la consecución de objetivos, coordinación y control de las actividades, así como que el personal se encuentre motivado, comprometido, implicado con sus funciones y haya un buen clima de trabajo.

En el trabajo, una persona interactúa con sus compañeros, superiores, etc. Así como recibe información, da o recibe instrucciones y se coordina con equipos de trabajo; todos participan de una forma u otra. Todo esto se ciñe a la comunicación, por ello es importante lograr una buena comunicación en el ámbito laboral. En ocasiones la comunicación no es eficiente, esto genera malentendidos y malestar en los trabajadores.

2 Objetivos

- Crear estrategias para fomentar una buena relación y coordinación entre los trabajadores para desempeñar sus funciones.

- Transmitir el mensaje de manera clara, teniendo en cuenta que queremos decir y cómo decirlo, evitando que dé lugar a malentendidos o interpretaciones erróneas.
- Practicar la escucha activa, asertiva y proactiva.

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 comunicación es un proceso en el que un emisor envía información (mensaje) a un receptor. Esto se lleva a cabo a través de un canal y sobre la base de un código. El mensaje adquiere sentido de acuerdo con el contexto en el que es emitido.

En el ámbito laboral la comunicación es de vital importancia pudiendo enumerar una serie de razones como pueden ser:

- Es la base de toma de decisiones y planificación.
- Es básico para el correcto funcionamiento de una organización.
- Facilita la coordinación y aumenta la eficacia laboral mejorando por tanto la satisfacción laboral y aumentando la productividad y el rendimiento laboral.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, podemos comprobar que al invertir tiempo en la comunicación es más probable que mejore a la par los resultados e impacto de nuestras acciones: trabajadores más motivados, mejor ambiente de trabajo, mayor calidad en las tareas, e incluso disminución de los niveles de estrés.

Son muchos los casos en los que la mala o falta de comunicación provoca malos entendidos, pérdidas de tiempo, conflictos personales o frustración. Una inadecuada comunicación está también entre las principales causas de una escasa motivación, equipos desorientados o una baja productividad.

6 Bibliografía

- www.Todosobrecomunicación.com
- www.bolsamania.com
- www.cca.org.mx

Capítulo 590

RETO PARA LOS CENTROS SANITARIOS: ENVEJECIMIENTO ACTIVO

ANA MARIA ALVAREZ TORRE

LAURA PALACIOS

MARÍA CARMEN SANTACRUZ LEÓN

MONTSERRAT MIGUEL PICHEL

SUSANA MIGUEL PICHEL

1 Introducción

Envejecimiento activo es un concepto definido por la OMS como “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”, una longevidad con más salud y mayor calidad de vida, es el reto de los profesionales de los centros sanitarios y del resto de agentes sociales.

En torno al envejecimiento influyen factores económicos, sociales, culturales, sanitarios, comunitarios, y seguramente muchos más y parece importante que se establezcan canales que proporcionen información, herramientas y asesoramiento a nuestros mayores y sus familias.

Buena parte de las personas con una edad cronológica de 65 años hoy día tienen una edad biológica inferior, dado que su estado de salud física, psíquica y emocional corresponde a edades anteriores. A la pregunta de por qué personas de la misma edad presentan estados físicos y psíquicos diferentes, podríamos responder que se debe a determinantes de salud, genéticos y de estilos de vida. De nuevo nos topamos con los estilos de vida, los hábitos saludables y, en definitiva, con todo lo que tiene que ver con la alimentación, la actividad física, las relaciones sociales, la higiene del sueño, la prevención en salud y la prevención de caídas.

El número de habitantes mayores de 65 años en el Principado de Asturias ha duplicado al número de menores de 15 años durante 2016. La población quedó fijada en 1.042.608 habitantes. El colectivo de personas de edades más avanzadas (65 y más años) alcanzó una cifra de 254.575 individuos, lo que significa el 24,42%, de la población, casi seis puntos más que la media del Estado.

Si analizamos los datos de que se disponen sobre proyección de la población, posterior a esa fecha, atendiendo a la edad sin extrapolar por sexos, nos encontramos que el aumento de la población de mayores de 65 años sigue en aumento, siendo el dato para 2018 de 258.987 personas, y para 2024 de 280.754 personas.

La esperanza de vida de las mujeres españolas, ya es la más elevada de Europa y la segunda del mundo después de Japón.

2 Objetivos

Analizar y desglosar las claves básicas para un envejecimiento activo, a través de un programa integral que permita que las personas mayores continúen siendo protagonistas fundamentales de nuestra sociedad al tiempo que se optimizan los servicios sanitarios.

3 Metodología

Se lleva a cabo una revisión de diferentes fuentes bibliográficas en torno al envejecimiento activo, su contribución y la importancia de su promoción (OMS, manuales de gerontología); estudios de demografía (Instituto Nacional de Estadística - “Proyecciones de población 2018-2033”, Centro de Estudios Demográficos -Universidad Autónoma de Barcelona-), y proyectos de intervención con personas mayores orientados a mejorar su calidad de vida (Cruz Roja Española, IMSERSO, Madrid Salud).

4 Resultados

A medida que las personas envejecen, sus necesidades de salud suelen ser más complejas. Para responder a estas necesidades, hace falta una atención integrada, construida en torno al objetivo común de optimizar recursos, con la participación del personal sanitario y no sanitario.

La mejor forma de orientar los sistemas de salud hacia nuestro objetivo es situar a las personas mayores en el centro de la prestación de los servicios. En la práctica, esto implica organizar los sistemas en torno a las necesidades y preferencias de las personas mayores, y que los servicios se adapten a esas necesidades en estrecha coordinación con la persona mayor y, cuando así se acuerde y sea apropiado, con la familia. Un programa integral de envejecimiento activo desde el ámbito sanitario hospitalario, permitirá reducir las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida de las personas mayores.

El programa integral a las personas mayores se orientaría a aquellos que utilizan mucho los servicios hospitalarios, especialmente el servicio de urgencias e incorporaría:

- Visitas a domicilio de una trabajadora social que evalúe sus necesidades y determine cuáles no están cubiertas, y de personal de enfermería que elabore un plan de cuidados y coordine el seguimiento necesario.

Según las necesidades de la persona, puede que precise las pautas de seguimiento de enfermeros, fisioterapeutas, nutricionistas, Tcaes y otros profesionales. Por ejemplo, el personal de enfermería puede enseñarle a una persona mayor cómo usar un equipo de monitorización de la glucosa en sangre; los fisioterapeutas pueden enseñarles ejercicios sencillos para desarrollar la fuerza y así fomentar la independencia, y los Tcaes pueden revisar que estén tomando adecuadamente la medicación. La frecuencia de las visitas dependerá de las necesidades de la persona.

- Elaboración de un plan de autocuidados, que permita dar estrategias a partir de cierta edad, pasados los 60.

- El personal administrativo colaborará en la preparación de una guía, trabajando en coordinación con la unidad de trabajo social, y que incorporará recomendaciones sobre ciertos hábitos y costumbres a mantener durante el resto de la vida: Hacer ejercicio: es recomendable practicar ejercicio todos los días, ya sea caminando o realizando una actividad acorde al estado de salud y la edad. Lo importante es mantener una dinámica y permanecer activos. Llevar una alimentación adecuada: atendiendo a la época del año y a las necesidades personales, es bueno

que la alimentación sea sana y equilibrada, para que aporte los nutrientes que se precisan. Permanecer en contacto con la naturaleza: especialmente cuando hace buen tiempo, la naturaleza aporta importantes beneficios al organismo. Una excursión al campo o un sencillo paseo son suficientes. Cuidar mucho la salud: cada persona necesita unos hábitos de salud distintos y es importantísimo llevar un control adecuado de los mismos. Las visitas al médico respetando las citas, tomar los medicamentos necesarios, evitar el consumo de tabaco o alcohol... son hábitos imprescindibles para un envejecimiento activo. Mantener buenas relaciones sociales y familiares: la gente ayuda a la gente, y las relaciones personales son muy importantes en la tercera edad. Tanto las que se mantiene con los amigos, vecinos o personas cercanas, como las establecidas dentro de la propia familia, son básicas para el bienestar personal.

- Desarrollar una ocupación: además del ocio, el ejercicio, una buena conversación... una persona mayor debe mantenerse ocupada en la medida en que su estado de salud lo permita. Participar en actividades, apuntarse a un taller, desarrollar una habilidad en casa... cualquier ocupación es beneficiosa para llevar un envejecimiento activo.

5 Discusión-Conclusión

El envejecimiento activo no depende solo de los hábitos personales que cada persona elige, existen muchos factores que potencian el envejecimiento activo y la sociedad es uno de los principales implicados. Es imprescindible que tanto las instituciones como los distintos gobiernos trabajen por mantener la autonomía, el bienestar y la salud de nuestros mayores.

El porqué es importante apostar y trabajar por un envejecimiento activo nos lo indica la proporción de personas mayores que hay en todo el mundo y el crecimiento que se da en este segmento de edad, a una velocidad superior a cualquier otro grupo, lo que conduce a un envejecimiento de la población y a un incremento de la esperanza de vida.

Las iniciativas que potencien el envejecimiento activo deben implicar la participación de diferentes agentes y profesionales desde distintas áreas: Sanidad, Educación, Servicios Sociales y que se fundamenten en medidas como la atención sanitaria adecuada, la intervención social, la lucha contra la soledad, y el desarrollo de actividades especialmente diseñadas para nuestros mayores.

Podemos definir cinco grandes retos que el actual proceso de envejecimiento,

debe resolver, desarrollar y conseguir instaurar:

1. Prevención sociosanitaria

Nuestro sistema sanitario está pensado e ideado para tratar y rehabilitar patologías desde el momento de su aparición y, hasta su recuperación total. Este concepto es realmente erróneo ya que, no sólo no genera políticas activas de prevención para los mayores, sino que crea en las sociedades la cultura de la no prevención. El sistema sanitario que aparta la prevención y promoción de la salud de sus líneas de actuación, está hoy en día condenado al fracaso y, a ser insostenible por el alto coste a asumir. El coste de tratar enfermedades es mucho más elevado que el coste de prevenir su aparición; encontrándonos hoy con patologías como la obesidad, la hipertensión, la hipercolesterolemia, patologías cardíacas y respiratorias que, a bajo coste, pueden ser reducidas significativamente en su incidencia, tras instaurar políticas activas de promoción de salud.

2. Nuevas tecnologías y mayores

Existe aún una brecha importante entre los mayores y las nuevas tecnologías, frontera eso sí que día a día se va reduciendo pero, no al ritmo deseado y deseable por nuestra sociedad. El uso de nuevas tecnologías por parte de los mayores no sólo traerá aparejado una mayor conexión entre su situación actual y la sociedad, sino que permitirá establecer nuevas redes sociales, aumentar la conciencia social hacia ellos e incluso amortiguar la soledad que muchos mayores sufren a diario. Las nuevas tecnologías deben otorgar a los mayores un importante rol y, solo lo harán en el momento en que ellos manejen su uso a la perfección y se conviertan en sus principales consumidores.

3. Vida Laboral Senior.

La jubilación no debe suponer el final absoluto de la vida laboral, sino el inicio de una nueva etapa en la que, el mayor aún puede aportar mucho a su empresa y a su propio desarrollo personal y profesional, cumpliendo eso sí, una mayor flexibilidad en su rutina diaria. Una persona que lleva décadas aprendiendo y creciendo a nivel profesional, no sólo puede transmitir su conocimiento y habilidades a perfiles más junior, sino que además puede constituir consejos de apoyo y soporte a la estrategia de su anterior empresa, y bajo la nueva visión que le da el tener otro compromiso diferente con ella.

4. Metodología específica para el adulto mayor.

La esperanza de vida está aumentando a unos niveles nunca conocidos, hecho que nos obliga a desarrollar procesos y protocolos específicos para el manejo eficaz y el abordaje sanitario y terapéutico de nuestros mayores.

5. Silver Economy

El futuro de la economía está en el consumo que los mayores realizan y en la cantidad de dinero que mueven en su rutina diaria. La llamada Silver economy tendrá cada día un mayor peso y relevancia en nuestra sociedad, por lo que, son muchas las empresas que ya ponen su foco en este grupo social. Frente a los que piensan que los mayores traen consigo un gasto público importante, la economía que ellos generan, les resta razón y abre un nuevo escenario desconocido pero, que en apenas una década revolucionará nuestra actual sociedad de consumo.

En la medida que se avance hacia acciones de envejecimiento activo, no solo podría reducir las hospitalizaciones, la optimización de recursos sanitarios si no que redundará en el beneficio personal de nuestros mayores y en el de la sociedad en general.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015.
2. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales. Padrón Municipal 2016. Oviedo; SADEI; 2017.
3. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales. Proyección de población según edad / ambos sexos 2018-2033. Oviedo; SADEI; 2018.
4. Pérez Serrano G. Elaboración de Proyectos Sociales. Madrid: Narcea S.A. de ediciones; 2002. 273 p.
5. Playá Pujols I. La importancia del envejecimiento activo, algunas claves y recomendaciones. Geritricarea. 2019.

Capítulo 591

MANIPULACIÓN MANUAL DE CARGAS EN EL ÁMBITO SANITARIO.

MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

La manipulación manual de cargas es fundamental para reducir los problemas ergonómicos en una empresa, puede causar desde trastornos acumulativos, consecuencia del progresivo deterioro del sistema músculo-esquelético (dolores dorso-lumbares) hasta traumatismos agudos (cortes o fracturas derivados de accidentes).

La manipulación manual de cargas es responsable, en muchos casos, de la aparición de fatiga física, o de la aparición de lesiones, que se pueden producir de una forma inmediata o por la acumulación de pequeños traumatismos aparentemente sin importancia. La manipulación manual es una de las causas más frecuentes de accidentes laborales.

El dolor de espalda es uno de los principales problemas de salud relacionados con el trabajo, por esto es tan importante que los empleados encargados de manipular manualmente una carga sean conscientes, tanto de los peligros que conlleva una mala manipulación, como de las recomendaciones para evitar las lesiones que pueden producir una incorrecta manipulación de cargas.

2 Objetivos

- Evitar daños en la salud de las personas.
- Conocer los métodos y técnicas correctas de manipulación de cargas.

3 Metodología

Para llevar a cabo el presente trabajo se realizó un proceso de revisión bibliográfica y de páginas web para recopilar información necesaria para el análisis de los datos expuestos.

4 Resultados

La manipulación manual de cargas es la responsable en numerosas ocasiones de la aparición de fatiga física o de lesiones que pueden originarse de forma inmediata o por la acumulación de pequeñas lesiones aparentemente sin importancia.

Las lesiones más frecuentes son:

Contusiones, cortes, heridas, fracturas y lesiones músculo-esqueléticas. Se pueden producir en cualquier zona del cuerpo, siendo los miembros superiores y la espalda, especialmente la zona dorso lumbar las zonas más afectadas.

Las lesiones dorso lumbares pueden ir desde un lumbago a alteraciones de los discos intervertebrales (hernias discales) o incluso fracturas vertebrales. Las hernias inguinales y umbilicales también pueden ser producto de sobre esfuerzos o de levantamiento de cargas en mala postura.

También se pueden producir lesiones en los miembros superiores (hombros, brazos y manos); quemaduras producidas por encontrarse las cargas a altas temperaturas; heridas o arañazos provocados por esquinas afiladas, astillamientos de la carga, clavos, etc. Contusiones por caídas de la carga provocada por suelos resbaladizos (aceites, grasas u otras sustancias); problemas circulatorios o hernias inguinales, y otros daños.

Las lesiones musculo-esqueléticas provocadas por levantamiento y transporte de cargas se puede evitar si se llevan a cabo de manera correcta los procedimientos de levantamiento y transporte de cargas.

5 Discusión-Conclusión

Las lesiones musculo-esqueléticas provocadas por levantamiento y transporte de cargas se puede evitar si se conocen y se llevan a cabo de manera correcta los procedimientos de levantamiento y transporte de cargas.

Para ello podríamos enumerar los siguientes puntos:

- Planear el levantamiento, determinar si lo podemos hacer sin ayuda y donde queremos colocar la carga.
- Si el levantamiento de la carga va a ser prolongado, planificar un descanso de la carga en la mitad del trayecto.
- Mantener la carga cerca del cuerpo tanto como sea posible mientras se esté realizando el levantamiento.
- Mantener los pies separados con una pierna ligeramente adelantada para mantener un equilibrio.
- Evitar la ropa ajustada o calzado inadecuado, lo cual puede dificultar la tarea.
- Establecer una buena postura al inicio del levantamiento, inclinar levemente la espalda, caderas y rodillas es preferible a inclinar completamente la espalda (encorvarse) o flexionar completamente las caderas y las rodillas.
- No flexionar la espalda cuando esté levantando una carga. Evitar torcer la espalda o recostarse hacia los lados especialmente cuando la espalda esté doblada.
- Mantener los hombros al mismo nivel y en la misma dirección que las caderas.
- Si hay que realizar giros deben llevarse a cabo moviendo los pies.

6 Bibliografía

- www.Unirioja.es.
- www.Ergonautas.com.
- www.ergoibv.com.

Capítulo 592

EL ACOSO LABORAL O MOBBING EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

Los riesgos psicosociales tienen una incidencia demostrada sobre la salud de los trabajadores, el acoso laboral o mobbing en inglés es 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 genera, tiene por finalidad o como resultado atentar o poner en peligro la integridad del trabajador. La víctima no es un enfermo mental, sino un profesional dañado de forma injusta, expuesto a una violencia periódica, durante un tiempo prolongado no inferior a seis meses, lo cual puede acarrearle una patología mental.

Los acosadores suelen ser los propios compañeros de trabajo, pero también puede darse por parte de jefes o subordinados y sus acciones tienen a menudo el objetivo de producir que el trabajador objeto del acoso abandone su puesto, socavar su autoestima o elevar la de los acosadores.

2 Objetivos

- Clasificar las conductas más frecuentes utilizadas por los acosadores.

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 ley 31/95 de Prevención de Riesgos Laborales, exige a todos los empresarios, entendiendo también como tales a las Administraciones Públicas, el deber de vigilar y mejorar las condiciones de trabajo de sus empleados, haciendo desaparecer los riesgos o minimizando aquellos que no se puedan eliminar. La protección se debe realizar no sólo frente a los riesgos de carácter físico, sino también sobre aquellos riesgos que puedan causar un deterioro psíquico en la salud de los trabajadores/as. De acuerdo con esto, las empresas deben comprometerse a poner en marcha procedimientos que permitan prevenir, detectar y eliminar los riesgos psicosociales de los trabajadores, especialmente el procedimiento de actuación ante conductas que supongan un acoso laboral.

Varios de los factores de riesgo que pueden originar, permitir, o desencadenar la aparición del acoso pueden ser:

Ataques a la víctima con medidas organizacionales.

- Restricción por parte de los superiores al trabajador de las posibilidades de hablar.
- Cambio de ubicación de un trabajador, separándole de sus compañeros.
- Prohibir hablar con una persona determinada.
- Obligar a realizar tareas en contra de su conciencia.
- Juzgar el desempeño de un trabajador de forma ofensiva.
- Cuestionar decisiones de un trabajador.
- Asignar tareas por debajo o por encima de sus capacidades, o tareas degradantes o con datos erróneos.

Ataques a la vida privada de la víctima.

- Criticar la vida privada del trabajador.
- Acoso telefónico o telemático.

- Burlarse de un trabajador, tanto de características físicas como psíquicas o sociales.
- Establecer bulos sobre alguien.

Ataques físicos.

- Amenazas físicas.
- Maltrato físico o violencia.

Ataques verbales.

- Gritos, insultos, faltas de respeto.
- Amenazas verbales.
- Así como la no comunicación, haciendo vacío a la persona.

5 Discusión-Conclusión

El moobing es un importante riesgo laboral que debe ser tratado con una especial consideración, debe plantearse su erradicación desde todos los puestos de trabajo. Cada vez son más numerosos los medios de prueba al alcance del trabajador para acreditar la existencia de acoso laboral. Además, existen distintos procedimientos judiciales para poner fin a dicha situación. Sin embargo, los trabajadores continúan enfrentándose a la dificultad que supone acreditar la conducta de hostigamiento y el nexo causal entre la misma y su estado de salud, por lo que el trabajador acosado debe solicitar ayuda tanto a nivel personal como profesional, debe abordar el problema desde su origen para evitar que vaya a más y desemboque en el problema tratado, que es el moobing.

6 Bibliografía

- www.Médicos y pacientes.com
- www.Informativojuridico.com
- www.PSICONET.ES.com
- www.PSICOLOGIA ON LINE.com

Capítulo 593

SALUD SOCIAL

MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO

MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

Los determinantes de la salud social se refieren a las circunstancias en las que las personas viven y se relacionan tanto social como laboralmente, así como el sistema sanitario al que pueden acceder. Determinantes, los cuales, son dependientes del dinero, los recursos, así como las políticas tomadas en el país en el que viven dichas personas.

Estos determinantes aclaran el por qué de las desigualdades sanitarias, siendo estas injustas así como evitables. Los determinantes sociales identificados por la OMS son:

- Condiciones de empleo.
- Exclusión social.
- Programas de salud públicos.
- Equidad de género.
- Desarrollo infantil temprano.
- Globalización.
- Sistemas de salud.
- Evaluación de las variables de salud.
- Urbanización saludable.

2 Objetivos

Analizar los determinantes de salud social sobre la población en general.

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 por ello que estos deben encargarse de cumplir con las medidas e intervenciones pertinentes para abordar dichos puntos que afectan a la salud social de las personas por medio de:

- Luchar contra las desigualdades de poder, dinero y recursos.
- Mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos.
- Promover conductas sanas entre los ciudadanos.
- Garantizar el acceso a la educación gratuita.
- Garantizar un acceso global a la sanidad pública de calidad.
- Realizar programas de inserción laboral y empleabilidad.
- Promover el trabajo digno.
- Generar respuestas sociales y económicas al cambio climático.
- Mejorar las condiciones laborales de los trabajadores.
- Identificar y proteger a las minorías más desfavorecidas.
- Promover la igualdad de oportunidades.
- Promover el desarrollo sostenible y el desarrollo rural.

Así pues se deduce que el garantizar la salud social depende principalmente de los gobiernos y de los sistemas públicos.

5 Discusión-Conclusión

Promoviendo estas acciones sociales se conseguirá asegurar el acceso a los diferentes factores y ámbitos sociales que podrán garantizar la salud de las personas

así como una calidad de vida y salud social plenas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 594

SALUD AMBIENTAL

MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO

MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La salud ambiental se compone de los factores físicos, químicos y biológicos externos a una persona. Así pues esta es el área científica que se encarga de estudiar de qué manera el medio ambiente y sus condiciones afectan a la salud de las personas. La OMS advierte de manera continua de los peligros y las consecuencias negativas que tienen para la salud la exposición del ser humano a los diferentes contaminantes que la sociedad genera y desecha al medio ambiente.

2 Objetivos

Promover e invertir en acciones que disminuyan los riesgos ambientales.

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 diversos factores que afectan a la salud ambiental son:

- Factores físicos: los factores físicos se refieren a temperatura, iluminación, ruido, olores etc... Son factores que influyen a las personas y que en ocasiones afectan a su salud y comportamiento. Por ejemplo la exposición constante a ruidos muy elevados que superen los decibelios recomendables, pueden causar vómitos, mareos, irritabilidad.
- Factores biológicos: los factores biológicos son aquellos que dependen de seres vivos, como es el caso de virus, bacterias, hongos, animales etc.... Es indudable pues la importancia de estos factores así como su incidencia en la salud pública, véase como ejemplo plagas de diferentes tipos: ratas portadoras de enfermedades, salmonelosis, legionella, ébola. Y el peligro que estas suponen para la salud ambiental y pública.
- Factores químicos: finalmente, a causa de la producción por parte del ser humano de sustancias químicas, han aumentado los factores químicos que inciden y afectan a la salud de las personas. Tales como pueden ser el mercurio, el plomo, el arsénico.

De estos factores señalados se deduce la importancia de realizar acciones sobre ellos de manera preventiva y directa, para evitar en la medida de lo posible daños en la salud de las personas tanto en ciudades como en el medio ambiente en general, así como en los lugares de trabajo, los hogares y en las zonas donde las personas tengan exposición a agentes contaminantes.

5 Discusión-Conclusión

De esta manera, reduciendo el nivel de contaminación del ambiente a través de políticas de reducción de las emisiones del CO₂ y de diversos contaminantes ambientales, se reducirán los casos de enfermedades neuropatías, cánceres, cardiovasculares y lesiones.

6 Bibliografía

- <https://www.solerpalau.com/es-es/blog/salud-ambiental/>.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
- <https://www.scielo.org/es/>.
- <https://medlineplus.gov/spanish/>.

Capítulo 595

EL ALCOHOLISMO EN LOS JÓVENES

MARIA DEL TRANSITO GARCIA CARNERO

MARÍA JESÚS GONZÁLEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La adolescencia es el periodo de transición de la niñez a la edad adulta y por ello un estadio del crecimiento de una persona muy importante para su futuro desarrollo como adulto. Al ser un momento vital de un ser humano que está marcado por la inestabilidad y la incertidumbre, influenciada por los constantes cambios hormonales, resulta en una gran vulnerabilidad en el adolescente, proclive más que nunca a caer en el uso del alcohol y otras drogas recreativas. Es por ello que es vital el objetivo de reconducir al adolescente y guiarlo en esta etapa de vida tan confusa para ellos.

El hecho de querer proyectar una imagen hacia los demás y de pertenecer al grupo, así como los problemas familiares y personales, fomentan que los adolescentes caigan en un consumo irresponsable de alcohol. Desgraciadamente, al estar en pleno desarrollo, el alcoholismo puede provocar daños irreparables en la salud mental del individuo, provocando carencias en un futuro de un pensamiento adulto, así como afectando a la memoria y el aprendizaje.

Otros peligros que tiene el alcoholismo en jóvenes son:

- Fomenta la carencia de protección en las relaciones sexuales.
- Causa accidentes de tráfico.
- Proliferación y desarrollo de la violencia.

2 Objetivos

Analizar el riesgo del alcoholismo en la adolescencia.

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

Así pues también la ayuda de un especialista o un psicólogo, puede suponer una gran ayuda al tutor del adolescente, así como proveer de estabilidad familiar y personal para el correcto desarrollo de la persona y poder tener puntos de referencia y pilares en los que apoyarse.

Para evitar este tipo de situaciones, y que el adolescente caiga en el alcoholismo es importante fomentar la autoestima, la comunicación y la información sobre las consecuencias que un uso precoz e indebido del alcohol puede tener sobre sus vidas.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión que podemos sacar de esto es que para que el adolescente pueda evitar caer en prácticas nocivas para su salud, es que ha de tener personas que lo guíen y lo aconsejen, personas que le aporten confianza y estabilidad y en las que apoyarse en los momentos difíciles y de confusión que tanto afectan a los jóvenes de hoy día.

6 Bibliografía

- <https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia>

Capítulo 596

NOCIONES BÁSICAS DE INFORMÁTICA PARA EL PERSONAL NO SANITARIO

VANESA MONTES COLLÍA

HECTOR CRISTOBO MARTINEZ

ANA PILAR CARRERA GARCIA

1 Introducción

El ordenador no es un invento de alguien en particular, sino el resultado evolutivo de ideas y realizaciones de muchas personas relacionadas con áreas tales como la electrónica, la mecánica, los materiales semiconductores, la lógica, el álgebra y la programación.

La informática es el tratamiento automático de la información por medios electrónicos.

El ordenador es un dispositivo capaz de procesar información de forma rápida y eficiente. Se encarga de recibir datos, almacenarlos, hacer cálculos con ellos a gran velocidad y presentar los resultados al usuario. La primera división de un equipo informático distingue dos partes básicas: hardware y software.

2 Objetivos

- Enumerar los beneficios de la informática en el ámbito sanitario.

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 uso de informática optimiza los esfuerzos del personal de salud; provea información calificada para tomar decisiones y disminuye trámites y tiempos para el paciente. Las nuevas tecnologías son de gran interés científico, propician la toma de decisiones entre científicos y personal, integrando a todos los sectores de la sociedad vinculados con la salud de un paciente. El uso de la informática como herramienta de ayuda para personal no sanitario es una realidad. Profesionales y pacientes interactúan en una compleja matriz de información, que ayuda a mejorar la calidad asistencial, garantiza la recuperación de la salud a toda persona enferma, la prevención de enfermedades y el mejoramiento de la salud de la población.

5 Discusión-Conclusión

La informática en la salud, cada día toma mayor importancia, es de gran importancia reconocer el valor de ésta. También es necesario como profesional familiarizarse con ella, y con los beneficios que ésta brinda en la atención de la salud y práctica clínica. En la actualidad es necesario también ser capaz de utilizar las Tics, bases de datos de conocimiento, el Internet, entre otras, si es que se pretende dar una atención de calidad. Se requiere también crear y/o aumentar la cultura en el uso de las Tics en la atención de la salud.

6 Bibliografía

- http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/administrativo/tema_19.pdf
- https://es.wikipedia.org/wiki/Inform%C3%A1tica_en_salud
- <http://www.hgucl.es/areas/areas-no-asistenciales/informatica>

- <http://www.elhospital.com/temas/Lainformatica-al-servicio-de-la-atencion>
- <https://www.redalyc.org/pdf/487/48713109.pdf>

Capítulo 597

LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO.

EDUARDO COLINO NEVOT

FRANCISCO RUIZ RUIZ

GUILLERMO LAGO LOURIDO

1 Introducción

Al preguntar a los pacientes que elementos creían ellos que caracterizaban una "buena" o "mala" atención sanitaria, se encontró que un elemento fundamental era la comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, una comunicación que debería ser objetiva, cordial y satisfactoria. Cuando la comunicación cumple estas características se favorece la activación de los pacientes y su entorno. Una comunicación que tiene en cuenta el aspecto emocional y no solo el racional da lugar a pacientes más satisfechos y el personal sanitario se encuentra mejor en el desarrollo de su actividad diaria. En consecuencia, la mejora en la comunicación entre el sanitario y el paciente es una condición indispensable para poder mejorar la asistencia sanitaria.

¿Qué es la comunicación?

La comunicación es el proceso mediante el cual la persona se relaciona con otras personas o con su entorno, utilizando un código común (lingüístico o no lingüístico) que se envía a través de un medio (canal de comunicación), con la finalidad de conseguir un objetivo (respuesta). Por consiguiente la comunicación es relación y no sólo información.

Todo ser humano tiene la capacidad de comunicarse o relacionarse con los demás, y para que este proceso se lleve a cabo, es indispensable la presencia de varios elementos:

- Emisor: Se trata de aquel que toma la iniciativa para comenzar la comunicación. Es el que decide mandar un mensaje.
- Receptor: Es quien recibe el mensaje o información.
- Mensaje: Es el primer elemento de la comunicación. Es todo aquello que se desea transmitir.
- Canal de Comunicación: Es el medio a través del cual se transmite el mensaje o la información.
- Código: Es un conjunto de claves, signos, imágenes y lenguaje que debe ser compartido por las dos partes, es decir el emisor y el receptor, de modo contrario el mensaje podría no transmitirse correctamente y no produciría la comunicación.
- Contexto: Es el medio o entorno que rodea al emisor y receptor al momento de realizarse la comunicación.

Hay varios tipos de comunicación:

Comunicación verbal: Su objetivo principal es lograr que las personas entiendan el mensaje que se está transmitiendo. La comunicación verbal está formada esencialmente por:

- Comunicación oral, esencialmente se realiza a través de la palabra, bien sea de una manera personal o por medio de dispositivos como, teléfonos, videos, voz por internet, radio y televisión.
- Comunicación escrita, se utilizan signos o símbolos escritos, bien sea a mano o impresos, pueden ser transmitidos a través de correos electrónicos, cartas, notas, entre otros.
- Comunicación no verbal: Esta se realiza sin la emisión de palabras o mensajes, solo utilizando el lenguaje corporal, las expresiones faciales, la postura. Es esencialmente el lenguaje corporal del hablante. Este tipo de lenguaje está formado por ciertos elementos: apariencia, iluminación, tamaño de la habitación, mobiliario y decoración, posturas, faciales del lenguaje corporal, gestos, tonos de voz, velocidad de voz y volumen.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la importancia de la comunicación en el entorno sanitario.

Objetivo secundario:

- Adquirir estrategias comunicativas entre el profesional y el paciente.
- Conocer los estilos de relación y comunicación para mejorar los procesos de comunicación con los pacientes y familiares.

3 Metodología

Estudio basado en una revisión bibliográfica de artículos sobre la comunicación y habilidades sociales en el ámbito sanitario. Tras una búsqueda en la que se utilizaron las palabras clave se consiguieron más de 30 artículos y tras un cribaje se han seleccionado 6 artículos sobre los que trabajar. Palabras clave: Comunicación, habilidades sociales, ámbito sanitario, celadores

4 Resultados

Importancia de la comunicación en el entorno sanitario.

El celador y el personal de admisiones suelen ser los primeros profesionales que te encuentras en un hospital, son las primeras personas con la que entra en contacto el enfermo o los familiares de este al llegar al centro sanitario.

Tener una buena comunicación con los pacientes y los familiares es algo básico, porque de ello va a depender en gran parte la colaboración que vamos a recibir de ellos y su grado de satisfacción.

Hay dos tipos de comunicación con el paciente:

- Comunicación verbal: Consiste en transmitir o expresar a través de la palabra lo que queremos comunicar. Es la comunicación a la que damos más importancia.
- Comunicación no verbal: Es en la que intervienen nuestros gestos, nuestra postura, la expresión de la cara, la mirada, etc. A través de esta comunicación expresamos, muchas veces nuestros pensamientos y sentimientos.

Es importante que la comunicación verbal vaya acorde con la no verbal. Es decir, le podemos estar diciendo algo a nuestro paciente pero si nuestra comunicación no verbal demuestra a través de nuestros gestos y nuestra postura otra cosa, esta será ésta la sensación que prevalecerá. Por más que nuestras palabras digan una cosa, si nuestro cuerpo dice otra, la otra persona se quedará con lo que dice nuestro cuerpo. De ahí la importancia de una buena comunicación no verbal.

Estrategias comunicativas entre el profesional y el paciente.

Son varios los aspectos que debemos tener en cuenta a la hora de comunicarnos con los pacientes y sus familiares y que nos pueden ayudar a mejorar nuestra relación con ellos:

- El celador y el personal sanitario debe ser consciente de que su actitud, su aspecto físico y forma de vestir, expresión corporal y gestos influyen favorable o desfavorable en la comunicación con el paciente o sus familiares.
- Es importante que nos presentemos, decirle como nos llamamos, quienes somos, a donde vamos a llevarle. Este punto debe tenerse en cuenta y da mucha confianza al paciente.
- Es básico informar de todo al paciente y asegurarnos que ha entendido lo que vamos a hacerle (cambios posturales, levantarlo, asearlo ..).
- Conocer el contexto sociocultural del paciente: cuando el personal sanitario o no sanitario tiene que hablar con el paciente o sus familiares debe hacerlo utilizando un lenguaje claro, que evite los tecnicismos.
- No debemos sobresaturarle, si notamos que le cuesta asimilar toda la información que le estamos dando, debemos intentar dársela poco a poco. También podemos escribírsela. Hay que procurar no agobiarle ni saturarle.
- Estar atento, saber callar para escuchar y que se demuestre interés por el paciente y su entorno.
- Favorecer situaciones de comunicación con el paciente evitando que se sienta presionado a hablar.
- No debe interrumpirse al paciente cuando trata de expresar alguna preocupación, dolencia, sentimiento, etc.
- Hay que procurar no profundizar sobre temas personales. Podemos preguntarle acerca de algún tema personal si lo conocemos, pero no debemos olvidar que el tema principal debe ser siempre el profesional.
- Mantener el respeto al paciente y a los familiares. No debemos regañarle ni gritarle. Si nos encontramos con un paciente que no ha seguido las instrucciones indicadas, en lugar de regañarle por ello, debemos intentar explicarle, razonándolo, el porqué es importante que siga las indicaciones dadas por los profesionales, haciéndole entender que el único perjudicado será él mismo.
- Si el paciente muestra nerviosismo o ansiedad, debemos intentar calmarlo distrayéndolo con algún otro tema de conversación.
- Cuando estamos con un paciente debemos procurar no hablar sobre otros temas con el resto de personal del centro. El paciente merece toda nuestra atención y él debe notar que estamos pendientes de él y se sentirá mucho más seguro. Los familiares y el paciente no deben percibir desinterés en el personal sanitario.
- Hay que adecuarse al tipo de paciente (quirúrgico, psiquiátrico, pediátrico...)

teniendo en cuenta la clase y características de la enfermedad.

Habilidades sociales para mejorar los procesos de comunicación.

- Las habilidades sociales son un conjunto de conductas y hábitos que nos permiten mejorar las relaciones sociales e interpersonales, por tanto nos pueden ayudar en la comunicación y el trato con el paciente y sus familiares.
- El concepto de habilidades sociales incluye conceptos como empatía, asertividad y saber escuchar entre otros conceptos.
- La empatía es la capacidad de entender y comprender lo que siente el otro, es la habilidad para comprender los pensamientos y emociones del paciente y ser capaz de transmitírselo.
- La asertividad es la forma de expresarse adecuadamente de acuerdo con unos intereses y objetivos, respetando el derecho de los demás. Se refleja en el lenguaje hablado y se pone de manifiesto en el lenguaje no verbal. Una persona asertiva, es tolerante, acepta los errores, propone soluciones factibles, se encuentra segura de sí misma.
- El saber escuchar es la capacidad por medio de la cual aprendemos a escuchar con atención y comprensión, saber lo que la otra persona trata de comunicarnos y transmitir que hemos recibido y entendido su mensaje.

5 Discusión-Conclusión

En el ámbito sanitario una buena comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente es fundamental para una mejor atención sanitaria, mejora el grado de satisfacción del paciente y logra una mayor adhesión al tratamiento por su parte.

El entrenamiento en habilidades sociales es un buen procedimiento para mejorar la comunicación del personal sanitario y permiten la aplicación de los conocimientos técnicos a través de la relación con el paciente y sus familiares.

En conclusión las habilidades sociales y de comunicación son básicas de cara a cualquier actividad sanitaria para conseguir una mayor colaboración entre el personal sanitario y los pacientes, aumentando su autoestima y su grado de satisfacción.

6 Bibliografía

- <https://conceptodefinicion.de/comunicacion/>.

- <https://www.msdsalud.es/recursos-salud/guias>
- <http://www.plenaformacionaragon.es/imagenes/manuales>.
- <https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria>.
- <http://www.aecs.es/316.pdf>.
- <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones>.

Capítulo 598

EL SINDROME DEL QUEMADO ENTRE LOS CELADORES.

VERONICA CALLEJA FERNANDEZ

1 Introducción

El Burnout es un tipo de estrés característico del personal sanitario; equivale al síndrome por agotamiento o desgaste profesional, que aparece después del estrés laboral prolongado. Los trabajadores que lo padecen, se encuentran agotados, cansados emocionalmente desbordados y de ahí la expresión estar quemado. Los celadores son uno de los grupos mas afectados por este síndrome, ya que es evidente la cantidad de factores estresantes a los que están sometidos, como la carga de trabajo, las condiciones físicas del mismo, la insatisfacción laboral, etc. el Burnout o síndrome del trabajador quemado es un trastorno emocional causado por el estrés en el trabajo y el estilo de vida del trabajador, que puede tener consecuencias tanto físicas como psicológicas.

El síndrome del burnout estudia el riesgo de padecer estrés y ansiedad producida en el trabajo, midiendo principalmente tres variables: cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

El estrés, la ansiedad y depresión son unos de los principales motivos de baja laboral en nuestro país. En este momento de explosión tecnológica, utilizar la herramientas que la tecnología nos proporciona puede ser una ventaja a la hora de prevenir estas patologías.

2 Objetivos

- Uno de nuestros objetivos es determinar porque los celadores presentan el Síndrome de Burnout.
- Conocer el síndrome y cómo actuar ante el en los celadores y demás profesionales.
- Determinar qué tipos existen y a quién afecta el síndrome de burnout.
- Determinar las posibles herramientas existentes para la ayuda en la prevención y/o tratamiento de patologías relacionadas con el estrés.
- Determinar las características principales del síndrome de burnout en el celador.

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 trabajadores mas propensos a padecer este síntoma son los que tienen trato directo con personas y se involucran emocionalmente. La inestabilidad laboral, las jornadas laborales interminables, los peligros físicos, la elevada carga de trabajo y presión son factores estresantes. todo esto asociado, deriva en agotamiento cansancio, baja autoestima, dolores de cabeza, taquicardia, etc. Es importante generar un ambiente de trabajo favorable.

Los síntomas de este síndrome son el estrés y la ansiedad y suele aparecer en muchos casos en personal sanitario. Las causas son una alta carga de trabajo, las malas relaciones en el trabajo y la falta de apoyo entre los compañeros y los síntomas son sentimiento de agotamiento, baja autoestima, nerviosismo, dificultad para concentrarse, comportamiento agresivo, dolor de cabeza, taquicardias, insomnio, bajo rendimiento, absentismo laboral, aburrimiento, irritabilidad y mala comunicación entre otros. La prevención de este síndrome debe empezar en la empresa mejorando la organización y dándole al trabajador los medios adecuados para que pueda realizar sus tareas de forma correcta.

Podemos observar el síndrome de burnout bien de forma individual, porque sea una sola persona quien pase por ello o por el contrario sea una situación colectiva (pueda darse por situaciones en las que la empresa tenga a los trabajadores en situaciones extremas de estrés, como trabajar bajo amenazas de despido o falta de pagos por ejemplo) Tiende a sucederle a personas que dedican un tiempo excesivo en su jornada laboral y que no son capaces de desconectar para tener una vida a parte del trabajo, suelen ser personas que se lo toman como algo muy serio y que además se encargan siempre de tareas que no les corresponden por su cargo.

Las patologías mencionadas son muy complejas en su tratamiento, normalmente son abordadas con tratamiento farmacológico con relativos buenos resultados. Pero dada la gran incapacidad laboral que provocan es útil conocer más herramientas que apoyen los tratamientos convencionales. Entre estas herramientas, se encuentra la meditación o la práctica de relajación y respiraciones profundas que se ha demostrado ayudan a mejorar la relajación muscular e incrementan la oxigenación de los tejidos. Las ventajas de estas prácticas además de las comentadas son la posibilidad de realizarlas en el mismo medio de trabajo si la persona considera que sus niveles de estrés son altos. Los inconvenientes son que se requiere de práctica para llegar a percibir sus beneficios.

Consultados varios estudios, observamos que los resultados obtenidos en relación con el trabajo de los celadores, nos muestran características claras asociadas con el síndrome de burnout tales como: agotamiento tanto físico como mental, desmotivación, falta de concentración, ansiedad, tensión, cansancio, debilidad, etc. Produciendo todo ello una disminución de la eficacia y eficiencia laboral y aumentando con todo ello el absentismo laboral. Todo ello puede llegar a desencadenar el desarrollo de enfermedades tales como: trastornos digestivos, cefaleas, cardiovasculares, problemas de sueño, etc.

El Burnout aparece cuando hay un desequilibrio entre las demandas del trabajo y la actitud del individuo para afrontarlas. Como consecuencia de ello aparecen respuestas fisiológicas, físicas y emocionales que hacen que este adopte una actitud negativa hacia el trabajo. Poco a poco de este tipo de estrés va a provocar en el trabajo diversas enfermedades físicas (hipertensión, úlceras, caídas del cabello, cefaleas, etc). y alteraciones en la salud mental y en la conducta (ansiedad, insomnio, irritabilidad, absentismo laboral, etc).

Si comenzamos a observar que el comportamiento del celador con sus compañeros y con los pacientes es irritable, malhumorado e incluso pudiendo llegar

a la agresividad. Tiene baja la autoestima y esta mas nervioso e intranquilo. si el celador esta desmotivado, bajando su rendimiento en el puesto de trabajo. Tiene problemas con los compañeros, su comportamiento es anormal y el agotamiento físico a en aumento. Si empezamos a observar que el celador le cuesta dormir, se despierta varias veces por la noche, comienza a ser mas débil. Si comienza a tener problemas musculares y articulares debido a toda la tensión acumulada. Estas enfermedades y su comportamiento hacen que el trabajador empiece a dejar de ir a su puesto de trabajo, ya que cada vez esa situación e le hace insostenible. Estos síntomas y comportamientos nos pueden ayudar a detectar a tiempo el síndrome de burnout en los celadores.

Este síndrome es un proceso crónico y presenta una sintomatología clínica. Las personas que lo sufren tienen agotamiento emocional (la persona siente que no puede hacer nada para cambiar la situación), despersonalización (la persona genera sentimientos negativos relacionados con el puesto de trabajo) y baja realización personal (evaluación negativa de si mismo). Los síntomas pueden ser fisiológicos, psicológicos y conductuales. Igualmente los síntomas pueden clasificarse en leves, moderados, graves y extremos.

En todos los artículos encontramos la definición de Burnout como un trastorno psicológico de carácter laboral, que se produce en profesionales que están sometidos a un estrés continuo en el trabajo, por carga excesiva de trabajo, por insatisfacción con el entorno y relaciones laborales y por escasa formación en el desarrollo de la actividad laboral. En los artículos se aprecia como el Burnout afecta al colectivo de los celadores siendo motivo de bajas laborales y afectación de la vida social y familiar de los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Después del estrés prolongado llega el agotamiento emocional (perdida de la energía y una desproporción entre el trabajo que se hace y el cansancio que se experimenta), la despersonalización (fachada de hiperactividad, lo cual aumenta la sensación de agotamiento) y el abandono de la realización personal (perdida de ideales y abandono de actividades familiares y sociales). Unido a otros efectos psicológicos como la fatiga, insomnio, depresión, ansiedad, deterioro cardiovascular, migrañas, dolores musculares, negatividad en las relaciones personales, etc. Se llega a estar quemados.

Una de las conclusiones a las que se ha llegado es que fomentando las buenas

relaciones laborales entre empleados y jefe de empleado además de darle al empleado autonomía para trabajar puede hacer que el empleado se sienta querido y útil esto le llevara a ir a trabajar con ganas lo que va a originar que realice un trabajo adecuado además de tener una buena relación con los compañeros reduciendo el absentismo y mejorando notablemente la calidad del trabajo.

Este tipo de síndrome suele darse en empleos donde se trabaja directamente con personas, bien en supermercados, centros educativos, centro sanitarios, etc. Al final la persona que lo sufre no es capaz de dejar de pensar en formas de desempeñar su labor lo que les genera cansancio y agotamiento. La gente no suele comprenderlo.

El síndrome genera enfermedades y alteraciones de la salud mental del individuo. Los problemas más comunes relacionados con este síndrome son hipertensión arterial, úlceras de estómago, enfermedades infecciosas, problemas en la piel, cefaleas, ansiedad, depresión, conductas adictivas, absentismo laboral. Es necesario tomar medidas para prevenir su aparición, fomentar actividades de mejora del entorno laboral y mejorar la formación de los celadores son elementos claves para reducir su incidencia.

Existen herramientas alternativas para el control del estrés que sería útil compartir con los trabajadores dentro de el ambiente sanitario. Podrían incluirse talleres anuales para su enseñanza o subscriptores a aplicaciones de meditación en smartphones y estudiar su beneficios en la prevención y tratamiento de patologías.

Sería importante abordar este problema estableciendo mecanismos para detectar casos del síndrome de burnout, tomando las medidas necesarias para prevenirlo y atajarlo, estableciendo programas de información, orientación y apoyo psicológico para los celadores que puedan presentar este problema. Para mejorar su calidad de vida personal y laboral.

Los celadores son uno de los grupo más afectados por este síndrome, debido a la carga de trabajo, a las condiciones físicas del mismo, la insatisfacción laboral, etc. Y suele afectar más a quienes empiezan a trabajar con mucho entusiasmo y dedicación y ven que la formación y la realidad laboral no responde a sus expectativas. El celador debe aprender a relajarse y a ser comunicativo con sus compañeros y superiores

6 Bibliografía

- www.psicologiaymente.com
- www.mdicosypacientes.com
- www.manuelescudero.com
- www.ucm.es
- www.quironprevencion.com
- www.redalyc.org>pdf

Capítulo 599

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES DEL CELADOR

ANA MARÍA RODRÍGUEZ RAMOS

BORJA LUIS GARCIA IGLESIAS

SILVIA MEANA GOMEZ

1 Introducción

Los riesgos laborales del celador son: caída al mismo o distinto nivel, sobreesfuerzos, choques contra objetos móviles o inmóviles, atrapamientos por o entre objetos y exposición a contaminantes biológicos.

2 Objetivos

- Explicar las medidas preventivas a tomar.
- Identificar las normas de protección ante exposiciones de sangre y fluidos corporales.

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 celadores son los trabajadores que realizan las funciones previstas en el punto 2, del artículo 14 del Estatuto del Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Las medidas a tomar por los celadores para la prevención de riesgos laborales son:

- Utilización de medios mecánicos y/o auxiliares para la manipulación y/o transporte de cargas.
- Solicitar ayuda de otro compañero siempre que sea necesario.
- Evitar doblar la espalda y adoptar posturas forzadas efectuando cambios periódicos y paradas breves.
- Transporte de muestras biológicas en soportes adecuados destinados para tal fin.
- Acogerse a campañas de inmunización establecidas para el personal sometido a riesgo.
- Evitar las prisas durante el manejo de las sillas de ruedas, camillas, con el fin de evitar los golpes y atrapamientos.
- Utilizar técnica correcta para movilización de enfermos y manipulación manual de cargas.

Los equipos de protección individual son: ropa de trabajo, guantes, mascarillas y calzado antideslizante. Respecto a la prevención de riesgos dorsolumbares, las lesiones de espalda pueden producirse en tareas de manipulación manual de cargas cuando se realizan de forma incorrecta, se supera la capacidad física del trabajador o se realizan de forma repetitiva durante un tiempo prolongado. Para evitar estos sobreesfuerzos, podemos evaluar el trabajo y utilizar la técnica correcta de elevación y transporte.

Respecto a las normas de protección ante exposiciones casuales de sangre y fluidos corporales, todo el personal sanitario deberá utilizar de forma rutinaria las medidas de protección adecuadas para prevenir el contacto de piel y mucosas con sangre y/o fluidos corporales de cualquier paciente. Las medidas de protección individual son guantes, mascarillas, protecciones oculares y batas o delantales. Se utilizan tanto para realizar cualquier técnica como en la manipulación, el transporte y la limpieza de objetos posiblemente contaminados por sangre y/o fluidos

corporales. Antes de comenzar la tarea, se protegerá convenientemente cualquier erosión o herida para evitar cualquier posible contacto. Se deberá actuar con precaución al manipular objetos punzantes o cortantes para evitar sufrir heridas.

No se deberán enfundar de nuevo las agujas ya utilizadas en el capuchón protector, ni se doblarán ni se separarán manualmente de las jeringas. 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 de grupo III. Siempre deberán desecharse los guantes utilizados después de cada contacto y siempre que se rompan o perforen. Cualquier zona corporal que haya estado en contacto con sangre y/o fluidos corporales deberá lavarse inmediatamente a fondo, utilizando la técnica necesaria. Se comunicará el accidente siguiendo los cauces establecidos. En el caso de derrames o vertidos, deberá ponerse en contacto con el responsable quién le indicará los medios de protección necesarios y las pautas de actuación. Respecto a los riesgos psicosociales, es importante tener una buena organización y formas saludables de manejar el estrés.

5 Discusión-Conclusión

El incremento de accidentes laborales en el medio sanitario conlleva la elaboración de técnicas de trabajo que los eviten o disminuyan. La publicación de la Ley 31/1995 de prevención de riesgos laborales y sus reformas posteriores impulsa la necesidad de desarrollar una política de prevención de riesgos en todos los ámbitos del trabajo. Existe un generalizado interés entre los administradores, empleados, gobiernos, por mejorar la calidad de vida en el trabajo y específicamente el personal de salud en general deberá utilizar de forma rutinaria las medidas de protección adecuadas para prevenir cualquier lesión. Se pretende así, evitar los factores que inciden en la producción de accidentes laborales y los que causan enfermedades profesionales, con el objetivo de tomar medidas preventivas que salvaguarden la salud tanto en el ámbito hospitalario como extrahospitalario para de igual modo, mejorar sus competencias profesionales y la calidad de vida de los mismos

6 Bibliografía

- Auxiliar-enfermería.com [Internet]. Temario celadores online. Prevención de riesgos laborales

- SAS. Conserjería de Sanidad [Internet]. Lectura 7 de Prevención de Riesgos Laborales.

Capítulo 600

“MOBBING”, EL ACOSO EN EL TRABAJO

MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

El acoso en el trabajo es una realidad de nuestro siglo, todavía no es fácil de identificar ya que el “mobbing” tiene diferentes características en cada ocasión.

La palabra “mobbing” viene del inglés y significa acosar, asediar, acorralar. Este término se utilizó por primera vez en 1980 por el sueco Heinz Leymann que investigó este fenómeno.

Se calcula que entre el 10-15 por ciento de los trabajadores sufre acoso en el trabajo. Actualmente el acoso laboral está tipificado como un delito penal, con hasta dos años de cárcel. Intentar reconocer el “mobbing” es primordial para prevenirlo y erradicarlo.

2 Objetivos

- Identificar los indicios por los que un trabajador puede reconocerse como víctima de “mobbing”.

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 acoso laboral o “mobbing” puede suceder en cualquier ámbito laboral. Es fundamental tener unas claves para reconocer y luchar contra el “mobbing”.

- Tener acciones preventivas.
- Información de lo que es el acoso laboral.
- Tener conciencia del derecho a la dignidad en el trabajo.
- Asistir, apoyar y entrenar al personal en la respuesta activa contra este problema.
- Es fundamental crear ambientes saludables en los centros de trabajo que fomenten relaciones positivas.
- Es muy importante atajar cualquier tipo de acoso laboral tan pronto como tengamos conciencia de que una actitud es característica del “mobbing” para intentar acabar con él.

Si un empleado siente hostigamiento psicológico con una frecuencia de dos veces por semana en el plazo de seis meses es que está siendo víctima de “mobbing” o acoso laboral. Sería la acción de una o varias personas con el fin de producir miedo, desprecio, terror o desánimo en el trabajador.

5 Discusión-Conclusión

El “mobbing” o acoso laboral puede ser reconocido porque el acosador tiene unos comportamientos con el acosado que son fácilmente identificables si los hemos estudiado anteriormente. Debemos utilizar las claves antes descritas para evitarlo o eliminarlo. La clave primordial para poner fin a este gran problema laboral que nos atañe a todos es el respeto. Cuidar tu salud mental y física te permitirá desarrollar mecanismos de defensa contra este acoso. “Respetar todo y a todos” sería un fundamento para un entorno laboral saludable.

6 Bibliografía

- Iñaki Piñuel- Cómo sobrevivir a acoso psicológico en el trabajo, 2001.

- Iñiqui Piñuel y Zabala- Mobbing: manual de autoayuda, 2003.
- Ruíz Prieto, Enrique- ¿Cómo detectar el acoso laboral o "mobbing"? .

Capítulo 601

LOS TRABAJADORES QUEMADOS - SÍNDROME BURNOUT.

MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

En la actualidad el ritmo de la vida al que estamos sometidos tanto en el ámbito laboral como en el personal puede provocar este trastorno cada vez más común en los trabajadores que interaccionan con personas. Es el síndrome de burnout.

Este síndrome fue descrito en 1986 por C. Maslach y S. Jackson como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y una menor realización personal que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios”.

Sería la respuesta al estrés crónico originado en el trabajo y tendría consecuencias en el ámbito individual pero también en el organizacional y en el social.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Tener estrategias y técnicas de intervención para prevenir o minimizar los efectos de un problema social que va en aumento cada año.

Objetivos secundarios:

- Prevenir y minimizar los problemas que acarrea este síndrome en las personas que trabajan en contacto directo con otras personas, pacientes y usuarios.

- Conocer las consecuencias de este síndrome es fundamental para poder prevenirlo.

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

Llegados a este punto podemos tener claro que el trabajador que padezca este síndrome del quemado o burnout reconocerá los siguientes síntomas:

- Agotamiento emocional por un desgaste profesional que lleva a un agotamiento psíquico y fisiológico, apareciendo una pérdida de energía y fatiga. Este agotamiento emocional es producido por tener que realizar funciones laborales con personas que hay que atender, ya sean clientes, pacientes y usuarios.
- Despersonalización, se manifiesta por el endurecimiento de las relaciones con los pacientes, clientes y usuarios que puede llegar a la deshumanización.
- Falta de realización personal, conllevando a una disminución de la autoestima personal, frustración y manifestación del estrés.

Existen también unas medidas a tomar para prevenir o minimizar el burnout:

- Identificar los factores estresantes que te agotan.
- Evaluar con los superiores las expectativas.
- Descubrir de nuevo los aspectos agradables del trabajo (bienestar de los pacientes y de sus familiares, clientes satisfechos, etc).
- Buscar apoyo de amigos, familiares y profesionales.
- Hacer ejercicio ayuda mucho a gestionar el estrés y a saber enfrentarse a situaciones complicadas.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome del burnout es el resultado de varios factores que se desarrolla cuando se dan determinadas condiciones tanto a nivel personal como organi-

zacional.

La falta de control en la decisiones, expectativas poco claras, compañeros conflictivos, diferencias entre tus valores y los de la empresa, el trabajo no se ajusta a tus intereses o habilidades, el trabajo te absorbe y ocupa gran parte de tu tiempo tienes muchas probabilidades de que el síndrome acabe quemándote.

Soluciona el problema lo antes posible y no lo confundas con una enfermedad. Mantén una mente abierta a todas las opciones que se te presentan y disfruta de tu trabajo y de tu vida personal.

6 Bibliografía

- Maslach y Leiter, 1997. The truth about burnout. San Francisco. CA: Jossey Bass.
- Martín, Ramos Campos y Contador Castillo, 2006. Resilencia y el modelo Burnout. Engagement en cuidadores formales de ancianos.
- Matteson e Ivancevich, 1987. Controlling work stress: Effective resource and management strategies.

Capítulo 602

VIOLENCIA SEXISTA O DE GÉNERO.

MARTA GONZÁLEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

“Todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”, sería como define la ONU la violencia de género. Por esto podríamos decir que la violencia será la coacción física o psíquica ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado.

2 Objetivos

- Reconocer los tipos de violencia existentes en todos los ámbitos para así poder prevenirlos o evitarlos y ser conscientes de lo importante que sería erradicar la violencia de género tanto en el hogar como en el entorno laboral.
- Tener conocimiento de los tips que nos permitan reconocer que estamos ante un caso de violencia de género.

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 erradicación de la violencia de género pasa por la promoción de modelos que eliminen la supremacía de un género sobre otro. Por ello se debe valorar la sapiencia femenina y no discriminarla y devaluarla. Es fundamental aprender a solucionar conflictos sin utilizar la violencia, expresar los sentimientos y no discriminar a nadie por su sexo. Los centros sanitarios en los que concurren numerosas personas con relaciones laborales, profesionales o individuales son un buen referente para nuestra sociedad enseñando a ser más tolerantes, comprensivos y no discriminatorios con nadie.

5 Discusión-Conclusión

Condenar social y legalmente la violencia de género tanto en el hogar como en los centros laborales es fundamental para la lucha contra este abuso. La violencia no es la manera de solucionar nada ni con tu pareja, ni con tus compañeros, ni con los pacientes, ni con los usuarios. Hay que educar para el respeto y para que el fin de la violencia en cualquier ámbito sea una realidad.

6 Bibliografía

- Ruíz- Pérez I, Blanco -Prieto P, Vives- Cases C, Violencia contra la mujer en pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. Gaceta sanitaria 2004.
- Delgado C., Raíces de la violencia de género. Manual de lucha contra la violencia de género 2010.
- Ruíz Y. La violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención 2008.

Capítulo 603

SÍNDROME BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS

MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ

SABRINA ZANGO POZO

1 Introducción

El personal que trabaja en un hospital, sea sanitario o no, se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser agotador emocionalmente. El estrés que esto puede causar, puede dar lugar a problemas conductuales como burnout y otros problemas de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.). En la actualidad este tema es de suma importancia puesto que afecta a la moral y bienestar psicológico de los trabajadores, a la calidad y tratamiento que se proporciona a los pacientes o usuarios y, por último, puede tener una gran influencia en el funcionamiento administrativo de los servicios sanitarios. En este trabajo teórico se presenta una revisión del concepto de burnout, de qué depende, las medidas más utilizadas, las consecuencias y las estrategias de intervención que se han desarrollado para prevenir y tratar este problema. Finalmente, se realiza una propuesta de análisis conceptual del burnout como un ejemplo de evitación experiencial, así como de sus implicaciones en el tratamiento.

2 Objetivos

El objetivo de esta revisión bibliográfica sobre el síndrome de Burnout es revisar y dar a conocer este problema que es bastante frecuente en los centros sanitarios y ver si existen claves para detectarlo y solucionarlo y si es posible erradicarlo.

3 Metodología

La metodología empleada en este trabajo fue la revisión literaria sobre los distintos estudios que hay sobre el síndrome de Burnout. Las palabras clave utilizadas son: Burnout. Estrés laboral . Estrés ocupacional. Inventario de Burnout de Maslach.

4 Resultados

La primera vez que se acuñó el término fue en 1974 por Freudenberger, han pasado más de dos décadas en las que han sido muchos los autores e investigadores que han dirigido sus investigaciones hacia el burnout, aportando numerosas definiciones, modelos teóricos y componentes. Sin embargo, en España la investigación de este fenómeno es más reciente y menos amplia y se ha dirigido principalmente al sector sanitario (1). Freudenberger introdujo el término de burnout profesional al observar cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, después de un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego pasar al agotamiento y desmotivación por su función. Las describió como personas menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, con un trato distante y cínico. Describió el burnout como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo (2).

Como añade Moreno (3) el estudio de burnout y su análisis comenzó más bien en un área aplicada y clínica plagada de descripciones y escasos estudios empíricos. Posteriormente, Maslach y Jackson (4) utilizaron el mismo término acuñado para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de la psicología social. Tal vez la definición más aceptada entre los investigadores es la que aportaron estas autoras, que lo conceptualizaron como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y

fracaso (5).

El burnout se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y se compone de tres dimensiones:

- Agotamiento o cansancio emocional definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás;
- Despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo;
- Por último, la baja realización personal o logro que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima (6)

El síndrome de burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza. Hay estudios centrados en profesiones como administrativos y auxiliares administrativas, deportistas, docentes, monitores de educación especial, trabajadores de centros ocupacionales y sociales, vigilantes de instituciones penitenciarias y voluntarios, y de profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicios, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental y psicólogos y, por último, las profesionales de enfermería que por sus características organizacionales y laborales han recibido una mayor atención por parte de los investigadores (1)

Las variables personales nombradas en los estudios sobre burnout son el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías y las estrategias de afrontamiento.

Las variables organizacionales consideradas en los estudios revisados sobre burnout han sido el clima laboral, el bienestar laboral, el grado de autonomía, la ejecución en el trabajo, el apoyo social, la ambigüedad de rol y la falta de reciprocidad.

Otros aspectos que han sido relacionados en estudios con este problema son el número de horas de trabajo, tipo de contrato y tipo de servicio, de los cuales se desprende que sufren un mayor grado de desgaste aquellos profesionales que pasan un mayor número de horas de trabajo con un contrato eventual o cambiante, en

un servicio donde el impacto emocional es alto (7).

Turnipseed (8) investiga sobre la relación entre el burnout y el ambiente de trabajo e identifica la influencia de diversas variables psicosociales (cohesión entre los compañeros, estructura de la organización, comunicación presión en el trabajo) que contribuyen al síndrome de estar quemado.

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome (7) que se pueden dividir en tres grupos:

- Consecuencias que inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas). Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal), alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, alteraciones menstruales, disfunciones sexuales y dolores musculares o articulatorios.
- Consecuencias que inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales). Ansiedad, depresión, irritabilidad, disforia, baja autoestima, falta de motivación, baja satisfacción laboral, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo.
- Consecuencias relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales). Absentismo laboral, abuso de drogas, aumento de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de la conducta alimentaria, disminución de productividad, falta de competencia y deterioro de la calidad de servicio de la organización.

Desde que se comenzó a investigar el burnout o síndrome de estar quemado se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito. Cherniss (9) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del burnout. En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, Mingote (10) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el burnout, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional.

5 Discusión-Conclusión

Lo dicho hasta ahora nos sitúa ante el burnout como un fenómeno que ha sido definido en términos poco concretos, que parece depender de multitud de variables y a cuya sombra se han propuesto modelos con escaso apoyo empírico.

6 Bibliografía

1. Giménez, V. M. (2000). El fenómeno del “burnout” en las profesiones de ayuda. *Revista de Trabajo Social*, 159, 65-102.
2. Gil-Monte, P. R. (1991). Una nota sobre el concepto de “burnout”, sus dimensiones y estrategias de afrontamiento. *Informació Psicológica*, 46, 4-7.
3. Moreno, B. (1998). El estrés laboral asistencial y la salud: los procesos de personalidad. En XI Jornadas Internacionales sobre Psicología clínica y salud. Empleo, estrés y salud. Murcia: Universidad de Murcia.
4. Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press.
5. García, M. (1995). Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la escala EPB. *Ansiedad y Estrés*, 2-3, 219-229
6. Álvarez Gallego, E. y Fernández Ríos, L. (1991). El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista Española de Neuropsiquiatría*, 11, 257-265
7. Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
8. Turnipseed, D. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 9, 782-800.
9. Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in the human services*. Londres: Sage Publications.
10. Míngote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua*, 8, 493-508.

Capítulo 604

ATENCIÓN AL USUARIO: GESTIÓN DE CONFLICTOS E INSTRUMENTOS PARA AFRONTARLOS.

JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN

M^a ISABEL GONZALEZ MORAN

ISABEL COTO GALÁN

1 Introducción

Las habilidades sociales son un conjunto de hábitos (a nivel de conductas, pero también de pensamientos y emociones), que nos permiten mejorar nuestras relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que queremos, y conseguir que los demás no nos impidan lograr nuestros objetivos.

También podemos definir las como la capacidad de relacionarnos con los demás en forma tal que consigamos un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas; tanto a corto como a largo plazo.

El concepto de habilidades sociales incluye temas afines como la asertividad, la autoestima y la inteligencia emocional. También destaca la importancia de los factores cognitivos (creencias, valores, formas de percibir y evaluar la realidad) y su importante influencia en la comunicación y las relaciones interpersonales.

2 Objetivos

Facilitar que otra persona acceda a un cambio de conducta.

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 técnica del sándwich se fundamenta en el poder que tiene el elogio, y la forma de expresar un sentimiento positivo para hacer que la otra persona no sólo se sienta bien tras la petición, sino que experimente una predisposición favorable al cambio. Esta técnica favorece que el usuario no se sienta agredido, ni ofendido. El cometido es calmar el malestar inicial y mitigar el enfado. Conseguir dirigir la situación y que finalmente tengamos la oportunidad de poder ayudarle. También llamada “Sándwich conversacional”, es un método idóneo para emitir feedback constructivo sin dañar la autoestima de la persona que recibe la información.

Consiste en expresar una crítica, saber cómo decir no o dirigir un conflicto disminuyendo la carga negativa. Se hará uso de la empatía y el refuerzo con palabras positivas. Se desarrolla en tres fases:

- La primera será la parte positiva, la expresión de empatía. Transmitir sinceridad en lo que decimos. Debemos darle la razón al interlocutor y nos ponemos en su postura.
- La segunda y más complicada, es la dirección de la parte negativa donde llega la crítica, el decir que no y el buscar una solución con la que satisfacer al usuario con un argumento sucinto y cercano.
- Finalizamos apoyándonos en expresiones donde el refuerzo de lo positivo y el agradecimiento toman una importante carga en aras de trasladar disculpas y conseguir redireccionar el escenario inicial.

5 Discusión-Conclusión

La clave es la asertividad. Es importante tener en cuenta que el lenguaje no verbal va a jugar un papel importante ya que tendrá que reforzar el mensaje, evitando tonos sarcásticos, elevados, histriónicos o gestos que trasladen sensación de agresividad o defensa.

Otros aspectos a tener en cuenta de cara a tener éxito en nuestro objetivo inicial son los siguientes:

- Expresarse de forma clara, breve y concisa.
- Asegurarse de que el otro ha entendido tu petición y las razones para pedir un cambio de conducta.
- Evitar malas interpretaciones.
- Evitar las críticas, amenazas o acusaciones.
- Evitar un tono demasiado espontáneo.

6 Bibliografía

- Elia Roca Villanueva. Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de Autoestima, Asertividad e Inteligencia emocional. Ed. Acde, Valencia 2015.
- D'Ambra. M. Las nuevas técnicas de la comunicación. Ed. De Vecchi. Barcelona 1993.
- Van-Der Hofstandt Román, C. (2015). El libro de las habilidades de la comunicación. Ed. Editorial Díaz Santos. Madrid.
- www.personalysocial.com.
- www.psicoactiva.com.

Capítulo 605

GESTIÓN DEL ESTRÉS EMOCIONAL EN UN ADMINISTRATIVO

JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN

M^a ISABEL GONZALEZ MORAN

ISABEL COTO GALÁN

1 Introducción

El estrés es la respuesta de adaptación a unas demandas muy dispares llamadas factores de estrés, el frío, el calor, el traumatismo físico, el ejercicio físico, la enfermedad, la fatiga. Todos ellos son factores de estrés, igual que la alegría, la pena, el miedo, la coacción, el éxito o el fracaso.

El estrés se manifiesta por un estado, el estado de estrés que corresponde al conjunto de modificaciones provocadas por el síndrome general de adaptación. Se trata de esas modificaciones biológicas, psicológicas, somáticas funcionales y orgánicas, visibles y cuantificables, que permiten apreciar el estado de estrés. En el lenguaje popular se experimenta como un estado de fatiga, de cansancio, de tensión nerviosa y de agotamiento. Pero no hay que olvidar que el estrés es también y sobre todo un proceso fisiológico normal de estimulación y de respuesta del organismo. No se trata forzosamente de una reacción penosa. Es la sal de la vida, indispensable para la adaptación, para el desarrollo y para el funcionamiento del organismo. Gracias a él el hombre se adapta y progresa.

En este capítulo nos vamos a centrar en hablar sobre el síndrome de Burnout (SB) laboral y cómo prevenirlo. El Bournout, también denominado síndrome del

quemado o síndrome de quemarse en el trabajo, es un trastorno emocional de creación reciente que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico. Los síntomas más comunes son depresión y ansiedad, motivos de la gran mayoría de las bajas laborales.

2 Objetivos

- Establecer recomendaciones para gestionar el estrés laboral.
- Analizar el síndrome de Burnout, prevención y factores desencadenantes.

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 recomendaciones para gestionar el estrés laboral son:

- Elaborar una lista de tareas por orden de importancia y establecer un horario al principio de cada día.
- Tomar breves descansos, con intervalos regulares a lo largo del día. Breves técnicas de relajación, estiramientos o respiraciones profundas durante 2 ó 3 minutos cada hora.
- Vigilar la postura y controlar periódicamente que no se esté tensionado y que el cuerpo está bien apoyado.
- Consumir alimentos sanos. Limitar la cantidad de estimulantes y toxinas (como cafeína, alcohol, tabaco, dulces) que ingiere cada día.
- Establecer citas frecuentes para hablar y compartir experiencias con otras personas.
- Liberar emociones reprimidas: gruñir, gritar, golpear almohadones, pegar con una raqueta el colchón, etc., Iniciar la práctica de un deporte o pasatiempo que permita liberar frustraciones reprimidas.

- Desconectarse la mente al menos dos veces al día, una de ellas por medio de la música, un libro o programa de televisión preferidos y otra utilizando técnicas como la relajación.
- Realizar al menos 10 ó 15 minutos de ejercicio físico moderado cada día ,3 sesiones de 20 minutos de ejercicio más fuerte cada semana.
- Utilizar técnicas de relajación profunda durante al menos 20 minutos una vez por semana (p. ej.: una cinta relajación, sauna, masaje o un simple baño de aromaterapia).
- Planear actividades diversas al principio de la semana para estimular el humor y la espontaneidad.

Las medidas de prevención son:

- La primera medida para evitar el síndrome de quemarse por el trabajo es formar al personal para conocer sus manifestaciones. Pero, además de considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos, los intentos de intervención deben incorporar otras acciones. Las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles:

A). Considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual).

B). Potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal).

C). Eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome (nivel organizacional).

En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y el entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el mismo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.

En el nivel grupal e interpersonal las estrategias pasan por fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo del rol.

En el nivel organizacional, la dirección debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Como parte de estos programas se recomienda desarrollar programas de socialización anticipatoria, con el objetivo de acercar los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales.

También se deben desarrollar procesos de retroinformación sobre el desempeño del rol. Junto a los procesos de retroinformación grupal e interpersonal por parte de los compañeros, se debe dar retroinformación desde la dirección de la organización y desde la unidad o el servicio en el que se ubica el trabajador. Además, es conveniente implantar programas de desarrollo organizacional.

El objetivo de estos programas se centra en mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces. Otras estrategias que se pueden llevar a cabo desde el nivel organizacional son reestructurar y rediseñar el lugar de trabajo haciendo participar al personal de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional.

- Síndrome de Burnout si hay al menos seis meses de periodo desadaptativo. Éste abarcará tres campos distintos: El agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. La despersonalización o deshumanización consiste en el desarrollo de conductas negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado. La falta de realización personal, sensación de frustración para el trabajador y baja autoestima personal.

El síndrome se manifiesta en los siguientes aspectos:

- Psicosomáticos: fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.
- Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.
- Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.
- Ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo, detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes.

Se trata de una reacción a la tensión emocional crónica creada por el contacto continuo con otros seres humanos, en particular cuando éstos tienen problemas o motivos de sufrimiento. Es decir, se puede considerar un tipo de estrés ocupacional, pero el factor característico del burnout es que el estrés surge de la interacción social entre el operador y el beneficiario de la ayuda. Por eso se dice, que este síndrome es "el precio de ayudar a los demás".

5 Discusión-Conclusión

Se trata de un síndrome de gran repercusión en la salud de la población y en la productividad de las empresas. La formación del personal es muy importante en aras de prevenirlo. Juegan un importante papel estrategias que puedan anular el foco del estrés, equilibrar las consecuencias que afecten negativamente al profesional, formar a los equipos de trabajo en lo que respecta a la adaptación al entorno laboral y eliminar o disminuir en la medida de lo posible los factores que favorecen la situación de estrés del medio laboral.

6 Bibliografía

- Acero, A. Relajación guiada. Elemento Agua, Barcelona, Apostrofe 200.
- Barlow, J. Gestión del estrés. cómo vencer los obstáculos y mejorar su actitud y su calidad de vida. Barcelona, gestión 2000.
- Mills, J.W. Cómo superar el estrés. Veinte métodos para su dominio, moderación o tratamiento. Bilbao, Deusto 2002.
- Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. Bernardo Moreno - Jimenez; José Luis González; Eva Garrosa. Dpto de psicología biológica y de salud de la UAM. Madrid, Piramide 2001.

Capítulo 606

TECNICAS DE COMUNICACION ENTRE UN AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y EL USUARIO DE UN SERVICIO DE SALUD

M^a ISABEL GONZALEZ MORAN

ISABEL COTO GALÁN

JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN

1 Introducción

La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Es una acción social necesaria, ya que si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que nos rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás. La comunicación es una necesidad para las personas, por eso es que aquellas que tienen dificultades y no tienen la capacidad de adquirir el habla, como por ejemplo, los hipoacúsicos, tienen formas alternativas para hacerlo. El lenguaje que suelen utilizar es a través de gestos y señas con las manos. Cualquier persona puede aprender este tipo de lenguaje.

La comunicación es esencial en la vida, sin ella no podríamos expresar nuestras emociones ni disfrutar de las experiencias compartidas durante el desarrollo de la vida. La comunicación es un proceso que suele darse con cierto nivel de dinamismo entre el emisor y el receptor. A medida que transcurre, se crea una

secuencia donde cada uno de ellos es partícipe en mayor o menor grado, y para que se produzca la comunicación es necesario que el emisor transmita el mensaje al receptor, y luego de forma inversa, por eso mismo es que se ponen en acción todos los elementos que la constituyen.

Suele suceder que no siempre pueda darse una buena comunicación, esta también puede tener errores. Comúnmente, esos errores son en el conocimiento del emisor y receptor sobre el mensaje y las dificultades en la transmisión. Cuando alguna de estas dos fallan, el mensaje claramente no llegará como fue pensado, de modo tal que puede ser mal interpretado, no comprendido o recibido pero no con la claridad necesaria por parte del emisor. Estos problemas varían y dependen del conocimiento y formación que poseen el emisor y el receptor.

Las dificultades más frecuentes en las fallas de transmisión de un mensaje son los ruidos. Cualquier tipo de sonido que no haya sido incluido en el mensaje por parte del emisor, puede llegar a alterar de forma completa o parcial el modo de interpretación del receptor, esto se debe a la interrupción involuntaria que se originó, siendo los elementos que intervienen en la comunicación:

- El mensaje: este se construye por los diferentes códigos, señas y cualquier tipo de comunicación posible, es decir, imágenes, claves, sonidos, entre otros.
- El emisor: se trata de aquel que toma la iniciativa para comenzar la comunicación. Es el que decide mandar un mensaje.
- El receptor: es quien recibe todos los mensajes que ofrece el emisor.
- El código: es un conjunto de imágenes, claves y lenguaje que debe ser compartido por las dos partes, es decir el emisor y el receptor, de modo contrario el mensaje no podría transmitirse y no produciría la comunicación.
- El canal: al hablar de canal se hace referencia a el medio por el cual el mensaje es transmitido, este puede ser gráfico visual, como por ejemplo una publicidad en una revista u oral-auditivo, como puede ser hablar con otra persona. Sin embargo, existen otros canales para aquellas personas que tienen dificultades en la comunicación.
- El contexto: generalmente no se suele tomar en cuenta este elemento, pero la realidad es que depende del contexto en el que se desarrolle el mensaje que se va enviar, es cómo lo va a recibir el receptor. Deben tener en cuenta la forma y ámbito en el que se produzca.
- Los sonidos: los sonidos que interfieran en la transmisión de un mensaje pueden afectarlo y cambiar su contexto.
- La retroalimentación: esta se genera cuando el receptor devuelve información luego de que recibió el mensaje del emisor.

2 Objetivos

- Establecer medidas para la mejora de habilidades comunicativas telefónicas para dar una mejor imagen empresarial.

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.

Palabras clave: Análisis de estrategias, técnicas, recursos y actividades con el fin de facilitar, en el menor tiempo posible, el manejo de actividades cognoscitivas. Estudiamos un enfoque experimental basado en teorías constructivistas y humanísticas del aprendizaje.

4 Resultados

Las medidas para mejorar la comunicación son:

- Una correcta estructura de llamada se desarrolla en diferentes fases. La fase inicial es el saludo donde se identifica la empresa y departamento con el que contacta el usuario. seguidamente entra en juego la escucha activa mientras nuestro interlocutor nos traslada el motivo de contacto, se prestará atención a todos los datos indicados y nos apoyaremos en la reformulación dando señales que se comprende la consulta. Posteriormente se realizará un sondeo con el fin de recabar la mayor cantidad de datos posibles. Finalmente se argumenta e informa con las medidas o soluciones buscadas y nos despedimos.
- Cada una de éstas fases irá directamente interconectadas con unas cualidades de excelencia telefónica tales como el tono, modulación, sonrisa telefónica, lenguaje adecuado al interlocutor, uso de formulas de cortesía.
- Es importante evitar las esperas, silencios incómodo o túneles oscuros. Tonos histriónicos, abuso de muletillas o titubeos. Mostrar en todo momento seguridad, aplomo y confianza.

5 Discusión-Conclusión

Cada teléfono situado en un puesto de trabajo es una ventana por donde nos dejamos ver. Por ello, es fundamental en la comunicación telefónica la preparación y seguir pautas de llamada estructurada. Como fraseaba Abraham Lincoln "dame seis horas para cortar un árbol y pasaré las cuatro primeras afilando el hacha".

6 Bibliografía

- D'Ambra. M. Las nuevas técnicas de la comunicación. Ed. De Vecchi. Barcelona 1993.
- Van-Der Hofstandt Román, C. (2015). El libro de las habilidades de la comunicación. Ed. Editorial Díaz Santos. Madrid.
- Thomson, P. Los secretos de la comunicacion. Granica, Barcelona 1999
- Davis, F. La comunicación no verbal. Alianza Editorial , Barcelona 1998

Capítulo 607

LENGUAJE ADMINISTRATIVO INCLUSIVO EN CENTROS SANITARIOS

M^a ISABEL GONZALEZ MORAN

ISABEL COTO GALÁN

JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN

1 Introducción

La primera función del lenguaje es la de ser un medio de comunicación que permite expresar lo que pensamos y sentimos a otras personas. Los prejuicios sexistas que el lenguaje transmite son el reflejo del papel social atribuido a las mujeres durante generaciones.

Partiendo de la base de que los ciudadanos tienen que relacionarse con la administración sanitaria mediante este tipo de lenguaje, detallamos que el lenguaje administrativo es el que utiliza la Administración en sus relaciones con los ciudadanos. Cualquier ciudadano tiene que comunicarse con la Administración en distintos momentos de su vida. Y necesitará expresarse en un lenguaje sencillo, con palabras de uso común (accesible) y entender del mismo modo, y sin preparación especial, los mensajes de la Administración.

Necesitamos trabajar para que este lenguaje sea lo más neutro posible y se evite en la medida el uso sexista tradicional de este lenguaje administrativo. El lenguaje no sexista es aquel que evita discriminar a las mujeres y se dirige hacia el logro del principio de igualdad entre la mujer y el hombre.

Vemos como ya a finales de la década de los ochenta del siglo XX el Gobierno impulsó la renovación del lenguaje administrativo en España, también para evitar la discriminación de la mujer. Hasta entonces eran habituales en los escritos administrativos las formas de masculino con carácter general y único, tanto para referirse a los empleados públicos como a los usuarios de los servicios. En 1987 el Ministerio de Asuntos Sociales, a través del Instituto de la Mujer, publicaba el Plan para la igualdad de oportunidades de las mujeres (1988-1990), en el que se recogía la revisión de los textos reglamentarios para evitar usos y expresiones considerados sexistas.

2 Objetivos

- Analizar la aplicación y el uso de lenguaje administrativo no sexista, estudiando la variada documentación de la que disponemos en la actualidad y tomando como base diferentes normativas tanto europeas como españolas analizamos las diferentes normas encaminadas a un mejor uso del lenguaje administrativo.

3 Metodología

Realizamos una revisión de las diferentes normativas existentes. Partimos del documento de la Unesco de 1991 “Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje”, este documento sigue siendo práctico, aunque hayan pasado 30 años desde su publicación, pues es esquemático y explica con bastante claridad dónde está el posible uso sexista del español. Continuamos con la Ley orgánica 3/2007 de 22 de marzo para La igualdad de mujeres y hombres, en la que se establece como criterio de actuación de todos los poderes públicos la utilización de un lenguaje no sexista. Un año más tarde observamos el Informe sobre lenguaje no sexista publicado por el Parlamento Europeo y su anexo “Orientaciones específicas para el español” (2008) para que fuera aplicado en su trabajo por los funcionarios de esta institución representativa. Durante los últimos años, muchas administraciones autonómicas y locales han aprobado leyes de igualdad y planes de acción que recogen la promoción del lenguaje no sexista en todos los ámbitos de la sociedad, incluida la administración sanitaria.

4 Resultados

Desde finales del siglo XX se está intentando reemplazar el uso sexista del lenguaje administrativo y así evitar la discriminación, invisibilidad, exclusión, subordinación y desvalorización de la mujer. Proponemos diferentes opciones al lenguaje no sexista: además de emplear el masculino y femenino cuando sea pertinente, una de las formas de evitar el sexismo en los textos es la utilización de términos genéricos que verdaderamente representen a un conjunto de hombres y mujeres. Esto permite nombrar a hombres y mujeres de forma inclusiva.

Otra de las posibles opciones es la utilización de nombres abstractos como sustitutos de genéricos masculinos. Uno de los recursos que podemos emplear para superar el sexismo en el lenguaje consiste en utilizar oraciones impersonales, en las que no se expresa quién realiza.

La acción del verbo de una forma voluntaria o, simplemente, porque no existe ese sujeto de la acción verbal. Uso de la arroba, aunque se utiliza en muchos textos, la arroba (@) no resulta el recurso más recomendable ya que no se trata de un signo lingüístico. De todas formas, este símbolo puede resultar muy eficaz en textos que persiguen atraer la atención del lector o lectora. Uso de barras, la administración utiliza con mucha frecuencia este recurso para solicitar diferentes datos. Por lo general, el empleo de esta opción viene marcada por la necesidad de economizar espacios en los documentos, impresos o instancias. Aunque este recurso puede resultar útil en esas situaciones resulta desaconsejable cuando redactemos textos más amplios. Sinfin de ejemplos claramente aplicables a nuestro día a día.

5 Discusión-Conclusión

La RAE indica que el uso del masculino en singular o en plural con valor genérico obedece a una cuestión de economía lingüística. El uso no sexista del lenguaje recarga el estilo administrativo. Históricamente predomina el uso masculino, sobretodo en el administrativo. El proceso para evitar el uso no sexista aún a día de hoy es largo y tedioso, precisa de un esfuerzo conjunto de la administración y de todas las personas que la formamos.

Conseguir que el lenguaje administrativo no sea sexista consistirá en cambiar el punto de vista recordando que la lengua es un instrumento vivo que debe adaptarse constantemente a cambios sociales. La cada vez mayor presencia de mujeres en el ámbito público y en todos los escalafones de la administración,

tanto como usuarias activas de los servicios, como profesionales de los mismos, exige que el uso que hagamos de la lengua contemple su presencia.

6 Bibliografía

1. Unesco. (1991) “Recomendaciones para un uso no sexista del lenguaje”.
2. Ley orgánica 3/2007 de 22 de marzo para La igualdad de mujeres y hombres.
3. Informe sobre lenguaje no sexista.(2008) Parlamento Europeo. Anexo “Orientaciones específicas para el español”.
4. Marcal, H. Kelso, F. Nogués, M. (2011). Guía para el uso no sexista del lenguaje en la Universidad Autónoma de Barcelona.
5. Instituto Asturiano de la Mujer. (2001). Cuida tu lenguaje, lo dice todo. Gobierno del Principado de Asturias. p 3-6
- Menéndez-Menéndez M^aI. (2019).Lenguaje administrativo no sexista. Junta de Andalucía. Instituto de la Mujer p 22-35.
6. Casamayor, S. (2019). Manual de lenguaje no sexista en el ámbito sanitario www.leguajeadministrativo.com.

Capítulo 608

AFECCIONES OCULARES DESDE UN PUESTO DE ADMINISTRATIVO

ISABEL COTO GALÁN

JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN

M^a ISABEL GONZALEZ MORAN

1 Introducción

A principios del siglo XXI, los ordenadores se convirtieron en un elemento básico de la vida cotidiana, no sólo se utilizan para el trabajo y la escuela, sino que también para la socialización, los juegos y el entretenimiento en el hogar. Hoy en día observamos muchas dolencias relacionadas con el uso de ordenadores, principalmente problemas oculares. En casi todas las profesiones nos encontramos problemas visuales, que pueden ir desde fatiga ocular hasta la necesidad de lentes de contacto. Los problemas visuales han ido aumentando en paralelo al avance tecnológico y a la generalización del uso de pantallas en la vida, tanto laboral como personal. El sector de la administración es uno de los que más utiliza pantallas durante la jornada laboral, este uso prolongado genera afecciones oculares, muchas de ellas consideradas hoy en día como enfermedades laborales por la OIT (SFO).

2 Objetivos

- Analizar los problemas oculares y su relaciones con el mundo laboral.

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

- Revisiones bibliográficas sobre síndrome de fatiga ocular y su relación con el medio laboral. A. Prado Montes 2017, en este trabajo se realizó una revisión sistemática de la literatura científica publicada entre 2005 y 2015, en varias bases de datos, utilizando ecuaciones de búsqueda con términos MeSH, resume la evidencia científica sobre el Síndrome de Fatiga Ocular (SFO) y su relación con el medio laboral, los factores de riesgo, la población especialmente sensible y los aspectos preventivos. Trabajo prolongado con computadoras, consecuencias sobre la vista y la fatiga cervical. J del Río Martínez, 2007 este trabajo nos demuestra las evidencias de que largas jornadas frente al ordenador tienen consecuencias nocivas para la vista y el sistema músculo-esquelético, también nos ofrece mejoras tanto en ergonomía como usabilidad que prevengan o mitiguen el deterioro físico asociado al uso de medios electrónicos en el trabajo, estudio y esparcimiento. Riesgos sobre tiempo prolongado frente a un ordenador, YH Hodelin, 2004, en este artículo se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de profundizar acerca de los riesgos a los que están expuestas las personas que permanecen mucho tiempo frente al ordenador y se elabora la propuesta que describe riesgos, consejos útiles y ejercicios para disminuir los trastornos que causa del uso inadecuado del ordenador a favor de una vida saludable. Por último, observamos como en ciertos convenios profesionales se recogen pautas para la mejora de la calidad visual de los trabajadores
- El trabajo con pantallas de visualización se asocia con trastornos visuales, músculo-esqueléticos y otros, como psicosociales o mentales, el síndrome del ordenador también se menciona en varias publicaciones como una de las dolencias más habituales que engloba muchas de las anteriormente mencionadas. También se habla del SFO (síndrome de fatiga ocular) uno de los problemas más habituales en países desarrollados. El ojo humano está naturalmente diseñado para mirar de

lejos, por lo que enfocar durante horas una pantalla cerca provoca cansancio muscular y puede derivar en SFO. Los autores revisados coinciden en el aumento de dolencias oculares, principalmente el SFO, también se relaciona con la sobrestimación de síntomas debido al uso masivo de dispositivos electrónicos fuera del ambiente laboral.

- En los diferentes trabajos se analizan los síntomas más habituales que sufrimos derivados del trabajo frente al ordenador y se ofrecen consejos para mitigarlos. Los síntomas pueden ser visuales, en los que se engloba visión borrosa, lagrimeo, fatiga ocular, fotofobia, visión doble. Nos encontramos también con síntomas oculares como puede ser dolor ocular, sensación de arenilla, sequedad, ojos rojos, sensación de quemazón, pesadez ocular, por último, los síntomas sistémicos generan dolores de cabeza, náuseas e incluso vértigo.

- Unas buenas medidas que nos pueden ayudar a evitar estos problemas son, modular adecuadamente resolución, intensidad, contraste y brillo, colocar el borde superior de la pantalla del ordenador a la altura de los ojos, vigilar el grado de humedad ambiental de la estancia, conseguir una iluminación ambiental adecuada, con preferencia indirecta y poco intensa, evitar los reflejos de las ventanas, parpadear cada rato para humedecer los ojos, cambiar la mirada y enfocar durante unos segundos en una posición alejada, moverse con frecuencia en la propia silla , y lo más importante levantarse cada 50 min y caminar unos minutos.

5 Discusión-Conclusión

Los artículos revisados coinciden en el aumento de problemas oculares derivados del uso de ordenadores, sobre todo en el ámbito laboral, pero con la influencia del uso en la vida personal. También se indica que el impacto del SFO es mayor en mujeres que en hombres, aumentan con el número de horas de trabajo y el estrés, y que la realización de descansos de pantalla, levantándose y fijando la vista en un punto alejado de la pantalla ayuda a disminuir el SFO. Podemos concluir con que este tipo de afecciones son del siglo XXI, y que su desarrollo va en paralelo con la implantación de nuevas tecnológicas en el ámbito laboral.

Aunque muchas de las medidas propuestas en los diferentes trabajos no están en nuestra mano, muchas otras si, como levantarse de la silla cada cierto tiempo y caminar, o centrar la mirada en un punto más alejado que la pantalla. También se valora la necesidad de estimular en los usuarios, los empleadores, los

legisladores y en quienes son responsables de definir la organización el trabajo, el conocimiento, la adopción, creación o adecuación de medidas preventivas y correctivas que reduzcan los riesgos a la salud ya señalados. Promover la apertura de conciencia acerca de este problema, así como los cambios necesarios en los hábitos, políticas y legislación laboral correspondientes. Observamos como en ciertos convenios se recogen pausas de visualización de pantalla, que se consideran una de las medidas más efectivas para reducir los problemas oculares, concluimos con que las mejoras implantadas en relación a prevención de enfermedades y en la tecnología de las pantallas ayudarán a reducir estas dolencias de nuestra época.

6 Bibliografía

- Prado, A. Morales, A. Navor, J. (2017). Síndrome de Fatiga ocular y su relación con el medio laboral. Medicina y Seguridad del Trabajo. Medicina y Seguridad del Trabajo versión On-line ISSN 1989-7790 versión impresa ISSN 0465-546X. Med. Secur. trab. vol.63 no.249 Madrid.
- Martinez, J. González, MC. (2007). Trabajo prolongado con computadoras: consecuencias sobre la vista y la fatiga cervical Riesgos sobre tiempo prolongado frente a un ordenador. IX Congreso Internacional de Ergonomía. México.
- Hodelín, Y. De los reyes García, Z. Hurtado, G. Batista, M. (2016). Riesgos sobre tiempo prolongado frente a un ordenador. Revista de Información Científica, ISSN-e 1028-9933, Vol. 95, N°. 1, 2016, págs. 175-190.
- Artículo 45.II Convenio de ámbito estatal del sector de contact center. (2017).

Capítulo 609

DOLENCIAS HABITUALES DERIVADAS DE TRABAJOS ADMINISTRATIVOS

ISABEL COTO GALÁN

JOSE MANUEL GONZALEZ MORAN

M^a ISABEL GONZALEZ MORAN

1 Introducción

Se realiza una revisión bibliográfica sobre diferentes publicaciones basadas en afecciones relacionadas con el trabajo administrativo frente al ordenador.

El trabajo típico de administrativo y auxiliares administrativos propicia la aparición de dolencias y problemas de salud que, en su mayoría, no están catalogadas como enfermedades profesionales ni por la OIT (organización internacional de trabajo), ni por el INSS (instituto nacional de la seguridad social).

2 Objetivos

- Evaluar el contexto global de las dolencias habituales derivadas de trabajos administrativos, en centros sanitarios.

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

- No estamos exentos de sufrir lesiones en nuestro día a día, en nuestra casa o, sobre todo, en nuestro lugar de trabajo, donde pasamos 1/3 de nuestro día. Se estima que una persona promedio pasa de seis a ocho horas de su día frente al ordenador. Las enfermedades que surgen o se ven agravadas por este tipo de trabajos son multifactoriales. En el caso del trabajo con pantallas de visualización, éstas se asocian fundamentalmente con trastornos visuales, trastornos músculo-esqueléticos y otros trastornos como psicosociales o mentales. Resumimos todas las afecciones derivadas del trabajo frente al ordenador haciendo especial hincapié en el síndrome del túnel carpiano y en el síndrome de fatiga ocular. Dos dolencias muy habituales en trabajos administrativos. Por su parte, artículos publicados en Archives of Internal Medicine, demuestran que existe una clara asociación entre el acto de sentarse y el riesgo de contraer cualquier enfermedad. Por lo que, estar sentado más de once horas al día resulta en una probabilidad del 40 % de morir por cualquier causa en absoluto, incluso cuando se va al gimnasio o se sale a caminar, pues estar sentado mucho tiempo puede estar contrarrestando los efectos de salud de dicho entrenamiento.

Podemos sufrir trastornos de salud en nuestro trabajo debidos a multitud de factores:

- Trastornos musculo-esqueléticos: todos ellos derivados de estar sentados o mal sentados frente al ordenador. Pueden ser: dolores de espalda, como lumbalgias o contracturas, artrosis cervical y dolores de mano y muñeca (bursitis, tendinitis). La principal afección en la mano y muñeca es el Síndrome del túnel carpiano donde los movimientos repetidos durante un periodo largo de tiempo, puede llevar a la compresión del mediano, uno de los nervios principales que pasa por la muñeca y la mano. El resultado es una sensación de debilidad, hormigueo, entumecimiento y quemadura seguido de un dolor agudo. La utilización excesiva de los mismos músculos puede desencadenar las denominadas lesiones por esfuerzo repetitivo, otra de las consecuencias de permanecer mucho tiempo en el ordenador.
- Molestias oculares: debidas al trabajo continuo con pantallas, actividad sin luz

natural e incluso sin buena iluminación. Una de las principales molestias oculares es el Síndrome de Fatiga Ocular (SFO), denominado también «Fatiga visual» o «Astenopia», que está reconocida por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) dentro del grupo de enfermedades laborales y se define como un conjunto de síntomas que van desde las molestias oculares (picor, ardor, sequedad, lagrimeo, parpadeo, dolor ocular), trastornos visuales (visión borrosa, visión fragmentada y diplopía) y síntomas extra oculares (cefalea, vértigo, molestias cervicales, náuseas).

Molestias auditivas y vocales: generadas principalmente por un uso prolongado del teléfono o por tener que hablar durante toda nuestra jornada, pueden influir también las condiciones del centro, como temperatura y oxigenación.

- Enfermedades contagiosas: muchas oficinas de hospitales o centros de salud están mal ventiladas y concentran a un gran número de personas, lo que facilita que se propaguen virus y bacterias. Los sistemas de aire acondicionado incorrectamente mantenidos facilitan aún más el proceso, así como los teclados u otros equipamientos compartidos por diversos empleados.

Dolencias “emocionales” como la ansiedad, tensión, desánimo e incluso depresión, generadas en muchas ocasiones por el estrés que se puede llegar a sufrir en nuestros puestos, sobretodo cara al público.

- Pequeños cambios nos ayudan a mejorar estas dolencias: descansos cortos pero frecuentes, proteger los ojos y las muñecas, sentarse en una buena silla y mantener una buena postura. (La postura se la define como la composición de las posiciones de todas las articulaciones del cuerpo humano en un momento determinado. Esta será correcta al lograr una máxima eficacia con el mínimo gasto de energía, con el máximo confort de huesos y articulaciones, conservando el sistema músculo-esquelético en las mejores condiciones, mientras que se verá afectada por las exigencias psicoemocionales, por dolores músculos esqueléticos en el tronco y las extremidades debido a las actitudes posturales incorrectas que adoptan).

5 Discusión-Conclusión

Cualquier actividad que realicemos nos expone a sufrir lesiones y a deteriorar nuestra salud. Por más que parezca inofensivo, el trabajo de oficina es uno de los más dañinos para la salud que existen, principalmente por el tiempo que pasamos sentados en el escritorio. En los diversos trabajos analizados se concluye que la población estudiada tiene alta prevalencia de síntomas musculoesqueléticos y

que el diseño no ergonómico del teclado, escritorio y silla podrían estar relacionados con síntomas en extremidades superiores, región dorsal y lumbar, respectivamente, también existe un alto porcentaje de problemas oculares, derivados de una exposición prolongada frente al ordenador.

Sufrimos más problemas de salud derivados del trabajo de las que pensamos, debemos intentar tomar los medios que están en nuestra mano para evitar en la medida de lo posible estas dolencias.

6 Bibliografía

- Muñoz, FC. Vanegas, JJ. (2012). Asociación entre puesto de trabajo computacional y síntomas musculoesqueléticos en usuarios frecuentes. Medicina y Seguridad del Trabajo. Versión On-line ISSN 1989-7790 versión impresa ISSN 0465-546X. Med. Segur. trab. vol. 58 no. 227 Madrid.
- Hodelín, Y. De los reyes García, Z. Hurtado, G. Batista, M. (2016). Riesgos sobre tiempo prolongado frente a un ordenador. Revista de Información Científica, ISSN-e 1028-9933, Vol. 95, N°. 1, 2016, págs. 175-190.
- Prado, A. Morales, A. Navor, J. (2017). Síndrome de Fatiga ocular y su relación con el medio laboral. Medicina y Seguridad del Trabajo. Medicina y Seguridad del Trabajo versión On-line ISSN 1989-7790 versión impresa ISSN 0465-546X. Med. Segur. trab. vol. 63 no. 249 Madrid.
- Tauste Francés A, Ronda-Pérez E, Seguí Crespo M del M. (2014). Alteraciones oculares y visuales en personas que trabajan con ordenador y son usuarias de lentes de contacto: una revisión bibliográfica. Revista Española de Salud Pública; 88(2):203-15.
- González G. (2015) 5 consejos para cuidar tu cuerpo si trabajas todo el día frente al PC.
- Mercola J. (2015) Estar sentado por demasiado tiempo puede causar depresión y otros problemas mentales.
- Viñas, S. (2016). Actitudes posturales frente al ordenador. Repositorio Digital de la universidad. Fasta.

Capítulo 610

EL SÍNDROME DEL BURNOUT

LUIS FRANCISCO FERREIRO BARAHONA

1 Introducción

El burnout laboral, también denominado síndrome del quemado, es un trastorno emocional que está vinculado con el ámbito laboral, el estrés causado por el trabajo y el estilo de vida del empleado. Este síndrome puede tener consecuencias muy graves, tanto a nivel físico como psicológico.

2 Objetivos

- Describir las principales manifestaciones del síndrome de Burnout.
- Analizar recomendaciones para prevenir el síndrome de Burnout.

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

Aunque no existe un perfil de la persona que puede padecer esta afección, sí existen algunas cualidades y rasgos personales que si los tiene una persona indica

que ese trabajador es más propenso a tener el síndrome. Así, las personas conformistas, inseguras y dependientes tienen más posibilidades de sufrir depresión y ansiedad si tienen que enfrentarse a situaciones estresantes. Las principales manifestaciones de este síndrome son:

- Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
- Baja autoestima.
- Poca realización personal.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Dificultad para concentrarse.
- Comportamientos agresivos.
- Dolor de cabeza.
- Taquicardia.
- Insomnio.
- Bajo rendimiento.
- Absentismo laboral.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Comunicación deficiente.

El principal detonante del síndrome de Burnout es el entorno laboral y las condiciones de trabajo. El empleado que está expuesto de manera continua a, entre otros, altos niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno, falta de formación para desempeñar las tareas, etc. Puede llegar a padecer un estrés crónico que acabe provocando el burnout. Por ese motivo, el vínculo entre el estrés y el burnout es muy fuerte. Para prevenir o tratar este problema, a continuación se indican una serie de recomendaciones:

- Localizar los factores estresantes que contribuyen al agotamiento del trabajo. Una vez que se haya identificado lo que está alimentando sus síntomas de Burnout, puede hacer un plan para resolver los problemas.
- Evaluar sus opciones. Discutir las preocupaciones específicas con el supervisor. Tal vez se pueda trabajar juntos para cambiar las expectativas o llegar a compromisos o soluciones.
- Ajustar la actitud. Si se ha vuelto cínico en el trabajo, tenga en cuenta las formas de mejorar su perspectiva. Vuelva a descubrir los aspectos agradables de su puesto. Establezca relaciones positivas con los compañeros para lograr mejores resultados. Tome descansos cortos durante todo el día. Pase tiempo fuera de la oficina y haga las cosas que le gustan.
- Buscar apoyo. Ya sea en los compañeros de trabajo, amigos, seres queridos u otras personas, el apoyo y la colaboración pueden ayudar a lidiar con el estrés

laboral y la sensación de agotamiento. Si usted tiene acceso a un programa de asistencia al empleado, aproveche los servicios disponibles.

- Evaluar los intereses, habilidades y pasiones. Una evaluación honesta puede ayudarle a decidir si debe considerar un trabajo alternativo, como por ejemplo uno que es menos exigente o que mejor se ajusta a sus intereses o valores fundamentales.
- Hacer ejercicio. La actividad física regular como caminar o andar en bicicleta, puede ayudarle a lidiar mejor con el estrés. También puede ayudarle a desconectar fuera del trabajo y dedicarse a otra cosa.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de desgaste profesional suele deberse a múltiples causas, y se origina principalmente en las profesiones de alto contacto con personas. Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, la vida social y familiar del trabajador afectado.

La prevención del síndrome del trabajador quemado debe comenzar en la empresa. La primera medida que deben tomar es evaluar las situaciones que generan estrés, depresión y ansiedad en el trabajador y tomar las decisiones y las medidas adecuadas para intentar reducirlos. Disponer de los medios adecuados para evitar los síntomas más comunes como la depresión y la ansiedad, motivos de la gran mayoría de las bajas laborales.

Por ello es importante detectar a tiempo la aparición del síndrome para evitar en la medida de lo posible que sigan acentuándose sus manifestaciones clínicas y signos clínicos.

6 Bibliografía

- Maslach, C. (2009) Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & trabajo* 11, 32, 37-44
- Martínez Pérez. A (2010) El Síndrome del Burnout. *Evaluación Conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia 112.
- Ortega Ruiz, C. & López Ríos, S. (2004) Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas. *International Journal of Chincial and health psychology* 4 (1) 137-160

- Schaufeli, W.B. (2005). Intervenciones sobre el Síndrome Burnout. Jornada “El Síndrome de quemarse por el trabajo en servicios sociales” Valencia : Diputación de Valencia

Capítulo 611

EL MOBBING

LUIS FRANCISCO FERREIRO BARAHONA

1 Introducción

Es la situación en la que un trabajador o grupo de trabajadores realizan una serie de acciones violentas psicológicas de forma sistemática (al menos una vez a la semana) durante un tiempo determinado (más de seis meses), sobre una persona en el lugar de trabajo. El mobbing o acoso laboral forma parte, lamentablemente, de la realidad del entorno laboral y puede llegar a tener graves consecuencias para la salud de los trabajadores que lo padecen. El acoso laboral puede aparecer en cualquier momento, afecta por igual a hombres y mujeres y no entiende de jerarquías laborales.

2 Objetivos

- Describir los tipos de mobbing que existen.
- Analizar las señales de alarma ante un caso de acoso laboral.
- Detallar las medidas a llevar a cabo para hacer frente al acosador y los pasos a seguir para la denuncia.

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 tres tipos de mobbing:

- Mobbing ascendente: este tipo se produce cuando dos o más personas realizan diferentes acciones sobre una persona de mayor rango jerárquico en la organización. Este casos suele producirse cuando se incorpora a la empresa una persona nueva con un rango superior y los métodos de trabajo que utiliza no son aceptados por el resto del personal. También suele ocurrir cuando se asciende a un trabajador a un puesto de responsabilidad y el resto de trabajadores no está de acuerdo con esa situación.
- Mobbing horizontal: este tipo de acoso se produce entre compañeros que tienen el mismo nivel jerárquico en la empresa. Así, un grupo de trabajadores actúan como si fueran un único individuo con la finalidad de alcanzar el mismo objetivo.
- Mobbing descendente: es el más habitual. Una persona tiene el poder sobre otra y lo ejerce mediante desprecios, falsas acusaciones, insultos que quieren minar psicológicamente a la víctima.

Es importante que tanto los responsables de empresas como todos los trabajadores sepan reconocer e identificar este comportamiento, el mismo puede ser denunciado pero, para ello, se requiere de una mirada atenta, pues muchas veces el mobbing puede presentarse de formas sutiles. Además, es necesario comprender que las víctimas no siempre revelan que se encuentran sufriendo acoso, pues muchas veces este proviene de jefes y superiores. Estas son algunas señales a las que se debe de estar atento para detectar un caso de acoso laboral:

- Actitudes repetitivas o puntuales contra la dignidad de una persona. Puedes observarlo en cualquier contexto (una reunión, una comida de trabajo...), aunque es probable que el acosador no siempre manifieste sus actos ante un grupo numeroso de espectadores. Nos referimos a conductas abusivas verbales, escritas o gestuales contra la integridad física de una persona. Permanece atento ante cualquier señal de estas características.
- Bajo rendimiento y cambios importantes en el trabajo. Mantener una comunicación fluida con tu equipo puede ayudarte a detectar cualquier situación anómala. Así, si observas que alguno de tus empleados no rinde como antes, tiene serios problemas para sacar adelante el trabajo y sospechas que algo extraño

puede estar ocurriendo, sería interesante que te pusieras manos a la obra. Habla con él y con el resto de compañeros.

- Comentarios y/o gestos sutiles. Es cierto que muchos acosadores aprovechan el momento en el que sus compañeros (o los de más confianza) están presentes para hostigar y ridiculizar a la víctima delante de los demás. Sin embargo, puede que detrás de algunos comentarios o gestos sutiles se encuentre una forma encubierta de mobbing, cuya reproducción se debe frenar.
- Aislamiento de la víctima. No todos tenemos el mismo carácter, ni nos relacionamos con los demás del mismo modo, pero en un entorno laboral sano y cohesionado, es extraño que un empleado se encuentre aislado. Trata de observar, preguntar y averiguar qué es lo que ocurre y si puede que esa persona esté sufriendo algún tipo de acoso. Ten en cuenta que muchas veces, las víctimas no son capaces de enfrentarse a la situación, ya sea porque se encuentran psicológicamente derrotados o porque tienen miedo de perder su puesto de trabajo.
- Difamaciones y bulos. Es otra práctica común por parte del acosador. Si detectas que alguien vierte repetidas críticas contra otra persona y además se demuestra que se trata de aseveraciones inciertas, puede que también nos encontremos ante un caso de acoso laboral. En nuestras manos está atender el problema e intentar restablecer la armonía laboral del equipo de trabajo y de la empresa.

Si eres tú quien se siente acosado por alguien en tu sitio de trabajo, debes ser capaz de reconocer que hay un problema y hacerle frente al acosador, pues no espera que reacciones de esa forma y le pondrás un freno. Otras medidas que puedes tomar son las siguientes:

- Evita reacciones agresivas, porque serán tomadas en tu contra.
- Lleva registro de todas las acciones que consideres son parte de las agresiones.
- Comunica a tus compañeros, jefes, directivos y familiares sobre las agresiones que recibas.
- Protege los datos de tu trabajo para evitar que sean manipulados por el acosador.
- Solicita asesoramiento psicológico y legal para hacer frente al problema.
- Responde a las calumnias sin pasividad ni agresividad.
- Evita el aislamiento social.

Para denunciar este tipo de situaciones, existe un procedimiento legal a seguir:

- Denuncia ante la empresa. El primer paso es comunicar los hechos a la empresa. Lo ideal es hacerlo por escrito y aportar copias de las pruebas. El destinatario de la denuncia debe ser el departamento de Recursos Humanos, el de Riesgos Laborales o la propia dirección de la empresa. También es aconsejable informar al representante de los trabajadores, si lo hubiera.

- Denuncia ante la Inspección de Trabajo. Si la empresa no toma medidas para corregir la situación o si estas son ineficaces, el segundo paso es poner el caso en conocimiento de la Inspección de Trabajo. A continuación, este organismo realizará una inspección en la empresa y si se estima que el denunciante tiene razón puede llegar a imponer sanciones.
- Denuncia ante los tribunales. La vía judicial es el último recurso. En función de los hechos denunciados, se deberá acudir a la jurisdicción social o a la penal. También se puede seguir la vía de la jurisdicción civil para reclamar responsabilidades al acosador o acosadores

5 Discusión-Conclusión

Las consecuencias del acoso laboral son sumamente devastadoras, provocando graves daños a la salud de la víctima, tales como ansiedad, fatiga, disminución de la concentración, depresión, etc. Asimismo, no solo produce efectos negativos sobre la víctima, sino que también afecta a la esfera económica de la organización empresarial, provocando un mayor nivel de absentismo, así como una disminución de la calidad, eficiencia y productividad empresarial.

Controlando este tipo de situaciones, aumentaremos la calidad de nuestros trabajadores, disminuirémos el estrés laboral, fortaleceremos el equipo de trabajo aumentando su rendimiento dando una mejor atención al paciente y obteniendo un equipo de trabajo más unido y un mejor ambiente laboral.

6 Bibliografía

- Unión Sindical de Madrid Región de CCOO enero de 2002. Ed. Unigráficas GPS, S.L.
- Piñuel y Zabala I. Mobbing: cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Santander: Sal Terrae, 2001.
- Piñuel y Zabala I. Las 100 claves del mobbing. Giuntieos Psychometrics SL. 2017

Capítulo 612

RIESGOS DEL TRABAJO A TURNOS

LUIS FRANCISCO FERREIRO BARAHONA

1 Introducción

El trabajo a turnos se define como toda forma de organización del trabajo en equipo según la cual los trabajadores ocupan sucesivamente los mismos puestos de trabajo, según un cierto ritmo, continuo o discontinuo, implicando para el trabajador la necesidad de prestar sus servicios en horas diferentes en un periodo determinado de días o de semanas, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral.

2 Objetivos

- Describir las consecuencias del trabajo a turnos tanto a nivel físico y como en la vida laboral.
- Establecer las medidas preventivas a llevar a cabo para disminuir las consecuencias del trabajo o a turnos.

3 Metodología

Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

4 Resultados

En estudios realizados sobre el tema, se ha visto que las personas que trabajan a turnos demuestran una menor satisfacción con el horario y con el trabajo que las personas que prestan sus servicios en jornada laboral diurna. Ello puede ser debido a diversas causas, pero, sin duda, una de ellas es la falta de adaptación debida a la alteración de los ritmos circadianos y sociales; así como una deficiente organización de los turnos.

El trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso, y a la inversa. Además, los turnos colocan al trabajador fuera de las pautas de la vida familiar y social. Todo ello provoca un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social.

El trabajo a turnos y nocturno especialmente, representan un riesgo para la salud y las consecuencias negativas alcanzan aspectos mucho más amplios que el laboral, no solo afectan al trabajo y rendimiento sino también a la seguridad personal del trabajador y de otras personas, y a la salud física y psíquica y a las relaciones familiares y personales.

Algunas de las consecuencias del trabajo a turnos son las siguientes:

Sobre la salud y el bienestar:

- Trastornos gastrointestinales.
- Trastornos cardiovasculares.
- Pérdida del apetito.
- Alteraciones en el sueño.
- Trastornos nerviosos.
- Insatisfacción personal en el trabajo.

Sobre la actividad laboral:

- Aumento del número de errores.
- Reducción del rendimiento.
- Disminución de la capacidad del control.
- Absentismo.
- Aumenta el número de accidentes de trabajo.

Sobre la vida social:

- Empobrecimiento de las relaciones sociales y familiares.
- Pérdida de amistades.
- Dificultad para disfrutar del ocio.

Para conseguir que un trabajador este descansado y prevenir efectos negativos, es necesario tomar una serie de medidas preventivas:

- Respetar al máximo los ritmos biológicos de vigilia, sueño y alimentación. El horario debe adaptarse al número de trabajadores existentes para el trabajo a realizar.
- Reducir las tasas de rendimiento al trabajador nocturno y vigilar periódicamente su salud. El servicio de prevención debe estar capacitado para reconocer síntomas que sugieran una desadaptación del organismo al trabajo a turnos y estar habilitado para indicar en estos casos el cambio de puesto a uno de jornada normal.
- Establecer de criterios médicos para excluir trabajadores del trabajo a turnos.
- Establecer un calendario de turnos con suficiente antelación para organizar la vida social y realizarse de manera que permita disponer de al menos dos fines de semana libres al mes. Esta planificación debe permitir, además de la recuperación del sueño y fatiga acumulados, la realización de actividades sociales y/o de ocio. También es importante la posibilidad de flexibilizar la asignación a turnos para que los propios trabajadores acuerden entre sí intercambios de turno.
- Vacaciones suplementarias para el personal a turnos.
- Establecimiento de un límite de tiempo para trabajar a turnos (por ejemplo, 15 años como máximo).
- Establecer limitaciones de edad para acceder al trabajo a turnos. (Por ejemplo, desaconsejándolo a los menores de 20 años y mayores de 45 o estableciendo los mecanismos oportunos para que los trabajadores/as en esas edades no tengan que trabajar a turnos si no lo desean).
- Establecer un coeficiente reductor de jubilación para los que hubieran trabajado a turnos (por ejemplo, 0,25 por año).

5 Discusión-Conclusión

Respetando los ritmos circadianos y consiguiendo una eficiente organización de los turnos conseguiremos un mayor rendimiento de nuestros trabajadores, lo que se traduce en una mejor atención sanitaria a nuestros pacientes.

La fatiga que conlleva el trabajo a turnos hace que se den una serie de repercusiones negativas, disminuyendo así el rendimiento en el trabajo, con acumulación de errores, aumentando el número de accidentes laborales, con dificultad de mantener la atención, de percibir correctamente la información o de actuar con rapidez. Para afrontar la problemática en esta materia es necesaria la participación de los trabajadores en todo el proceso, tanto para la mejora de las condiciones

como para conseguir los objetivos marcados.

6 Bibliografía

- NTP 455: Trabajo a turnos y nocturno: aspectos organizativos.
- Recomendaciones de la OIT
- ÚBEDA ASENSIO, R. Trabajo a turnos y ritmos biológicos
- CORLETT E. N., QUÉINNEC Y., PAOLI, P. La adaptación de los sistemas de trabajo por turnos

Capítulo 613

RELEVANCIA DE UN CLIMA FAVORABLE POR PARTE DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN RELACIÓN AL ÁMBITO SANITARIO

SONIA FERREIRO SIMON

PABLO ÁLVAREZ SALCEDO

RICARDO GUILLÉN IGLESIAS

ALEJANDRO GARCÍA VELASCO

1 Introducción

Un buen ambiente laboral en el que realizar sus labores diarias implica alcanzar su felicidad laboral. Las consecuencias de tener un negativo clima laboral son cuanto menos perjudiciales, ya que conducen a la reducción considerable de la productividad laboral, el absentismo, falta de atención, pérdida de concentración en la realización de tareas y una baja motivación laboral. Todo ello dificulta el buen desarrollo de la actividad diaria, repercutiendo en la calidad de la atención a los usuarios por parte del auxiliar administrativo.

2 Objetivos

- Identificar los aspectos importantes para crear un ambiente laboral favorable.

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: cienceDirect, Dialne, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

- Un buen clima laboral debe regirse por una serie de características que a continuación se enumeran: promover el respeto entre compañeros (es natural que pueda surgir algún conflicto, pero cuando esto sucede lo mejor es resolver rápidamente los inconvenientes entre las personas afectadas), reconocimiento hacia los empleados, respetar los horarios de los trabajadores establecidos en su jornada laboral, un espacio limpio y agradable (un ambiente oscuro, húmedo y en dudosas condiciones higiénicas solo logra que las personas quieran huir cuanto antes de ahí), fomentar la empatía entre los compañeros, no interrumpir los descansos de los empleados o definir correctamente los puestos de trabajo, las tareas y responsabilidades de cada trabajador.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo es el lugar donde pasamos la mayoría de las horas del día, por lo que es fundamental generar un buen clima laboral. Según diversos estudios, la mayoría de los trabajadores prefieren un buen clima laboral a un aumento salarial, tal es su efecto positivo que conduce a incrementar la autoestima de los auxiliares administrativos, mejora la eficacia de sus servicios y disminuye el estrés laboral.

6 Bibliografía

- <https://administrativo.pucp.edu.pe/noticias/manual-para-las-buenas-practicas-en-clima-laboral>
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 614

LA RESILIENCIA EN EL ENTORNO SANITARIO Y LA ADAPTACIÓN DEL PROFESIONAL SANITARIO ANTE LA ADVERSIDAD

IRENE CAMPORRO FERNÁNDEZ

ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

M^a PAZ NÚÑEZ FERNÁNDEZ

RAQUEL GALVAN MARTINEZ

1 Introducción

La principal función del entorno sanitario y de los profesionales de la salud es la promoción del autocuidado del paciente y en consecuencia, que dedique la mayor parte del tiempo cuidando de los pacientes. Es un hecho que los profesionales sanitarios son testigos directos del sufrimiento humano y que hacen frente a un entorno laboral adverso y estresante. Los factores que fomentan este entorno laboral adverso, además del hecho de tratar con personas enfermas que están sufriendo, incluyen la escasez de personal sanitario con experiencia, una plantilla envejecida, la contratación habitual de personal eventual, el acoso y la violencia, la falta de autonomía profesional, cambios organizativos impuestos, cuestiones

relacionadas con la salud y seguridad laborales y la reestructuración constante. Las condiciones laborales estresantes que debe afrontar el personal sanitario en su trabajo diario, unidas a las situaciones estresantes hacen necesario la necesidad de fomentar el autocuidado del propio profesional. Una de las maneras de promover dicho autocuidado lo constituiría el desarrollo de la resiliencia. Todos estos factores adversos contribuyen a la formación de un ambiente laboral que puede ser considerado como hostil, abusivo y poco gratificante. El clima laboral adverso mantenido en el tiempo genera consecuencias graves relacionadas con el estrés como el síndrome de Burnout. Algunos profesionales abandonan el sistema sanitario a causa de estos factores asociados con la adversidad en el trabajo. Por el contrario, a pesar de las dificultades muchos profesionales eligen permanecer en su puesto de trabajo prestando asistencia sanitaria, se sienten satisfechos con su trabajo y sobreviven e incluso se desarrollan a pesar de un clima adverso en el entorno laboral.

2 Objetivos

-Analizar el término resiliencia y analizar las medidas y estrategias para el desarrollo y la mejora de la resiliencia tanto en pacientes, como en el personal de enfermería.

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

Se entiende por resiliencia como la adaptación positiva a la adversidad, que implica la capacidad para resistir el estrés, tolerar la presión ante situaciones adversas y reaccionar desplegando estrategias para superar las experiencias negativas o traumáticas. La Real Academia de la Lengua Española (RAE) la define como:

capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas.

La definición de resiliencia está ligada a dos aspectos: a la adversidad y a la adaptación positiva. Para que la resiliencia sea demostrada, tanto la adversidad como la adaptación positiva deben ser evidentes. Por un lado, la adversidad normalmente incluye las circunstancias vitales negativas que están directamente asociadas con las dificultades de adaptación. Teniendo en cuenta el contexto, la resiliencia se puede distinguir en: dificultades cotidianas habituales, como el estrés laboral o adversidad media, hasta una resiliencia contra el estrés severo ocasional o adversidad severa, tal como lo es la pérdida de un ser querido. Podemos resumir en 10 las estrategias formadoras de la resiliencia:

- Hacer conexiones: las relaciones satisfactorias con compañeros, así como con amigos y familiares ayudan a fortalecer la capacidad de recuperación, a través de la escucha activa y la ayuda cuando se atraviesan momentos difíciles. El apoyo a otros también es un apoyo.
- Evitar ver las crisis como problemas insuperables: no es posible cambiar aquellos eventos estresantes, pero si se puede cambiar la forma de interpretación y de respuesta.
- Aceptar que el cambio es parte de la vida: las situaciones adversas, pueden evitar conseguir las metas deseadas, algunas situaciones se pueden modificar cuando se acepta que la finalidad no se puede cambiar.
- Avanzar hacia los objetivos: desarrollar pequeños objetivos realistas regularmente, que permita alcanzar los objetivos, en vez de centrarse en tareas que parezcan inalcanzables.
- Toma de acciones decisivas: actuar ante situaciones adversas en vez de separarse de los problemas, ya que no van a desaparecer.
- Buscar el autodescubrimiento: el crecimiento, resultado de la lucha contra las adversidades pueden producir en las personas mayor sentimiento de fortaleza, de la autoestima y con mayor apreciación de la vida.
- Mantener una visión positiva sobre sí mismo, la confianza en la capacidad para resolver problemas ayuda a desarrollar la resiliencia.
- Mantener la perspectiva, mantener la perspectiva a largo plazo aunque el contexto sea muy estresante.
- Mantener la perspectiva esperanzadora, intentando visualizar lo que se desea, en vez de preocuparse por lo que se teme, el optimismo permite esperar que los acontecimientos sean positivos.
- Cuidarse, prestando atención a las propias necesidades y sentimientos, participando en actividades en las que se disfrute y se relaje. Cuidarse prepara el cuerpo

y la mente para hacer frente a las situaciones que requieren resistencia.

5 Discusión-Conclusión

De los distintos estudios analizados, podemos afirmar que la resiliencia ha demostrado ser relevante a la hora de amortiguar y minimizar las consecuencias negativas del estrés laboral al que está expuesto el personal en el entorno de la salud fomentando y comprendiendo mejor a los pacientes, ayudándolos a superar una situación estresante, como lo es su propio proceso de enfermedad. La relevancia e implicación del profesional en el proceso de atención al paciente, así como la propia salud del personal indica la conveniencia de entrenar y desarrollar la resiliencia en aquellos profesionales que muestren bajos niveles de la misma. Por lo tanto, el desarrollo y mejora de la resiliencia podría ayudar al entorno sanitario a afrontar el estrés al que está expuesto continuamente en su trabajo. El entrenamiento de la misma facilitaría al personal amortiguar las consecuencias negativas del estrés laboral y a desarrollar unas estrategias de afrontamiento más eficaces y adaptativas a la hora de hacer frente a esas situaciones estresantes.

Podemos concluir que la resiliencia es una herramienta de utilidad para los profesionales de la salud facilitando la promoción de la salud de la población, ayudándonos a desplegar un enfoque positivo de la salud, a promover las propias potencialidades de la persona ante adversidades o situaciones difíciles mediante un proceso de adaptación exitoso y mediante una transformación personal que permita a la persona salir airoso de la situación a pesar de las características negativas que conlleva.

6 Bibliografía

- Begoña E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Rev. De Psicópata y Psi col Clínica. 2006; 11 (3): 125-1 46.
- Ribeiro M, Méndez A, Luvisaro M, Olivera CH, Olivera F y Terra L. Promover la resiliencia como Evidencia. [Internet] 2012; 9(37).
- Termes C. La resiliencia en profesionales de Enfermería: estudio fenomenológico hermenéutico. Paraninfo Digital. 2013; VII (19). Disponible en <http://www.index-f.com/para/n19/pdf/091d.pdf>
- Cortés J, La Resiliencia: Una mirada desde la enfermería. Cien Enferm. 2010; 16 (3): 27 -32.
- Pacheco L, Berumen V, López MV, Molina O. Resiliencia en el profesional de enfermería que cuida a personas en proceso de morir. ENE. Revista de Enfermería.

2013; 7(3).

-Ospina DE, Jaramillo DE, Uribe TM. La resiliencia en la promoción de salud de las mujeres. *Invest y Educ Enferm*. 2005; 23 (1): 78 - 89.

-Herdman T H, Kamitsuru S. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación* 2015 - 2017. Elsevier: Barcelona; 2015

-Juárez L, Rodríguez B, Conde D. Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia. *Index de Enfermería* 22(1 -2):55 -59.

-<https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience>[accedido el 7 de diciembre de 2019].

-González, K.10 estrategias para aumentar la resiliencia

Capítulo 615

ASEO DE ANCIANAS, DOS CASOS CLÍNICOS

JUAN MONTES MÁRMOL

ADRIÁN ALONSO PERTIERRA

1 Introducción

Una de las obligaciones profesionales de los celadores es colaborar en el aseo de los pacientes que lo precisen, ayudando en lo que sea preciso a las auxiliares de enfermería. En algunas situaciones, esta colaboración por parte de personal masculino en tareas tan íntimas puede violentar el pudor de pacientes ancianas poco o nada acostumbradas a mostrarse ante hombres, y menos aún a que les realicen esa clase de tareas.

2 Objetivos

- Extremar el cuidado y el respeto por el pudor femenino ante las tareas de aseo.

3 Caso clínico

Se presentan dos casos clínicos de características similares, dos ancianas muy pudorosas, que ante la necesidad de ser aseadas en cama mostraron resistencia a que esas tareas fuesen desarrolladas por hombres. Ante esta situación se mostró el máximo respeto por su incomodidad, sin menospreciarla en ningún momento. Se dedicó el tiempo necesario para generar una relación de confianza con las

pacientes y se respetó escrupulosamente el protocolo de cubrir cada parte de sus cuerpos con paños y sábanas para evitar que se sintieran expuestas y vulnerables.

4 Resultados

Ambas aceptaron el aseo por hombres sin grandes problemas ni incomodidades personales, aunque hizo falta tiempo y que se sintieran en todo momento tratadas con el debido respeto.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario comprender hasta qué punto esta circunstancia puede generar incomodidad en las pacientes. Llegado el caso de que no pudiesen superar sus sentimientos la única solución sería organizar el trabajo de manera que de su aseo se ocupasen solo mujeres. Aunque por lo general, enfocándolo debidamente los resultados suelen ser satisfactorios.

6 Bibliografía

1. Aseo e higiene en el anciano. TG Beovides, CR Gurlot, LFR Suárez - Tecnico Auxiliar de Geriatria ... - books.google.com.
2. Tacto y tabú: la sexualidad en el trabajo de cuidado. N Borgeaud Garciandia, H Hirata - 2017 - ri.conicet.gov.ar.
3. Intimidad, Sexualidad, Demencias. Estrategias Afectivas y Apropiación Del Trabajo De Cuidado En Contextos Desestabilizantes. N Borgeaud-Garciandia - Papeles del CEIC. International Journal on ..., 2016 - redalyc.org.
4. Mejorar los cuidados del enfermo dependiente. FAR Conde - 2017.

Capítulo 616

FORMACIÓN EN CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS DEL PERSONAL CELADOR

DANIEL PÉREZ JIMÉNEZ

1 Introducción

Cada día es más patente en nuestras vidas, y más en concreto en el aspecto profesional, la importancia de la protección de datos y el respeto a la confidencialidad y a la intimidad de las personas. Dada esta importancia, es fundamental ser consciente de las diferentes procedencias de los profesionales que desempeñan el trabajo de celador, ya que no disponen de una titulación propia exigible para ejercer dicho puesto, y que el acceso al mismo, además, puede tener diferentes vías, y no todas ellas garantizan una formación mínima en este aspecto. Por ello, en el presente trabajo se plantea la necesidad de llevar a cabo una revisión bibliográfica sobre la importancia de dichos temas y la necesaria formación de los profesionales que desempeñan su labor en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

- Analizar la formación sobre protección de datos e intimidad que tienen los celadores de los servicios de salud públicos.
- Describir la importancia de la protección de datos y la confidencialidad en el ámbito sanitario.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica se han realizado búsquedas de artículos, manuales y guías a partir de la búsqueda de palabras clave en diferentes bases de datos: “intimidad”, “confidencialidad”, “protección de datos”, “intimidad y sanidad”, “confidencialidad y salud”. Las bases de datos utilizadas han sido: pubmed, uptodate, preevid, google académico y dialnet, entre otros. Se han utilizado como criterios de inclusión en la búsqueda textos en castellano donde se hiciese mención a la necesidad de proteger la intimidad y la confidencialidad de pacientes y personas usuarias de servicios públicos y como criterios de exclusión, se han descartado aquéllos que se han centrado meramente en desarrollo teórico sin recomendaciones prácticas. Asimismo, se ha analizado la legislación relacionada con la protección de datos y el derecho a la intimidad, así como diferentes ofertas públicas de empleo para la categoría de celador y normativa de acceso a la bolsa de empleo de diferentes servicios de salud.

4 Resultados

La situación actual del corpus de celadores en el sistema público de salud español se caracteriza por ser un sector muy numeroso, con un porcentaje elevado de eventualidad y por lo tanto de rotación del personal en diferentes servicios y/o centros, y con acceso de nuevo personal de forma frecuente dada las demandas de personal de los diferentes centros. El acceso a este puesto de trabajo suele ser a través de realización de pruebas de la oferta pública de empleo y/o como demandantes de empleo en dicha categoría inscritos en el servicio público de empleo. Las diferentes procedencias de dicho personal no garantizan que el personal de nueva incorporación tenga unos conocimientos mínimos sobre el tema ya que no existe una formación específica para poder desarrollar dicho trabajo y no está regulado por ningún código deontológico. Dicha formación tampoco podría garantizarse en el caso de las personas que acceden vía oposición, ya que los temarios de las convocatorias públicas suelen incluir únicamente un tema relacionado con la legislación de protección de datos vigente y las indicaciones recogidas en la Ley de Autonomía del Paciente, sin ahondar más en el tema, lo que supone un riesgo elevado de ruptura de la confidencialidad.

Debemos partir de la idea fundamental de que en nuestro ámbito laboral el respeto a la dignidad de los pacientes y a sus derechos (siendo la intimidad un derecho fundamental recogido en la Constitución Española y otras normativas

internacionales) es imprescindible ya que en el desarrollo diario de nuestra labor profesional accedemos a parcelas de la vida de las personas y a informaciones sobre las mismas a las que no hubiésemos tenido acceso en el contexto de una relación personal. Siendo conscientes de que esto supone un gran privilegio nos obliga a ser especialmente responsables con el uso que le damos a dicha información. Pero ¿qué es eso de la protección de datos y la confidencialidad?

En los últimos años cada vez se hace más habitual el oír hablar de la protección de datos en nuestras vidas personales fruto de los cambios legislativos de los últimos años y la mayor parte de la población lo asocia a trámites engorrosos que se traducen en la firma de numerosos documentos a la hora de contratar cualquier servicio, acceder a servicios web, etc, sin pararnos a pensar qué hay detrás de dichas exigencias legislativas, que no es otra cosa que nuestra protección. Por ello, más que hablar de protección de datos hablaremos del derecho a la confidencialidad de los pacientes.

Para discriminar de forma adecuada en qué consiste la confidencialidad lo haremos desde la triple visión de lo legal, lo deontológico y lo ético. Desde el punto vista legal, existe numerosa legislación que nos obliga a proteger la intimidad de las personas, reconocida como derecho fundamental por la Constitución Española, desarrollada con una ley propia en el año 1982 y reconocida en una ley específica del ámbito sanitario como es la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, de Autonomía del Paciente. El código penal tipifica las penas por el incumplimiento del secreto profesional (que veremos en el enfoque deontológico) con agravamiento de las mismas si quien comete el delito es empleado público. Y, por supuesto, estamos vinculados por toda la legislación relativa a la Protección de Datos: Reglamento UE 2016/679 de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Desde el punto de vista deontológico, haremos referencia a todos aquellos deberes que pueden ser exigibles a los profesionales en el desempeño de su trabajo. La deontología aunque incorpora la ética se diferencia de esta última en cuanto a que ésta está recogida en normas y códigos, que pueden ser exigidos a través del derecho para asegurar el cumplimiento de ciertos mínimos morales. La deontología recoge obligaciones y la ética busca lograr el máximo bien posible. Aunque no todas las profesiones cuentan con un código deontológico, todos tienen algo en común que es extrapolable al resto de las profesiones, que es la obligación de guardar el secreto profesional. Abarcaría toda aquella información

que conozcamos como resultado de nuestro ejercicio profesional y obliga a todos los profesionales que participen, ya sea de forma directa o indirecta.

En función del tipo de relación hablaremos de diferentes tipos de secreto ya que hoy en día la inmensa mayoría de los trabajos se llevan a cabo en equipo o se precisa de la intervención de otros profesionales. Así hablaremos de secreto compartido a aquél que comparten todos los profesionales que conocen datos confidenciales por formar parte de un equipo de trabajo multi o interdisciplinar; de secreto derivado, a la obligación de guardar secreto de aquellos otros profesionales que tienen acceso a la información confidencial en el ejercicio de sus funciones aunque no sean de intervención directa, por ser personal de apoyo, como sería el caso del celador. Frente al secreto profesional que es la obligación del profesional estaría la confidencialidad, que es el derecho de la persona a que no se difunda la información conocida.

El último enfoque de la confidencialidad sería el ético que haría referencia al tipo especial de relación que se establece en una relación de ayuda o de cuidado y que debería estar basada en dos premisas fundamentales: la confianza y la lealtad. Yo, como paciente, debo confiar en la persona que tengo delante para poder compartir mi información privada y el convencimiento de que el profesional va a ser leal conmigo, que va a utilizar los datos a los que accede para conseguir un bien para mí y no para utilizaciones diferentes.

Para poder confiar en la otra persona es fundamental el respeto a mi intimidad y a la confidencialidad. Si estudiamos la confidencialidad bajo el prisma de los principios de la bioética formulados por Beauchamp y Clidress nos encontraríamos con lo siguiente:

- Beneficiencia: traducible por hacer el bien. Consistiría en limitar el acceso a la intimidad de las personas a lo mínimo imprescindible para poder desarrollar de forma adecuada mi trabajo. Se traduciría en reducir al mínimo la cantidad de información exigida y limitar el máximo el número de personas que tienen que acceder a la misma.
- Autonomía: consistiría, en este caso, en obtener el permiso de las personas interesadas para acceder a su espacio íntimo.
- No maleficencia: “no dañar”. Se daña cuando invadimos la intimidad de una persona más de lo necesario, cuando dejamos acceder a esta información a otras personas sin que sea necesario para el objetivo propuesto y cuando rompemos la confianza que ha depositado en nosotros el paciente.
- Justicia. Asegurar la igualdad y la no discriminación. Por ello, debemos ser es-

pecialmente cuidadosos con la protección de la confidencialidad de aquellas personas que, por sus características, se encuentran en una situación más vulnerable.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente partiríamos de la hipótesis de que un porcentaje elevado del personal de nuevo ingreso no tiene los conocimientos mínimos para respetar la confidencialidad de forma adecuada; por lo que sería conveniente que en los diferentes centros sanitarios el personal encargado de la acogida del nuevo personal, explicase a éste la importancia de este tema y las obligaciones de preservar el derecho a la confidencialidad y al secreto profesional, para así poder garantizar los derechos de los pacientes de forma adecuada. Con este fin sería fundamental invertir en la sensibilización del personal, no limitándose a una exposición de las leyes, sino también a un desarrollo mínimo de la parte ética, ya que la legislación sería solo lo mínimo exigible al profesional.

Esta información básica por parte del personal encargado en el momento de la acogida debería culminarse con la firma de un documento, pero no limitarse únicamente a un trámite burocrático. El planteamiento de hacerlo de esta forma se debe a que al iniciar un trabajo nuevo se encuentra uno en una situación de mayor alerta, frente a otros momentos, como, por ejemplo, la firma de un contrato, con la posibilidad, además, de adaptar el discurso a las características y especificidades propias de cada puesto de trabajo, así como el seguimiento de posibles dudas o problemas que pudiesen surgir en el desarrollo del trabajo.

Independientemente de este procedimiento sería recomendable el desarrollo de formación obligatoria del personal en este tema, en concreto, dada su importancia capital, ya que no debemos olvidar que se trata de un derecho fundamental y un deber profesional de primer orden con repercusiones tanto civiles, como penales y administrativas y por supuesto, morales.

6 Bibliografía

- COMISIÓN GALLEGA DE BIOÉTICA. “Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético”. Santiago de Compostela. 2013.
- FUNDACIÓN CIENCIAS DE LA SALUD Varios. “Intimidad, confidencialidad y secreto”. Madrid. 2005.
- GRUPO PROMOTOR DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INTERVENCIÓN SOCIAL

- DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2013). “Confidencialidad en Servicios Sociales. Guía para mejorar las intervenciones profesionales”. Oviedo. Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias.
- SÁNCHEZ CARAZO, Carmen (2003). “La intimidad: un derecho fundamental de todos”. Madrid, Portal Mayores, Informe Portal Mayores, nº5.

Capítulo 617

INTERACCIÓN DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO CON USUARIOS Y PACIENTES

PABLO ÁLVAREZ SALCEDO

SONIA FERREIRO SIMON

RICARDO GUILLÉN IGLESIAS

ALEJANDRO GARCÍA VELASCO

1 Introducción

Es común que los auxiliares administrativos desempeñen puestos de trabajo en los que deban de prestar atención al público. Es importante la manera en que nos comuniquemos con los usuarios de los servicios de salud. Una buena comunicación permitirá intercambiar información y opiniones, solucionar problemas, ofrecer apoyo y satisfacer las necesidades de la persona con la que estamos tratando.

2 Objetivos

- Determinar las pautas a seguir por los auxiliares administrativos para ofrecer una buena atención a los usuarios de los servicios de salud.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos científicos publicados en revistas indexadas en bases de datos como Cochrane, PubMed, bibliotecas electrónicas como Scielo, Elsevier editorial electrónico y el buscador Google Académico.

4 Resultados

Los auxiliares administrativos en la interacción de los pacientes tienen qué:

- Orientar a los usuarios en la localización de dependencias.
- Informar y aclarar dudas sobre trámites, requisitos o documentos necesarios para determinados procedimientos.
- Comunicar sus derechos.
- Puesta a disposición del usuario de documentación referente a su expediente.
- Actuar con rapidez y simplicidad ante situaciones de urgencia.
- Evitar el uso sexista del lenguaje.
- Concretar la idea a transmitir evitando toda información irrelevante.
- Uso de la palabra exacta: no utilizar tecnicismos.
- Adecuar el tono a la persona que nos está escuchando.
- Claridad y sencillez respecto a la idea que se quiere transmitir.
- Coherencia en nuestra información, no contradecirnos.
- Naturalidad en la transmisión del mensaje.
- Mirar a la cara de la persona con la que estás hablando, dejando a un lado la tarea que estabas realizando hasta ese momento.
- Postura de acercamiento, con una leve inclinación de nuestro cuerpo hacia delante.

5 Discusión-Conclusión

El auxiliar administrativo debe mantener una buena actitud a la hora de atender al público, teniendo siempre presente una serie de pautas. Un usuario satisfecho implica que confíe en la institución y sienta seguridad a la hora de realizar sus consultas o trámites.

6 Bibliografía

- Borrell, F. (1989). Manual de entrevista clínica para la atención primaria de Salud. Barcelona: DOYMA.
- Caballo, V. (1989). Teoría, Evaluación y Entrenamiento en habilidades sociales. Valencia: Promolibro.
- Gil, F. et al (1991). Entrenamiento en habilidades sociales en los servicios de salud. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.

Capítulo 618

OBLIGACIÓN DEL SECRETO PROFESIONAL EN EL CELADOR

JUAN MONTES MÁRMOL

ADRIÁN ALONSO PERTIERRA

1 Introducción

El respeto a la intimidad de los pacientes impone la obligación de guardar el secreto profesional a todos los trabajadores del ámbito sanitario. Los celadores, al estar en contacto permanente con información sensible y privada no son en absoluto ajenos a esta obligación y deben mantener en secreto cuanto vean o sepan por razón de su trabajo.

2 Objetivos

- Establecer la imperiosa necesidad ética de mantener el secreto profesional de los celadores.

3 Caso clínico

En un restaurante una noche de fin de semana cenaba un celador sanitario con un grupo de amigos, cuando se le ocurrió comentarles que esa mañana habían operado a un hombre y que no tenía ninguna posibilidad de sobrevivir.

En la mesa de al lado, oyéndolo todo estaban unos íntimos amigos del enfermo, que se enteraron de esta manera tan cruel de algo que la familia había querido

mantener hasta entonces reservado. Este ejemplo muestra hasta qué punto se puede dañar convirtiendo la información sobre la salud de las personas en tema de cháchara de sobremesa.

4 Resultados

En este caso la familia no quiso denunciar, pero podrían haberlo hecho, y las consecuencias hubiesen sido muy graves para el trabajador. De cualquier manera se generó una pérdida de confianza en el profesional y en el sistema que hubiesen sido muy fáciles de evitar manteniendo la debida reserva.

5 Discusión-Conclusión

Es obligación tanto ética como legal mantener rigurosamente el secreto profesional sobre todo aquello que se conozca trabajando en el ámbito de la salud. Vulnerar ese secreto daña gravemente a los pacientes y su entorno, pero también puede dañar al profesional que traiciona la confianza de personas vulnerables y se degrada a sí mismo banalizando de este modo su profesión.

6 Bibliografía

1. El secreto profesional y la protección de datos de carácter personal. C Terré Rull - Matronas Profesión, 2002, vol. 3, num. 9, p. 36-39, 2002 - diposit.ub.edu.
2. El secreto profesional en el ámbito sanitario. JG Sanz - Estudios jurídico-penales sobre genética y ..., 2005 - perso.unifr.ch.
3. Falsedad documental y secreto profesional en el ámbito sanitario. FM Conde - DS: Derecho y salud, 1996 - dialnet.unirioja.es
4. Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales. J Antomás, S Huarte del Barrio - Anales del Sistema Sanitario de ..., 2011 - SciELO Espana.

Capítulo 619

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA

ANGELES LOPEZ BERMEJO

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

BEGOÑA BORGE CASTRO

1 Introducción

Según el artículo 14.2 del antiguo Estatuto de Personal no Sanitario, (recordemos que los celadores nos regimos por el estatuto marco, pero en lo que refiere a funciones todavía siguen vigentes las del E.P.N.S) los celadores ” ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio”.

Por tanto, siguiendo con lo establecido en este artículo, la operación de amortajamiento es una función propia de los enfermeros, quienes pueden delegar dicha función en auxiliares de enfermería (personas encargadas). En ambos casos, el celador de planta se limita a colaborar en la práctica del amortajamiento, simplemente movilizándolo al cadáver para de esta manera facilitar a los enfermeros la realización de su cometido. Una vez que el médico ha certificado el fallecimiento del paciente, (la certificación de la defunción siempre corresponde a personal facultativa) es cuando deben ser efectuados los cuidados ”postmortem”.

2 Objetivos

- Conocer las funciones y el rol del celador dentro del servicio de anatomía patológica.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: celador, traslados, paciente, movilización, cuidados post-mortem, anatomía patológica.

4 Resultados

- El amortajamiento deberá realizarse en la mayor intimidad posible y en el menor plazo, para evitar que aparezca el rigor cadavérico (rigidez del cadáver o rigor mortis) y, posteriormente, el cadáver pueda ser trasladado al mortuario. Los cuidados deben aplicarse guardando la mayor asepsia e higiene por parte de los cuidadores. Es muy conveniente el uso de guantes (evitar, contaminación por fluidos). El amortajamiento del cadáver consiste en la preparación del mismo para que pueda ser velado por los familiares antes de proceder a su entierro o incineración. Consiste en proporcionar cuidados técnicos a la persona después del fallecimiento. La primera maniobra a realizar en los Cuidados Post-Mortem es retirar drenajes y sondas del fallecido. El material que vamos a utilizar: mortaja o sudario para envolver el cuerpo, esparadrapo para unir los pliegues del sudario (entre otras cosas), vendas para atar las muñecas y tobillos, recipiente con agua y jabón para lavar todo el cuerpo, guantes para realizar la técnica del lavado y toalla para secar después de lavar el cuerpo.
- Solicitar a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudarles en todo lo necesario en esos difíciles momentos.
- Trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación o, en su defecto, aislarlo mediante un biombo o cortina.
- Lavarnos las manos y colocarnos guantes de un solo uso.
- Preparar todo el material necesario y trasladarlo a la habitación del fallecido.
- Dejar el cuerpo en decúbito supino colocando lacama en posición horizontal si estaba levantada y se le deja una almohada.
- Desconectar y retirar catéteres, drenajes, etc. que llevara el fallecido.

- Realizar la higiene completa del fallecido. Lavarle la cara y afeitarle si hace falta, limpiarle las secreciones y peinarle.
- Colocar en un carrito el material para curas y ayudar a la enfermera a taponar las salidas de sangre u otras secreciones, si las hay, y a colocar el apósito perineal tras un taponamiento rectal y vaginal si se precisaran.
- Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo. El cadáver debe quedar alineado.
- Cerrarle los ojos bajando los párpados superiores tirando levemente de las pestañas. Colocarle la dentadura si se le había quitado al enfermo moribundo, y cerrarle la boca.
- Sujetar la mandíbula del cadáver con un vendaje alrededor de la cabeza.
- Entregar a la enfermera los objetos de valor retirados del fallecido (para su posterior entrega a los familiares) y ponerle una bata mortuoria o sudario. Si la familia lo desea, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver.
- Cubrirle por completo con una sábana y ponerle la etiqueta de identificación: identificar al cadáver con nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.
- Antes del traslado por los Celadores, asegurarse de que las puertas de las demás habitaciones están cerradas y de que no circulan pacientes por los pasillos.
- Notificar el éxitus a los servicios que corresponda: farmacia, admisión, cocina, etc.
- Recoger y limpiar la habitación, después avisar para su desinfección.

NOTA: Los fallecidos por causa de ciertas enfermedades contagiosas deben ser amortajados de forma especial.

El Traslado del cadáver al mortuorio es función del celador acompañado de otro celador, concretamente del celador del servicio donde se ha producido el deceso. El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe cubrirse con otra, que lo cubrirá por completo desde el servicio en el que se produjo el "exitus" (fallecimiento) hasta el depósito. Nunca irán acompañados de los familiares del difunto. Antes de salir de la habitación con la camilla debemos asegurarnos de que el pasillo se encuentre despejado de enfermos y visitantes. En caso contrario les invitaremos a entrar en sus habitaciones y luego saldremos con la camilla.

El traslado al mortuorio deberá realizarse, una vez recibido el parte de traslado correspondiente, (hasta que no nos indiquen no podemos trasladarlo) por lugares poco frecuentados y de forma discreta frente al resto de los enfermos o familiares que los visitan (si hay gente en los pasillos, se les invitará a entrar en la habitación etc.) Lo bajaremos con discreción al mortuorio depositándolo en la cámara frig-

orífica, (de manera que la cabeza del enfermo quede a la puerta de la cámara, por si hubiese que reconocer el cadáver) dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadáver para su posterior identificación. El mortuario, debe permanecer en las mejores condiciones de higiene y limpieza después de la colocación del cadáver en la cámara. Si al cadáver debiera realizársele previamente una autopsia o "necropsia", deberá ser conducido igualmente por el celador hasta la cámara frigorífica libre correspondiente, salvo que se le esté esperando para realizar la misma, algo improbable. Recordemos que el cuerpo del difunto pertenece por ley a su familia, salvo que éste haya dispuesto de forma explícita y por escrito otra disposición (instrucciones previas) o bien que la familia lo done con fines científicos o humanitarios. Una vez finalizadas estas labores regresará a su puesto de trabajo, manteniendo todas las medidas higiénicas pertinentes.

Una vez finalizado el trabajo o cuando sea preciso, se procederá a la limpieza y desinfección de todos los materiales utilizados, incluyendo la propia sala, la mesa, el instrumental, etc. Trabajo realizado por los celadores por ser una de sus funciones. El desinfectante más utilizado en las salas de autopsias es el hipoclorito sódico (lejía). El formol se puede emplear en la desinfección de instrumentos y excretas, para la desinfección del aire de locales, pero presenta el inconveniente de que es tóxico. El máximo permitido de gases de formol es 2ppm.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la persona encargada de vigilar y trasladar a persona cuando ha fallecido, cumpliendo con las normas y el mantenimiento del servicio de anatomía patológica. Las funciones del celador son múltiples y variadas y están recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (5/7/1971). Estas pueden variar ligeramente según en qué área hospitalaria esté ejerciendo su labor profesional como sanitario.

Los celadores transmitirán aquella información que les haya sido expresamente encomendada, por quien tenga autoridad para hacerlo, y nunca será referida a aspectos de contenido clínico asistencial de los pacientes.

6 Bibliografía

- Real Decreto 2230/1982, de 18 de junio, sobre autopsias clínicas.

- Decreto 2263/1974, de 20 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de Policía Sanitaria Mortuoria.
- CEN 1789:2007 norma de la Unión Europea específica los requisitos para el diseño y equipamiento de los vehículos de transporte sanitario.
- Manual/Temario Online de Celadores de Instituciones Sanitarias.
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.
- En el Real Decreto 836/2012, de 25 mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

Capítulo 620

LA SALUD Y LOS RIESGOS SOCIOAMBIENTALES

ANGELES LOPEZ BERMEJO

BEGOÑA BORGE CASTRO

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 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. El medio ambiente puede ser causante de alteraciones en tu salud.

El ruido, la contaminación, la calidad del agua o el exceso de químicos en tu vida pueden ser causantes del deterioro de tu organismo. Existen una serie de factores que no se pueden controlar porque están fuera de uno mismo: el medioambiente.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos que conlleva la salud en el medio ambiente.

- Conocer la gestión de la salud medioambiental.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, sociedad, medio ambiente, gestión.

4 Resultados

- La salud y el medio que nos rodea están íntimamente relacionados. El aire que respiramos, el agua que bebemos, el entorno de trabajo o el interior de los edificios tienen una gran implicación en nuestro bienestar y nuestra salud. Por ese motivo, la calidad y la salubridad de nuestro entorno son vitales para una buena salud.

En los últimos años, asistimos a un aumento de la inquietud de los ciudadanos ante las posibles implicaciones sanitarias derivadas de problemas o catástrofes medioambientales (el accidente de las minas de Alnazcollar, el naufragio del petrolero "Prestige"), y a otros niveles, la preocupación por los materiales potencialmente tóxicos en contacto con el agua o los alimentos, la emisión de antenas y dispositivos de telefonía móvil, etc. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro del concepto de medio ambiente y salud, se incluyen tanto los efectos patológicos directos de las sustancias químicas, la radiación y algunos agentes biológicos, así como los efectos (con frecuencia indirectos) en la salud y el bienestar derivados del medio físico, psicológico, social y estático en general; incluida la vivienda, el desarrollo urbano, el uso del terreno y el transporte.

- La salud ambiental comprende aquellos aspectos de la salud humana, incluida la calidad de vida, que son determinados por factores ambientales físicos, químicos, biológicos, sociales y psicosociales. También pretende corregir, controlar y prevenir aquellos factores en el ambiente que pueden potencialmente afectar adversamente la salud de presentes y futuras generaciones.

El problema ambiental está profundamente relacionado con el vínculo que tienen los hombres con su entorno. Así, el factor demográfico y el uso y consumo de todos los recursos naturales e industriales que utilizamos los humanos a todo lo largo de nuestra vida, además de la infraestructura que esto implica, son factores determinantes en la emisión de contaminantes, afección al ambiente y en

consecuencia a la salud del hombre. la contaminación medioambiental está en el origen de múltiples Problemas de salud pública, desde las alergias a la infertilidad pasando por el cáncer y la muerte prematura.

- El acelerado proceso de urbanización trae consigo un gran número de enfermedades, originadas por la congestión vial, la contaminación atmosférica, la acumulación creciente de desechos urbanos e industriales, por citar algunos motivos. Profundizando en lo anteriormente expuesto, hoy en día existen un cierto número de efectos sobre la salud que se suponen provocados o atribuibles a factores medioambientales (enfermedades respiratorias, alergias, trastornos neurológicos de desarrollo, riesgos de cáncer por determinados agentes físicos, químicos y biológicos inmunodeficiencia por la radiación ultravioleta y los pesticidas y plaguicidas, problemas de salud debidos a los ruidos.

De todos modos, establecer un vínculo causal entre unos determinados factores medioambientales y los efectos perjudiciales para la salud, plantea muchas dificultades.

- Algunos factores que dificultan la aproximación al estudio de estas complejas relaciones son la movilidad y la capacidad de bioacumulación de muchos contaminantes, el carácter multifactorial, así como la posibilidad de efectos indirectos o de efectos crónicos, que únicamente pueden desencadenar enfermedad al cabo de mucho tiempo de la exposición.

- El impacto sobre la salud por el deterioro ambiental es a menudo tenue y se pone de manifiesto a largo plazo, solo cuando al tratar de corregirlo no siempre es posible. Los resultados de la contaminación frecuentemente se conocen tan tardíamente, que solo unos pocos pueden establecer una relación entre la causa y el efecto. Todos estos factores contribuyen a dificultar el trabajo de los epidemiólogos y responsables de la salud pública. Aunque nuestro conocimiento de los complejos vínculos que unen el medio ambiente y la salud son aún insuficientes, están aumentando.

5 Discusión-Conclusión

La calidad ambiental hay que basarla en la caracterización del impacto del desarrollo, como la contaminación ambiental, y su efecto sobre la salud pública. Los componentes operativos de calidad ambiental, van referidos a siete áreas que influyen sobre la salud y el ambiente: alimentación y agricultura, agua, industria, asentamientos humanos y urbanización, y problemas transfronterizos e interna-

cionales.

Hay que tratar de contaminar lo menos posible, para intentar tener un ambiente saludable, y así poder evitar la mayoría de enfermedades que son causadas por el ambiente .

6 Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/es/>
- Comisión Europea de Sanidad y Protección de los consumidores – Se definen las políticas sanitarias públicas de la Unión Europea. Interesantes apartados sobre los factores determinantes de la salud.
- Acción Internacional para la salud, es una red con participantes en muchos países del mundo. Promueve el acceso universal a los medicamentos esenciales y el uso racional de los medicamentos, como componentes estratégicos de Políticas Farmacéuticas Nacionales.
- Política de Seguridad Pública en la Unión Europea.
- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.

Capítulo 621

LAS FUNCIONES DEL CELADOR EN INSTITUCIONES SANITARIAS

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

BEGOÑA BORGE CASTRO

ANGELES LOPEZ BERMEJO

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

1 Introducción

El Celador suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares al llegar a la Institución, éste aspecto es muy importante, ya que de la forma en que se establezca este contacto se puede originar una buena o mala impresión de los mismos. Por esto es tan importante una buena formación de éste personal. El trabajo de los Celadores es tan necesario que sin el concurso de los mismos se llegaría a paralizar la marcha de la Institución. Las funciones a realizar por los celadores según la orden de 5 de julio de 1971, del Ministerio de Trabajo, por el que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. n° 174 de 22 de julio de 1971).

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en las instituciones sanitarias

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: celador, traslados, paciente, movilización, instituciones sanitarias, salud pública.

4 Resultados

Las funciones a realizar por los celadores son:

- Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
- Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
- Realizarán excepcionalmente aquellas labores de limpieza que se les encomiende cuando su realización por el personal femenino no sea idónea o decorosa en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
- Cuidarán, al igual que el resto del personal de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de las persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
- Servirán de ascensoristas cuando se les asigne especialmente ese cometido o las necesidades del servicio lo requieran.
- Vigilarán las entradas de la Institución, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.
- Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio, del que cuidarán estén cerradas las puertas de servicios complementarios.
- Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
- Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraren en la limpieza y conservación del edificio y material.
- Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en las Instituciones más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.

- Vigilarán, asimismo, el comportamiento de los enfermos y visitantes en las habitaciones evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
- Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución como en el servicio de ambulancias.
- Ayudarán, asimismo, a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón a sus dolencias para hacerles las camas.
- Excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en su ausencias.
- En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera.
- En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del celador, destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras.
- Bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerla por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan.
- Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo no pueda éste ser movido sólo por la enfermera o ayudante de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
- Ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.
- Ayudarán a la práctica de autopsias en aquellas funciones auxiliares que no requieran por su parte hacer uso de instrumental alguno sobre el cadáver. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.
- Tendrán a su cargo los animales utilizados en los quirófanos experimentales y laboratorios, a quienes cuidarán, alimentándolos, manteniendo limpias las jaulas y aseándoles, tanto antes de ser sometidos a las pruebas experimentales como después de aquéllas y siempre bajo las indicaciones que reciban de los médicos, supervisoras o enfermeras que les sustituyan en sus ausencias.
- Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfer-

meros sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo.

- También serán misiones del celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

- La orientación en información que debe facilitar el celador a los usuarios se enmarca dentro del derecho "a la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso" que reconoce el Art. 10.2 de la ley general de sanidad a los usuarios de las administraciones públicas sanitarias . El Art. 14.2 del E.P.N.S establece como primera función de los celadores las siguientes: "tramitaran o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales que le sean confiadas por sus superiores" . Ello implica que los celadores han de transmitir a sus superiores, subordinados, compañeros o público las comunicaciones verbales (instrucciones, mensajes, avisos...) que les indiquen sus superiores o profesionales autorizados, por delegación de estos. En consecuencia, los celadores tienen atribuida, entre otras, la función de transmitir información al público: la información que "le haya sido confiada por sus superiores o profesionales autorizados"

5 Discusión-Conclusión

El enfermo y sus familiares han de ser tratados con amabilidad y corrección, prestándole la máxima atención de tal manera que crea que sólo nos interesan sus problemas, por tanto hay que ser pacientes, saber escuchar, tener cuidado de no herir su susceptibilidad ni sus sentimientos.

A la información que los celadores puedan transmitir será solo aquella información que les haya sido expresamente encomendada, por quien tenga autoridad para hacerlo, y nunca será referida a aspectos de contenido clínico asistencial de los pacientes Respecto a la orientación, el celador remitirá al usuario al servicio o unidad por la que pregunte y, en caso de duda, al servicio de atención al paciente. Los datos que constituyan el contenido de la orientación serán transmitidos de forma comprensible y amable.

En las Instituciones Sanitarias, nuestro trato directo con el asegurado, tiene que extremarse al máximo, procurando por todos los medios humanizar estas relaciones entre el empleado y el público. Debemos intentar desterrar esa sensación

de que las personas son un número en ciertas instituciones. Hay que tener siempre claro que necesitan comprensión, amabilidad, corrección y atención. Además, el Celador siempre debe tener muy presente que va a tratar en muchos casos a personas que sufren y que por lo tanto su comportamiento delante de ellos o sus familiares ha de ser siempre muy humano y delicado.

6 Bibliografía

- Manual Celador De Instituciones Sanitarias (Sanitaria (mad).
- CEN 1789:2007 norma de la Unión Europea específica los requisitos para el diseño y equipamiento de los vehículos de transporte sanitario.
- Manual/Temario Online de Celadores de Instituciones Sanitarias.
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.
- En el Real Decreto 836/2012, de 25 mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

Capítulo 622

LA SALUD Y LA EDUCACIÓN AMBIENTAL

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

ANGELES LOPEZ BERMEJO

BEGOÑA BORGE CASTRO

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La educación ambiental es un proceso que pretende formar y crear conciencia a todos los seres humanos con su entorno, siendo responsables de su uso y mantenimiento; teniendo en cuenta la ley 99 de 1993 que crea el Ministerio del Medio Ambiente y el Sistema Nacional del Ambiente SINA, en el art. 5. Está destinado a la formación de una ciudadanía que forme valores, aclare conceptos y desarrolle las habilidades y las actitudes necesarias para una convivencia armónica entre los seres humanos, su cultura y su medio ambiente.

Es un proceso continuo a través del cual los individuos y la colectividad toman conciencia de su medio y adquieren los valores, las competencias y la voluntad para resolver los problemas actuales y futuros del medio ambiente.

2 Objetivos

- Concienciar a la gente de los problemas relacionados con el medio.
- Ayudar a las personas a interesarse por el medio.
- Adquirir interés por el medio ambiente y voluntad para conservarlo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, sociedad, medio ambiente, educación ambiental.

4 Resultados

Cuando se estudia y se trabaja dentro de este tipo de educación se gira en torno a cuestiones que se consideran que son fundamentales para conseguir proteger nuestro entorno natural y para lograr así también una mejor calidad de vida. En este sentido, uno de los ejes de la educación ambiental es el conjunto de las llamadas energías renovables, gracias a las que se intenta reducir la contaminación, disponer en todo momento de fuentes de energía y hacer uso de los recursos naturales para contar con ella.

La solar, la térmica, la eólica o la fotovoltaica son algunos de esos tipos de energías renovables que cada vez se están haciendo más presentes en todo el mundo ya que las mismas no tienen problema de acabarse pues utilizan como fuente tanto el Sol como el viento, por ejemplo.

El modelo de consumo y los métodos de producción suelen tener un impacto directo sobre el ecosistema y son las principales cuestiones que deben modificarse para alcanzar el desarrollo sostenible.

Actualmente se considera que el citado tipo de educación se sustenta en cuatro pilares fundamentales o se divide en cuatro niveles como son los fundamentos ecológicos, la concienciación conceptual, la investigación y evaluación de problemas así como la capacidad de acción.

La problemática actual respecto a la contaminación y cambio climático ha hecho que el medio ambiente esté en boca de todos y haya aumentado la preocupación

de los ciudadanos por las posibles consecuencias que tiene un tratamiento nocivo al medio que nos rodea.

La Educación Ambiental es un proceso que dura toda la vida y que tiene como objetivo impartir conciencia ambiental, conocimiento ecológico, actitudes y valores hacia el medio ambiente para tomar un compromiso de acciones y responsabilidades que tengan por fin el uso racional de los recursos y poder lograr así un desarrollo adecuado y sostenible.

La educación tiene que iniciarse lo más pronto posible ya que de esta manera, si los niños son capaces de identificar y solucionar problemas ambientales en edad temprana, podrán continuar con ello en la edad adulta y ser capaces de tomar una decisión, dando posibles respuestas a la problemática que tenemos en la actualidad.

Además es imprescindible que los niños se sensibilicen con el medio y cojan hábitos sostenibles ya que el concepto de Desarrollo Sostenible les afecta a ellos y tendrán que ser capaces de racionalizar sus recursos para no comprometer los de futuras generaciones.

La educación ambiental no defiende opiniones ni procedimientos particulares. En cambio, les enseña a los individuos a sopesar los distintos lados de una problemática mediante el pensamiento crítico, y estimula sus propias habilidades para resolver problemas y tomar decisiones.

La Ley Nacional de Educación Ambiental de 1990 (en inglés) le exige a la EPA que tome el liderazgo a nivel nacional para incrementar la educación ambiental. La EPA creó la Oficina de Educación Ambiental para implementar este programa.

La Educación ambiental: aumenta la conciencia y el conocimiento sobre temáticas ambientales. Informa sobre hechos u opiniones relacionados de las temáticas ambientales. Enseña a los individuos a pensar de manera crítica. Mejora las habilidades para resolver problemas y tomar decisiones.

5 Discusión-Conclusión

La Educación Ambiental debe ser una disciplina cuya intervención debe tener en cuenta los aspectos educativos y sociales ya que las personas, los grupos y las comunidades son los afectados y beneficiarios de las transformaciones en el medio ambiente. En esta línea, cabría ir centrándose en un modelo alterativo

que unifique a ambas disciplinas. Máxime cuando tenemos ante nosotros, una sociedad que aparentemente se dirige en sentido opuesto del que pretende la práctica educativa.

El educar a las personas hacia el compromiso y la transformación de la sociedad, hacia un desarrollo sostenible tanto ecológico como social. Esta intervención va a requerir de un aprendizaje, mediante el que se consigan una serie de actitudes investigadoras y metodológicas interdisciplinares, para la consecución del conocimiento de la globalidad social, y definir el papel de la educación socio-ambiental en ella.

La Educación Ambiental debe ser una disciplina cuya intervención debe tener en cuenta los aspectos educativos y sociales ya que las personas, los grupos y las comunidades son los afectados y beneficiarios de las transformaciones en el medio ambiente.

En esta línea, cabría ir centrándose en un modelo alterativo que unifique a ambas disciplinas. Máxime cuando tenemos ante nosotros, una sociedad que aparentemente se dirige en sentido opuesto del que pretende la práctica educativa.

El educar a las personas hacia el compromiso y la transformación de la sociedad, hacia un desarrollo sostenible tanto ecológico como social. Esta intervención va a requerir de un aprendizaje, mediante el que se consigan una serie de actitudes investigadoras y metodológicas interdisciplinares, para la consecución del conocimiento de la globalidad social, y definir el papel de la educación socio-ambiental en ella.

6 Bibliografía

1. Amador, L, Esteban, M. (2011). Desde la educación social a la educación ambiental: hacia una intervención educativa socio-ambiental. *Revista Humanidades*, 18, 147-160.
2. Aznar, P. (2006). El reto educativo de la sostenibilidad en el marco europeo de la educación superior. En A. Escolano (Ed.), *Cambio educativo y cultura de la sostenibilidad*. (pp.13-32). Madrid: Biblioteca Nueva.
3. Aznar, P. (2003). Participación de las agencias educativas en el desarrollo sostenible a nivel local: hacia una Agenda 21 escolar. *Revista Española de Pedagogía*, 225, 223-241.
4. Benayas, J. y Marcen, C. (1995). Bases científicas de la educación ambiental.

Evaluación del cambio de actitudes ambientales. En P. Ortega y F. López, Educación Ambiental: cuestiones y propuestas (pp. 11-26).

Capítulo 623

TAREAS DEL CELADOR EN FARMACIA HOSPITALARIA

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

ANGELES LOPEZ BERMEJO

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

BEGOÑA BORGE CASTRO

1 Introducción

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a los mínimos establecidos por la ley. Está integrado por farmacéuticos, farmacéutico interno residente (FIR), enfermero (DUE), auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos, y celadores. El servicio estará bajo la dirección de un farmacéutico. Según la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (modificada por Real Decreto 725/2003, de 13 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos del artículo 100 de la Ley 25/1990), los hospitales con 100 o más camas contarán con servicio de farmacia hospitalaria bajo la titularidad y responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria.

Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia del hospital. Los hospitales del más alto nivel y aquellos otros que se determinen deberán disponer de servicios o unidades de farmacología clínica. Los hospitales

con menos de 100 camas que no deseen establecer servicios farmacéuticos podrán solicitar de las Comunidades Autónomas autorización para mantener un depósito de medicamentos bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinados por la autoridad sanitaria competente.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el servicio de farmacia en el hospital.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: celador, traslados, paciente, farmacia, medicamentos, servicios.

4 Resultados

Para lograr el uso racional de los medicamentos, las unidades o servicios de farmacia hospitalaria realizarán las siguientes funciones:

- A). Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales o preparados oficiales y dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias y de aquellos otros, para tratamientos extrahospitalarios, que requieran una particular vigilancia, supervisión y control.
- B). Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos, tomar las medidas para garantizar su correcta administración, custodiar y dispensar los productos en fase de investigación clínica y velar por el cumplimiento de la legislación sobre estupefacientes y psicotrópicos o de cualquier otro medicamento que requiera un control especial.
- C). Formar parte de las comisiones hospitalarias en que puedan ser útiles sus conocimientos para la selección y evaluación científica de los medicamentos y de su empleo.
- D). Establecer un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital, un sistema de fármaco-vigilancia intrahospitalario, estudios

sistemáticos de utilización de medicamentos y actividades de farmacocinética clínica.

E). Llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia dirigidas al personal sanitario del hospital y a los pacientes.

F). Efectuar trabajos de investigación propios o en colaboración con otras unidades o servicios y participar en los ensayos clínicos con medicamentos. El sistema de distribución en "dosis/día" o "Unidosis"

La distribución de medicamentos se realiza por dosis/día que utilizan cada uno de los pacientes ingresados. Se incluyen generalmente en los siguientes servicios: cirugía, medicina interna, traumatología, geriatría, neumología, ginecología, etc.

Funciones del celador en el servicio de farmacia:

- Recepción de material.
- Transporte de material dentro de la Farmacia.
- Distribución de medicación y demás productos galénicos a las Unidades del Hospital (farmacia ligera).
- Transporte de productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Controles e inventarios y custodia de la farmacia.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la persona encargada de vigilar y trasladar a persona cuando remitirá al usuario al servicio o unidad por la que pregunte y, en caso de duda, al servicio de atención al paciente. Los datos que constituyan el contenido de la orientación serán transmitidos de forma comprensible y amable. Algunas de las tareas de los celadores relativas al área de actividad y orientación de los pacientes y familiares son:

- Avisar a los acompañantes de los familiares asistidos en urgencias que pasen a las dependencias en la que van a ser informados de la asistencia y evolución del paciente, por parte del personal sanitario del S.A.P
- Llamar a los familiares de los enfermos intervenidos para que el médico les informe del desarrollo de la intervención.
- Avisar a los familiares del paciente que va a ingresar en planta para que (al menos uno) le acompañe.

El Celador, dada su movilidad en las Instituciones, puede llegar a enterarse del estado de un paciente, del diagnóstico, de una posible intervención, etc. Por ello está obligado a guardar silencio acerca de todo lo que conozca a causa del ejercicio de su profesión, ante los enfermos, familiares, visitantes, compañeros e incluso

personas ajenas a su trabajo. Callará incluso las cosas que crea que no tienen importancia. Si es interrogado por la familia no deberá dar ninguna información sobre el estado del enfermo, sino dirigirla amablemente hacia el personal facultativo que es el único autorizado para dar explicaciones en estos casos.

6 Bibliografía

- CEN 1789:2007 norma de la Unión Europea específica los requisitos para el diseño y equipamiento de los vehículos de transporte sanitario.
- Manual/Temario Online de Celadores de Instituciones Sanitarias
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.
- En el Real Decreto 836/2012, de 25 mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

Capítulo 624

CUIDANDO EL AMBIENTE CUIDAMOS LA SALUD

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

BEGOÑA BORGE CASTRO

ANGELES LOPEZ BERMEJO

1 Introducción

La salud es el resultante de un proceso que integra factores de cuatro grandes componentes: biología, ambiente, estilos de vida y organización de la atención de la salud. El ambiente refiere a todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano. Gran parte de los problemas sanitarios relacionados con factores ambientales son consecuencia directa de las acciones del hombre sobre los ecosistemas, y de la persistencia de desigualdades sociales en las condiciones de vida de la población.

La OMS clasifica como “riesgos tradicionales”, a aquellos vinculados con la pobreza y el insuficiente desarrollo (como la falta de acceso a los servicios de abastecimiento de agua potable y alcantarillado, servicios de limpieza urbana y vivienda, la contaminación intradomiciliaria por combustión de carbón o petróleo, etc.), y “riesgos modernos”, a aquellos relacionados con el desarrollo

pero que implican riesgos ambientales para la salud de las comunidades por exposición (contaminación del agua, industria intensiva, empleo de plaguicidas en la agricultura intensiva, contaminación atmosférica vehicular e industrial, contaminación radiactiva, etc.

2 Objetivos

- Ayudar a las personas a interesarse por el medio.
- Adquirir interés por el medio ambiente y voluntad para conservarlo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, sociedad, medio ambiente, educación ambiental.

4 Resultados

La humanidad está prestando cada vez más atención al impacto que tiene el ambiente sobre la salud. Para enfrentar esta problemática sanitaria se ha desarrollado una herramienta específica conocida como salud ambiental, que se ocupa de los riesgos y efectos que para la salud humana representan el medio que habitamos y donde trabajamos, los cambios naturales o artificiales que ese lugar manifiesta y la contaminación que producimos como sociedad a ese medio.

Las Naciones Unidas declararon el decenio 2005-2014 como la Década de la Educación para el Desarrollo Sostenible (EDS), encargando a la UNESCO su puesta en práctica. Los documentos elaborados por ambas instituciones ya afirmaban que la adopción de una actitud consciente ante el medio que nos rodea depende en gran medida de la educación. Y qué razón tenían –y tienen-. El problema es que las cosas se dicen, pero no se hacen. O más bien, no se hacen de la forma adecuada.

Las nuevas generaciones de niños (los mismos que deberán cuidar el planeta en un futuro) saben usar cualquier aplicación informática pero no diferencian los distintos contenedores de reciclaje. Los chavales que optan –si es que sus padres

les preguntan- por la asignatura de religión, se saben el padrenuestro pero no tienen ni idea sobre el cambio climático.

La Historia de España se resume en una lista de acontecimientos bélicos (plagados de ideología) y a nadie le suena lo que es la Economía Circular a pesar de saber hacer balances perfectamente. Miles de conocimientos imprescindibles se quedan fuera de ese currículo educativo.

La visión ética.

Al entender que todos somos parte del ambiente y actores con poder en el sentido de que nuestras acciones tienen consecuencias y afectan de manera directa o indirecta a los demás componentes del ambiente-, debemos formar en los alumnos el sentido de la responsabilidad ética. Así nos referimos a la solidaridad infra e intergeneracional y al respeto de todas las diferentes y diversas formas de vida que actúan ecológicamente en el ambiente.

Si aceptamos que todos somos parte del ambiente, entonces la implicancia política de esta concepción no se refiere sólo a hacer una buena gestión ambiental, relacionando los diferentes organismos del Estado, sino también, y fundamentalmente, a proponer como un factor necesario la participación ciudadana para la administración, el uso y la distribución de los bienes del planeta con criterios de sustentabilidad.

El debate está planteado en el ámbito de la calidad de vida, de manera que las problemáticas que hacen al desarrollo sustentable son principales. Este integra la sustentabilidad ecológica, sociocultural, económica y política.

5 Discusión-Conclusión

Ahora más que nunca, es de mayor importancia esta educación por encima de talleres, charlas o meros aportes en las materias que no llegan a abarcar su real importancia. Necesitamos esta formación no solo en colegios, institutos y Universidades, sino en todos los ámbitos de nuestra vida. Dicen que la Educación Ambiental es la hija del deterioro ambiental. No hemos empezado a preocuparnos por ella hasta que lo hemos arrasado todo. Las condiciones de vida del planeta se deterioran a velocidad creciente y la huella ecológica aumenta. Debemos cambiar la manera de comprender el mundo desde los ámbitos disciplinarios hasta los márgenes del sistema, y para ello es necesaria una normativa que lo asegure, pero también un cambio de conciencia, de hábitos y de modelo de vida en gen-

eral que empieza en nuestros hogares. La sostenibilidad global comienza por la sostenibilidad personal.

6 Bibliografía

1. Amador, L, Esteban, M. (2011). Desde la educación social a la educación ambiental: hacia una intervención educativa socio-ambiental. *Revista Humanidades*, 18, 147-160.
2. Aznar, P. (2003). Participación de las agencias educativas en el desarrollo sostenible a nivel local: hacia una Agenda 21 escolar. *Revista Española de Pedagogía*, 225, 223-241.
3. Benayas, J. y Marcen, C. (1995). Bases científicas de la educación ambiental. Evaluación del cambio de actitudes ambientales. En P. Ortega y F. López, *Educación Ambiental: cuestiones y propuestas* (pp. 11-26).
4. Real Decreto 126/2014, de 28 de febrero, por el que se establece el currículo básico de la Educación Primaria.
5. Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato.

Capítulo 625

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

BEGOÑA BORGE CASTRO

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

ANGELES LOPEZ BERMEJO

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

1 Introducción

La unidad de hospitalización es aquella parte del hospital destinada al ingreso del paciente que requiere un diagnóstico, tratamiento y curación, hasta el momento del alta. Está constituida por varios espacios: habitaciones del paciente, office, aseos, zona de sucio, zona de enfermería. El celador realiza los traslados de los pacientes entre las distintas unidades de Hospitalización, conservando en las mejores condiciones de temperatura, informando al paciente de su destino y siguiendo las órdenes del personal de enfermería. La unidad del paciente es el espacio que ocupa el paciente durante su estancia en el hospital, es decir, su habitación, el mobiliario que hay en ella y los materiales que utiliza el enfermo durante el tiempo que esté hospitalizado. Habrá tantas unidades de pacientes como camas existan en una habitación. El número de camas dependerá de la unidad de hospitalización que, como regla general, no debe superar las 4 camas por habitación. Hay que procurar que la habitación sea lo más agradable, cómoda

y limpia posible. El estado de ánimo del paciente puede verse afectado como consecuencia de las características del espacio que ocupa, por lo tanto, la limpieza y la seguridad son dos factores trascendentales que ayudan y facilitan el proceso de curación del paciente.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la unidad de hospitalización.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: celador, traslados, paciente, hospitalización, servicios.

4 Resultados

Las funciones del celador en el aseo del paciente, aunque la mayor parte están asignadas a otra categoría (auxiliares de enfermería, enfermeros), no excluye la posibilidad de intervención del celador en determinados supuesto. Los celadores ayudarán a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial en razón de sus dolencias, para hacerles las camas. Ayudarán en la movilización del enfermo cuando, por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo, no pudiera este ser movido por las enfermeras o ayudantes de planta, en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.

Esta tarea está asignada a los auxiliares de enfermería, en cuanto que los mismos tienen entre sus funciones llevar las cuñas a los enfermos y retirarlas.

Entre las funciones del celador se menciona en la Orden de 26 de Abril de 1973 que, excepcionalmente, lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados, o que no puedan realizarlo por sí mismos, y bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre atendiendo las indicaciones de las Supervisoras de Planta o Servicio.

Las funciones en la unidad de hospitalización son:

1. Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.
2. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.
3. Realizarán, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende en orden a su situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.
4. Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles de servicio en general.
5. Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.
6. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.
7. Vigilarán el acceso y estancia de familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos, no permitiendo la entrada más que a las personas autorizadas, cuidando no introduzcan en la Institución más que aquellos paquetes expresamente autorizados por la Dirección.
8. Así mismo tendrán a su cargo que los visitantes que no tengan acceso especial despejen las habitaciones y las plantas a la hora establecida.
9. Vigilarán el comportamiento de los enfermos y los visitantes, evitando que esos últimos fumen en las habitaciones, traigan alimentos o se sienten en las camas y, en general, toda aquella acción que perjudique al propio enfermo o al orden de la Institución. Cuidarán que los visitantes no deambulen por los pasillos y dependencias más que lo necesario para llegar al lugar donde concretamente se dirijan.
10. Tendrán a su cargo el traslado de enfermos para la realización de Pruebas Complementarias o Consultas, no abandonándoles hasta que la persona responsable de las citadas pruebas o consultas se haga cargo de ellos.
11. Ayudarán a las enfermeras y auxiliares de planta al movimiento, aseo y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón a sus dolencias, para hacerles la cama.
12. Correrá a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario.
13. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando

a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.

14. También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

15. Para la realización de todas estas actividades, así como de otras semejantes que pudieran surgir, estarán sometidas a los horarios y normas de la unidad a la que estén adscritos.

16. Estarán siempre localizados en la unidad a la que estén adscritos.

17. En caso de conflicto con un visitante o intruso requerirán la presencia del personal de Seguridad.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la persona encargada de vigilar y trasladar a persona cuando remitirá al usuario al servicio o unidad por la que pregunte y, en caso de duda, al servicio de atención al paciente.

El celador debe desarrollar la empatía (ser capaz de ponerse en el lugar del otro, en este caso del familiar del enfermo) para evitar discusiones y hacer llegar el mensaje que se quiera enviar con la máxima claridad posible. Deberá tener en cuenta las circunstancias por las que atraviesan los pacientes y sus familiares, dirigiéndose siempre hacia ellos con respeto y usando la familiaridad sólo cuando nos den pie a ello.

La información que un celador debe de ha de ser la mayor y más completa posible, excepto aquella relativa a la enfermedad del paciente. El Celador está obligado a guardar el Secreto Profesional de todo lo que conozca a causa del ejercicio de su profesión.

6 Bibliografía

- Real Decreto 836/2012, de 25 mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.
- CEN 1789:2007 norma de la Unión Europea especifica los requisitos para el diseño y equipamiento de los vehículos de transporte sanitario.

- Manual/Temario Online de Celadores de Instituciones Sanitarias.
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.

Capítulo 626

LOS RIESGOS AMBIENTALES Y LA SALUD

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

ANGELES LOPEZ BERMEJO

BEGOÑA BORGE CASTRO

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

El medio ambiente: se refiere a todo lo que rodea a un objeto o a cualquier otra entidad. El hombre experimenta el medio ambiente en que vive como un conjunto de condiciones físicas, químicas, biológicas, sociales, culturales y económicas que difieren según el lugar geográfico, la infraestructura, la estación, el momento del día y la actividad realizada.

El Peligro: es el potencial que tiene un agente ambiental para afectar la salud. Los diferentes peligros ambientales pueden dividirse en “peligros tradicionales” ligados a la ausencia de desarrollo, y “peligros modernos”, dependientes de un desarrollo insostenible. Una de las diferencias entre los peligros ambientales tradicionales y los modernos es que los primeros suelen manifestarse con rapidez relativa en forma de enfermedad. Por el contrario, muchos de los peligros modernos requieren largos períodos de tiempo antes de manifestar sus efectos en la

salud. La relación entre la salud humana y el medio ambiente es uno de los peligros tradicionales y modernos se asocia a distintos aspectos del desarrollo social y económico.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos ambientales.
- Conocer los problemas de salud relacionados con la contaminación ambiental.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, ambiente, peligro, educación ambiental, contaminación ambiental.

4 Resultados

Los peligros ambientales que tienen un efecto directo sobre la salud humana pueden surgir tanto de fuentes naturales como antropogénicas (causadas por el hombre). Estos peligros pueden ser: biológicos, químicos y físicos. Sin embargo, la salud también puede afectarse por peligros biomecánicos (peligro de daños en el trabajo, en la agricultura, el hogar, en los deportes y por vehículos automotores) y peligros psicosociales (estrés, ruptura del estilo de vida, discriminación en el lugar de trabajo, efectos de cambios sociales, marginalización y desempleo). A nivel mundial, los factores ambientales incluyendo el hacinamiento, el saneamiento deficiente y el amplio uso de plaguicidas, contribuyen en forma importante para la ocurrencia de enfermedades. Hay varias formas de enfocar el estudio de los peligros del ambiente para la salud. Una es examinando la “naturaleza del peligro”, el cual como ya mencionamos, puede ser biológico, químico, físico, mecánico o psicosocial. También pueden estudiarse por subtipos dentro de estas categorías. Por ejemplo, los peligros biológicos pueden dividirse en virus, bacterias, parásitos, etc.

Otra forma de estudiar estos peligros puede ser por rutas de exposición: aire, agua, suelo, que a su vez pueden subdividirse, por ejemplo en agua subterránea, agua superficial etc. También pueden estudiarse de acuerdo al ambiente donde

ocurren los peligros, por ejemplo: el hogar, el trabajo, la escuela o las comunidades.

Los riesgos que los desechos sólidos no recolectados tienen para la salud son evidentemente mayores para las personas que habitan en zonas sin cobertura de los servicios de recolección y barrido. Los niños de edad preescolar son los más expuestos a sufrir lesiones, intoxicaciones o infecciones, puesto que suelen entrar en contacto con estos residuos en las calles o en los basureros no oficiales. Las basuras orgánicas domésticas suponen un riesgo especial para la salud, ya que su fermentación crea las condiciones idóneas para la supervivencia de microorganismos, sobre todo cuando se mezclan con las excretas humanas en ausencia de sistemas de saneamiento. Estos residuos orgánicos proporcionan también nutrición y un medio ambiente natural para los insectos, roedores y otros animales que son portadores potenciales de gérmenes. Al mismo tiempo, la acumulación de basuras obstruye los desagües y facilita las inundaciones o el estancamiento del agua, lo que favorece el hábitat y la proliferación.

Tipo de residuos. Enfermedades según la causa:

- Bacterias.
- Virus Parásitos/hongos Objetos punzantes infectados sobre todo por residuos de hospitales
- Estreptococemia. Tétanos. Hepatitis B. Hepatitis C. VIH. Polvos infectados procedentes de residuos Carbunco Neumonía Tracoma.
- Conjuntivitis. Neumonía. Micosis. Vectores que viven o se reproducen en charcos relacionados con desechos.
- Dengue. Fiebre Amarilla. Malaria, leishmaniasis. Esquistosomiasis.
- Animales salvajes o abandonados y roedores que se alimentan de los desechos.
- Peste. Rabia. Leishmaniasis. Hidatidosis por Chlamydia de los vectores de algunas enfermedades tropicales.
- Sin embargo, aun cuando exista un sistema de recolección de basuras, su manipulación incorrecta entraña riesgos para la salud de muchas personas.

5 Discusión-Conclusión

Estadísticas del informe realizado por la OMS en el año 2006 - Ambientes Saludables y Prevención de Enfermedades - demuestran que el 24% de la carga de morbilidad mundial y el 23% de todos los fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales. En los niños de 0 a 14 años, un 36% de las muertes se deben a causas del medio ambiente.

Las enfermedades con mayor carga de factores ambientales modificables son: la diarrea, las infecciones respiratorias, las lesiones accidentales y el paludismo. También existe una nueva morbilidad asociada a los factores ambientales, en afecciones como asma, trastornos del neurodesarrollo, malformaciones congénitas, cáncer. El trabajo en la prevención y la promoción de la salud, dado que las enfermedades relacionadas con la contaminación ambiental son evitables.

6 Bibliografía

1. Amador, L, Esteban, M. (2011). Desde la educación social a la educación ambiental: hacia una intervención educativa socio-ambiental. *Revista Humanidades*, 18, 147-160.
2. Aznar, P. (2003). Participación de las agencias educativas en el desarrollo sostenible a nivel local: hacia una Agenda 21 escolar. *Revista Española de Pedagogía*, 225, 223-241.
3. Benayas, J. y Marcen, C. (1995). Bases científicas de la educación ambiental. Evaluación del cambio de actitudes ambientales. En P. Ortega y F. López, *Educación Ambiental: cuestiones y propuestas* (pp. 11-26).
4. Real Decreto 1105/2014, de 26 de diciembre, por el que se establece el currículo básico de la Educación Secundaria Obligatoria y del Bachillerato.
5. Comisión sobre Salud y Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS). 1992a. Report of the Panel On Urbanization. Ginebra: OMS.
6. Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD). 1992

Capítulo 627

EL CELADOR EN LA UNIDAD DE REHABILITACION

BEGOÑA BORGE CASTRO

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

ANGELES LOPEZ BERMEJO

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

1 Introducción

La Unidad de Rehabilitación y Fisioterapia es una herramienta a disposición de los pacientes del hospital para conseguir objetivos propios de rehabilitación de lesiones y/o patologías. Mediante la aplicación de técnicas propias de fisioterapia se previenen, curan y recuperan lesiones o patologías donde la fusión de las diferentes técnicas o tratamientos son la mejor forma para tratar las diferentes lesiones o patologías físicas.

La unidad de rehabilitación pretende que el individuo mejore su movilidad y sus habilidades físicas a partir de ejercicios, masajes y otras técnicas. La sala de rehabilitación consta de boxes de tratamiento, camillas, aparatos de electroterapia, láser, magnetoterapia portátil, equipos TENS/EMS portátiles. Lámparas IR, Mesa de manos, bicicletas estáticas ergométricas, tapiz rodante, presoterapia, jaula de roche, espalderas, colchonetas. Todo tipo de fungibles.

2 Objetivos

Conocer las funciones del celador en la unidad rehabilitación y fisioterapia del hospital.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizando criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: celador, traslados, paciente, hospitalización, rehabilitación.

4 Resultados

La Unidad de Rehabilitación está dirigida principalmente a la rehabilitación y recuperación funcional de patologías traumatológicas y neurológicas, así como deterioro funcional agudo y subagudo de diferente etiología.

La patología traumatológica ocupa la mayoría de ingresos anuales en la Unidad, siendo la cirugía de cadera y rodilla los principales motivos de ingreso. patología traumatológica ocupa la mayoría de ingresos anuales en la Unidad, siendo la cirugía de cadera y rodilla los principales motivos de ingreso.

El ingreso en la Unidad de Rehabilitación de pacientes traumatológicos se realiza generalmente una vez sea autorizada la carga apoyo del miembro intervenido. El ictus es la segunda causa de ingreso en la Unidad de Rehabilitación. El tiempo transcurrido tras el ACVA, la situación previa del paciente (física, mental, clínica y social) y la estabilidad clínica tras la fase aguda son prioritarios como criterios de inclusión.

La Unidad de Rehabilitación tiene diseñados unos criterios de inclusión y exclusión en el que se define el perfil de pacientes que han de ingresar en dicha unidad y que han sido diseñados en base a los distintos estudios y meta-análisis existentes en la literatura médica, enfocándolos principalmente al paciente anciano que es el más beneficiado de este tipo de intervención.

Las funciones del celador en la unidad de rehabilitación son las siguientes:

1. Tramitarán o conducirán sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que les sean confiados por sus superiores, así como

habrán de trasladar, en su caso, de unos servicios a otros, los aparatos o mobiliario que se requiera.

2. Realizarán, excepcionalmente, aquellas labores de limpieza que se les encomiende en orden a la situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso de los objetos o locales a limpiar.

3. Cuidarán, al igual que el resto del personal, de que los enfermos no hagan uso indebido de los enseres y ropas de la Institución, evitando su deterioro o instruyéndoles en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles del servicio en general.

4. Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible en todas las dependencias de la Institución.

5. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y material.

6. Ayudarán al Fisioterapeuta, cuando sea necesario, en la colocación y sujeción del paciente en su lugar de tratamiento.

7. Se abstendrán de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el Médico encargado de la asistencia al enfermo.

8. También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores que les sean encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

9. Para la realización de todas estas actividades, así como de otras semejantes que pudieran surgir, estarán sometidos a los horarios y normas de la unidad a la que estén adscritos.

10. Estarán siempre localizados en la Unidad a la que estén adscritos.

11. En caso de conflicto con un visitante o intruso requerirá la presencia del personal de Seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La valoración integral de los pacientes así como el trabajo multidisciplinar e interdisciplinar son claves para el correcto funcionamiento de la unidad; así al ingreso se efectúa una valoración en la que intervienen: personal de enfermería, médico responsable, médico rehabilitador y trabajador social.

Los conocimientos y habilidades técnicas requeridas para alcanzar los resultados

óptimos de un programa de Rehabilitación dependen de la participación de profesionales de la salud de diferentes disciplinas, que funcionen coordinadamente, con una estrategia colectiva de trabajo.

El celador debe de colaborar con otros profesionales en el traslado y movimiento de los pacientes. Así mismo, se encargarán de la vigilancia, guardia y custodia de todo tipo de dependencias de la Administración; de informar y orientar a los visitantes; del manejo de máquinas reproductoras y auxiliares; de realizar reca-dos oficiales dentro y fuera de los centros de trabajo; de repartir documentación, de franquear, depositar, entregar, recoger y distribuir la correspondencia y del traslado de mobiliarios y enseres”

6 Bibliografía

- Plaza Pérez I. Programas de prevención secundaria y rehabilitación cardíaca. En: Plaza Pérez I (ed.). Cardiología preventiva. Barcelona: Doyma; 2000; p. 217-29.
- Rivas Estany E. Rehabilitación prolongada. En: Maroto Montero JM, de Pablo Zarzosa C, Artigao Ramírez R, Morales Durán MD (eds.).
- Manual/Temario Online de funciones de los Celadores Instituciones Sanitarias.
- INSALUD. Celadores temario 1. Centro de estudios Adams. Temas 11, 12, 13, 14, 18.

Capítulo 628

LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA

BEGOÑA BORGE CASTRO

MARIA DEL CARMEN ARIAS ROMERO

MARIA DEL ROCIO LOPEZ GUTIERREZ

ANGELES LOPEZ BERMEJO

MARIA DEL CARMEN GARCIA FERNANDEZ

1 Introducción

Los factores ambientales que pueden ejercer un efecto negativo sobre la salud de la población: la presencia de contaminantes en la atmósfera, las temperaturas extremas, el exceso de ruido ambiental, la presencia de vectores y plagas, legionelosis ambiental. La salud ambiental es el área de la ciencia que estudia cómo el medio ambiente afecta a la salud y las enfermedades humanas, y para ello debe desarrollar las siguientes líneas de actuación:

1. La identificación, la evaluación, la gestión y la comunicación de los riesgos para la salud que puedan derivarse de los condicionantes ambientales.
2. La vigilancia de los factores ambientales de carácter físico, químico o biológico y de las situaciones ambientales que afectan o pueden afectar a la salud.
3. La identificación de las políticas de cualquier sector que reducen los riesgos ambientales para la salud.

2 Objetivos

- Identificar los riesgos ambientales.
- Conocer los problemas de salud relacionados con la contaminación ambiental.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como Scielo, Medline, Cochrane, Pubmed y Google Scholar, se han utilizado criterios de búsqueda en revistas científicas. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: salud, ambiente, calidad de vida, bienestar.

4 Resultados

Los principales contaminantes de la atmósfera que nos preocupan son:

- El dióxido de nitrógeno, producido por el tráfico rodado se relaciona con problemas respiratorios e infecciones del sistema respiratorio.
- El ozono, es un contaminante secundario que se produce por reacción de los compuestos nitrogenados con compuestos orgánicos volátiles, en presencia de luz.

Puede presentarse en niveles elevados en épocas estivales, a última hora de la tarde y generalmente en las zonas semiurbanas de la ciudad. Se relaciona principalmente con afectación del sistema respiratorio, pudiendo provocar reagudizaciones en pacientes con patologías respiratorias crónicas.

La legislación señala la obligación de informar a la población acerca de los niveles de contaminación y calidad del aire. En este sentido, y como parte de las actuaciones adoptadas desde la perspectiva municipal para proteger la salud de los madrileños minimizando la exposición a los mismos cuando se superan los umbrales establecidos para ozono y dióxido de nitrógeno, se activa el Sistema de Alertas en Salud Ambiental ante episodios de contaminación atmosférica.

En el caso concreto de la medicina, el interés por la calidad de vida, al compararlo con otras áreas de conocimiento, es relativamente reciente. La calidad de la supervivencia de las personas que hace pocos años no podrían haber sido salvadas es a veces cuestionable. por lo que los debates sobre cuestiones como eutanasia, mantenimiento artificial de la vida y la propia definición de muerte estan adquiriendo una importancia considerable (Kottke, 1982).

El desarrollo y la aplicación de tratamientos cada vez más sofisticados ha puesto de manifiesto el hecho de que la calidad de vida se ha convertido en un parámetro esencial, y quizá el único importante desde el punto de vista del paciente y/o de la familia. La redistribución de la gestión y los gestores de salud ha contribuido al moderno interés por la evaluación de la calidad de vida. La responsabilidad está trasladándose de los médicos hacia los pacientes, por un lado, y, por otro, hacia los nuevos gestores de salud. Existen asociaciones de pacientes, cada vez más fuertemente consolidadas, que dan a los pacientes un papel progresivamente más importante a la hora de tomar decisiones acerca de sus cuidados. Además, los pacientes con trastornos crónicos cada vez se hallan más interesados en índices de predicción de su futura calidad de vida o supervivencia. Los gestores de salud, nueva figura que surge como consecuencia de la centralización de la toma de decisiones en los servicios sanitarios de los países occidentales tienen la responsabilidad de asignar los escasos presupuestos a las distintas alternativas de cuidados.

La calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas. El estado de salud de una población era medido tradicionalmente por la tasa de mortalidad y esperanza de vida, a pesar de que, ya en los años 50, la tasa de mortalidad de los países desarrollados de Occidente alcanzó un equilibrio, volviéndose la tasa de mortalidad una medida ineficaz para diferenciar el estado de salud de las poblaciones de estos países. Por otro lado, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, como consecuencia de la disminución o eliminación de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de tecnologías médicas que atenuaban el dolor y el malestar, sin que eso implicase una prolongación de la vida, hicieron necesaria la aparición de otras medidas de resultados más sensibles.

La OMS define calidad de vida como la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones" (1994). El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores.

5 Discusión-Conclusión

Cuando nos referimos exclusivamente al individuo, y aún más específicamente al individuo viviendo con su enfermedad, es válido evaluar la percepción de su nivel de bienestar o malestar con la situación que tiene y tomarlo como base para decisiones significativas. Pero, cuando estamos pensando en términos sociales más amplios o de políticas de Estado, no sería ético considerar que si alguien que vive en la pobreza está satisfecho con su situación en la vida (porque no tiene mayores expectativas, porque nunca conoció otra realidad), la sociedad en su conjunto y el Estado en particular de la salud evaluada por la esperanza de vida al nacer y la educación, considerando la tasa de alfabetización de adultos y la matrícula en educación primaria, secundaria y terciaria. Promover la mejor calidad de vida posible, recordando la frase de Bacon "El oficio de la medicina no es sino tocar la curiosa arpa que es el cuerpo humano y restituirle su armonía".

6 Bibliografía

1. Salamero, M.; Alonso, J. (2002). La medida de la salud: guías de medición en español. Edimac, Barcelona.
2. Bonicatto, S.; Soria J. J. (1998). WHOQOL, Los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. Manual del Usuario. La Plata, CATA.
3. Killian, R. (2000). Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En: Katschnig, H.; Freeman, H.; Sartorius, N., Calidad de vida en los trastornos mentales, 19-29. Masson, Barcelona.
4. A. y Hunt, S. (1998). El problema de la Calidad de Vida en Medicina, Jama (ed. esp.), vol. 7, Nº 1: 19-23.
5. Ross, L. (1994). Spiritual Aspects of Nursing. J-Adv-Nurs., 1994: 19(3): 43.

Capítulo 629

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE INFORMACIÓN AL PACIENTE/USUARIO

FRANCISCO RUIZ RUIZ

GUILLERMO LAGO LOURIDO

EDUARDO COLINO NEVOT

1 Introducción

El Servicio de Atención al Paciente (SAP) o Servicio de Información al Usuario (SIU) es el responsable de informar al paciente/usuario, siempre respetando el derecho a la confidencialidad y a la protección de datos de carácter personal, así como de atender y garantizar la tramitación de las reclamaciones que se puedan producir. Este Servicio está formado por profesionales de diferentes ámbitos, entre los que se incluyen celadores, que atienden personalmente al paciente/usuario, o a sus parientes próximos, representantes o acompañantes, proporcionando en particular información sobre la organización del hospital, servicios disponibles, horarios de funcionamiento y de visitas y otras actividades que puedan contribuir a ayudarles, facilitarles y mejorar su estancia en el mismo.

Este área de actividad depende y está adscrita la Gerencia del hospital (en los hospitales donde no exista Gerencia, este área queda adscrita a la División Médica) y tiene especial importancia en las áreas de Consultas Externas y Hospitalización, además de ciertos Servicios, tales como Rehabilitación o Urgencias, en los que

hay gran volumen de pacientes/usuarios, mayoritariamente de carácter ambulatorio.

2 Objetivos

- Establecer las funciones del celador en el Servicio de Información al paciente/usuario.
- Analizar la importancia del Servicio de Información según encuestas e impresos cumplimentados por trabajadores/usuarios de los centros sanitarios.

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. Para la estimación de la importancia de este Servicio se utilizará la información proporcionada por encuestas recogidas de centros sanitarios, impresos de quejas y de sugerencias, así como las manifestaciones directas de los pacientes/usuarios a los celadores de estos servicios.

4 Resultados

Las funciones del celador en el SIU son:

- Orientar al paciente/usuario durante su estancia en el centro sanitario:
 - A). Ubicación de los Servicios y Unidades del centro.
 - B). Horarios de los distintos Servicios.
 - C). Información sobre horario de visita y consulta para la información médica.
 - D). En aquellos centros con puntos de información interactiva, información sobre su uso.
 - E). Ubicación de aseos.
 - F). Información sobre la existencia de sillas de ruedas a disposición del paciente.
- Proporcionar información de servicios ciudadanos no pertenecientes al centro sanitario, pero de especial interés para el usuario, tales como localización de cafeterías o similares, de paradas de autobús o taxi...

- Repartir correo y otro tipo de documentación por los diferentes Servicios y Áreas de hospital. Mantener y actualizar la cartelería de información.
- Tutelar el cumplimiento de los derechos del paciente/usuario.
- Prestar atención personalizada a familiares o acompañantes de los pacientes (tratar de disminuir su preocupación, informarles sobre la planta o Servicio en el que se encuentra el paciente, incidencias, tiempos de espera, traslados, etc.),
- Acreditar a los visitantes en horarios especiales.
- Realizar encuestas entre los usuarios y elaborar estadísticas (nivel de satisfacción de los usuarios, motivos de queja o reclamación, tipo de información solicitada, etc.), comunicando sus resultados a la Dirección del centro.
- Confeccionar y entregar a los usuarios documentación relativa a los servicios de Admisión, plantas, urgencias, servicios generales, normas de estancia, horarios, además de la carta de derechos y deberes de los usuarios de los Servicios de Salud. En los casos de hospitalización, también se entrega al paciente una encuesta de opinión, en la cual éste puede reflejar diferentes aspectos sobre su estancia en el hospital.
- Canalizar las quejas, reclamaciones y sugerencias. Se informa al usuario de la existencia de un Libro de Reclamaciones a su disposición, así como de un buzón de sugerencias, en el cual puede aportar felicitaciones, sugerencias y opiniones.
- Realizar otras funciones generales propias del Celador, como velar por el orden y silencio en las dependencias de la institución, vigilar el comportamiento de los enfermos, de los visitantes, además de vigilar el acceso-estancia de los familiares y visitantes.
- La información obtenida a través de encuestas y estadísticas, así como la mayoría de opiniones recogidas directamente por compañeros celadores, refleja que este Servicio es muy valorado y utilizado, especialmente por personas de edad avanzada y/o con algún tipo de minusvalía física, psíquica o sensorial.

5 Discusión-Conclusión

Analizadas las múltiples y variadas funciones del Celador en el Servicio de Información, se puede constatar que su papel tiene gran importancia en la consecución de los objetivos de este Servicio. Por tanto, el trabajo del celador es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. Sie7e editores. MAD
- <https://celadores2014.files.wordpress.com/2015/04/tema-11-especc3adfico.pdf>
- <https://www.scsalud.es/servicio-de-atencion-al-paciente-valdecilla>
- http://gestionclinica.sespa.es/pdf/Informe_satisfaccion2011_%20GC.pdf

Capítulo 630

CONDUCTA PROFESIONAL Y ÉTICA EN LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN EL ÁMBITO DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

MIRTA ÁLVAREZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

Atendiendo a la Declaración de la FITS/AIETS, los trabajadores sociales deben actuar con arreglo al código o directrices de ética vigentes en su país. Estos códigos, generalmente, incluyen orientaciones más detalladas de la práctica ética específica de cada contexto nacional.

2 Objetivos

- Dar a conocer y aplicar, en el ámbito del Trabajo Social Sanitario, los principios que han de orientar y guiar nuestra práctica profesional diaria:

Se espera que los trabajadores sociales desarrollen y mantengan las habilidades y preparación necesarias para desarrollar su trabajo.

Los trabajadores sociales no participarán nunca en acciones con fines inhumanos tales como tortura o terrorismo.

Los trabajadores sociales deben actuar con integridad. Es decir, no abusar de la relación de confianza con los usuarios, reconocer los límites entre la vida personal y profesional, y no abusar de su posición para beneficios o ganancias personales.

Los trabajadores sociales deben actuar con los/as usuarios/as de sus servicios con empatía y atención.

Los trabajadores sociales no deben subordinar las necesidades e intereses de los/as usuarios/as a sus propias necesidades o intereses.

Los trabajadores sociales tienen el deber de hacer lo necesario para cuidar de sí mismos, profesional y personalmente en el lugar de trabajo y en la sociedad, para asegurarse de que pueden ofrecer los servicios adecuados.

Los trabajadores sociales deben mantener la confidencialidad de la información sobre los usuarios y el secreto profesional. Las excepciones solo estarán justificadas por requerimientos éticos superiores (como preservar la vida).

Los trabajadores sociales tienen que asumir la responsabilidad de sus acciones ante los usuarios de los servicios, las personas con las que trabajan, sus colegas, sus empleadores, las organizaciones profesionales y ante la ley. Incluso si ello es motivo de conflicto.

Los trabajadores sociales deben estar dispuestos a colaborar con las escuelas de trabajo social para apoyar a los estudiantes de trabajo social a acceder a unas prácticas de formación de buena calidad que les permita mejorar su conocimiento práctico.

Los trabajadores sociales deben promover y fomentar el debate ético entre sus colegas y empleadores y asumir la responsabilidad de tomar decisiones éticamente fundamentadas.

Los trabajadores sociales deben estar preparados para dar cuenta de sus decisiones basadas en consideraciones éticas, y a asumir la responsabilidad de sus elecciones y actuaciones.

Los trabajadores sociales deben trabajar para generar unas condiciones, en las organizaciones donde trabajan y en sus países, donde los principios de esta declaración y los de sus códigos de ética nacionales (si los hay) sean debatidos, evaluados y defendidos.

3 Metodología

Revisión bibliográfica y análisis documental sobre documentos elaborados por expertos en la materia, actualizado y vigente para nuestro contexto profesional actual.

4 Bibliografía

1. “Ética en el Trabajo Social, Declaración de Principios” fue aprobado por la Asamblea General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y de la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social en Adelaida, Australia, Octubre 2000. Copyright © 2004 International Federation of Social Workers and International Association of Schools of Social Work, PO Box 6875, CH-3001 Bern, Switzerland. Versión en español, del original en inglés, revisada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social. España.

Capítulo 631

INTOLERANCIAS ALIMENTICIAS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO. LA LACTOSA

SUSANA LONGORIA MENENDEZ

MARIA CRUZ MENÉNDEZ ÁLVAREZ

1 Introducción

En la actualidad, un gran número de personas tienen intolerancia a la lactosa, si bien es cierto que existe una gran variedad de productos de leche de vaca sin lactosa, debemos tener en cuenta la existencia de productos lácteos de origen vegetal.

Las leches vegetales se obtienen a partir de un origen vegetal: cereales, legumbres, frutos secos o semillas, que se mezclan con agua y, a veces, con otros ingredientes para conseguir un mejor sabor y valor nutricional. Es realmente un tema de actualidad por alta prevalencia e incidencia social, motivo por el cual se desarrolla este capítulo.

2 Objetivos

- Conocer las alternativas a la leche de origen animal.
- Conocer las ventajas frente a la leche de vaca, como por ejemplo la ausencia de colesterol y lactosa

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 personas intolerantes a la lactosa en su intestino delgado no se produce la enzima lactasa, o la tienen en muy poca cantidad, esto supone que no pueden digerir la leche común. La leche sin lactosa es un tipo de leche que los intolerantes a la lactosa sí pueden digerir debido a que en la industria alimentaria se introduce la lactasa en la leche, de forma que la división en las dos moléculas se produce en la leche y no en el intestino.

El resultado es una leche sin lactosa que los intolerantes a la lactosa sí pueden digerir. No obstante lo anterior, actualmente en el mercado también disponemos de una amplia variedad de leches de origen vegetal que nos aportan los nutrientes necesarios, como pueden ser la leche de soja, leche de avena, leche de arroz, leche de coco, leche de nueces, leche de quinoa, leche de almendras, etc. este tipo de leches además de estar enriquecidas con vitaminas y calcio, son un sustituto idóneo a la leche de origen animal (leche de vaca, de cabra).

5 Discusión-Conclusión

Las bebidas vegetales son una buena opción para quienes quieran consumir este tipo de bebidas y no quieran o no puedan consumir leches de origen animal debido a alergias o intolerancias a la lactosa. Para estas personas, el mercado ofrece una amplia variedad de bebidas basadas en frutos secos, cereales, leguminosas e, incluso, frutas (como el coco).

6 Bibliografía

- www.eluniversal.com www.saludalosaludable.com www.avogel.es
www.elmundo.es

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

Capítulo 632

RECURSOS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y A SU ENTORNO.

MIRTA ÁLVAREZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

Una persona dependiente es aquella que precisa ayuda, de forma importante y permanente, para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD). En la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia se establece que las razones pueden estar derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad. Y que esta dependencia está ligada a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial.

2 Objetivos

- Revisión bibliográfica sobre la contextualización y legislación vigente de las personas que se encuentran en situación de dependencia.
- Evaluar las diferentes servicios existentes de ayuda a la dependencia.

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

Instituciones:

- La ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia regula los servicios de promoción de la autonomía personal y de atención y cuidado a las personas en situación de dependencia. También establece el catálogo de servicios sociales mediante un sistema denominado SAAD (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia).

Servicio de prevención a las situaciones de dependencia:

La finalidad de este servicio es prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas.

Los servicios sociales y de salud coordinan actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a personas mayores y con discapacidad.

- Servicio de teleasistencia:

Este servicio facilita la asistencia a los usuarios mediante el uso de las tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento.

Puede ser independiente o complementario al de ayuda a domicilio. Además, algunas comunidades autónomas han puesto en marcha teléfonos gratuitos dirigidos a la atención de personas mayores.

Tiene las siguientes funciones:

- Facilitar información de servicios y recursos existentes en su Comunidad dirigidos a personas mayores.
- Recoger quejas sobre el funcionamiento de centros de atención especializada a personas mayores.

- Detectar de forma rápida situaciones de riesgo o de maltrato que puedan estar sufriendo las personas mayores (abuso físico, sexual, económico, etc.).
- Atender de manera personalizada y por profesionales cualificados las demandas de las personas usuarias de este servicio.

Servicio de ayuda a domicilio:

- Es un servicio prestado a las personas en situación de dependencia en sus propios domicilios por entidades o empresas acreditadas para esta función, cuyo fin es atender las necesidades de la vida diaria de aquellas.

Engloban:

- La atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.
- La atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.

Servicio de centro de día y de noche:

- Este servicio ofrece una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias y/o cuidadores. En particular, cubre, desde un enfoque psicosocial, las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal. Según el perfil de la persona dependiente, pueden ser de varios tipos:
- Centros de día para menores de 65 años.
- Centros de día para mayores.
- Centros de día de atención especializada por la especificidad de los cuidados que ofrecen.
- Centros de noche que se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

Servicio de atención residencial:

Este servicio ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, en los centros residenciales habilitados para este fin, servicios continuados de carácter personal y sanitario, según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.

La prestación de este servicio puede ser:

- Permanente, cuando el centro se convierta en la residencia habitual de la persona.
- Temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de

los cuidadores no profesionales.

Incluye la siguiente tipología de centros:

- Residencias de personas mayores en situación de dependencia.
- Centros de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

5 Discusión-Conclusión

Dada la complejidad del cuidado de personas dependientes, lo cual es cada vez más prevalente en la sociedad actual, es necesario el conocimiento de la misma por parte de todos los trabajadores sanitarios, así como su manejo terapéutico. Por tanto, el trabajo del sanitario y acompañante es fundamental dentro del equipo multidisciplinar para el cuidado integral del enfermo a tratar, siendo importante su formación profesional para ofrecer cuidados sanitarios de calidad.

6 Bibliografía

- (Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>
- <https://www.scielo.org/es/>

Capítulo 633

EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR COMO EJE DE LA INTERVENCIÓN EN LA ATENCIÓN A PERSONAS QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

MIRTA ÁLVAREZ HERNÁNDEZ

1 Introducción

Son muchos los profesionales que intervienen en la vida y funcionamiento de un centro o institución social.

Los profesionales que participan en los cuidados y programas de atención sociosanitaria han de trabajar de una forma conjunta y coordinada, con unos objetivos comunes. Más allá del trabajo individual, se debe lograr la complementariedad para lograr esos objetivos.

Para que el equipo interdisciplinar sea eficaz en su funcionamiento debe reunirse periódicamente y contar con las siguientes características:

- Un objetivo común. El equipo debe definir los objetivos concretos de manera coordinada entre los miembros que lo forman. Esos objetivos son la base del trabajo en equipo, y su consecución es el éxito del mismo.
- Percepción de equipo. Todos los profesionales deben considerarse como parte del mismo y tener claras las relaciones con el resto de miembros.

- Apoyo interprofesional. Se apoyan y motivan unos a otros, colaborando en la resolución de los problemas que puedan surgir.

Clasificación profesional.

En el V Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a Personas Dependientes y Desarrollo de la

Promoción de la Autonomía Personal se establece la clasificación profesional o grupos profesionales, según el nivel de titulación, cualificación, conocimiento o experiencia.

Se establecen en dicho Convenio los siguientes grupos y categorías profesionales:

Grupo A: Gerente, Administrador, Titulado Superior.

Grupo B: Titulado medio, Gobernante.

Grupo C: Personal técnico, personal auxiliar.

Grupo D: Personal subalterno, personal no cualificado.

A continuación describimos las funciones de algunas de las categorías profesionales, aunque no todas las instituciones tienen la obligación, ni la necesidad, de contar con todos ellos.

GRUPO A: MÉDICO Y PSICÓLOGO

Médico - Médico especialista (geriatra, rehabilitador, etc.)

Su objetivo es mantener el buen estado de salud de los residentes y establecer la coordinación con los servicios públicos de salud. Sus principales funciones son:

- Hacer la valoración y reconocimiento del estado de salud del usuario en el momento de su ingreso.

Elaborar la historia clínica y extender las órdenes de cuidados, tratamientos y terapias rehabilitadoras.

- Atender a las nuevas enfermedades que puedan aparecer, prescribiendo los tratamientos adecuados. Cuando no es posible realizar en el centro los cuidados necesarios, se derivará al usuario a la Atención Especializada.
- Dirigir el programa de movilización y rehabilitación de los usuarios. Realizar el seguimiento y evaluación de dichos programas conjuntamente con el equipo formado por todas las personas que intervienen.
- Asistir al personal destinado en el centro, en los casos de necesidad y urgencia.
- Supervisar las dietas del centro, comprobando la adecuación a las patologías de los residentes.
- Supervisar el trabajo de enfermería y de atención directa, comprobando que el trabajo se desempeña de forma correcta.

- Atender a los familiares de los usuarios, manteniéndoles informados de la evolución de los mismos o de cualquier problema que surja.
- Formar parte del equipo interdisciplinar, participando en la elaboración del Plan Individual de Atención (PIA), estableciendo objetivos y realizando el seguimiento del estado sanitario del usuario.
- Supervisar el trabajo del personal sanitario.
- Supervisar el estado sanitario de las dependencias del centro.
- En general, todas aquellas actividades no especificadas que se le pidan, de acuerdo con su titulación y profesión.

Psicólogo.

Su objetivo es atender a las necesidades psicológicas y a las patologías cognitivas. Sus principales funciones son:

- Atender al usuario y a los familiares en el preingreso y en el ingreso, para lograr una adecuada adaptación del usuario a la institución.
- Realizar la evaluación, el seguimiento y la intervención no farmacológica del usuario en el momento del ingreso, en los aspectos de personalidad, psicoafectivo y cognitivo.
- Intervenir en el establecimiento de los cuidados paliativos.
- Asesorar al personal de cuidados directos y a los familiares en la forma de apoyo a los usuarios en sus necesidades psicológicas.
- Colaborar resolviendo situaciones de conflicto entre los usuarios y el personal, potenciando la autoestima de las personas.
- Formar parte del equipo interdisciplinar, participando en la elaboración del PIA, y haciendo el seguimiento de la situación psicoafectiva del usuario, para conseguir los objetivos de dicho plan.
- Sus funciones se complementan con las del área profesional de Trabajo Social.

GRUPO B. ENFERMERO, FISIOTERAPEUTA Y TRABAJADOR SOCIAL.

Enfermero (ATS-DUE).

Su objetivo es intermediar y coordinar la atención de cuidados directos y la atención médica. Sus principales funciones son:

- Realizar la valoración de enfermería al ingreso del usuario y establecer el plan de cuidados para una adecuada atención a las AVD.
- Atender las necesidades sanitarias mediante la preparación y administración de medicamentos pautados por el médico, controlar los niveles de glucemia en los pacientes diabéticos, toma periódica de constantes vitales como la temperatura,

la tensión arterial y el pulso, supervisión de la higiene y del estado de la piel, control del estado nutricional y de la hidratación.

- Establecer la necesidad de realizar cambios posturales a las personas con limitación de la movilidad.
- Realizar las curas de las personas que tengan lesiones.
- Atender de forma constante a los familiares de los usuarios, informándoles de cualquier problema que pueda surgir, y respondiendo a las dudas que puedan tener.
- Realizar el control del botiquín, tanto de medicamentos como de material, con el apoyo del médico.
- Realizar los pedidos de farmacia, analítica y radiología en los centros donde no exista profesional especializado.
- Controlar las consultas médicas externas, así como las pruebas analíticas o radiológicas.
- Formar parte del equipo interdisciplinar, participando en la elaboración del PIA, estableciendo objetivos y realizando el seguimiento del estado asistencial del usuario.
- En general todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con las mencionadas.

Fisioterapeuta.

Su objetivo es mantener la máxima independencia y movilidad de los usuarios. Sus principales funciones son:

- Realizar la evaluación de fisioterapia al ingreso del usuario, contemplando los aspectos de movilidad, equilibrio, coordinación, etc.
- Realizar los tratamientos, en coordinación con el servicio médico, de forma individual o en grupo, evaluando su eficacia.
- Asesorar a los profesionales que lo necesiten sobre pautas de movilizaciones y tratamientos en los que tengan incidencia las técnicas fisioterapeutas.
- Seguir y evaluar la aplicación de los tratamientos.
- Formar parte del equipo interdisciplinar, participando en la elaboración del PIA, estableciendo los programas de fisioterapia adecuados a cada individuo, fijando objetivos y realizando el seguimiento del estado asistencial del usuario.
- En general, ejecutar todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y tengan relación con su titulación profesional.

Trabajador social

Su objetivo es la integración y adaptación del usuario a la institución, mediante el manejo de los recursos sanitarios y sociales disponibles. Sus principales fun-

ciones son:

- Realizar la valoración inicial del usuario, en los aspectos sociales y familiares.
- Atender al usuario y a los familiares en el preingreso y en el ingreso, para explicarles las condiciones del ingreso y las características y servicios que se prestan en la institución. Acompañar al usuario a la habitación, enseñándole el centro y presentándole al personal del centro y a sus compañeros.
- Realizar el seguimiento social del usuario, colaborando con las entidades de carácter social e instituciones locales, tramitando las ayudas y prestaciones que se puedan necesitar.
- Gestionar, dirigir y fomentar la integración de los usuarios en los distintos programas de participación de la institución.
- Colaborar con el animador sociocultural y el terapeuta ocupacional en las actividades y programas establecidos, coordinando y controlando la participación de los usuarios, y gestionando los permisos en las salidas de la institución.

GRUPO C. TERAPEUTA OCUPACIONAL Y GOBERNANTE

Terapeuta ocupacional.

Su objetivo es el mantenimiento o la recuperación para las AVD. Sus principales funciones son:

- Realizar la evaluación del usuario al ingreso en los aspectos de la capacidad para realizar las AVD, y los aspectos básicos cognitivos, de memoria, atención y orientación.
- Realizar las actividades auxiliares de psicomotricidad, lenguaje, dinámicas y rehabilitación personal y social a los usuarios.
- Colaborar en el seguimiento o la evaluación del proceso recuperador o asistencial de los usuarios del centro.
- Participar en las actividades de ocio y tiempo libre, fomentando la integración de los usuarios en las mismas.
- Formar parte del equipo interdisciplinar, participando en la elaboración del PIA, estableciendo los programas de terapia ocupacional adecuados a cada individuo, fijando objetivos y haciendo un seguimiento de la realización de las AVD y del estado cognitivo del usuario.
- En general, ejecutar todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y tengan relación con su titulación profesional.

Gobernante.

Es el profesional encargado de organizar, distribuir y coordinar los servicios de comedor, office, lavandería, lencería y limpieza. Sus principales funciones son:

- Supervisar la actividad de los trabajadores a su cargo distribuyendo las actividades y los turnos de las personas que tiene asignadas y vigilando el buen uso y economía de los materiales, utillaje, herramientas y maquinaria, procediendo a su recuento e inventario. Tiene conocimiento del número de servicios diarios realizados en sus departamentos y controla el cumplimiento de la labor profesional del personal a su cargo, así como su higiene y uniformidad.
- En coordinación con el departamento de restauración/cocina, es responsable de la buena marcha del servicio de comedor, distribución de comidas, control de regímenes, servicios especiales, montaje, limpieza y retirada del servicio; y, en coordinación con el personal de enfermería, lleva el control del buen estado de los alimentos que los usuarios tengan en las habitaciones.
- En los centros en los que el servicio de comidas esté contratado con una empresa externa de catering, colabora con ella en la confección de los menús y supervisa las condiciones sanitarias de sus dependencias y de los alimentos servidos.
- Supervisar, cuando haya contrato de limpieza, el buen funcionamiento de este servicio.
- Si, por necesidades perentorias o imprevisibles, la normal actividad del centro lo requiere, colaborar en las actividades propias del personal a sus órdenes.

GRUPO D. TÉCNICO EN ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES Y AUXILIAR DE ATENCIÓN DIRECTA.

Técnico en actividades socioculturales (TASOC).

Su objetivo es la organización del ocio y el tiempo libre de los usuarios. Sus principales funciones son:

- Realizar la evaluación del usuario al ingreso atendiendo a sus gustos y preferencias en materia de ocio y tiempo libre.
- Establecer y gestionar los programas de animación sociocultural, junto con el terapeuta ocupacional, según las - Favorecer la integración y el desarrollo social mediante actividades lúdicas y educativas.
- Desarrollar y ejecutar las diversas técnicas de animación, individuales y/o grupales, que impliquen a los usuarios en la ocupación de su tiempo libre y promover así su integración y desarrollo grupal.
- Establecer relaciones con entidades, organismos y establecimientos cercanos (museos, organizaciones sin ánimo de lucro, colegios, etc.) para poder acceder a los mismos, y potenciar la integración de la sociedad en el centro.
- Formar parte del equipo interdisciplinar, participando en la elaboración del PIA, estableciendo los programas lúdicos y educativos adecuados a cada individuo.
- En general, todas aquellas actividades no especificadas anteriormente y que tengan relación con ellas.

Auxiliar de atención directa (técnico en atención sociosanitaria, cuidador de minusválidos físicos, psíquicos y sensoriales, cuidador de personas dependientes en instituciones y gerocultor).

Su objetivo es facilitar la vida diaria de los usuarios.

Sus funciones son las propias del profesional en atención sociosanitaria a personas dependientes en instituciones sociales que vamos a ver con detenimiento más adelante.

Sus principales funciones son:

- Preparar, distribuir y, en su caso, administrar las comidas.
- Ayudar a los usuarios en su higiene personal y en sus necesidades fisiológicas.
- Hacer las camas y vigilar la limpieza de las habitaciones.
- Recoger y disponer la ropa usada y enviarla a lavandería.
- Ayudar a enfermería, cuando fuere preciso, en la administración de medicamentos.
- Realizar labores de preparación y limpieza de mobiliario, material y aparatos clínicos.
- Recoger los datos clínicos que indique enfermería o el médico responsable.
- Comunicar a enfermería o al médico los signos que llamen su atención o las manifestaciones que los usuarios realicen sobre sus síntomas.
- Realizar los cambios posturales que le hayan encomendado.
- Limpiar y preparar el mobiliario, materiales y aparatos de botiquín.
- Acompañar a los usuarios en las salidas, citas médicas, excursiones, etc.
- En general, todas aquellas actividades que, no habiéndose especificado anteriormente, le sean encomendadas y siempre que estén incluidas en el ejercicio de su profesión y preparación técnica.

2 Objetivos

- Delimitar y definir las funciones de los diferentes profesionales que intervienen como miembros del Equipo Interdisciplinar en las instituciones sociales de Atención a la Dependencia.
- Concienciar a los profesionales que trabajan en el ámbito de la Dependencia de la importancia que adquiere un abordaje desde una perspectiva interdisciplinar.

3 Metodología

- Revisión Bibliográfica sobre contenidos elaborados por expertos en la materia
- Observación y análisis documental.

4 Bibliografía

1. V Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal.
2. Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

Capítulo 634

EXTINCIÓN CONATOS DE INCENDIOS EN UN CENTRO SOCIO SANITARIO

ELENA MARIA CURTO BLAS

1 Introducción

El riesgo de incendio está presente en cualquier actividad y en todos los ámbitos de la vida, por ello es de vital importancia que todos conozcamos, como se origina, cuáles son los principios básicos de la combustión, como se propaga el fuego y sobre todo como se extingue.

¿Cómo se origina un fuego?

Para que un fuego se inicie es necesario que se encuentren presentes los tres factores que forman lo que conocemos como el triángulo del fuego. Por este motivo el triángulo es de gran utilidad para explicar cómo podemos extinguir un fuego eliminando uno de sus lados

I. El combustible: Cualquier sustancia capaz de arder se puede considerar un combustible, entendemos que es la parte más importante en el origen de un incendio, el combustible puede encontrarse en estado sólido, líquido o gaseoso.

II. El comburente: Esta sustancia que en la mayoría de los casos es el oxígeno, es el principal factor de aceleración del posible incendio (se encuentra en el aire, con una concentración de 21%).

III. La energía de activación: Es la fuente necesaria para iniciar la combustión, puede ser una chispa, una fuente de calor, una corriente eléctrica, etc.

En los últimos tiempos, los técnicos han descubierto que para que se mantenga la combustión es necesario un cuarto elemento, la reacción en cadena. Sin la unión de los tres componentes citados anteriormente el fuego no se produce y

si eliminamos de la combustión cualquiera de los lados del triángulo el fuego se apagará. Al incluir la reacción en cadena en el esquema del triángulo del fuego obtenemos el tetraedro del fuego.

El principio básico del tetraedro del fuego es el mismo que el del triángulo del fuego, todos los lados del tetraedro son necesarios para que la combustión se mantenga ya que si eliminamos cualquiera de los lados el fuego se apaga. La reacción en cadena de la combustión desprende calor que es transmitido al combustible realimentándolo y continuando la combustión. La mayoría de los fuegos comienzan una pequeña extensión, la cual se va agravando con el paso del tiempo, debido a ello el tiempo de reacción es fundamental en los casos de incendio. En los primeros instantes un fuego podría incluso detenerse con las manos, al paso de un pequeño espacio de tiempo el uso de un extintor bastaría para sofocar el conato y pasados varios minutos la intervención de los bomberos sería inevitable, por ello el tiempo es un factor fundamental. Distintos tipos de fuego ante los que nos podemos encontrar. Para poder entender mejor la funcionalidad de cada tipo de extintor, es necesario saber primero qué tipos de fuegos existen:

- I. Clase A: Fuegos con combustibles sólidos como madera, cartón, plástico, etc.
- II. Clase B: Fuegos donde el combustible es líquido como por ejemplo el aceite, la gasolina o la pintura.
- III. Clase C: Los distintos tipos gases como el butano, propano o gas ciudad.
- IV. Clase D: A esta clase pertenecen distintos metales como pueden ser el magnesio, el sodio o el aluminio en polvo.
- V. Clase F: Derivados de la utilización de ingredientes para cocinar (aceites y grasas vegetales o animales).

Los resultados de la combustión son: Llama, humo, calor y gases (el principal gas y el que constituye mayor amenaza en los incendios es el monóxido de carbono).

¿Cómo funcionan los distintos métodos de extinción?

- Por enfriamiento: Eliminación del calor por distintos métodos.
- Por sofocación: Evitando o reduciendo la aportación de oxígeno.
- Por eliminación del combustible: Retirando los combustibles presentes, diluyendo los líquidos, o cerrando las válvulas de conducción de gases.
- Por inhibición: Mediante la neutralización de los radicales activos.

¿Dónde puedo localizar un extintor?

El emplazamiento de los extintores debe permitir que sean fácilmente visibles, accesibles y estén siempre señalizados. Estarán situados próximos a los puntos donde se estime mayor probabilidad de iniciarse el incendio. Próximos a las salidas de evacuación y a ser posibles colocados sobre soportes fijados a paramentos

verticales, de manera que la parte superior del extintor quede situada entre 80 y 120 cm del suelo. Su distribución ha de ser tal que el recorrido horizontal, desde el punto del sector de incendio, hasta el extintor no supere los 15m.

¿Qué tipo de extintor debo utilizar?

Dependiendo el tipo de fuego deberemos utilizar distintos extintores, para ello debemos conocer de antemano cuales son las distintas clases de fuego. Teniendo en cuenta esta categorización, podemos entender mejor los tipos de extintores existentes y sus características particulares:

I. Extintores de agua: Apropriados para extinguir fuegos de tipo A, es decir todos aquellos producidos por la combustión de elementos sólidos. El poder del agua como elemento extintor se debe a su gran capacidad para absorber el calor consiguiendo así reducirlo más deprisa de lo que el fuego es capaz de regenerar. A la hora de utilizarlo es muy importante revisar el entorno y no utilizarlo en lugares donde haya electricidad o una corriente eléctrica para evitar el riesgo de electrocución.

II. Extintores de polvo: Son los más comunes y son indicados para los tipos A, B y C, es aquel cuyo agente extintor se encuentra en estado pulverulento y es proyectado mediante la presión proporcionada por la liberación de un gas auxiliar o por una presurización previa.

III. Extintores de CO₂: Estos tipos de extintores son aptos para fuegos de tipo A, B y C. Al ser un extintor limpio, resulta ideal para maquinaria delicada y equipamientos eléctricos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que se trata de un elemento químico y que, por tanto, para evitar intoxicaciones, es muy importante salir de inmediato del lugar cuando se haya extinguido el fuego.

IV. Extintores para fuegos especiales: estos son los únicos que se pueden utilizar para sofocar fuegos de clase D. Actúan en general por sofocación y algunos también absorben el calor actuando por enfriamiento al mismo tiempo que por sofocación

V. Extintores en cocinas industriales: instalaciones automáticas que utilizan acetato potásico y sistemas de agua nebulizada, o agua con aditivos y espumas.

¿Cómo debo utilizar el extintor?

I. Una vez hayamos identificado correctamente el tipo de fuego al que nos enfrentamos y hayamos comprobado que el extintor es adecuado para ese tipo de incendio procederemos a comprobar el extintor.

II. Debemos verificar que el extintor está cargado y que ha sido revisado recientemente. Si se ha cargado el extintor en el último año debería tener una cinta plástica de color rojo o azul en la parte de la palanca.

III. Descolgar el extintor asiéndolo por la maneta o asa fija que disponga y posicionarlo sobre el fuego en posición vertical.

IV. En caso de que el extintor posea manguera asirla por la boquilla para evitar la salida incontrolada del agente extintor.

V. El siguiente paso es quitar la anilla de seguridad y colocarnos a una distancia de un metro del fuego como mínimo siempre entre el fuego y una vía de escape, en caso de espacios abiertos acercarse en la dirección del viento.

VI. Realizar una pequeña descarga de comprobación de salida del agente extintor.

VII. Sujetaremos la manguera del extintor con fuerza apuntando a la base del fuego y accionaremos la palanca. Intentaremos extender el agente extintor por toda la superficie en llamas, con un movimiento de zigzag hasta que consigamos apagar completamente el fuego.

¿Cómo debo evitar la aparición de un incendio?

I. Evita sobrecargar los enchufes.

II. No fumes en los centros de trabajo ni cerca de residuos inflamables. Recuerda que además de estar prohibido.

III. Algunos equipos de trabajo pueden provocar incendios al generar calor, chispas o llamas. Utilízalos con precaución y verifica de forma frecuente el estado en que se encuentran.

IV. Si detectas cualquier anomalía en las instalaciones eléctricas o de protección contra incendios, comunícalo a tu responsable en materia de Seguridad y Salud Laboral del centro.

V. No obstaculices los recorridos y salidas de evacuación.

VI. Identifica los medios de extinción y alarma, y familiarízate con ellos.

VII. Los equipos de trabajo pueden generar otros riesgos añadidos en función del lugar donde los uses, por ello, presta atención al entorno donde los utilices.

2 Objetivos

Exponer de forma clara que factores intervienen en la formación, extinción y prevención de un fuego y las distintas maneras de actuar ante un posible conato de incendio

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

Tras una larga consulta en distintas fuentes, nos encontramos con mucha información acerca del manejo manual de extintores, siendo la más importante a tener en cuenta la siguiente:

El acrónimo RACE, es el que determina la forma con la cual debemos actuar ante un posible incendio, las siglas anteriormente citadas corresponden a:

RESCATE: Procedimiento de salvamento de las posibles personas o animales implicados en el suceso.

ALARMA: Pondremos en marcha la totalidad de mecanismos de aviso de los cuales disponga el centro en cuestión. Avisaremos a la persona a cargo de esas tareas o en su defecto a un superior que pueda poner los mecanismos correspondientes en funcionamiento.

COMPARTIMENTACIÓN: Cerraremos puertas y ventanas, evitando la entrada de oxígeno y consiguiendo retrasar la propagación de un incendio.

EXTINCIÓN: Una vez llevadas a cabo las acciones anteriores, intentaremos extinguir los distintos conatos de incendio que se hubieran originado.

NORMAS PARA EL USO DE EXTINTORES



1. ATAQUE EL INCENDIO A FAVOR DEL VIENTO NUNCA EN CONTRA.

INCORRECTO



CORRECTO



2. EN LA EXTINCION DE INCENDIOS POR LIQUIDOS COMBUSTIBLES SUPERFICIALES, EMPIECE A EXTINGUIR EN LA BASE Y DE FRENTE AL FUEGO.

INCORRECTO



CORRECTO



3. EN LA EXTINCION DE INCENDIOS POR COMBUSTIBLES LIQUIDOS BAJO PRESION, EMPIECE A EXTINGUIR DE ARRIBA HACIA ABAJO.

INCORRECTO



CORRECTO



4. UTILICE VARIOS EXTINTORES SIMULTANEAMENTE Y NO UNO DESPUES DEL OTRO.

INCORRECTO



CORRECTO



5. PRESTE ATENCION A UNA POSIBLE REIGNICION DEL INCENDIO.

INCORRECTO



CORRECTO



6. RECARGAR Y ALMACENAR APROPIADAMENTE LOS EXTINTORES DESPUES DE UTILIZARLOS.

INCORRECTO



CORRECTO



5 Discusión-Conclusión

Es de vital importancia que todos los trabajadores de un hospital o centro sociosanitario, independientemente de su ocupación, tengan la formación teórica y práctica lo más completa posible, sobre las instrucciones de funcionamiento y los peligros de utilización de un extintor portátil.

6 Bibliografía

- Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.
- NTP 45: Plan de emergencia contra incendios.
- NTP 99: Métodos de extinción y agentes extintores.
- NTP 536: Extintores de incendio portátiles: utilización.

Capítulo 635

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES: ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO

SABRINA ZANGO POZO

MIRIAN VILLANUEVA SÁNCHEZ

1 Introducción

La prevención de riesgos en el trabajo es el conjunto de actividades, medidas adaptadas o previstas en todas las fases de actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir las posibilidades de que los trabajadores sufran daños derivados del trabajo, ya sean estos accidentes, enfermedades, patologías o lesiones. El concepto de prevención de riesgos laborales ha venido a sustituir en los últimos años al de seguridad y salud laboral.

La herramienta fundamental en la prevención de riesgos laborales es la evaluación de riesgos laborales, que propondrá, si es necesario, unas medidas preventivas encaminadas a evitar o disminuir los riesgos en los puestos de trabajo. Los principales peligros suelen dividirse en las categorías de riesgos físicos, riesgos químicos, riesgos biológicos, riesgos ergonómicos y riesgos psicosociales.

La Carta Magna de nuestro país dice, en su artículo 35, que «todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo...», aclarando en el epígrafe segundo del artículo 40 que «los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales; velarán por la seguridad e higiene en el trabajo y...». El Estatuto de los Trabajadores, Real Decreto 1/1995,

de 24 de marzo, indica en su artículo 4, apartado 2, que «los trabajadores tienen derecho a su integridad física y a una adecuada política de seguridad e higiene.»
(1)

Finalmente, con la publicación de la LPRL Ley 31/1995, de 8 de noviembre, se regula la protección de la salud de los trabajadores de forma armonizada con la normativa marco de la Comunidad Europea.

2 Objetivos

- Exponer aquella información básica sobre Riesgos Profesionales que como trabajador dentro del sector sanitario debes conocer, para poder actuar en consecuencia en materia de prevención de riesgos laborales.

3 Metodología

Hemos realizado una revisión bibliográfica de diversos estudios sobre las enfermedades laborales y prevención de riesgos.

Las palabras clave utilizadas han sido: enfermedad laboral, prevención de riesgos, enfermedad profesional.

4 Resultados

Definimos la enfermedad relacionada con el trabajo a toda lesión corporal que el trabajador sufra a consecuencia del trabajo que realiza por cuenta ajena. El accidente de trabajo puede ser:

- Según su origen: in itinere o in labore.
- Según sus consecuencias en el trabajador: con baja o sin baja.
- Según las pérdidas que ocasiona: sin pérdidas o blanco, con daños y con lesiones.

Un accidente de trabajo puede no haber tenido consecuencia alguna, ya sea por la intervención del azar o por las protecciones preventivas con que cuente el trabajador, aunque el accidente, también llamado incidente o accidente blanco en estos casos, puede haber sido igualmente grave en atención a las consecuencias que podría haber tenido de no haber mediado la suerte.

Puede suceder que se trate de un accidente con daños, así llamado porque no ha dado lugar a lesiones en el trabajador, pero sí ha producido daños materiales como avería de herramientas, rotura de instalaciones, etc.

Estos supuestos mencionados también deben ser objeto de investigación, por parte de los técnicos correspondientes, como si de un accidente con lesiones se tratara, de cara al descubrimiento de los factores de riesgo y de las medidas preventivas que se deban aplicar para evitar que en la siguiente ocasión, si se repite, pueda ser ya un accidente con lesiones en el trabajador y, por tanto, de mayor gravedad.(2)

El accidente con lesiones, según las consecuencias en el trabajador, puede ser «con baja» (el alcance de la lesión impide al trabajador el desarrollo de sus tareas habituales, lo que implica la baja laboral hasta su recuperación) o «sin baja» (las lesiones que se han producido no impiden al trabajador su actividad laboral normal).

Según el momento en que se produce el accidente puede ser *in itinere* (se ha producido en el trayecto desde el domicilio habitual del trabajador y el edificio en que tiene su puesto de trabajo o, por el contrario, de regreso a su casa) o *in labore* (cuando el accidente tiene lugar en la jornada laboral del trabajador, durante el desarrollo de su actividad).

Sin embargo, no todas las circunstancias que ocasionan lesiones en el trabajador durante su jornada laboral se consideran accidentes de trabajo. Por ejemplo, los accidentes que se produzcan en las gestiones personales que el trabajador realice en su horario laboral, aunque cuente con la autorización de sus mandos, no serán considerados accidentes de trabajo, como tampoco lo serán las enfermedades que, aunque se produzcan en la jornada laboral, no estén relacionadas en su origen con el trabajo, como en general sucede con un cólico nefrítico o una reacción alérgica primaveral intensa. (4)

La enfermedad profesional se define como «La contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley (se refiere al art. 116 de la Ley General de Seguridad Social), y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional». Por tanto, se deben dar esas dos circunstancias: a consecuencia del trabajo y que esté incluida en la tabla oficial de enfermedades profesionales, tabla que, por cierto, se ha modificado recientemente.

Con el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, se ha puesto fin al antiguo y obsoleto cuadro de enfermedades profesionales vigente desde su publicación en 1978. El nuevo cuadro de enfermedades profesionales se presenta por sus impulsores como una oportunidad para acabar con la tradicional infradeclaración de estas patologías en nuestro país. A partir de ahora, la incorporación de una nueva enfermedad profesional en el cuadro oficial será un trámite mucho más ágil y menos complicado que antes; también el tratamiento electrónico de las declaraciones a través de una aplicación especial, CEPROSS, facilitará la comunicación y la fluidez de la información entre las partes implicadas. (2)

El nuevo real decreto presenta algunas deficiencias, tanto en el texto como en la propia lista. El papel que se otorga a los médicos del Sistema Nacional de Salud es poco realista, por citar un ejemplo de las sombras del cuadro ya vigente. Como también lo es la no incorporación, ni siquiera mención en ningún apartado, de las enfermedades profesionales relacionadas con los riesgos psicosociales. En cualquier caso, tampoco podemos restar méritos a la Mesa de Diálogo Social que sacó adelante el nuevo cuadro a pesar de las evidentes dificultades.

En cuanto a la propia lista vemos que se organiza en dos anexos. El anexo 1, que es la lista real de enfermedades profesionales, y el anexo 2, que contiene aquellas enfermedades que, sin ser enfermedades profesionales, podrían llegar a serlo en el futuro, estando sometidas a investigación y estudio. En el anexo 1 encontramos organizadas las enfermedades profesionales en seis grupos:

Producidas por agentes químicos.

Producidas por agentes físicos.

Enfermedades provocadas por agentes biológicos.

Enfermedades dermatológicas.

Enfermedades provocadas por la inhalación de sustancias.

Enfermedades producidas por agentes carcinogénicos.

En cada uno de los grupos de enfermedades profesionales se describen los agentes causantes de enfermedad profesional, así como las actividades en las que se pueden dar. De tal manera, que para que una enfermedad sea considerada profesional debe reunir dos requisitos:

- Que sea provocada por el trabajo.
- Que esté incluida en el anexo 1 mencionado, coincidiendo no sólo el agente causante, sino la actividad laboral.

Las enfermedades relacionadas con el trabajo son aquellas enfermedades que por

sus características no pueden ser incluidas en los conceptos que definen el accidente de trabajo o la enfermedad profesional. Situaciones como el mobbing, el burnout, el estrés laboral, el síndrome del edificio enfermo, etc., pueden ser extraordinariamente lesivas para el trabajador y, sin embargo, en la mayor parte de los casos, tienen la consideración y cobertura de una enfermedad común. En algunas ocasiones, cuando el trabajador consigue demostrar la relación con el trabajo, generalmente por vía judicial, se le otorga la categoría de accidente de trabajo.

La prevención de riesgos laborales marca el camino que debemos seguir en relación al control de los riesgos laborales en la empresa: (3)

- Evitar los riesgos siempre que sea posible.
- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar e integrar la prevención.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.
- Si cumplimos estos preceptos tendremos perfectamente acotado el riesgo que amenace a los trabajadores de nuestra responsabilidad, reduciendo contundentemente la posibilidad de accidentes de trabajo.

Dentro de este apartado es preciso comentar que las herramientas básicas para el desarrollo de la prevención en la empresa, aquellas de las que nacen todas las actuaciones de la empresa en materia de prevención, son(4):

- La evaluación de riesgos.
- La planificación de actividades preventivas.
- La evaluación de riesgos pretende analizar y registrar documentalmente, siguiendo una metodología determinada, todos los riesgos que puedan amenazar la seguridad de los trabajadores, así como las correcciones precisas para neutralizarlos o minimizarlos según las posibilidades en cada caso.

Es un documento básico del que parte prácticamente toda la prevención que se tenga que desarrollar en la empresa. Uno de los métodos más utilizados en nuestro país es el del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. El análisis de riesgos que propone se basa en las posibilidades de que el riesgo se

materialice en un accidente y en la severidad del daño que pueda producirse en el trabajador.

El otro elemento básico de la prevención es la planificación de actividades preventivas. Es éste un documento en el que la empresa plasma los compromisos que asume en materia de prevención en un periodo determinado. Suelen ser ejercicios anuales estos periodos contemplados. Las actividades preventivas que se suelen programar tienen que ver con los riesgos detectados en la evaluación de riesgos. Se incluyen los nombres de los responsables de cada actuación, plazos y presupuesto. (5)

5 Discusión-Conclusión

Después de realizar esta revisión bibliográfica concluimos que para evitar enfermedades relacionadas con el trabajo, es importante llevar una planificación de la prevención y formación a los empleados.

6 Bibliografía

1. Carlos Martínez Domínguez, Belén Arcones Tejedor, Ricardo Díaz Martín: Marco Preventivo de la Prevención de Riesgos Laborales (Ed. Roble, Madrid, 2012).
2. José M^a. Cortés Díaz: Técnicas de prevención de riesgos laborales. Seguridad e higiene del trabajo. Tema 2. "Seguridad e higiene del trabajo".
3. José Francisco Blanco Lahoz, Juan López Gandía: Curso de prevención de riesgos laborales.
4. Aguilar, Carlos (Febrero de 2017). «EL TRABAJADOR NO ES UNA EXTENSIÓN DE LA MÁQUINA». C&E.
5. Diario de Sevilla. «La prevención de riesgos laborales como método de reciclaje profesional». (2018).

Capítulo 636

AGRESIONES EN EL ÁMBITO SANITARIO

PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ

SONIA LORENZO RUBIO

CARLA MIRANDA TAMARGO

MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN

1 Introducción

Existen distintas denominaciones de agresión:

- La Real Academia Española de la Lengua la define como “acto de acometer a alguien para matarlo, herirlo o hacerle daño” o “acto contrario al derecho de otra persona”.
- En el ordenamiento jurídico penal, se recoge que “las lesiones se configuran como el menoscabo de la integridad corporal, o su salud física o mental”.
- La Organización Internacional del Trabajo considera que la violencia en el ejercicio de cualquier actividad profesional o como consecuencia directa de la misma es toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable, mediante el cual una persona es amenazada, humillada o lesionada por otra.
- En el ámbito sanitario, la Organización Mundial de la Salud, define la violencia en el lugar del trabajo como todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su

seguridad, su bienestar y su salud y esta puede ser la más significativa porque pertenece a este ámbito más específicamente.

Todas las definiciones recogen brevemente la descripción de las situaciones que se vienen produciendo a diario por parte de los pacientes o sus familiares hacia los médicos, y desde la agresión verbal, que encuadra, gritos, insultos, amenazas, frases de menosprecio, hasta las agresiones físicas que aunque de más relevancia mediática no son más importantes, donde golpes, patadas, intimidaciones con armas blancas o de fuego, e incluso secuestros, están dentro de lo cotidiano. Queremos destacar las situaciones de riesgos especiales, en las que los trabajadores en el sector de salud están expuestos a toda una serie de situaciones que para esta categoría laboral tienen una importancia especial por la gravedad y la frecuencia de la violencia laboral, así se puede subclasificar las modalidades de trabajo:

- Trabajo individual: el personal de enfermería que trabaja de noche o a domicilio, o hace su trabajo en soledad o en relativo aislamiento corren un mayor riesgo de violencia.
- Trabajo en contacto con el público.
- Trabajo con objetos de valor: siempre que los objetos de valor (medicamentos, jeringuillas, agujas, equipos de valor) están o parecen estar “fácilmente accesibles” hay un riesgo de que se cometan delitos, y cada vez más, de tipo violento.
- Trabajo con personas necesitadas: la frustración y la ira que provienen de la enfermedad y el dolor, los desordenes psiquiátricos y el abuso de alcohol y de las sustancias psicotrópicas pueden influir en el comportamiento y hacer que las personas sean violentas de palabra o físicamente. La incidencia de la violencia a que se enfrentan los trabajadores que están en contacto con personas necesitadas es tan común que a menudo se considera parte del trabajo.
- Trabajo en un entorno cada vez más “abierto” a la violencia: la violencia en los contextos de atención de salud, que tradicionalmente se concentraba en unos pocos sectores, como los servicios de urgencias, se extiende cada vez más a todos los sectores de trabajo.
- Trabajo en condiciones de especial vulnerabilidad: los procesos generalizados de reforma y los recortes de personal en el sector salud son causa de que un número cada vez mayor de trabajadores se vean en empleos ocasionales y precarios, expuestos al riesgo de unas condiciones de trabajo deficientes y pérdidas de empleo, con los riesgos de violencia que ello conlleva.

2 Objetivos

- Establecer las medidas preventivas y de actuación ante acciones violentas que sufre el personal sanitario y no sanitario en el centro de trabajo.
- Exponer la aplicación de ALERTCOPS.

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.

Descriptores: agresión, violencia laboral, personal sanitario. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés y de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre y de relevancia para nuestro estudio.

4 Resultados

No disponemos de estadísticas que a nivel nacional reflejen la dimensión real de este problema, las agresiones a los profesionales sanitarios cada vez son más frecuentes. Un estudio publicado por el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona informa de que una tercera parte de sus médicos colegiados han sufrido algún tipo de agresividad por parte de los enfermos o de sus familiares, a lo largo de su trayectoria profesional. El simple hecho de proporcionar una información diferente a la que el paciente, o su familia, quiere escuchar; la negativa a certificar una baja o a prescribir un determinado medicamento, pueden ser el desencadenante de una conducta agresiva.

- Sólo con una sólida relación médico-enfermo puede realizarse una atención de calidad, lo que es imposible cuando se produce una ruptura violenta de la misma, que repercutirá sobre el servicio sanitario generando intranquilidad y desconfianza en el resto de los pacientes. En fin, genera dificultades y provoca respuestas indeseadas que progresivamente configuraran numerosos círculos viciosos en torno a diferentes situaciones y pacientes lo que deteriora el servicio público.

- El 14 de marzo la Organización Médica Colegial (OMC) conmemora el 'Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario', una fecha que la corporación, junto a los Colegios de Médicos y los Consejos Autonómicos, viene recordando desde el asesinato en 2009, de un médico de familia en Moratalla (Murcia). El objetivo es sensibilizar a las administraciones públicas, a los propios profesionales y a los ciudadanos del grave problema que significan las agresiones a sanitarios porque afecta de forma sustancial a la actividad sanitaria y, por tanto, a la propia sanidad que es uno de los pilares básicos de nuestra sociedad del bienestar.
- Por todo ello las conductas violentas, aunque no lleguen a la agresión física, no deben permitirse en ningún caso, puesto que rompen algo tan básico como el vínculo de confianza que siempre debe existir en la relación médico-paciente, fundamental para la consecución de los objetivos de la relación clínica. Además, esa conducta agresiva si no es sancionada como se merece puede influir en que el médico ceda ante el paciente cayendo en el pacto de silencio lo que es inaceptable pues constituye una mala práctica de la medicina y un perjuicio para la sostenibilidad del Sistema Nacional de la Salud.
- En los centros sanitarios más grandes suelen tener personal de seguridad, y si nos encontramos en centros más pequeños disponemos de la aplicación móvil ALERTCOPS, es un servicio de alertas de seguridad ciudadana que permite comunicarse de manera rápida, gratuita y precisa con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

5 Discusión-Conclusión

En nuestro día a día, por desgracia vemos que se producen más situaciones de agresiones tanto físicas como verbales en el ámbito sanitario. Para lograr minimizarlas todo el personal que trabaja en centros sanitarios debe disponer de un protocolo de actuación ante cualquier tipo de agresión. Es un problema de todos y por tanto, una solución que conlleva el aporte de todos para erradicar todo tipo de violencia.

6 Bibliografía

- Redacción Médica. Recuperado 5 de enero de 2020, de <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/cada-dia-se-producen->

- <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/el-80-del-personal-sanitario-ha-sufrido-una-agresion-en-los-ultimos-5-anos-3088>
- Informe de las agresiones en el ámbito sanitario (s. f.). Recuperado 4 de enero de 2020.
- La OMC conmemora el 'Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario' el 14 de marzo | CGCOM. (s. f.).
- Prosegur. (s. f.). ¿Cómo funciona AlertCops, la app de la Policía? - Blog Prosegur. Recuperado 5 de enero de 2020,
- Vicente, I. S. (2018). Análisis de las agresiones al personal trabajador registradas en los servicios de salud laboral de los Sectores Sanitarios II y III de Zaragoza. Cuidando la salud: revista científica de enfermería, 15, 5-32.

Capítulo 637

ESTRÉS POR CARGA DE TRABAJO EN CENTROS SANITARIOS

PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ

SONIA LORENZO RUBIO

MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN

CARLA MIRANDA TAMARGO

1 Introducción

Desde hace tiempo, el estrés ocupacional ha sido un problema preocupante para el sector de los cuidados de la salud. Los estudios indican que los trabajadores de la salud tienen tasas más altas de abuso de sustancias estupefacientes y de suicidio en comparación con otros profesionales, y tasas elevadas de depresión y ansiedad relacionadas con el estrés laboral. Además de la tensión emocional, otras consecuencias del estrés laboral son: agotamiento, ausentismo, ganas de abandonar el trabajo, menor satisfacción del paciente y errores de diagnóstico y en el tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades. A lo largo del siglo XX los riesgos psicosociales se han convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, vinculado al trabajo y a la actividad laboral.

Podemos clasificar el estrés en tres tipos:

- Estrés laboral episódico. Este tipo de estrés aparece de forma puntual. Es un episodio breve y esporádico, generalmente con un causante claro que cuando desaparece, desaparece el estrés. Sus efectos suelen ser moderados y acostumbran a pasarse una vez superada la situación.
- Estrés laboral crónico. El estrés psicológico crónico es peligroso porque afecta a la persona durante mucho tiempo y este se va acumulando. Se produce a causa de una exposición prolongada a distintos factores que tienen lugar en el entorno laboral y que generan estrés. Situaciones como un mal ambiente de trabajo, la inestabilidad laboral, un nivel de exigencias difícil de mantener en el tiempo, el acoso laboral sufrido en propia persona o que padece un compañero cercano u otros, pueden ser los causantes del mismo. Al tratarse de una situación prolongada en el tiempo sus consecuencias tanto a nivel físico como mental pueden ser graves a medio y a largo plazo. En estos casos es importante conocer cómo tratar el estrés y recibir ayuda especializada.
- Estrés positivo. Nunca lo será si te supera. Se considera con este nombre a ese ligero nivel de estrés que generan situaciones como un reto laboral. También en el inicio de un proyecto en la que la persona se mantiene especialmente en alerta. El límite en afrontar esta situación como un momento positivo y de crecimiento o dejarse sobrepasar depende de distintos factores. Encontrar la motivación para incrementar tus propias capacidades te ayudará que este siga siendo un estrés positivo.
- Estrés negativo. Cuando la situación te supera estamos hablando de estrés negativo. Esto puede llegar a ser muy negativo porque no termina al terminar el horario de trabajo. Este estrés se lleva a casa y a todas las demás parcelas de la vida de la persona. Existen distintos tipos de estrés laboral y no todos son igual de graves.

2 Objetivos

- Analizar el estrés actual en el personal hospitalario y síndrome de Burnout (SB), así como sus causas, consecuencias y prevención.

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.

Descriptores: estrés, causas, consecuencias, síndrome de Burnout. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés y de exclusión aquellos que careciesen de acceso libre y de relevancia para nuestro estudio.

4 Resultados

- El estrés laboral, está definido por la Organización Internacional del Trabajo como una patología y ha sido incluso catalogado como la epidemia del siglo XXI.

Las causas que provocan son:

- Una elevada presión en el entorno de trabajo.
- Excesiva carga de tareas.
- Relaciones laborales insatisfactorias.
- Ambiente físico-laboral inadecuado o una combinación de factores.

Así como las consecuencias:

- Enfermedades y patologías graves.
- Problemas fisiológicos, cognitivos y motores.
- Trastornos inmunológicos, respiratorios, cardiovasculares, endocrinos, dermatológicos, sexuales y psicopatológicos.
- Dentro del estrés laboral podemos encontrar el síndrome de Burnout, conocido como el síndrome del desgaste ocupacional o del trabajador quemado, un tipo de estrés laboral caracterizado por el progresivo agotamiento, tanto mental como físico, que acaba convirtiéndose en crónico. Esta patología, descrita por primera vez en la década de los 60, suele darse con mayor frecuencia en áreas de trabajo que requieren un contacto con terceras personas, como pueden ser la sanidad, la educación o la atención al cliente. Se invoca como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente. Esto sugiere la posibilidad de que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de absentismo laboral que presentan estos profesionales. Está integrado por tres dimensiones básicas:
- Agotamiento emocional: caracterizado por un sentimiento de que los profesionales tienen mermados sus recursos emocionales y no pueden ofrecer apoyo o ayuda a los demás pues han ido perdiendo su energía en su trabajo cotidiano.
- Despersonalización: implicaría la aparición de actitudes negativas como distanciamiento en el trato con los pacientes y sus familias, insensibilidad hacia los

problemas que presentan, responsabilizándoles de los mismos, llegando a una visión y trato deshumanizado, como consecuencia del endurecimiento afectivo.

- Falta de realización persona: básicamente, autoestima lastimada. Disminuida. Expectativas frustradas y estrés cognitivo y físico

El síndrome no es resultado de un solo factor. Es consecuencia de varias y complejas causas a nivel laboral. Están son algunas:

- Carga de trabajo.
- Conflictos en el trabajo y sentimiento de menosprecio.
- Trabajar en un campo fuera de tus habilidades. Trabajo que no satisface tus intereses.
- Trabajos con mucha demanda de energía.
- Aislamiento social.
- Desequilibrio entre la vida laboral, social y familiar.

5 Discusión-Conclusión

Según lo analizado y como conclusión, para prevenir el estrés laboral hay una concesión con los expertos que aconsejan una serie de medidas, entre ellas destacamos:

- Hacer ejercicio y mantener un buen estado físico.
- Llevar una dieta equilibrada.
- No trabajar más de 10 horas al día.
- Dormir un mínimo de 6 horas.
- Desconecta de las tareas rutinarias.
- Planifica unas vacaciones al año.
- Discute tus problemas con gente de confianza.

6 Bibliografía

- Aguado Martín, J. I., Bátiz Cano, A., & Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en personal sanitario hospitalario: Estado actual. Medicina y Seguridad del Trabajo, 59(231), 259-275.
- Burnout (Síndrome del Quemado): Cómo detectarlo y tomar medidas.
- CDC - Publicaciones de NIOSH - Exposición al estrés: Riesgos ocupacionales en los hospitales (2008-136). (2019, enero 25).
- Estrés, ¿enfermedad laboral sanitaria? (s. f.).

- Estrés laboral: Sus causas y cómo prevenirlo. (2017, junio 13). Blog de PRL - IMF BS.
- La OMS reconoce como enfermedad el burnout o “síndrome de estar quemado” | Médicos y Pacientes. (s. f.).
- Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo—Salud y seguridad en el trabajo—EU-OSHA. (s. f.).
- Piñeiro Fraga, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: Un estudio de prevalencia. *Enfermería Global*, 12(31), 125-150.
- ¿Qué es el «burnout»? La OMS reconoce el «síndrome del trabajador quemado». (2019, mayo 28).
- Síndrome de Burnout: Síntomas, Tratamientos y ¿Qué es? (2015, octubre 2). CuidatePlus.
- Síndrome de desgaste profesional. (2019). En Wikipedia, la enciclopedia libre.
- Superar el estrés laboral: MedlinePlus enciclopedia médica. (s. f.).

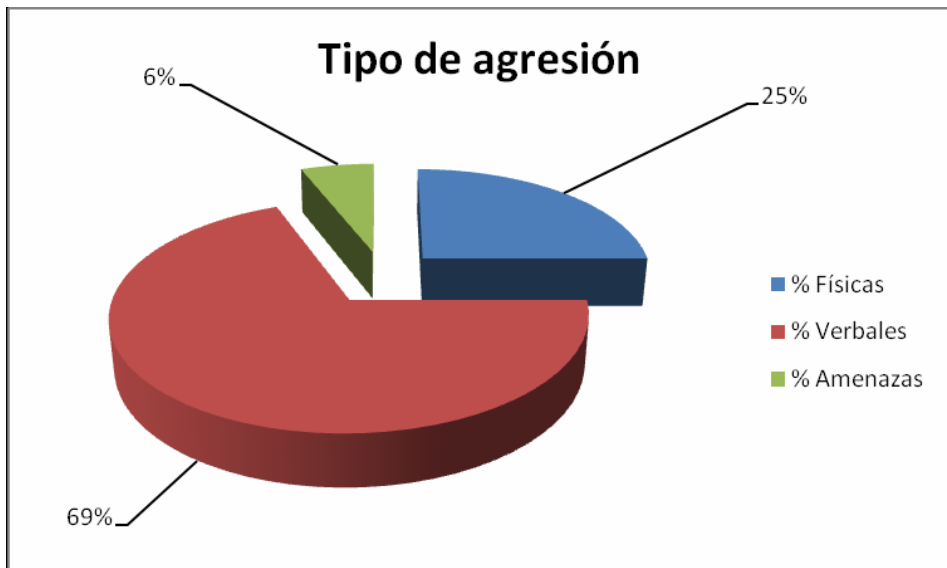
Capítulo 638

LAS AGRESIONES EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD

ELENA MARIA CURTO BLAS

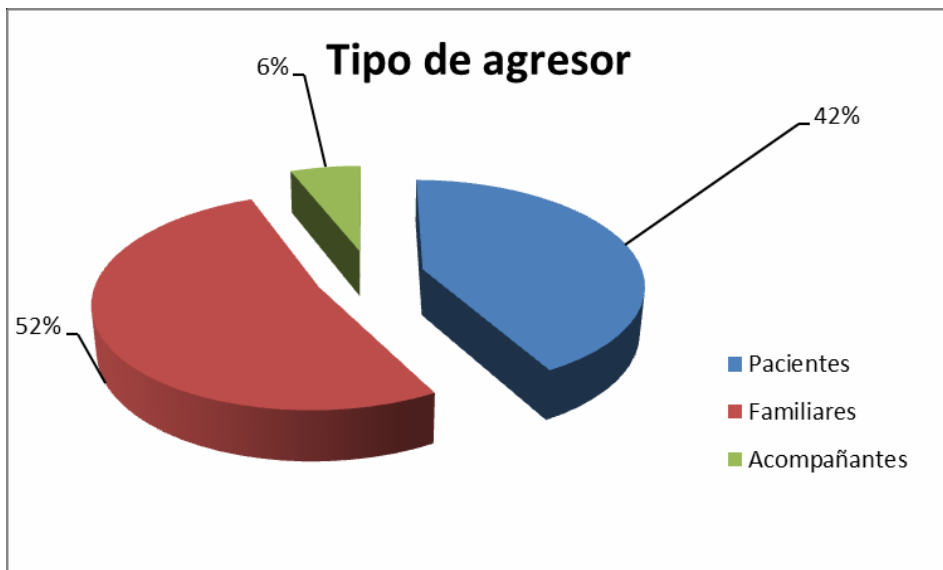
1 Introducción

Cada vez son mas frecuentes las agresiones en los centros de salud de todo el país, este proyecto se dedicará a intentar enviar algo de luz sobre el fenómeno que esta ocurriendo, sus vertientes y las distintas formas de combatirlo.



2 Objetivos

- Exponer de forma clara los datos concernientes a este problema y analizarlos desde los distintos puntos de referencia. Quien agrede, como, porque, a quien, donde, etc.
- Aportar soluciones para frenarlos en función de los distintos estudios realizados en los años anteriores y por distintos profesionales del sector.



3 Metodología

Perfil realizado sobre un total de 1.623 entrevistas a enfermeras de toda España con un nivel de error de +/- 4,07% y un nivel de confianza del 95,5%.

En dicha entrevista se les formulo las siguientes preguntas:

- ¿Ha sido usted testigo de algún tipo de agresión al personal sanitario en su lugar de trabajo?
- ¿Quién la sufrió?
- ¿Ha sufrido usted algún tipo de agresión física o verbal en los últimos dos años?

En caso afirmativo:

Sufrió agresión física / agresión verbal

¿Dónde tuvo lugar dicha agresión?

¿El agresor era un paciente o un familiar del paciente?
¿Cuál cree usted que pudo ser la causa de la agresión?

4 Resultados

RESULTADOS

Tras una larga consulta en distintas fuentes, nos encontramos con mucha información del tema que vamos a tratar, con lo que lo dividiremos en distintas fases.

RADIOGRAFIA DE LA AGRESION

El 33% de los enfermeros ha sido víctima o ha presenciado una agresión física a otro compañero enfermero

En el caso de las agresiones verbales este porcentaje sube hasta el 69%

La mayoría de estas agresiones son realizadas por un familiar del paciente (52%)

La mayoría de las agresiones sucede en atención especializada (53%)

La causa principal de las agresiones es por no satisfacer sus expectativas en cuanto a tiempos de espera/pruebas realizadas (41%)

La inmensa mayoría de los profesionales agredidos no presenta denuncia judicial (82%)

GRAFICOS QUE SE DESPRENDEN DEL ESTUDIO

VICTIMAS DE AGRESION %

SI 33%

NO 67%

TIPO DE AGRESION %

Físicas 25%

Verbales 69%

Amenazas 6%

TIPO DE AGRESOR %

Pacientes 42%

Familiares 52%

Acompañantes 6%

TIPO DE PROFESIONAL %

Enfermeros 38%

Médicos 28%

Auxiliarles 14%

Otros 20%

LUGAR DE LA AGRESION %

Atención Primaria 44%

Especializada 53%

Emergencias 3%

CAUSAS DE LA AGRESION %

Expecta. No satisfechas 41%

Desacuerdo diagnostico 27%

Rechazo a demandas 12%

Otros 20%

5 Discusión-Conclusión

Discusión-Conclusión

A pesar de que en los últimos años se han promulgado leyes en defensa de los trabajadores de la salud y de otras instituciones dependientes o similares. No se significa en cuanto a los datos de reducción en las distintas agresiones. Así mismo se desprende los informes consultados. Concluimos pensando que la solución al problema pasa por la educación desde la base. El respeto a las figuras de orden, como pueden ser los padres, autoridades y en el caso que nos ocupa los profesionales de sector de la salud.

6 Bibliografía

Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo

Organización Colegial de Enfermería.

Ministerio del Interior.

Capítulo 639

TURNOS DE TRABAJO Y SALUD. TURNOS ECOLÓGICOS.

MARIA DEL CARMEN RODRÍGUEZ JARDÓN

CARLA MIRANDA TAMARGO

SONIA LORENZO RUBIO

PATRICIA FUERTES RODRIGUEZ

1 Introducción

El trabajo es uno de los aspectos humanos que más repercusiones tiene en la persona, en su vida diaria, así como en la salud y el bienestar. La flexibilización laboral en la dimensión productiva y en el ámbito personal y social del trabajador se podrían considerar como una necesidad de acomodo que se experimenta al combinar el tiempo dedicado al trabajo y a la vida extralaboral, y su impacto en lo personal, social y familiar.

Diversos estudios demuestran que el trabajo a turnos rotatorios el organismo debe mantenerse activo en momentos que necesita descanso y a la inversa. Esto tiene unas consecuencias sobre la salud y el bienestar de dicho personal:

- Trastornos gastrointestinales como úlceras.
- Pérdida o aumento de peso.
- Alteraciones en el sueño (somnolencia, insomnio).
- Trastornos nerviosos (ansiedad- depresión)
- Mayor gravedad de los accidentes.

- Insatisfacción personal en el trabajo.
- Empobrecimiento de relaciones sociales y familiares.
- Pérdida de amistades.
- Dificultad para disfrutar del ocio.
- Aumento número de accidentes de trabajo.
- Aumento número de errores.
- Reducción de rendimiento.
- Absentismo y bajas laborales.
- Disminución de la capacidad de control.
- Agotamiento emocional.
- Alteración ritmo circadiano.
- Irritabilidad y trastornos psíquicos.
- Trastornos sexuales.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir el riesgo de los turnos rotatorios y sus repercusiones.

Objetivos secundarios:

- Demostrar desajustes entre tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social.
- Consecuencias del trabajo a turnos sobre la salud y el bienestar.
- Demostrar las mejoras del turno ecológico o antiestrés (MM TT N DDDD) que mitiga los efectos del trabajo en turno rotatorio.

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

Independientemente de que los turnos de noche sean fijos o rotatorios, obligatorios o voluntarios, los trabajadores tienen alrededor de 10 horas menos de sueño por semana que los trabajadores de turno de día. Se da una desincronización circadiana porque el ser humano posee un reloj intenso, que se encuentra en sincronía con el ritmo ambiental de luz – oscuridad.

Por tanto, cuando se trabaja de noche, el sistema circadiano presenta dificultades para adaptarse al nuevo horario, por lo que se genera una desincronía entre los sistemas fisiológico interno y las exigencias horarias externas que en conjunto con la falta de sueño son responsables de problemas de salud, la calidad de vida y deterioro social del trabajador, teniendo consecuencias en el ámbito laboral, social y de pareja.

Son muchos también los cambios en la función cardiovascular, metabólica y de inmunidad.

Los trabajadores a turnos rotatorios tienen mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como (diabetes, síndromes metabólicos etc.).

5 Discusión-Conclusión

- Hay que mejorar las condiciones del trabajador con el fin de reducir la fatiga y el estrés y mejorando la calidad de atención al paciente.
- Adecuar la organización laboral para mitigar el impacto del trabajo nocturno.
- Valorar implicaciones de tipo social y familiar para su mejor conciliación familiar y disminuir las afecciones de tipo emocional procurando así el bienestar del trabajador y la población.
- Buscar turnos ecológicos o antiestrés que provoquen mínimos cambios fisiológicos.
- Hay patrones como: MM TT N LLL – MM TT NN LLLL.
- Evitar T, M, N y así distorsionar menos nuestro reloj biológico, buscar un equilibrio y reducir los efectos negativos sobre el organismo.
- Mejor organización para paliar los efectos negativos del trabajo nocturno que influyen también en el rendimiento del trabajador y su productividad. Reduciendo también el absentismo y las bajas laborales siendo así menos costosas para la empresa.
- Por tanto, diseñar programas de turnos ergonómicos, adecuados para disminuir el estrés y limitar los efectos adversos sobre la salud y el bienestar minimizando

la interrupción circadiana y la acumulación de déficit de sueño y fatiga.

6 Bibliografía

1. ¿Existe evidencia en relación al trabajo a turnos y criterios de calidad de la atención a los pacientes? (Internet) , disponible en <https://www.murciasalud.es>
2. El trabajo a turnos y nocturno (Internet) , disponible en <https://istas.net/salud-laboral/peligros-y-riesgos-laborales/el-trabajo-turnos-y-nocturno>.
3. <https://blog.pgplanning.es/2018/09/27/turno-ecologico-o-turno-antiestres/>.

Capítulo 640

VIOLENCIA DE GÉNERO: REPERCUSIONES EN LAS MUJERES Y EN LAS FAMILIAS.

MARIA ROSA MORAN MONTEIRO

1 Introducción

El 20 de diciembre de 1993 por la Asamblea General de Naciones Unidas, se define la violencia contra las mujeres como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Dos años después de la Declaración de la ONU, en la Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Pekín en el año 1995, se acuñó definitivamente la expresión “violencia de género”, insistiendo en que “la violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad de desarrollo y paz, y viola y menoscaba su disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales” (párrafo 112).

En España, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, define la violencia de género como “todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad” (artículo 1). Afirma que es el “símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad” y añade que “constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos

fundamentales como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación, proclamados en nuestra Constitución” (Exposición de Motivos).

¿QUÉ ES LA VIOLENCIA DE GÉNERO?

La violencia de género es la que se ejerce contra las mujeres por el mero hecho de serlo, es decir, el principal factor de riesgo para ser una víctima de este tipo de violencia, es ser mujer, independientemente del nivel social, económico o educativo. La violencia de género es un problema estructural, no un problema aislado que afecta a personas concretas.

Es una violencia tolerada, resultante de un sistema social, económico e ideológico que ofrece oportunidades desiguales a mujeres y hombres. Esto supone para las mujeres una mayor dificultad a la hora de acceder a los beneficios del desarrollo, una distribución desigual de los recursos y una menor presencia de las mujeres en los espacios de toma de decisiones.

Este sistema se sustenta, entre otras cosas, en una socialización de género diferencial: los hombres adoptan los valores relacionados con la dominación y el control, y las mujeres los que tienen que ver con la dependencia, la sumisión y la obediencia. En este sentido, las mujeres asumen el papel de cuidadoras de todas las personas que están a su alrededor, relegándose a sí mismas a un segundo plano.

La violencia de género no es fortuita y su objetivo consiste en mantener las relaciones de poder patriarcales y la situación de desigualdad entre hombres y mujeres que se deriva de ellas.

Tipología:

Cuando se habla de violencia de género, a menudo se hace referencia especialmente a la violencia física que, si bien es el aspecto más fácilmente detectable, no es el único, puesto que existen otras formas que, aunque menos visibles, se dan con mayor asiduidad.

El Consejo de Europa estableció, el 30 de abril de 2002 (Recomendación 5 del Comité de Ministros), la siguiente clasificación en lo referente a violencia de género:

Violencia física: agresiones corporales (empujones, golpes, ataques con armas, mordeduras, quemaduras, estrangulamientos, mutilaciones).

Violencia sexual: cualquier actividad sexual no consentida, desde las relaciones sexuales obligadas y la explotación sexual a los insultos y acusaciones durante las relaciones sexuales.

Violencia psicológica: agresiones de tipo intelectual o moral (amenazas, aislamiento, desprecio, intimidación, insultos en público, etc.).

Violencia económica: desigualdad en el acceso a los recursos compartidos, negar el acceso al dinero, impedir el acceso a un puesto de trabajo, impedir el acceso a la educación, etc.

Violencia contra la libertad de pensamiento, de acción, de prestigio: coaccionar a otra persona a aceptar un sistema de creencias cultural o religioso determinado, erosionar o destruir las creencias o la imagen a través del ridículo o del castigo. idos de tipo físico, psicológico, económico, sexual, verbal y moral”

MITOS Y ESTEREOTIPOS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

A menudo se buscan excusas triviales para no ver la realidad de la violencia de género. Aún hoy, gran parte de la población las utiliza, invisibilizando el problema real de estas mujeres. Existen prejuicios y mitos sobre la violencia de género en sí misma, sobre los agresores y sobre las víctimas.

Sobre la violencia de género:

Es una cuestión privada.

Es gente enferma.

La culpa es del alcohol o de las drogas.

Es gente con poca formación y de escasos recursos económicos.

No se puede evitar y por tanto se debe asumir.

Se exagera la realidad.

Es algo normal en las relaciones amorosas.

Se da en familias problemáticas.

Son casos aislados.

Los hombres son maltratados por sus parejas en la misma medida.

Con el tiempo se soluciona.

Amar implica sufrir. (Quien bien te quiere te hará sufrir).

Las mujeres maltratadas:

Provocan la violencia porque son masoquistas.

Dicen “no” cuando quieren decir “sí”.

Tienen que aguantar por los hijos e hijas.

Son malas y se lo merecen. (Algo haría).

Están enfermas.

Son ignorantes e histéricas.

Los hombres violentos:

Tienen problemas con el alcohol o las drogas.

Tienen problemas en el trabajo.
Son impulsivos.
Están locos o enfermos.
No son los responsables.
Todos los hombres son así.

Estos argumentos se utilizan para excusar, minimizar y/o ocultar la existencia de la violencia de género. Sin embargo, ninguno de ellos es cierto y la violencia de género debe considerarse como un ejercicio de poder y de control de los hombres contra las mujeres. La violencia de género es un delito y la única persona responsable es el agresor.

TEORÍAS SOBRE LA VIOLENCIA DE GÉNERO.

Sobre el fenómeno de la violencia de género se han ido proponiendo distintos modelos explicativos que tratan de explicar porque resulta tan difícil para las mujeres abandonar una relación violenta y así mismo guiar las intervenciones profesionales.

Teoría de la indefensión aprendida:

Inicialmente desarrollada por Seligman (1975) señala que la persona que se ve sometida a situaciones que no puede controlar, acaba asumiendo su situación evitando escapar. Explicaría por qué las mujeres deciden permanecer en la relación violenta, igual que sucede con las víctimas de secuestros largos.

Síndrome de la mujer maltratada:

Descrito en 1979 por Leonore Walker, explica también por los efectos del maltrato el que las mujeres continúen en la relación. Esta autora ha sido más conocida por describir en un estudio el “ciclo de la violencia” como un ciclo con tres fases:

Acumulación de la tensión, con violencia verbal y psicológica el maltratador se enfada por cualquier cosa y la culpa a ella de todo lo que sucede.

Explosión: el maltratador pierde el control y “castiga” a la mujer, la insulta, golpea, rompe cosas y amenaza con matarla a ella o sus descendientes. Esto paraliza más aún a la mujer.

Arrepentimiento: el maltratador se muestra arrepentido, pide y promete cambiar. La mujer puede creerle y aceptar seguir en la relación si la había abandonado.

Este ciclo puede repetirse indefinidamente siendo las fases cada vez más cortas y llegando a desaparecer la fase de arrepentimiento.

Teoría de la unión traumática:

Promulgada en 1981 por Dutton y Painter, incide en la fortaleza de la unión que se establece entre dos personas vinculadas afectivamente cuando una de ellas maltrata de forma intermitentemente a la otra. Explicaría igualmente las vinculaciones de niñas y niños maltratados con sus progenitores.

Teoría de la trampa psicológica:

Formulada en 1985 por Brockner y Rubin y reformulada por Strube en 1988, sugiere que el nivel de compromiso en una relación se incrementa a medida que aumenta la inversión (tiempo, energía, dinero, etc.) que se realiza en la misma para que esta funcione. Cuanto más esfuerzo y tiempo invierta una mujer (y haya invertido en el pasado) para lograr una relación armoniosa, menor es la probabilidad de que se produzca un abandono en la relación de pareja aunque haya violencia.

Teoría del control coercitivo:

Una de las propuestas explicativas con más desarrollo en la actualidad es la que aborda el denominado control coercitivo que describe un tipo de maltrato emocional que puede o no ir acompañado de violencia física pero que tiene unos efectos devastadores sobre las mujeres ya que genera en ellas incapacidad para pensar, para planear, para defenderse y que sería por tanto la causa de que les resultase tan difícil abandonar la relación.

La condición de aislamiento, pérdida de control, culpabilidad y anulación en que se encuentran las víctimas de violencia de género hace que sea muy difícil para la mayoría de ellas poner fin a su situación, ya sea tomando medidas legales o haciendo uso de otros recursos a su alcance. A pesar del paulatino aumento del número de denuncias, existen aún muchas mujeres que sufren violencia de género y que no se atreven o no pueden denunciar su situación.

En este sentido, es de vital importancia que la sociedad en general y las y los profesionales en particular, sean capaces de detectar posibles situaciones de violencia de género, independientemente de que las mujeres que las sufren verbalicen su situación o pidan ayuda. Este aspecto es fundamental para avanzar hacia la erradicación de la violencia de género.

Una vez más, es preciso insistir en que no existe un perfil concreto de víctima, aunque algunos aspectos pueden ser susceptibles de esconder una situación de maltrato. Se enumeran a continuación, de forma orientativa, algunos de ellos.

Desde el punto de vista sanitario:

Agotamiento físico y psíquico, síntomas psicosomáticos diversos (dolor de cabeza, de espalda, trastornos alimentarios y del sueño)
Problemas ginecológicos, habitualmente infecciones recurrentes
Historial psicológico (depresión, ansiedad, pánico, planteamiento del suicidio como vía de escape, etc.)
Consumo de psicofármacos
Historial clínico de accidentes domésticos
Información poco veraz, que no se corresponde con las lesiones
Problemas de estrés

En el ámbito laboral:

Baja productividad

Retrasos habituales

Absentismo crónico

Incapacidad para mantener durante largo tiempo el mismo empleo.

La Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género identifica en su Título II los siguientes derechos de las mujeres víctimas:

Derecho a la información, a la asistencia social integral y a la asistencia jurídica gratuita (Capítulo I)

Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social (Capítulos II y III)

Derechos económicos (Capítulo IV)

Para garantizar el cumplimiento de estos derechos, la Ley Integral hace hincapié en la necesidad de establecer pautas de colaboración y cooperación entre todos los agentes implicados en la detección, atención y erradicación de la violencia de género.

En todos los casos la atención deberá ser individualizada, adaptándose a las necesidades personales y los tiempos que cada víctima necesite. Asimismo, los procesos de derivación deberán ser flexibles y corresponderá a cada profesional decidir qué recurso es más apropiado en cada momento. No hay mujeres iguales ni situaciones iguales, por lo que es preciso que los recursos se adapten a las mujeres y no al contrario.

Es importante incidir en que la finalidad última de la recuperación integral es que las mujeres víctimas de violencia de género accedan a una vida autónoma e independiente, y este objetivo debe tenerse siempre presente, a fin de evitar que se llegue a una situación de “sobre-tutela”.

INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO. SERVICIO DE ATENCIÓN E INFORMACIÓN TELEFÓNICA ESPECIALIZADA

Ofrece información, asesoramiento y atención telefónica personalizada y especializada acerca de los recursos, programas y proyectos disponibles en el para las mujeres víctimas de violencia de género. Puede accederse a este servicio de información de lunes a viernes en horario de mañana.

Objetivo: proporcionar atención, asesoramiento e información telefónica sobre programas y recursos para víctimas de violencia de género.

Destinatarias: profesionales, mujeres víctimas o cualquier persona.

Acceso: llamando al teléfono del Instituto Asturiano de la Mujer.

CENTROS ASESORES DE LA MUJER (CAM)

Ofrecen asesoramiento jurídico gratuito a mujeres víctimas de violencia en su itinerario a través de la Administración, actuando como responsable del caso. Realizan un seguimiento de las medidas puestas en marcha por la Administración para el apoyo, acogida y recuperación integral de las víctimas y garantizan el pleno ejercicio de sus derechos. Se coordinan con el resto de organismos que intervienen en la atención: turno de oficio de violencia de género, Servicio Público de Empleo, Servicio de Salud, Servicios Sociales y Red Regional de Casas de Acogida.

Objetivo: informar, asesorar, coordinar y realizar el seguimiento de los procedimientos judiciales y administrativos.

Acceso: acudiendo directamente al CAM o por derivación desde otro recurso.

EL TELÉFONO 016

Ofrece información actualizada sobre los derechos de las víctimas, sobre los recursos disponibles para su atención y asesoramiento jurídico.

Es un servicio gratuito, de ámbito estatal y disponible 24 horas.

Garantiza la confidencialidad de las personas usuarias porque esta llamada no figura en la factura del teléfono.

Objetivo: proporcionar información sobre los derechos y recursos disponibles para las víctimas de violencia de género.

Destinatarias: mujeres víctimas de violencia de género o cualquier persona.

Acceso: llamando al 016. Para personas con discapacidad auditiva se establece un número específico: 900 116 016. Se atienden llamadas en castellano, inglés, francés, catalán, gallego y euskera.

ASOCIACIONES DE MUJERES

Centro de asistencia a víctimas de agresiones sexuales y malos tratos. (CAVASYM)

Ofrece un servicio de asesoramiento en materia de agresión sexual y malos tratos.
Destinatarias: mujeres víctimas de violencia de género.
Acceso: en la asociación, con cita previa.

Asociación mujeres separadas y divorciadas
Ofrece alojamiento y apoyo en el Centro de Atención Integral de Coslada (Madrid) a mujeres víctimas de violencia de género y asesoramiento con carácter general sobre violencia contra las mujeres.
Destinatarias: mujeres víctimas de violencia de género.
Acceso: en la asociación, con cita previa.

Asociación contra la violencia de género “MAEVE”
Ofrece: un teléfono operativo las 24 horas contra la violencia de género con el fin de que la mujer Víctima de violencia de género no se sienta sola en ningún momento.
Destinatarias: mujeres víctimas de violencia de género.

RED DE CASAS DE ACOGIDA Y ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Ofrece atención de emergencia, alojamiento y apoyo a las víctimas de la violencia de género y personas dependientes a su cargo que deban abandonar sus hogares. Además, forman parte de esta red una serie de viviendas tuteladas, que ofrecen alojamiento temporal a las mujeres que, una vez cumplidos sus objetivos en la casa de acogida, precisan un apoyo previo a la vida en condiciones de autonomía. Objetivo: ofrecer un programa de atención multidisciplinar que, desde un enfoque bio-psicosocial, posibilite la recuperación de las víctimas de la violencia de género y su paso previo hacia una vida independiente. Destinatarias: mujeres víctimas de la violencia de género y personas dependientes a su cargo. Acceso: por derivación, a través de la llamada telefónica de un/a profesional de alguno de los siguientes servicios a la Red de Casas de Acogida:
Organismos involucrados: Gobierno del Principado de Asturias, Ayuntamientos y Cruz Roja Española en Asturias.

SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL

Ofrece apoyo psicológico a las mujeres víctimas de violencia de género.
Objetivo: prevenir y tratar las consecuencias de la violencia contra las mujeres en las relaciones afectivas.
Destinatarias: mujeres víctimas de violencia de género que no están en casa de acogida y que necesitan ayuda profesional para romper el círculo de la violencia de manera que puedan construir su vida de forma autónoma, superando las lesiones psicológicas que les ha provocado el maltrato.

Acceso: por derivación desde los Centros de Salud, Centros de Atención Hospitalaria, Salud Mental, Servicios Sociales, Centros Asesores de la Mujer y servicios de apoyo psicológico de las Asociaciones de Mujeres especializadas en violencia de género.

Organismos involucrados: Servicio de Salud

OFICINA DE ASISTENCIA A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS Y CONTRA LA LIBERTAD SEXUAL

Ofrece atención a víctimas directas e indirectas de los delitos dolosos y violentos con el resultado de muerte o de lesiones corporales graves o de daños graves en la salud física o mental, tal y como establece la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de Ayuda y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.

Destinatarias: víctimas directas e indirectas de delitos violentos y contra la libertad sexual.

ASISTENCIA JURÍDICA. COLEGIOS DE ABOGADOS

Ofrecen a través del Turno de Oficio de Violencia de Género, la defensa jurídica en los procedimientos judiciales, civiles y penales hasta su finalización y por todos sus incidentes y recursos, incluyendo la ejecución de sentencias. Se incluye la orientación legal necesaria a fin de que la víctima esté informada de los procedimientos judiciales, trámites y plazos que se puedan derivar de los mismos.

Objetivo: proporcionar asistencia jurídica.

Destinatarias: todas las mujeres víctimas de violencia de género que lo soliciten, tanto españolas como extranjeras, cualquiera que sea su situación legal en territorio español.

Acceso: por derivación desde los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado y la Administración de Justicia.

2 Objetivos

- Conocer las repercusiones que tiene la violencia de género en las víctimas y en sus familiares.
- Informar sobre los recursos existentes en materia de protección de víctimas de violencia de género.

3 Metodología

Es la siguiente:

- Observación y análisis documental.
- Manejo de manuales y guías elaborados sobre los recursos existentes en materia de protección a víctimas de violencia de género.
- Obtención de información a través de la legislación vigente.

4 Bibliografía

1. Ley 1/2004 de Medidas de Protección integral contra la Violencia de Género.
2. Abril, M.J., Miranda, M.J. "La liberación posible". Ed. Akal. Madrid. 1978.
3. Amorós, C. "Violencia contra las mujeres y pactos patriarcales". En Marqueira y Sánchez, comp., "Violencia y Sociedad patriarcal". Ed. Pablo Iglesias. Madrid. 1990.
4. Díaz Aguado, M.J. "Estudio sobre las medidas adoptadas por los estados miembros de la U.E, para luchar contra la violencia hacia las mujeres".
5. Díaz Aguado, M.J. "Guía de Buenas Prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación".
6. Rodríguez Yagüe, A. "La mujer como víctima, aspectos jurídicos y criminológicos". Ed. Universidad de Castilla y La Mancha. 2000.

Capítulo 641

EL DESARROLLO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y LAS AYUDAS TÉCNICAS Y SU APLICACIÓN A LA AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS MAYORES.

MARIA ROSA MORAN MONTEIRO

1 Introducción

El desarrollo tecnológico está permitiendo crear, diseñar y perfeccionar una serie de herramientas e instrumentos capaces de suplir las deficiencias que pueda padecer una persona. Las discapacidades, en sus diversos grados, pueden relativizarse con la incorporación de una ayuda técnica. La pérdida de la función de cualquier parte de nuestro cuerpo puede dejar de ser un obstáculo supliendo esa carencia por un mecanismo tecnológico capaz de seguir manteniendo nuestra calidad de vida.

Con las ayudas técnicas cada vez irán existiendo menos barreras y se irán superando mejor las discapacidades propias de la ancianidad. Pero no hay que olvidar que para ello también es necesario corregir las barreras arquitectónicas: el 82 por ciento de las viviendas españolas tienen obstáculos que las hacen inhabitables para las personas con movilidad reducida. Además, en el caso de las personas mayores es necesario hablar de un sistema de ayudas a la dependencia como forma de mantener la autonomía, independencia y calidad de vida de este colectivo social.

Todos hemos observado, en alguna ocasión, a una persona que, por discapacidad, crónica o transitoria, aun con los avances tecnológicos que existen, se ve privada de su autonomía, independencia y libertad personal.

Todos hemos sufrido o hemos sido testigos alguna vez de las dificultades que puede suponer abrir una botella, una lata de conserva, atravesar una puerta, bañarse o efectuar cualquier actividad que tantas veces repetimos en la vida cotidiana. Todas las situaciones están investigadas, estudiadas, analizadas hasta el mínimo detalle y se conocen casi a la perfección sus soluciones. Se conocen todos los mecanismos e instrumentos para paliar, en la medida de lo posible, cualquier tipo de discapacidad, cualquier pérdida de la función de nuestro cuerpo.

Ahora, sólo se necesitan buscar las fuentes de financiación que puedan hacer frente al coste de las ayudas técnicas, la reforma de las viviendas que lo requieran, adaptar todos los medios de transporte público a las necesidades de este grupo poblacional cada vez más numeroso, favorecer y promocionar todos los recursos disponibles para mantener, e incluso mejorar, la calidad de vida de todos aquellos que sufren algún tipo de discapacidad. Sobre todo, esta necesidad es cada vez más acuciante y motivo de preocupación y debate en todos los países europeos por el progresivo incremento del envejecimiento de la población.

El CEAPAT, en el desarrollo de sus competencias, lleva a cabo proyectos de adaptación de viviendas y colabora en la investigación y la difusión informativa de las ayudas técnicas destinadas a facilitar la independencia y autonomía de las personas, pero de momento estos esfuerzos no son suficientes.

La Administración y las instituciones públicas conocen y se preocupan por el problema y, por tanto, mueven los mecanismos jurídicos para que la legislación sea cada vez más estricta en materia de construcción de viviendas. Sin embargo, según los datos que se desprenden de este informe, el nivel de incumplimiento de las normas en este sentido es, en algunos casos, sorprendente.

Ciertos organismos públicos, asesorados por especialistas, buscan denodadamente soluciones que no pretenden convertir las casas en hospitales, sino conseguir edificaciones que se adapten a la filosofía de que todos los bienes sean accesibles a todas las personas.

Todo esto es producto del cambio que está produciéndose en la sociedad. Un cambio que está marcando la tendencia imparable a avanzar rápidamente para lograr, en un futuro no muy lejano, la solución a los problemas planteados entre

el colectivo de personas mayores. Según los expertos, la ralentización que existe en estos momentos es sólo provocada por motivos económicos.

Potenciar la autonomía personal, poner los recursos y mecanismos idóneos para fomentar la consecución de una vida independiente y, por extensión, impulsar la investigación y el desarrollo de las ayudas técnicas fueron los principales objetivos que se impuso.

Avanzamos a pasos agigantados hacia el envejecimiento poblacional, España es el segundo país del mundo en esperanza de vida- y esta realidad hace que las autoridades y los responsables políticos se preocupen por buscar respuestas a una situación que, de otra manera, puede llegar a ser insostenible: se crean organismos que garanticen la calidad y seguridad de los productos, instituciones públicas y ONGs dedicadas a la problemática de los mayores colaboran para paliar las lagunas existentes en la protección social y jurídica, el cuidado de los mayores y se preocupan de buscar soluciones basadas no sólo en las ayudas técnicas o la reforma-adaptación de viviendas, sino también en la creación de un sistema de ayudas a la dependencia en las que hay que incluir la ayuda a domicilio, la figura del cuidador y el cuidador familiar, la prestación económica, la teleasistencia, etcétera.

Se trata de sacar un máximo rendimiento a los recursos disponibles para facilitar una mejor calidad de vida a este grupo poblacional.

Organismo dependiente del IMSERSO, CEAPAT, después de un arduo trabajo de recopilación, ha conseguido llenar el vacío informativo que existía en materia de conocimiento preciso de aquellos elementos técnicos que sin duda pueden contribuir a elevar los niveles de calidad de vida de los ciudadanos más carentes de ella.

CEAPAT ha confeccionado una Base de Datos en donde ha recopilado datos exhaustivos referidos a más de dos mil productos destinados a mejorar la calidad de vida de las personas y a mantener su autonomía e independencia.

Un catálogo en el que se pretende informar a todos los ciudadanos sobre la existencia de técnicas e instrumentos que facilitan el ejercicio de la vida cotidiana sin tener que depender de los demás. Un catálogo general de ayudas técnicas existentes en el mercado español que se ha elaborado con el fin de cubrir el vacío de información que existía no sólo para los usuarios, sino también para los profesionales.

La normativa europea obliga a todos los países integrantes de la Unión Europea (UE) a que todos los productos destinados a la ayuda técnica para elevar la calidad de vida de las personas superen un control de calidad si sus fabricantes quieren comercializarlos.

Ante este reto, que viene a garantizar la calidad de los productos comercializados, el Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayuda Técnica (CEAPAT), que ejerce labores de información, asesoramiento y control de los productos destinados a conservar, en la medida de lo posible, la autonomía e independencia de las personas, cumple con uno de sus principales objetivos: informar a los usuarios de los productos comercializados en España una vez superadas las pruebas y el control de calidad.

De esta forma, el CEAPAT avanza un paso más en su importante labor, realizada desde el centro o en colaboración con otras entidades, que consiste en establecer normas técnicas que garanticen la seguridad, la calidad y el cumplimiento del producto con la función para la que fue fabricado.

Clasificación:

Se han elaborado diez apartados generales, que responden a las divisiones en las que de forma general está estructurado este catálogo y en los que quedan recogidas y orientadas las ayudas técnicas según el fin para el que han sido fabricadas: ayudas para la terapia y el entrenamiento, órtesis y prótesis ayudas para la protección y el cuidado personal ayudas para la movilidad personal ayudas para las tareas domésticas muebles y adaptaciones para viviendas y otros edificios ayudas para la comunicación, información y señalización ayudas para el manejo de productos y mercancías ayudas y equipamiento para mejoras ambientales herramientas y máquinas ayudas para el esparcimiento.

En total, más de 2.000 productos diseñados explícitamente para paliar las dificultades a las que tienen que enfrentarse las personas afectadas por algún tipo de discapacidad.

Facilitar la realización de las tareas cotidianas sin perder la independencia y la autonomía es el objetivo de productos como dosificadores de medicinas, ayudas para la prevención de úlceras por presión (UPP), alarmas para la incontinencia, ayudas para vestirse y desvestirse, para comer y beber, ropa para usuarios de sillas de ruedas, guantes, baberos y delantales, para proteger la mano, para proteger el pie, talón y puntera, calzadores de medias, abotonadores, para realizar funciones de asco, para lavarse, bañarse y ducharse, accesorios de fontanería y

grifos, adaptaciones de peines y cepillos, bastones, muletas de codo, en general diseños que facilitan el caminar y el transporte, máquinas fabricadas para ayudar a la preparación de alimentos y bebidas y operar sobre recipientes (ayudas para cortar, partir y dividir, dispositivos para sujetar y rallar, para limpiar y pelar alimentos, ayudas para cocinar y freír, etc.), para limpiar la vivienda y marcar y mantener textiles.

Aunque existen numerosas y extensas definiciones de lo que es una Ayuda Técnica, éstas pueden ser definidas de una forma sencilla como:

Aquellos instrumentos dispositivos o herramientas que permiten, a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que s/n dicha ayuda no podrían ser realizadas o requerirían de un mayor esfuerzo para su realización.

La Ayuda Técnica debe permitir salvar o aminorar la deficiencia que presenta una persona o la discapacidad generada por ésta, de manera que contribuya a reducir su desventaja social. Para cumplir este objetivo, deben ser sencillas (tanto en su concepción como en su utilización) y eficaces en su objetivo, respondiendo de forma directa a las necesidades para las que han sido desarrolladas.

No deben confundirse las Ayudas Técnicas, adaptaciones o dispositivos de autoayuda, con los Medios Técnicos, que son transformaciones realizadas en el hábitat tendentes a eliminar las barreras que marginan y excluyen a la persona con discapacidad.

El grado de discapacidad, el entorno social del individuo y, en algunos casos, la capacidad y habilidad de éste para el aprendizaje y el adiestramiento serán elementos fundamentales a la hora de determinar la Ayuda Técnica adecuada para cada individuo.

Es habitual, a la hora de hablar de Ayudas Técnicas, pensar en instrumentos destinados a superar discapacidades físicas, y es cierto que la mayoría de Ayudas Técnicas tienen esta finalidad. Pero se debe hacer un esfuerzo para no dejar caer en el olvido, entre otras, las Ayudas Técnicas para las personas con discapacidades visuales y las Ayudas Técnicas para las personas sordas o con discapacidades auditivas, entre otras, debido a la importancia de este tipo de Ayudas Técnicas para estos grupos.

Históricamente el Catálogo de Prestaciones Ortoprotésicas se ha referido a las Ayudas Técnicas de carácter Ortoprotésico, dejando fuera otro tipo de Ayudas

Técnicas.

Aunque recientemente han sido incluidos los audífonos, todavía no existe una conciencia clara de los bienes que pueden ser considerados Ayudas Técnicas, de la utilidad que aportan a las personas con discapacidad y de la necesidad de dar cobertura pública y gratuita a este tipo de bienes, para facilitar la inclusión en todos los ámbitos de la vida a las personas discapacitadas.

Las Ayudas Técnicas, desde el punto de vista económico, pueden ser definidas como bienes de primera necesidad.

La característica que identifica a este tipo de bienes es que los valores de su elasticidad son reducidos:

- El consumo que realiza un individuo de este tipo de bienes se mantiene aunque varíe el nivel de renta de sus demandantes.
- Las variaciones de la demanda del individuo, ante variaciones en el precio, son pequeñas.

No existen bienes que puedan sustituirlos.

- La participación de estos bienes en la renta del individuo disminuye al incrementarse la renta de éste. Los individuos con niveles de renta más bajos gastan una mayor proporción de su renta en este tipo de bienes.

De acuerdo con la definición de la Organización Internacional de Normalización, se llama Ayudas Técnicas a todos aquellos productos, instrumentos, equipos o sistemas técnicos utilizados por una persona con discapacidad, fabricados especialmente, o disponibles en el mercado, para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar una deficiencia, discapacidad o minusvalía.

Cabe añadir que no son sólo las personas con discapacidad quienes las utilizan. También personas de edad avanzada recurren a veces a ellas para poder mantener su nivel de autonomía, realizando por sí mismas actividades de la vida cotidiana. Y personas que las necesitan coyuntural-mente, durante un período de tiempo solamente, mientras se recuperan de una lesión, enfermedad o accidente.

La mayoría de las Ayudas Técnicas, en función del tipo de producto de que se trate y en tanto en cuanto se amolden a la definición de producto sanitario, son consideradas productos sanitarios al estar destinadas al control, tratamiento, alivio o compensación de una deficiencia. Y por lo tanto están sujetas a toda la normativa que afecta a estos productos, ya sea respecto de su fabricación y composición, como de los establecimientos de fabricación y venta.

Existen diferentes clasificaciones de las Ayudas Técnicas, clasificaciones que atienden a desiguales necesidades: fiscales, normativas, fabricación, consumidor.

De acuerdo a la Norma UNE-EN ISO 9999 las Ayudas Técnicas pueden clasificarse en las siguientes categorías, que a su vez se desglosan en otras familias de Ayudas Técnicas:

Ayudas para el tratamiento y el entrenamiento.

Órtesis y exoprótesis.

Ayudas para la protección y el cuidado personal.

Ayudas para la movilidad personal.

Ayudas para las tareas domésticas.

Mobiliario y adaptaciones del hogar y otros edificios.

Ayudas para la comunicación, información y señalización.

Ayudas para la manipulación de productos y mercancías.

Ayudas y equipamiento para la mejora del entorno. Herramientas y máquinas.

Ayudas para el ocio y tiempo libre.

Dentro de las aplicaciones de la investigación y nuevas tecnologías para favorecer la integración normalizadora de las personas con discapacidad en la sociedad, analizaremos y profundizaremos en algunos logros y líneas de trabajo tendentes a favorecer la autonomía personal de todos los ciudadanos, considerada como una necesidad social:

- En el campo de la arquitectura y del urbanismo.
- En el campo de la movilidad y del transporte normalizado (urbano e interurbano).
- En el campo de la comunicación.

EN EL CAMPO DE LA ARQUITECTURA Y DEL URBANISMO

Es frecuente contemplar cómo nuestras ciudades y edificios presentan múltiples barreras que hacen difícil su utilización para un número muy importante de ciudadanos. No sólo muchos edificios de interés histórico-artístico presentan barreras importantes para personas con movilidad reducida, sino una parte considerable de edificios modernos de interés general, de edificios para viviendas particulares, instalaciones hoteleras y de ocio, oficinas, etcétera.

La necesaria eliminación de barreras en estos edificios o espacios urbanos tiene, como es lógico, un diferente tratamiento si se afronta el tema de cara al futuro o tratando de mejorar la arquitectura y urbanismo actualmente existentes.

En el segundo de los casos, la eliminación de barreras arquitectónicas y urbanísti-

cas exigirá un esfuerzo importante, que deberá combinar, en muchos casos, la actuación directa en la construcción y obra civil (eliminación de bordillos, rampas, ascensores accesibles, recorridos alternativos con pendientes adecuadas, modificación de anchos de puerta...) con la utilización de los avances tecnológicos para conseguir solucionar frecuentes situaciones (plataformas elevadoras plegables para superar escaleras, ascensores totalmente accesibles, pomos de puertas y griterías adaptados ergonómicamente, lavabos regulables en altura, etcétera).

Evidentemente, de cara al futuro, el reto consiste en abordar una arquitectura y un urbanismo accesibles con carácter generalizado.

Este reto no se superará exclusivamente con la promulgación de una normativa reguladora conveniente, sino que exige la imprescindible sensibilización y profundización de los profesionales de la arquitectura y del urbanismo.

La combinación de unos planteamientos constructivos exigentes, dentro del campo de la accesibilidad, con la utilización de los recursos y posibilidades que brindan las nuevas tecnologías deben hacer posible, dentro de un período razonable de tiempo, la aspiración a que nuestras ciudades sean verdaderamente un lugar de convivencia para todos.

EN EL CAMPO DE LA MOVILIDAD Y DEL TRANSPORTE NORMALIZADO (URBANO E INTERURBANO).

No son sólo las ciudades y edificios los que plantean problemas a las personas con movilidad reducida y a los discapacitados en general. El transporte también plantea importantes dificultades, fácilmente perceptibles por cualquiera, a las personas con movilidad reducida, así como a un número considerable de ciudadanos. El transporte ferroviario, los autobuses urbanos, etc., se utilizan con dificultad o se abandona su uso por muchas personas mayores, personas con algún problema de movilidad, incluso coyuntural, etc.

En los taxis urbanos, es prácticamente imposible acceder con silla de ruedas. También es difícil el acceso si se lleva un paquete voluminoso, un carro de la compra, un cochecito de bebé, etc...

Las nuevas tecnologías van aportando soluciones; algunos centros de I+D+I están trabajando en el tema.

Para los autobuses urbanos, la solución está ya en la calle. Los autobuses de plataforma baja tienen el piso al mismo nivel que las aceras convencionales, y no existe en su interior ningún escalón que dificulte el acceso a todos los ciu-

dadanos, tanto a quienes tienen necesidad de una silla de ruedas como al resto de usuarios.

En cuanto a taxis urbanos, también están en la calle modelos válidos de utilización polivalente.

Con independencia de soluciones específicas para casos muy concretos, me estoy refiriendo con carácter general a un transporte válido para todos, normalizado e integrado dentro de lógicos parámetros en los que todos los ciudadanos podamos convivir.

No obstante lo anterior, es importante tener presente cómo se está investigando y se debe potenciar el incremento de futuras investigaciones referidas a problemáticas concretas, consecuencia de diferentes discapacidades: telesillas que permiten subir escaleras, sillas de ruedas que permiten la incorporación de parapléjicos y tetrapléjicos, etc.

EN EL CAMPO DE LA COMUNICACIÓN

Para muchas personas, el gran problema no son las barreras arquitectónicas; son las barreras de la comunicación. Si una persona sorda llega tarde al tren o al avión, tendrá serias dificultades para establecer comunicación con su familia o amigos y solucionar su problema. Las personas invidentes tienen serias dificultades, que el resto no tenemos, para orientarse ante los planos del metro, ferrocarril, etc.

Grandes discapacitados no pueden comunicarse con otras personas por los medios normales. A través de las nuevas tecnologías, también se aportan soluciones en el campo de las barreras de la comunicación. Estas soluciones van desde prototipos informáticos sofisticados en los que investigan y han obtenido grandes resultados algunas Universidades españolas (Universidad Politécnica de Madrid, Universidad de Córdoba, Universidad del País Vasco...) hasta soluciones más normalizadas.

Está implantándose un teléfono de textos para sordos que permite a todos la comunicación a través del hilo telefónico convencional, a partir de terminales de videotex interactivo.

Las nuevas tecnologías y el resultado de diferentes investigaciones han supuesto también, avances importantes en el ámbito de control del entorno en viviendas para personas sin práctica movilidad (encendido y apagado de luces por infrarrojos, apertura de puertas, petición de necesidades, etc.).

Asimismo, las personas discapacitadas o con cierto riesgo que viven solas pueden beneficiarse de otro aporte tecnológico sencillo pero muy importante, la teleasistencia. Consiste en un medallón o reloj que automáticamente, con un ligero contacto, pone en comunicación a la persona, sin necesidad de llegar al aparato del teléfono, permitiendo desde cualquier punto de su casa una comunicación y diálogo fáciles con la unidad de recepción de llamadas (veinticuatro horas). Así, las personas discapacitadas y solas superan, de manera gratificante, muchos de los problemas y riesgos que conlleva la soledad.

2 Objetivos

- Informar sobre los beneficios que aportan las ayudas técnicas a la vida de las personas mayores y sus familiares.
- Informar sobre las acciones que lleva a cabo el CEAPAT.
- Conocer las ayudas técnicas que favorecen la autonomía de las personas mayores.

3 Metodología

- Observación y análisis documental.
- Obtención de datos a través de la legislación vigente.

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. “Secciones Documentales sobre accesibilidad, tecnología y productos de apoyo para la autonomía personal”. Ed. CEAPAT.2017.
2. Gil González, S. y Rodríguez Porrero Miret, C. “Tecnología y Personas Mayores”.Ed.CEAPAT.2015.
3. “Manual de accesibilidad” Imnsero CEAPAT. 1994.
4. Casado, D. “Panorámica de la discapacidad” .Ed. Intress. Barcelona 1991.

Capítulo 642

ERGONOMÍA EN LA SANIDAD

ELENA MARIA CURTO BLAS

1 Introducción

El ámbito sociosanitario es hoy en día uno de los sectores más importantes en las sociedades desarrolladas: tanto por su valor simbólico como por el elevado impacto que tiene sobre el PIB y la generación de empleo para miles de personas que cuentan con una formación muy especializada. Una especificidad que se observa también en los materiales y herramientas que utilizan y que no son comparables a otros sectores económicos.

Precisamente esta singularidad ha provocado la paradoja de que el sector encargado de reestablecer la salud de los ciudadanos sea el que más dificultades encuentre, en ocasiones, en hacer frente a los riesgos ergonómicos y psicosociales y mantener la salud de sus propios trabajadores. Según la OIT, la prevalencia de las lumbalgias es el doble en los hombres y el triple en las mujeres que en otros sectores laborales.

2 Objetivos

- Evitar en la medida de lo posible las siguientes acciones:
 - Manipulación manual de cargas.
 - Posturas forzadas.
 - Sedentarismo.
 - Ritmos impuestos.
 - Utilización extendida de pantallas de visualización de datos.

Agarre en forma de abrazo



Pie en dirección
al movimiento



3 Metodología

Los riesgos ergonómicos están asociados en la mayoría de los casos a trastornos musculoesqueléticos, siendo la principal causa de las enfermedades profesionales más frecuentes, generando un gran número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc., y localizadas generalmente en espalda, cuello, hombros, codos y muñecas.

Las divisiones de los tipos de tareas que pueden producir esas lesiones son comunes a otros sectores industriales. No obstante, es precisamente ante los riesgos de origen ergonómico cuando más se acentúa la diferencia entre trabajar para generar un producto y trabajar para atender a una persona.

Por ejemplo, cuando se enfrenta a una tarea repetitiva que involucre a una persona, aunque se trabaje por ritmo impuesto, los ciclos difícilmente serán iguales en tiempo, sujetos a variaciones provocadas por la no colaboración o la colaboración inadecuada de la persona con la que se esté trabajando, como sucede por ejemplo en las campañas de extracción de sangre.

También cuando el paciente realiza un movimiento brusco, es necesario que el trabajador ejecute una respuesta rápida con postura forzada e incluso en ocasiones con un sobreesfuerzo, lo que aumenta el riesgo de producirse una lesión.

Y quizá la mayor diferencia se encuentra en la manipulación manual de cargas, ya que además de ser una de las tareas más habituales, presenta importantes singularidades:

- Los pesos que se deben manipular por término medio son mucho más elevados que en los sectores industriales.
- Las formas y volúmenes presentan extremidades que se pueden movilizar con varios grados de libertad.
- Los espacios son reducidos y diseñados para el confort de la persona atendida, no el trabajador.
- La voluntariedad de la persona atendida, la no colaboración del sujeto o la colaboración inadecuada del sujeto.

Como hemos observado, en el sector sociosanitario se dan unas características específicas frente a las cuales las metodologías tradicionales usadas para los estudios ergonómicos presentan lagunas u oportunidades de mejora continua.

Por este motivo, desde hace unos años, estas aproximaciones globales están siendo suplidas por métodos más específicos recomendados para la manipulación

de pacientes y el estudio ergonómico de las tareas propias del sector sanitario.

Una de estas metodologías es el método MAPO para la evaluación de riesgos ergonómicos asociados a la manipulación manual de pacientes. Se trata de una aproximación diseñada para evaluar el riesgo dorsolumbar que implica, como hemos visto, la manipulación de pacientes en el amplio abanico de situaciones que se presentan en el sector.

En este sentido, el Instituto de Biomecánica (IBV) , ha incorporada este método MAPO entre los nuevos módulos del software Ergo/IBV. Este módulo MMP-MAPO viene a unirse a la amplia variedad de herramientas específicas para la evaluación de riesgos ergonómicos con las que ya contaba la aplicación Ergo/IBV, cubriendo la necesidad de contar con una herramienta específica para la evaluación de las situaciones de manipulación que se presentan en el sector sociosanitario con mayor frecuencia.



4 Resultados

El Instituto de Biomecánica (IBV) ha implementado un nuevo módulo en la aplicación Ergo/IBV de evaluación de riesgos ergonómicos y psicosociales con el objetivo de cubrir las necesidades que en materia de evaluación de riesgos ergonómicos existen en el sector socio-sanitario.

Las encuestas y estudios epidemiológicos realizados en el sector socio sanitario apuntan a que la incidencia de lumbalgias es, diferenciado por sexos, entre el doble y el triple más que en otros sectores a priori más asociados a las cargas física.

Las causas de esta incidencia apuntan a la movilización manual de pacientes como el factor de riesgos ergonómicos que mayor absentismo laboral causa, con la consiguiente carga socioeconómica.

Dicha movilización se caracteriza por la singularidad de los ambientes de trabajo en condiciones de espacio, frecuencias, mobiliarios y ayudas técnicas, así como que la carga a manipular, dado que se trata de personas. Por este motivo requiere la detección y aplicación de unas metodologías muy específicas.

La aplicación Ergo/IBV permite realizar la evaluación de riesgos ergonómicos de tareas con riesgo por manipulación manual de cargas, movimientos repetitivos, posturas inadecuadas o forzadas, fuerzas, tareas de oficina, y de tareas realizadas por trabajadoras embarazadas, así como la evaluación de riesgos psicosociales.

Y con la implementación de este nuevo módulo, configuramos la herramienta para que sea cubra también las necesidades especiales del sector socio sanitario, considerando que podemos dividir los ámbitos donde se producen movilizaciones de pacientes en tres grandes ambientes: sala de hospitalización, servicios ambulatorios y áreas quirúrgicas.

Módulo MMP MAPO.

En este sentido, el nuevo módulo MMP MAPO facilita la aplicación del método MAPO para la evaluación de riesgos ergonómicos asociados a la manipulación manual de pacientes. La metodología MAPO, es la única metodología disponible para cuantificar, de forma fiable y válida, el nivel de riesgo por movilización de pacientes en el ámbito socio-sanitario.

La adaptación realizada por el IBV ha introducido una diferencia en la toma de datos de este método. Concretamente, utiliza el modo de análisis checklist para

realizar estudios de aproximación porque en estos no se registran los datos relativos a la infraestructura disponible para obtener de una forma sencilla y rápida los niveles de exposición a la movilización de pacientes, o bien realizar una evaluación más detallada (evaluación específica o método analítico).

En todo caso y como punto común, siempre es necesaria la entrevista con el jefe de sala o de unidad para obtener datos organizativos e información general, la cual es verificada por el técnico en la fase de inspección, donde además se recoge la información más precisa sobre los equipos de ayuda, espacios para movilizaciones, etc.,

Con este método se recopilan también datos sobre el número de trabajadores expuestos a MMP y la tipología de pacientes, el número de levantamientos y su tipología. Así como la formación que hace referencia a la capacitación específica de los sanitarios que realizan la manipulación.

Al introducir, la información sobre equipos de ayuda y sillas de ruedas, el sistema ayuda a definir los medios de los que dispone el área o zona objeto de estudio para realizar las movilizaciones de pacientes. Se recopilan también datos de baños y WC que ayudan a definir las características de las zonas de higiene y su elemento, así como de las habitaciones que permite valorar las características ergonómicas de las mismas.

Cabe destacar que los datos a implementar dependerán del tipo de análisis que se haya seleccionado. Por ejemplo, en un área quirúrgica aparece la pestaña de camillas y la de quirófanos y en el análisis de una zona ambulatoria aparecen pestañas específicas relativas a las características ergonómicas de las salas de consulta. Finalmente se obtiene unos resultados que muestran el valor que toman los índices para cada uno de los factores, el índice MAPO y el nivel de riesgo correspondiente en el caso de una evaluación en una sala de hospitalización.

Para las evaluaciones realizadas en áreas quirúrgicas y ambulatorios/hospitales de día, la pestaña de resultados muestra los niveles de inadecuación ergonómica (irrelevante, medio, alto) que presentan los diferentes factores de riesgo.

Tal como ocurre en todos los módulos de Ergo/IBV, el módulo de MMP-MAPO, permite obtener un informe detallado de la evaluación realizada para ayudar al técnico de prevención en la definición de estrategias que ayuden a mejorar y rediseñar el puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

Como queda demostrado anteriormente, el uso de las nuevas tecnologías y los métodos auxiliares, consiguen una mejoría notable en lo que a temas posturales y ergonómicos se refiere. Aquí solo analizamos el método MAPO, que al igual que otros muchos están aportando inmensas mejoras en los trabajadores del sector.

6 Bibliografía

1. Instituto nacional de seguridad e higiene en el trabajo.
2. Irgoebv. Movilización manual de pacientes.
3. Entornos laborales saludables; Fundamentos y modelo de la OMS.

Capítulo 643

BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

EDUARDO COLINO NEVOT

GUILLERMO LAGO LOURIDO

FRANCISCO RUIZ RUIZ

1 Introducción

Dentro del ámbito sanitario los empleados adoptan un grado de implicación y responsabilidad muy necesario e importante para el desarrollo de su trabajo, esto les provoca en multitud de ocasiones un estado de ansiedad que supera sus propias capacidades, traducándose en una mala práctica en su trabajo, entre otras cosas. A esto es a lo que llamamos síndrome de estar quemado, o síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral que afecta a muchos trabajadores, se produce como respuesta a presiones prolongadas y excesivas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionadas con el trabajo y provoca un estado de agotamiento físico, mental o emocional que llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador dando lugar a pérdida de interés en sus tareas, al sentido de responsabilidad y puede provocar profundas depresiones.

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969, fue Freudenberger, en 1974, quien lo hizo más popular y posteriormente, en 1986, las psicólogas norteamericanas C. Maslach y S. Jackson lo definieron como “un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y una menor realización personal que se da en aquellos individuos que trabajan en contacto con clientes y usuarios”.

2 Objetivos

- Analizar las causas que provocan el síndrome de Burnout, sus síntomas y las acciones de preventivas para evitarlo.

3 Metodología

Estudio basado en una revisión bibliográfica de artículos sobre el síndrome de Burnout. Tras una búsqueda en las que se utilizaron las palabras clave, se obtuvieron más de 40 artículos relacionados sobre el síndrome y tras un cribaje se han seleccionado 6 artículos sobre los que realizar el trabajo.

Palabras clave: Burnout, ámbito sanitario, causas, prevención, tratamiento.

4 Resultados

Causas del síndrome de Burnout:

El agotamiento en el trabajo o síndrome de Burnout puede ser debido a varios factores y se presenta cuando se dan diversas condiciones tanto a nivel de la persona (tolerancia al estrés, ansiedad, frustración, etc.) como organizacionales (ambiente laboral, desinterés, falta de formación para desempeñar las tareas...).

Las causas más comunes son:

- El exceso de burocracia en el trabajo
- Falta de tiempo para organizar las tareas
- Excesiva carga de trabajo
- Sentir que tiene poco o ningún control sobre su trabajo
- Trabajo monótono o aburrido y muchas veces caótico
- Falsas expectativas respecto a su actividad laboral
- Sentirse menospreciado por los compañeros
- Trabajar con personas conflictivas
- Sentirse aislado en el trabajo y en su vida personal
- Desequilibrio entre la vida laboral, familiar y social

Síntomas del síndrome de Burnout:

- Agotamiento o cansancio emocional, que lleva a la persona a una pérdida progresiva de energía, provocando un agotamiento psíquico y físico.

- Despersonalización, que lleva a una pérdida de interés y motivación, a un incremento de irritabilidad y de actitudes negativas tanto en el ámbito laboral como en el entorno familiar y social.
- Descenso en la productividad laboral y una desmotivación que genera frustración y evidencia una ausencia de realización personal en el trabajo.

Acciones preventivas del síndrome de Burnout:

- Saber gestionar los factores estresantes que contribuyen al agotamiento del trabajo
- Respetar las pausas para los descansos y la comida y no excederse en la jornada de trabajo
- Fomentar una buena atmósfera de equipo entre los compañeros de trabajo
- Limitar la agenda laboral
- Separar el ámbito laboral del personal
- Buscar el equilibrio entre la vida laboral, familiar y social
- Hacer ejercicio

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de Burnout o del trabajador quemado es fruto de distintos factores. El desafío de las empresas (públicas o privadas) es desarrollar intervenciones para contrarrestar los factores que conducen al mismo, pues la prevención siempre es más deseable que el tratamiento.

La prevención del síndrome de Burnout debe comenzar en la empresa. La primera medida que deben tomar es evaluar las situaciones que generan el estrés y la ansiedad en el trabajador y tomar las decisiones y las medidas adecuadas para intentar reducirlo. Para ello deben mejorar la organización y proveer las herramientas necesarias para que el trabajador pueda realizar sus tareas de la forma más adecuada.

6 Bibliografía

1. <https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado>
2. <http://prevencion.umh.es/files/2011/09/burnout-en-los-profesionales-sanitarios>.
3. <https://www.efesalud.com/sindrome-de-burnout-riesgo-y-amenaza>

4. <https://www.quironprevencion.com>
5. <https://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/psicologia>

Capítulo 644

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

MARÍA JOSÉ DÍAZ VICIOSA

1 Introducción

El trabajo asociado al progreso implica una serie de mejoras tecnológicas, de los sistemas productivos, la calidad de vida, etc pero esto no hace que esté libre de riesgos, algunos ya conocidos y otros nuevos. Hasta la actualidad los daños derivados del trabajo eran los accidentes laborales y las enfermedades profesionales, pero el nuevo concepto de salud acuñado por la Organización Mundial de la Salud hace que también se consideren daños derivados del trabajo a la fatiga mental o los trastornos psicosociales.

Por ello es importante conocer los elementos que pueden influir de manera positiva pero también negativa en el desarrollo del trabajo y por supuesto en el trabajador.

2 Objetivos

- Definir cuáles son los riesgos relacionados con el trabajo y cuáles son las medidas más apropiadas para afrontarlos.

3 Metodología

Como método de trabajo empleamos una amplia revisión teórica de distintas fuentes entorno al tema de la prevención de riesgos laborales.

Se emplean como motores de búsqueda diversos artículos, libros y páginas web de organismo oficiales e igualmente se hace una exhaustiva revisión bibliográfica en las bases de datos: Dialnet, Cuidagte, Enfispo, Pubmed y Lilacs.

Hemos empleado palabras clave y tesauros relativos al tema a estudio y con este método conseguimos acceder a unos 7 documentos de los que hemos escogido unos 4 para plasmar la información que nos ha parecido más útil para elaborar el presente capítulo.

4 Resultados

Entre los elementos que pueden influir negativamente en el trabajo y como consecuencia en el trabajador encontramos los que siguen:

- Daños derivados del trabajo, son aquellas enfermedades o lesiones sufridas como consecuencia de ejercer un trabajo determinado.

- Riesgo laboral, es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo.

La prevención es el conjunto de actividades o medidas adoptadas en las distintas fases de actividad de la empresa para evitar o hacer menores los riesgos derivados del trabajo.

- La ley de prevención de riesgos laborales en su artículo 15 define los “principios generales de la acción preventiva a aplicar en el trabajo” señalando los que siguen: evitar los riesgos, evaluar los riesgos que no se pueden evitar, dar las instrucciones necesarias a los trabajadores, adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual, combatir los riesgos en su origen, planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo, adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta a la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y los métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud, sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro y tener en cuenta la evolución de la técnica.

5 Discusión-Conclusión

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece un cuadro que indica las condiciones de trabajo, de manera que protejan a los trabajadores de los riesgos derivados de su labor diaria, y que suponen un nivel mínimo, que no puede ser menor, aunque sí mejorado. La Ley señala que las disposiciones pueden ser tratadas y desarrolladas por los Convenios Colectivos (Art. 2, p.2).

Se trata de aunar la legislación que existe en nuestro país sobre prevención de riesgos laborales, con las normas elaboradas por la Unión Europea sobre este respecto, transponiendo diversas Directivas Comunitarias derivadas de la Directiva Marco 89/391/CEE, y que se refiere a la aplicación de las medidas necesarias para aumentar e imponer la seguridad y por ello la salud de los trabajadores en su puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- DIEZ-PICAZO GIMÉNEZ, G. (2007). Riesgos laborales. Civitas, Madrid.
- ESPESO SANTIAGO, J.A. et altri (2006). Manual para la formación del técnico en Prevención de Riesgos Laborales. Lex Nova. Valladolid.
- FERNÁNDEZ MARCOS, L. (2006). Comentarios a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y su Régimen Jurídico Sancionador. Dykinson, Madrid.
- GARCÍA CONZÁLEZ, G. (2008). Manual de formación en prevención de riesgos laborales. Dykinson, Madrid.

Capítulo 645

INCIDENCIA DE LA POBLACIÓN FLOTANTE EN LAS ÁREAS SANITARIAS DEL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.

RAQUEL VEDE ARBAS

LAURA VEDE ARBAS

1 Introducción

A partir de la Ley 27 de diciembre de 2001 (decretada en virtud del artículo 148 de la Constitución Española) las comunidades Autónomas asumen las competencias en materia sanitaria mediante transferencias de las mismas.

La estructura básica del sistema sanitario en las Comunidades Autónomas son las Áreas de salud, que se delimitan mediante demarcaciones atendiendo a “factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del Área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan.”

“Dentro de estas áreas el eje central es el usuario, en la planificación y gestión de recursos se utilizan diferentes medidores siendo el número de habitantes o población, aceptado como indicador de forma generalizada. Tenemos ejemplos

en multitud de indicadores de calidad de la asistencia como número médicos o centros por habitante. Encontramos pues, numerosas referencias basadas en la población/habitantes.”

En el contexto actual, encontramos en la sociedad flujos continuos de población, debido a factores como mejores comunicaciones, mayor movilidad, y la propia coyuntura de cambio. La despoblación, en este contexto de cambio y flujos continuos, entendemos que es una cifra parcial a la que habría que contextualizar en contraste con otras cifras, como las que propondremos durante este estudio descriptivo.

Encontramos una creciente dinámica actual en los flujos de personas, creando una población vinculada de personas por motivos laborales, estudio. Así mismo cada vez son más desestacionalizados los desplazamientos generados por el turismo.

Con el motivo de gestionar la asistencia de estos usuarios, en el ámbito sanitario se crea la figura de “los desplazados”, en la que las personas se incluyen como usuarios potenciales de un área no coincidente con su área de adscripción, estableciendo hábitos de residentes en localidades diferentes a las censales.

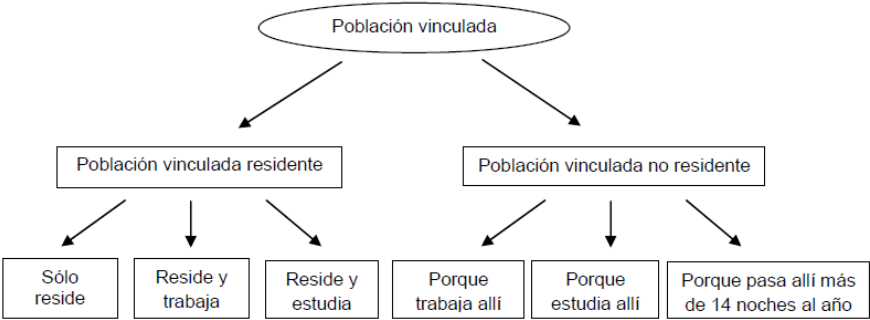
2 Objetivos

- Obtener una imagen más completa de los potenciales usuarios de cada Área sanitaria añadiendo la medición de la población vinculada a la población censal.
- Difundir la importancia del concepto de población flotante en relación a los padrones municipales respecto a las Áreas Sanitarias que conforman el Servicio Cántabro de Salud.

3 Metodología

Obtenemos y registramos los datos censales los municipios que conforman cada área sanitaria en el año 2018. Se recogen las tasas de población flotante para el año 2011, basadas en el padrón de ese mismo año, (recogido para poblaciones de más de 10.000 habitantes.) con el fin de poder extrapolar los datos al año 2018 y poder tener una visión más actualizada. Nos es imposible estimar la tasa de población flotante para años posteriores puesto que no han sido recogidos/publicados los datos necesarios para poder calcularla.

Para nuestro estudio descriptivo utilizaremos el término población vinculada, definida por el Instituto Nacional de Estadística como: “conjunto de personas que tienen algún tipo de vinculación con él, ya sea porque residen allí, porque trabaja o estudian allí o porque suelen pasar en él ciertos periodos de tiempo (vacaciones, fines de semana) durante el año.” Dentro de la población vinculada el Instituto Nacional de Estadística distinguen entre población vinculada residente y población vinculada no residente, como podemos observar en el siguiente diagrama:



4 Resultados

El propio Ministerio de Política Territorial y Función Pública indica al respecto: “La población flotante es un flujo de personas del que es difícil tener un conocimiento exacto, sobre todo en cuanto al número, por la propia fugacidad, simultaneidad y arbitrariedad del fenómeno. Además, la falta de fuentes y registros administrativos del que disponemos a día de hoy hacen todavía más complicada la tarea de conocer cuántas personas puede haber exactamente en un territorio concreto.” “Se hace muy difícil la cuantificación del impacto concreto en cuanto al número de personas que pueden estar en un territorio, además la propia peculiaridad del fenómeno, que puede convertir a la misma persona en “habitante” de distintas poblaciones a la vez.”

El Servicio Cántabro de Salud se organiza en 4 áreas asistenciales. Nos basamos en los informes emitidos por el INE y el padrón municipal de ese mismo año para las distintas localidades que conforman cada área sanitaria.

Aplicando la tasa de población flotante / vinculada para cada una de las áreas sanitarias, podemos ver, que la población efectiva o potencialmente atendida para los servicios de salud es muy variable respecto al padrón municipal. Las áreas sanitarias estarían distribuidas poblacionalmente de la siguiente forma:

AREA 1	2018	Tasa vinculación	Población vinculada	población total	%crecimiento
39008 Asinero (S)	18.108	132,80	2.408	20.516	33,30%
39018 Camargo	30.283	130,80	3.954	34.237	0
39019 Castañeda	2.889			2.889	
39026 Corvina de Toranzo	2.041			2.041	
39028 Entrambasaguas	8.090			8.090	
39037 Lázcanes	2.370			2.370	
39038 Luenta	681			681	
39040 Marina de Cudeyo	5.118			5.118	
39042 Media Cudeyo	7.820			7.820	
39045 Mira	389			389	
39048 Penagos	2.108			2.108	
39052 Palacios	28.223	117,31	2.951	28.174	33,30%
39056 Puente Viejo	2.889			2.889	
39061 Ribamontán al Mar	4.447			4.447	
39062 Ribamontán al Monte	2.287			2.287	
39064 Rotuerto	1.609			1.609	
39067 Rueyes	872			872	
39071 San Pedro del Romeral	466			466	
39072 San Roque de Riomora	370			370	
39075 Santa Cruz de Boquera	12.984	131,88	1.711	14.679	33,20%
39076 Santa María de Cayón	9.080			9.080	
39078 Santander	172.044	184,48	28.495	198.539	35,40%
39079 Santurde de Toranzo	1.623			1.623	
39081 Sero	812			812	
39082 Terava	1.881			1.881	
39083 Soba	1.193			1.193	
39087 Vega de Pas	778			778	
39098 Villacarrado	1.804			1.804	
39099 Villacosa	3.912			3.912	
39100 Villafra	1.629			1.629	
	Empadronada			Empadronada+vinculada	
	321.136			358.665	

AREA 3	2018	Tasa vinculación	Población vinculada	población total	%crecimiento
39027 Campo de Enmedio	3.780			3.780	
39077 Campo de Yuso	681			681	
39081 Pisuerga	69			69	
39088 Ransosa	9.098	149,88	1.384	10.483	15%
39089 Ratas de Valdearroyo, LAs	288			288	
39070 San Miguel de Aguayo	147			147	
39077 Santurde de Ransosa	287			287	
39082 Valdeotas	387			387	
39083 Valdeprado del Río	318			318	
39084 Valdeverde	974			974	
	Empadronada			Empadronada+vinculada	
	16.510			17.874	

AREA 2	2018	Tasa vinculación	Población vinculada	población total	%crecimiento
39002 Ampuero	4.219			4.219	
39006 Argosillos	1.723			1.723	
39008 Ampuero	2.108			2.108	
39007 Arredondo	479			479	
39009 Bárcena de Cicero	4.186			4.186	
39011 Barrio	1.922			1.922	
39020 Castro-Urdiales	31.977	180,94	4.880	36.837	15%
39023 Colindres	8.483			8.483	
39029 Escalante	771			771	
39030 Guriado	2.347			2.347	
39031 Hueso de Castro	1.841			1.841	
39038 Laredo	11.148	308,63	3.388	14.503	30,10%
39038 Lirio	1.194			1.194	
39038 Lomías	1.887			1.887	
39043 Mervio	1.982			1.982	
39047 Noja	2.839			2.839	
39047 Ramiro de la Victoria	2.881			2.881	
39058 Rasmes	882			882	
39067 Rueda	872			872	
39073 Santola	11.080	188,89	1.845	12.894	16,70%
39083 Soba	1.193			1.193	
39084 Solórzano	1.000			1.000	
39101 Valle de Villaverde	288			288	
39102 Veto	2.748			2.748	
	Empadronada			Empadronada+vinculada	
	90.526			100.586	

AREA 4	2018	Tasa vinculación	Población vinculada	población total	%crecimiento
39001 Afos de Loreds	2.408			2.408	
39002 Ameyo	279			279	
39004 Arenas de Goñi	1.878			1.878	
39079 BARRIO DE PIA DE CONCHA	681			681	
39072 Calles de la Sal	838			838	
39073 Calles de Leizana	880			880	
39074 Calles de Leizana	880			880	
39075 Calles de Leizana	880			880	
39076 Calles de Leizana	880			880	
39077 Calles de Leizana	880			880	
39078 Calles de Leizana	880			880	
39079 Calles de Leizana	880			880	
39080 Calles de Leizana	880			880	
39081 Calles de Leizana	880			880	
39082 Calles de Leizana	880			880	
39083 Calles de Leizana	880			880	
39084 Calles de Leizana	880			880	
39085 Calles de Leizana	880			880	
39086 Calles de Leizana	880			880	
39087 Calles de Leizana	880			880	
39088 Calles de Leizana	880			880	
39089 Calles de Leizana	880			880	
39090 Calles de Leizana	880			880	
39091 Calles de Leizana	880			880	
39092 Calles de Leizana	880			880	
39093 Calles de Leizana	880			880	
39094 Calles de Leizana	880			880	
39095 Calles de Leizana	880			880	
39096 Calles de Leizana	880			880	
39097 Calles de Leizana	880			880	
39098 Calles de Leizana	880			880	
39099 Calles de Leizana	880			880	
39100 Calles de Leizana	880			880	
	Empadronada			Empadronada+vinculada	
	840.485			1.008.719	

5 Discusión-Conclusión

En un sistema sanitario de calidad, orientado cada vez más al usuario, la utilización de estadísticas poblacionales, además de medir los números respecto a los usuarios censados, deberían poder darnos más información que un simplemente un descenso poblacional.

Proponemos una visión más global y adaptada a la movilidad actual para incluir como medidor una estimación de los potenciales usuarios que se encuentran en el área ante la posibilidad de adaptar los recursos de las áreas sanitarias a su demanda real.

Utilizando parámetros más dinámicos podemos tener una mejor imagen de la realidad de cada una de las áreas, con el fin de garantizar la sostenibilidad y calidad asistencial optimizando los recursos de cada área. La temporalidad del trabajo y movilidad son nuevos factores que se unen a la población de cada localidad.

En un sistema laboral cambiante y nuevos hábitos de vida, el Ministerio de Política Territorial y Función Pública nos indica la imposibilidad de conocer con exactitud la población vinculada en cada momento, de hecho una misma persona puede ser población flotante de varias localidades incluso en diferentes momentos del mismo día. Desconocemos el índice de frecuentación asociado a éste tipo de flujos, debido a que hay muy pocos estudios al respecto y sería interesante poder registrar esta información por parte de las diferentes áreas sanitarias de forma que podamos establecer el perfil de usuarios potenciales de cada una de ellas.

Otro tema que incide y a su vez es influido transversalmente por los flujos poblacionales es la generación de puestos de trabajo que los propios servicios públicos generan, como elementos dinamizadores económicos, de calidad de vida y sostenibilidad del entorno.

Nuestra conclusión es que si bien los números que nos da el padrón municipal nos aporta información precisa e importante a efectos de planificación, gestión, presupuestos. Un estudio sobre la población flotante nos da una imagen más fiable y adaptable sobre la realidad que vive cada una de las áreas asistenciales.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- Plan de salud de Cantabria 2014-2019. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
- Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria.
- Diagnóstico estrategia nacional frente al reto demográfico. Eje Efectos Población Flotante Ministerio de política territorial y función Pública. Comisionado del Gobierno frente al reto demográfico.
- Metodología para el cálculo de la población vinculada. INE. Instituto Nacional de Estadística.
- Síntesis Anual del Mercado de Trabajo 2018. Gobierno de España. Ministerio de empleo y Seguridad Social.
- Ordenación Sanitaria del Territorio en las Comunidades Autónomas Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) Año 2011 www.mapasanitario.org – © Fundació Josep Laporte.
- Atlas Nacional de España del siglo XXI. Sección VI. Servicios y Equipamientos Sociales. Instituto geográfico Nacional 2008.
- Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 (Publicado el 18 de diciembre de 2019).

Capítulo 646

EL CELADOR: HIGIENE Y ERGONOMÍA POSTURAL

JOSE ARMANDO BENITEZ VILELA

1 Introducción

Los celadores en su trabajo diario como personal no sanitario desempeñan diversas funciones. En el caso a tratar, nos interesan sólo aquellas actividades y determinaciones relacionadas con la higiene y ergonomía postural. Es decir, tienen que manejar cargas pesadas, de tamaño y peso diverso junto con la movilización y traslado de pacientes de constitución física variada.

Todas estas actividades son consideradas un factor detonante para la aparición de patologías músculo esqueléticas por maniobras incorrectas.

Generalmente, estas alteraciones aparecen a nivel de las extremidades superiores. Se consideran las más frecuentes las expuestas a continuación:

- Síndrome del Túnel Carpiano:

Compresión del nervio mediano sobre el canal del carpo.

Se manifiesta con dolor, edema y parestesias (calambres) sobre la palma y la mano.

- Tendinitis:

Inflamación de los tendones.

Se produce por esfuerzos de repetición a nivel de la muñeca principalmente.

- Lumbalgias:

Dolor localizado en la zona baja de la espalda.

Su etiología está relacionada de forma directa con sobrecargas espaciadas en el tiempo como: - trabajos forzosos con inclinación del tronco. - Manejo y carga de artículos pesados. - Largos periodos de pié en posición estática. - Largos periodos sentados. - Uso de maquinaria con vibraciones.

También puede estar relacionado con higiene postural incorrecta por falta de conocimientos y formación previa.

Por lo tanto, realizar esfuerzos físicos predispone a padecer este tipo de dolores cuando la actividad física desempeñada en el trabajo (como es el caso de los celadores) así lo determina. Sin embargo, hay trabajos sin carga física como sedentarios y estáticos que son a su vez muy lesivos para la columna vertebral sino se realizan de forma adecuada.

Las lesiones y dolores a nivel de la columna pueden aparecer por un esfuerzo muy intenso o bien por acumulación de pequeños movimientos realizados de forma inadecuada como sentarse de forma incorrecta o dormir en una mala postura lo que desencadena con el paso del tiempo patologías lumbares importantes.

HIGIENE POSTURAL

Conjunto de normas, consejos y actitudes posturales (estáticas y dinámicas) encaminadas a mantener una alineación correcta de todo el cuerpo para evitar posibles lesiones.

Su principal objetivo es aprender y conocer una serie de normas y hábitos para ayudar a proteger la espalda a la hora de realizar actividades de la vida diaria como movilización, traslado y cambios posturales de los pacientes. Es decir, una correcta posición de pié, sentado o acostado permite la realización de estas actividades con mayor eficacia.

ERGONOMÍA

Aplicación de la higiene postural al lugar del trabajo teniendo en cuenta el uso de posturas, movimientos y la modificación del entorno de trabajo para hacerlo favorable y adaptado a las necesidades y demandas.

La diferencia entre ambos conceptos es que la ergonomía es más específica y requiere por tanto adaptaciones del espacio y lugar de trabajo estableciendo para ello medios y recursos al alcance de los trabajadores adaptándolos a su vez a las demandas existentes.

CONSEJOS SOBRE HIGIENE Y ERGONOMÍA

Los consejos sobre ambos conceptos se describen a continuación:

- Evitar estar demasiado tiempo en la misma postura, alternar las tareas a realizar.
- Las posiciones mantenidas hacen sufrir la columna al recargarse el peso corporal en la misma. Evitar que la espalda esté en posición forzada ya que de lo contrario, las curvas fisiológicas de la columna aumentarían su grado de curvatura.
- Descansar entre tareas, no se deben realizar pequeños ni grandes esfuerzos con prolongación en el tiempo.
- Espacio suficiente para desarrollar el trabajo.
- Caminar adaptando una posición erguida y recta.
- Separar los pies, flexionar las rodillas y mantener la espalda recta a la hora de recoger objetos del suelo.

2 Objetivos

Se deben adoptar posturas correctas en la movilización de enfermos ya que así se consigue un triple objetivo:

- Posición adecuada para la espalda del trabajador.
- Menos estrés y cansancio.
- Mayor autonomía para el paciente.

3 Metodología

Las herramientas que se han usado para la búsqueda de información han sido consultas en diferentes bases de datos como Medline y Scielo. Además, se han consultado numerosos artículos académicos y material bibliográfico diverso relacionado con el tema.

4 Resultados

En las siguientes líneas, expongo las maniobras correctas a realizar en diferentes AVD que desarrollan los celadores en su trabajo diario: levantar a un paciente encamado, traslado de cama a silla de ruedas o sillón, acostar a una persona dependiente.

- Levantar a un paciente encamado:

Colocamos un brazo por detrás de su espalda y el otro brazo debajo de sus piernas al tiempo que indicamos al paciente que se agarre a nuestra nuca. Al unísono con

el cliente, colocamos ambas piernas colgando por el borde de la cama al tiempo que ubicamos el tronco en el borde de la misma. Colocamos ambas extremidades inferiores (pies) en el suelo pero sin llegar a soltarlo mientras no se sienta seguro.

- Traslado a silla de ruedas o sillón:

Acercamos la silla de ruedas o sillón al borde de la cama. Colocamos un brazo por detrás de su espalda y el otro brazo por debajo de sus piernas al tiempo que le indicamos que se agarre a nuestra nuca. Al unísono con el paciente, desplazamos el cuerpo hasta el borde de la cama. Colocamos ambas piernas colgando en el borde de la cama y elevamos el tronco del paciente sujetándolo para que no se caiga. Sujetamos al cliente por debajo de ambas axilas, apoyamos sus pies en el suelo. Flexionamos nuestra espalda y con las rodillas y pies separados lo sentamos en el sillón o silla de ruedas.

- Acostar a un Paciente Dependiente:

Son los mismos pasos que para levantarlo pero a la inversa. Valorar colaboración del paciente y peso corporal. Planear y pensar antes de actuar. Comunicar al paciente el procedimiento a realizar. Nos colocamos de frente del paciente para proporcionarle un punto de apoyo. Flexionamos la espalda, rodillas y separamos nuestros pies. Sujetamos al paciente por debajo de las axilas y lo colocamos en el borde de la cama y hacia la parte superior. Elevamos ambas piernas y lo acostamos. Nota: si se tratara de un paciente con sobrepeso importante u obesidad mórbida deberemos usar la grúa.

MANIPULACIÓN DE CARGAS

Cualquier objeto susceptible de ser movido. Se incluyen el transporte o levantamiento, sujeción, empuje, tracción, etc. Se consideran cargas, los objetos de más de 3 kg y con un peso no superior a 25 kg. La postura adecuada para movilización de cargas sería cerca del cuerpo y espalda derecha sin giros ni inclinaciones. Sujeción firme del objeto a mover con posición neutral de la muñeca, levantamientos suaves y espaciados y condiciones ambientales favorables. Se deben considerar los siguientes factores expuestos a continuación a la hora de movilizar cargas u objetos pesados:

- Altura:

Si es demasiado alta, entorpece la visibilidad y se producen por tanto tropiezos y caídas.

- Anchura:

Si es demasiado ancha, obliga a adoptar posturas forzadas lo que sobrecarga la columna. Impide también levantar la carga del suelo y poder acercarla al cuerpo.

- Profundidad:

Si es demasiado profunda, aumenta la distancia horizontal ejerciendo presión sobre la columna.

Por lo tanto, lo ideal sería que la altura no supere la anchura. La superficie de la carga tiene que ser lisa, en caso contrario, se deben usar guantes para evitar cortes y lesiones. No se deben realizar movimientos bruscos ni giros no planificados ya que la columna recibe vibraciones y resulta por tanto dañada.

Pero hay cargas que pueden moverse de forma inesperada por su contenido por lo que las indicaciones a considerar son las siguientes:

- Fijar la carga para evitar inestabilidad.
- Usar grúas y otros dispositivos similares.
- Reducir el peso de la carga.
- Trabajar en equipo.

INDICACIONES GENERALES (CARGAS)

- Planificar el levantamiento siguiendo las indicaciones del fabricante.
- Usar grúas y dispositivos similares si el peso es excesivo.
- Usar equipo y calzado adecuados.
- Separar los pies, uno más adelantado que el otro y siempre en dirección del movimiento.
- Doblar las piernas y mantener la espalda recta flexionando las rodillas.
- No girar el tronco, agarre firme.
- Levantamiento suave, carga pegada al cuerpo.
- Depositar la carga según la situación.

5 Discusión-Conclusión

Por todo lo dicho, los trabajadores tendrían que tener talleres de formación para que se les explique y forme en posiciones ergonómicas adecuadas para desempeñar sus funciones y desarrollar su trabajo con las máximas garantías.

6 Bibliografía

- Editorial MAD 2018-2019.

Capítulo 647

ANÁLISIS DE LA NORMATIVA APLICABLE AL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y AL PERSONAL SANITARIO NO FACULTATIVO. DESDE 1971 HASTA LA ACTUALIDAD

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

CLAUDIO GARCIA MURIAS

SONIA GARCÍA MUÑIZ

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

1 Introducción

El personal al servicio de las instituciones sanitarias, se ha regulado históricamente por medio de estatutos propios, que establecían tanto las funciones de cada categoría, como los derechos, deberes, sistemas de acceso y régimen disciplinario de todas las categorías profesionales al servicio de la salud del sistema sanitario público.

2 Objetivos

- Analizar la evolución normativa aplicable tanto al personal sanitario como de gestión y servicios de las instituciones sanitarias públicas, desde la normativa preconstitucional de los años 1971 para personal no sanitario, y del año 1973 para personal sanitario no facultativo.
- Valorar los aspectos que han mejorado con la nueva regulación normativa y los que se han mantenido, incluso después de la nueva regulación del Estatuto Marco del año 2003.

3 Metodología

Se ha realizado revisión bibliográfica de la normativa aplicable publicada en el Boletín Oficial del Estado, tanto normativa ya derogada, como normativa actualmente en vigor, relativa al personal al servicio de las instituciones sanitarias públicas.

4 Resultados

En el año 1971, se publicó el “Estatuto del personal no sanitario al servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social”, publicado en el Boletín Oficial del Estado por Orden del Ministerio de Trabajo. Este estatuto preconstitucional, regulaba la relación laboral del personal estatutario no sanitario, dependiente en aquel momento de la Seguridad Social y que venía a sustituir a la anterior regulación del año 1968 “Reglamento de personal de Servicios Especiales de Oficio y Subalterno de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, para intentar acercarlo al Estatuto que en aquel momento regía para los Funcionarios del Instituto Nacional de Previsión.

Los estatutos para personal sanitario no facultativo, regulaba la relación laboral, derechos, deberes y funciones respecto del personal de enfermería (sanitario titulado) y auxiliar de clínica, y para personal no sanitario que a su vez regulaba las condiciones laborales, derechos, deberes y funciones respecto del resto del personal con categorías no sanitarias.

El 16 de diciembre de 2003, se publicó en el BOE la Ley 55/2003 Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, que entró en vigor el día 18 de diciembre de ese mismo año.

Este estatuto establece en su exposición de motivos en el punto II, establece: “Así, el Estatuto Marco deroga el régimen estatutario configurado por los tres estatutos de personal -todos ellos preconstitucionales, y por las disposiciones que los modificaron, complementaron o desarrollaron, sustituyéndolo por el marco básico que compone el propio estatuto y por las disposiciones que, en el ámbito de cada Administración pública, desarrollen tal marco básico y general”. En realidad, este nuevo estatuto, viene a establecer la normativa referida a todo el personal de las instituciones sanitarias sobre jornada, formas de acceso, categorías y clasificación, retribuciones, derechos y deberes, faltas y sanciones, etc., pero no establece como los estatutos anteriores las funciones propias de cada categoría.

En cuanto a la regulación de las funciones por categorías, actualmente se siguen aplicando las funciones asignadas en los anteriores estatutos para cada categoría, estableciendo en algunos casos funciones no acordes con la situación laboral y social actual, en la que las funciones de las anteriormente denominadas Auxiliares de Enfermería, profesión en aquel momento desarrollada mayoritariamente por mujeres, actualmente han pasado a denominarse TCAE y se trata de una profesión en la que aún cuando siguen siendo mayoría mujeres, a lo largo de los años se han ido incorporando muchos hombres.

En el caso de los celadores, profesión que en los estatutos anteriores era mayoritariamente desarrollada por hombres y eso se refleja en:

“14.8 Excepcionalmente lavarán y asearán a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismo. Atendiendo a las indicaciones de las Supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias. 15.8 En caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requiera”.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente hay una relativa paridad respecto al personal sanitario y de gestión y servicios en cuanto a la presencia masculina y femenina, tanto en las categorías con lo cual, la normativa referida a las funciones del personal estaría totalmente obsoleta, en cuanto a igualdad, pero tampoco se hace un reflejo de las funciones en el nuevo Estatuto Marco, dejando el desarrollo de la normativa específica tanto al Estado como a las Comunidades Autónomas.

La normativa actualmente en vigor, el Estatuto Marco, regula de forma muy pre-

cisa, los derechos, deberes, régimen disciplinario (faltas y sanciones), formas de acceso, clasificación del personal, planificación y ordenación del personal, adquisición y pérdida de la condición de estatutario, provisión, movilidad, carrera profesional, régimen de retribuciones, jornada, permisos y licencias, situaciones del personal, incompatibilidades, representación, participación y negociación colectiva.

El estatuto Marco, establece detalladamente los anteriores puntos y sin embargo, deja de lado la regulación de las funciones a desarrollar por el personal sanitario no facultativo y personal de gestión y servicios, que quedando en el aire la regulación que debería haberse hecho por parte de las instituciones públicas, y que a fecha de hoy no ha sido desarrollada, sigue quedando todo lo relativo a funciones del personal, a los estatutos preconstitucionales que a día de hoy no reflejan la situación actual del personal al servicio de las instituciones sanitarias.

La nueva regulación, mejora las condiciones de todos los aspectos que abarca en todo su contenido, tanto en derechos como en garantías, para todo el personal de los servicios sanitarios públicos.

6 Bibliografía

- Estatuto del Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE 22 de julio de 1971 Orden 5 de Julio de 1971.
- Estatuto de personal sanitario no facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. BOE núm. 102, de 28 de abril de 1973, Orden de 26 de abril de 1973.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. BOE» núm. 301, de 17 de diciembre de 2003.

Capítulo 648

PREVENCIÓN DE RIESGOS. ERGONOMÍA Y DISEÑO DE PUESTO DE TRABAJO CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS PARA PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

EVA POLADURA SOLARES

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

CLAUDIO GARCIA MURIAS

1 Introducción

La ergonomía es una de las disciplinas incluidas en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

Un buen diseño del puesto de trabajo para personal que realice tareas con pantallas de visualización de datos, tanto personal sanitario como personal de gestión y servicios, consigue una mayor satisfacción por parte del personal y la disminución de lesiones relacionadas con este tipo de tareas, y la consiguiente disminución de las jornadas relacionadas con absentismo laboral por patologías rela-

cionadas con estas tareas, que pueden ser visuales, estrés, lesiones del sistema músculo esquelético, etc.

El diseño del puesto de trabajo con pantallas de visualización de datos, debe estar muy bien planificado por parte de la organización, ya que una mala planificación puede conllevar situaciones no sólo de perjuicio físico para los trabajadores, sino también psicológicos.

Las pantallas pueden ser de muy diferentes tamaños y características, con caracteres o gráficos en color o en monocromo, y estar situadas en cualquier parte dentro de un centro sanitario, y son utilizadas por personal de todas las categorías profesionales.

Las pantallas de visualización de datos, no se encuentran necesariamente en un ordenador, muchos dispositivos en los centros sanitarios disponen de pantallas de visualización de datos, incluidos aparatos para técnicas diagnósticas o de tratamientos.

2 Objetivos

- Analizar el diseño correcto de un puesto de trabajo con pantallas de visualización de datos, haciendo una revisión de la normativa aplicable para el diseño de este tipo de puestos.
- Estudiar las posibles consecuencias tanto físicas como psicológicas para los trabajadores que utilizan pantallas de visualización de datos en la realización de sus tareas en centros sanitarios.

3 Metodología

Se realiza revisión bibliográfica de la normativa reguladora de la prevención de riesgos relacionada con la seguridad y la salud para personal que realice trabajos con pantallas de visualización de datos.

Se revisa también la guía realizada por el Instituto Nacional de Seguridad de Higiene en el Trabajo que en su guía del año 2006 hace un análisis exhaustivo de toda la normativa relacionada.

4 Resultados

En primer lugar para el diseño de un puesto de trabajo con pantallas de visualización de datos, es necesario realizar una evaluación de riesgos, sobre tiempo de exposición diaria y a lo largo de la totalidad de la jornada laboral, nivel de atención necesario para la realización de la tarea y condiciones ambientales y lumínicas del puesto de trabajo.

Deben ser tenidas en cuenta también las condiciones personales de la persona que va a utilizar ese puesto de trabajo, tanto visuales como de otro tipo, con el fin de adaptar el puesto a la persona.

Una vez realizada la evaluación de riesgos, se realiza el diseño del puesto. En el diseño del puesto, existe normativa específica en cuanto a elementos y características de cada elemento que va a formar parte del puesto de trabajo con pantallas de visualización de datos.

ELEMENTOS

- Pantalla: Debe tener un tamaño y resolución adaptado a la tarea a realizar. No se necesita la misma resolución y tamaño para realizar tareas administrativas, que para realizar diseño gráfico. Para realizar tareas administrativas la recomendación mínima es de una pantalla de tamaño de 14", con una resolución mínima de 640X480 y con una frecuencia de 70Hz. Esta pantalla debe poder regularse tanto en altura como en inclinación para evitar reflejos y adaptarse a la altura del trabajador y el puesto de trabajo. La distancia a la que debe situarse la pantalla es a unos 40 cm. del trabajador, y situada a la altura de los ojos.
- Teclado: Con una altura no superior en la fila central de teclas de 3 cm, con inclinación entre 0 y 25°, y en una posición en la propia mesa que permita apoyar en la mesa las manos de unos 10 cm. Será de material no reflectante, y preferiblemente los caracteres serán de color oscuro sobre fondo claro.
- Mesa: De tamaño adecuada a la tarea a realizar y que exista espacio suficiente tanto para el teclado, pantalla y demás elementos necesarios para la realización del trabajo, con espacio suficiente para apoyar las manos y los brazos y para las piernas, de material preferiblemente mate para que no produzca reflejos y de color ni demasiado claro ni demasiado oscuro.
- Atril: Es conveniente utilizarlo, cuando se trabaja habitualmente con documentos.
- Silla: Regulable en altura y con el respaldo regulable en inclinación y altura, con asiento regulable en profundidad, modificable de forma sencilla por el propio

usuario, con 5 apoyos en el suelo, que pueden ser patas con o sin ruedas, aunque es preferible que sean ruedas si la zona de trabajo es amplia y que las ruedas no permitan desplazamientos involuntarios.

- Reposapiés: Es recomendable cuando la silla y/o la mesa no sean regulables en altura, con dimensiones de 45 cm de ancho por 30 cm de profundidad y con inclinación de entre 0 y 15°
- Iluminación: Para decidir las condiciones lumínicas, hay que tener en cuenta la tarea a desarrollar; no todas las tareas requieren el mismo nivel de iluminación. Es preferible la iluminación natural, pero cuando no sea posible y haya que utilizar luz artificial, hay que tener en cuenta la ubicación del trabajador para instalar las luminarias. La iluminación, ya sea natural o artificial, no debe producir reflejos o deslumbramiento sobre la pantalla o los documentos con los que se trabaje.
- Ruido: El nivel de ruido, puede influir en situaciones de pérdida auditiva o en estrés para el trabajador. Es recomendable que el ruido no supere los 55 dB(A).
- Condiciones térmicas y de humedad: La temperatura en verano debe estar entre 23 y 26°, y en invierno entre 20 y 24°, manteniendo un grado de humedad relativa de entre 45 y 65% para evitar la sequedad de ojos y de las mucosas.

5 Discusión-Conclusión

Un buen diseño del puesto de trabajo con pantallas de visualización, conlleva una mayor satisfacción por parte de los trabajadores, mientras que un mal diseño, genera malestar.

La satisfacción del trabajador, a su vez, se traduce en un mejor desempeño del puesto de trabajo, mejores condiciones generan mejor calidad y efectividad.

Un mal diseño, puede conllevar consecuencias que repercuten de forma negativa en la salud de los trabajadores y por tanto disminuye el rendimiento y la calidad y a su vez aumentan los costes por absentismo laboral.

REPERCUSIONES SOBRE LA SALUD

- Oftalmológicas: Sequedad de ojos, debido las condiciones ambientales de temperatura y humedad.

Otros problemas como la pérdida de visión y de agudeza visual se deben principalmente a las condiciones lumínicas y a no respetar las normas respecto a distancia e inclinación tanto de la pantalla como de los documentos con los que se debe trabajar.

- Auditivas: En un ambiente de trabajo muy ruidoso, donde no se disponga de la posibilidad de reducir el ruido (actuar sobre la fuente), se debe proveer al trabajador de equipos de protección individual.
- Térmicas: Unas malas condiciones ambientales de temperatura, puede ocasionar estrés térmico en el trabajador, tanto las temperaturas altas como las bajas.
- Músculo esqueléticas: El mal diseño del puesto de trabajo, como no disponer de suficiente espacio de trabajo en la mesa para apoyar manos y brazos, redundan en lesiones en manos o muñecas por posiciones forzadas (Ej. síndrome del túnel carpiano), o al disponer de un teclado inapropiado. Una silla que no sea regulable en altura e inclinación además de no disponer de reposapiés, genera sobrecarga en espalda, hombros y cuello, al tener que adoptar posturas incómodas para realizar las tareas. No disponer de un atril para tareas con documentos, genera tensiones en la zona del cuello al tener que girar e inclinar constantemente la cabeza para leer los documentos. Una mesa de tamaño no apropiado, no nos permite tener suficiente espacio para trabajar, pero tampoco para que las piernas estén cómodas.
- Psicológicas: Un puesto de trabajo mal diseñado puede conllevar no sólo consecuencias a nivel físico sino también a nivel psicológico.

Un puesto de trabajo con poca iluminación, con una temperatura inadecuada, donde no hay suficiente espacio para realizar el trabajo o para poder moverse en caso de necesidad, excesivo ruido, etc., puede afectar de forma muy negativa a los trabajadores, ya que para realizar de forma efectiva las tareas es necesario un nivel de confort que permita al trabajador estar cómodo mientras las realiza. Si el trabajador no se siente cómodo, disminuye su satisfacción, un lugar de trabajo agradable, con condiciones ambientales adecuadas y recursos adecuados, redundan en mejor desempeño.

El análisis del puesto de trabajo se hace casi imprescindible para cualquier organización, ya que el mejor desempeño por parte de los trabajadores, repercute de forma muy importante en los resultados de la organización.

Un buen diseño, de todas las condiciones, repercute en menor absentismo laboral, que anualmente supone un coste muy importante para todas las empresas. Cuidar de los trabajadores y su salud tanto física como psicológica, debería ser una máxima en cualquier empresa para incrementar en beneficios y en calidad.

Gestos tan sencillos como poner una cortina en una ventana que genera reflejos o deslumbramiento en el puesto de trabajo, disponer de termostatos regulables y un buen sistema de calefacción o aire acondicionado, establecer pausas per-

iódicas y buena iluminación para evitar la fatiga mental y visual, la realización de pequeños ejercicios para evitar posiciones forzadas de forma prolongada, o establecer un sistema de vigilancia en salud para los trabajadores que trabajen con este tipo de pantallas, ayuda a minimizar tanto los riesgos físicos como los mentales.

6 Bibliografía

- Ley de Prevención de Riesgos Laborales 31/1995, de 8 de noviembre. BOE núm. 269 de 10 de noviembre de 1995.
- 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.
- Reglamento sobre Lugares de Trabajo (Real Decreto 486/1997, de 14 de abril. B.O.E. nº 97, de 23 de abril).
- Guía técnica de Evaluación y prevención de los Riesgos relativos a la utilización de equipos con pantallas de visualización. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo año 2006.

Capítulo 649

LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES

ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La prevención de los riesgos laborales es uno de los objetivos más difíciles de alcanzar a lo largo de la historia. Se debe desarrollar una actividad sistemática que busque perfeccionarse hasta minimizar la probabilidad de accidentes laborales, pérdidas materiales, enfermedades profesionales derivadas de un ambiente desfavorable, debe ser el principal objetivo de la prevención de riesgos laborales. La prevención de riesgos laborales es una decisión de gestión que debe prevalecer en cualquier actividad de la empresa.

2 Objetivos

- Conocer las principales normas de prevención de riesgos laborales en oficinas.
- Conocer los principales riesgos del trabajo en oficinas.
- Conocer la importancia de los distintos elementos del puesto de trabajo que cuenta con una pantalla de visualización de datos (PVD) con el fin de poder prevenir adecuadamente situaciones peligrosas.
- Conocer los principales riesgos asociados al trabajo en pantallas de visualización de datos (PVD).
- Identificar factores de riesgo que pueden provocar alteraciones musculoesqueléticas.

- Conocer las medidas preventivas de los riesgos laborales en oficinas.
- Identificar las principales actuaciones en materia de higiene postural y recomendaciones para llevar una vida laboral en la oficina saludable.

3 Metodología

De una manera precisa y detallada se exponen en el trabajo las principales medidas de prevención de riesgos laborales para auxiliares administrativos y celadores. 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

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
- <http://www.llegarasalto.com>.
- <https://www.mutuabalea.es/verFichero.php?id=277>.
- <https://www.ccelpa.org>.
- <https://prevencionugtandalucia.es>.

Capítulo 650

AMBITO SANITARIO: COMO PROTEGERNOS DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL (BURNOUT)

ANA MARIA GARCIA GARCIA

CLAUDIO GARCIA MURIAS

SONIA GARCÍA MUÑIZ

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

1 Introducción

Todas las personas hemos experimentado en alguna ocasión, la sensación de sentirnos agobiadas, por tener que atender compromisos sociales, por la rutina diaria, por las responsabilidades familiares, por sentirnos agotados por el trabajo, quizá cuando tienes demasiado trabajo pendiente, cuando tienes que atender la reclamación de una persona usuaria descontenta, cuando tienes que cumplir una orden con la que no estás de acuerdo, etc.

Estas exigencias, nos producen un desgaste emocional en el trabajo, que lo denominamos desgaste profesional o síndrome del trabajador quemado, también conocido como Burnout.

El concepto de desgaste profesional, se refiere a una situación de agotamiento tras un periodo de esfuerzo y dedicación con altas demandas emocionales y se considera una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos, hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como, por la vivencia de encontrarse emocionalmente exhausto/a.

Así mismo, se caracteriza por una tríada de síntomas propia, tales como agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

La aparición de estos síntomas es consecuencia de la exposición a unas condiciones de trabajo nocivas, que actúan como estresores, es decir, que tienen la capacidad para producir una respuesta emocional negativa en la persona (estrés).

Los profesionales del ámbito sanitario, pertenecen a uno de los colectivos del sector público, más afectados por el síndrome del desgaste profesional (Burnout).

Aunque en general, todos aquellos colectivos de profesionales que desarrollan una actividad que exige un trato directo y continuado con personas, bien sea desarrollando labores asistenciales, como el personal del ámbito sanitario (centros de salud, centros hospitalarios, etc...), personal docente, policías, o bien prestando un servicio de atención específico (atención al usuario e información al usuario en ámbitos sanitarios) venta, banca, oficinas, etc...están más expuestos a desarrollar desgaste profesional.

2 Objetivos

- Detectar los principales factores de riesgo que pueden causar el agotamiento profesional o Burnout.
- Identificar las distintas fases del proceso de desgaste profesional.
- Conocer las consecuencias que produce este síndrome sobre las personas que lo sufren.

3 Metodología

Se ha desarrollado una metodología de revisión bibliográfica, con búsqueda sistemática de información relacionada con estrés en el trabajo, riesgos psicosociales en el trabajo, síndrome de Burnout, psicosociología y psicopatología en el trabajo, síndrome del quemado, etc...

4 Resultados

El desgaste profesional en sí mismo, es bastante complejo, pues están implicados en su aparición y desarrollo factores de carácter individual y factores del contexto del trabajo.

Estos factores por sí mismos, no tienen por qué conducirnos necesariamente al Burnout. Ambos tipos de factores, actúan como desencadenantes del desgaste profesional, siempre y cuando, estemos expuestos a una situación de estrés crónico, es decir, de forma continua y prolongada en el tiempo.

Factores de riesgo que desencadenan el síndrome de Burnout:

- De carácter individual.
- La presencia de ciertas características personales pueden influir (en mayor o menor medida) en la aparición del desgaste profesional. Aspectos como la personalidad, las actitudes y las expectativas hacen a las personas más vulnerables ante las demandas del entorno de trabajo. Las características individuales facilitan o amortiguan el desgaste profesional.

Algunas de estas características personales son:

- Personalidad tipo A (interés exagerado por la perfección, metas elevadas, implicación muy profunda con el trabajo, etc...).
- Dependencia (de otras personas para realizar el trabajo).
- Rigidez (capacidad de adaptación a situaciones nuevas, pensamiento alternativo, etc...).
- Ansiedad.
- Introversión.
- Locus de control (persona que le afectan mucho las circunstancias del entorno y se siente incapaz de controlarlo).
- Del contexto de trabajo.

Organizativas:

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida.
- Exceso de burocratización en los procedimientos de trabajo.
- Escaso apoyo institucional ante problemáticas individuales.
- Exceso de carga de trabajo, sobre todo de tipo emocional.
- Falta de reconocimiento individual y colectivo del trabajo que se realiza.
- Carencia de formación para los trabajadores.
- Calidad del servicio que se presta a las personas usuarias.
- Capacidad para atender y gestionar las demandas de las personas usuarias.

Según la naturaleza del trabajo. Hace referencia a la naturaleza de la actividad que se desarrolla (asistencial por ejemplo), el contenido de las tareas (atención a las personas usuarias), los métodos y procedimientos de trabajo (por ejemplo cómo actuar ante un estado de crisis de un usuario), el horario de trabajo (trabajo a turnos), etc.

- Sobrecarga emocional por la interacción continuada con personas.
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía.
- Falta de tiempo y de recursos para la atención al usuario.
- No tener claras las funciones del puesto que se desempeña.
- Falta de control sobre los resultados del trabajo que se realiza.
- Escaso reconocimiento y valoración del trabajo por parte de los usuarios.
- Capacidad de decisión limitada sobre cuestiones que afectan a las personas usuarias.
- Expectativas profesionales no satisfechas.
- Capacitación insuficiente para el puesto de trabajo.

Según las relaciones sociales en el trabajo. Según la calidad de las relaciones interpersonales que existan o se den en el trabajo, puede contribuir en mayor o menor medida, al desgaste profesional, tales como:

- Atención de las problemáticas de las personas usuarias.
- Coordinación y trabajo en equipo.
- Relaciones con las personas usuarias.
- Relaciones entre compañeros/as.
- Relaciones con los superiores.
- Relaciones con personas externas a la organización de trabajo.

Fases del proceso del desgaste profesional o Burnout. El desgaste profesional se desarrolla muy paulatinamente y a veces el propio trabajador, no es consciente de que lo está sufriendo. Teniendo en cuenta, la relación que la persona mantiene con su contexto de trabajo, podemos diferenciar cinco etapas. Estas etapas, no se desarrollan secuencialmente de la misma forma en todas las personas, pero el proceso tiene carácter cíclico y puede repetirse en otros momentos de la vida laboral del trabajador, en el mismo o en diferentes trabajos.

- Fase inicial o de entusiasmo. Las primeras señales de alarma surgen en esta fase inicial.
- Fase de estancamiento. La persona duda acerca de su capacidad para responder satisfactoriamente a las exigencias del entorno de trabajo (se manifiesta el estrés).

- Fase de frustración. La persona se encuentra crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío.
- Fase de apatía. Corresponde a la fase central del síndrome Burnout y se caracteriza por la tendencia de la persona a paralizar sus actividades de trabajo, disminuye el ritmo de trabajo y se agudiza la falta de interés por el mismo. Surgen las somatizaciones del desgaste profesional por medio de alteraciones emocionales, físicos y conductuales (por ejemplo irritabilidad, cambios de humor, pérdida de apetito, etc).
- Fase de quemado. Se caracteriza por el colapso emocional y cognitivo que sufre la persona afectada y las importantes repercusiones sobre la salud, el trabajo y la vida extralaboral, hasta el punto de que la persona puede verse obligada a abandonar el trabajo como consecuencia del estado de desgaste alcanzado y a no encontrar sentido a su vida.

Consecuencias del Burnout sobre la persona que lo sufre

Como ya hemos comentado anteriormente, el proceso de agotamiento puede observarse conscientemente por la persona afectada, o puede mantenerse no reconocido durante mucho tiempo. Poco a poco, la persona afectada va cambiando las actitudes hacia el trabajo, hacia las personas y, en general, hacia la vida cotidiana. Las consecuencias que el agotamiento profesional (Burnout) puede causar en la persona que lo sufre, son daños en su salud, repercusiones en el ámbito laboral y repercusiones en la vida personal.

Desde el punto de vista clínico, pueden afectar a la persona que lo sufre, de forma leve, moderada, grave y extrema (que van desde síntomas físicos, vagos e inespecíficos, hasta aislamiento, depresión crónica, abandono de profesión, incluso riesgo de suicidio). A continuación se detalla de forma resumida a que se refiere cada una de estas consecuencias.

Nivel Psicosomático:

- Malestar general, cansancio hasta el agotamiento.
- Fatiga crónica.
- Frecuentes dolores de cabeza.
- Alteraciones del sueño.
- Problemas de piel (eccemas, dermatitis, etc).
- Úlceras y otros desórdenes gastrointestinales.
- Pérdida de peso.
- Molestias y dolores musculares.
- Hipertensión.

- Crisis asmáticas.

Nivel Cognitivo

- Dificultades para mantener la atención y pérdida de memoria.
- Disminución de la capacidad de concentración.
- Sobredimensionar los problemas y/o exagerarlos.
- Atribuciones erróneas como por ejemplo basarse en suposiciones sin tener en cuenta hechos objetivos.
- Despistes frecuentes.

Nivel Emocional

- Agotamiento emocional.
- Distanciamiento afectivo como forma de autoprotección (como evitar dar explicaciones a los demás).
- Ansiedad y sentimientos de culpabilidad.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Sensación de vacío y soledad. Sentimientos depresivos.
- Sentimientos de impotencia.
- Actuar únicamente guiándonos por el estado emocional en el que nos encontremos en ese momento).
- Apatía y aburrimiento.

Nivel Conductual

- Conducta despersonalizada en la relación con el usuario.
- Incapacidad para vivir de forma relajada.
- Superficialidad en el contacto con las demás personas.
- Desarrollo de conductas de abuso (fármacos, estimulantes, tabaco, alcohol, etc.).
- Actitudes de desconfianza.
- Cinismo e ironía hacia las personas usuarias.
- Hostilidad, suspicacia y escasa verbalización en las interacciones personales, incluso dificultades del habla.
- Trastornos en el apetito.

Repercusiones en el ámbito laboral. En el ámbito laboral, el comportamiento de la persona afectada también se altera y disminuye la capacidad de trabajo, puede aumentar el riesgo de cometer errores y pueden sufrir accidentes de trabajo.

Algunas de las repercusiones en el trabajo son las siguientes:

- Llegar siempre tarde, incumplir horario de trabajo.

- Buscar excusas médicas para no acudir a trabajar, es decir, abandonos frecuentes del trabajo.
- Tendencia al aislamiento.
- Relaciones personales tensas y distantes y deterioro del clima de trabajo.
- Desinterés por los problemas de las personas usuarias, es decir, menor implicación en la atención que se presta a las personas, etc...

Repercusiones en la vida personal.

Las consecuencias del desgaste profesional pueden ser muy devastadoras, traspasando el ámbito del trabajo y afectando incluso a la vida personal. Algunas de estos efectos son:

- Desestructuración de las rutinas diarias.
- Reducción de contactos sociales.
- Tensiones familiares y discusiones frecuentes.
- Cambios en los hábitos de salud como por ejemplo no respetar los horarios de las comidas.
- Actividades de riesgo.
- Discusiones de pareja.

5 Discusión-Conclusión

Para terminar este capítulo y como conclusión final, vamos a detallar algunos conceptos o ideas claves y a enumerar estrategias para prevenir o actuar en caso de agotamiento profesional o Burnout.

Conceptos clave:

El desgaste profesional se considera una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente exhausto.

El Burnout siempre tiene consecuencias negativas para la persona que lo sufre y la manifestación más característica es el agotamiento emocional, mientras que el estrés es una respuesta adaptativa que no siempre resulta nociva y que se manifiesta, sobre todo, a nivel físico.

Es más probable que surja el desgaste profesional, cuando la actividad que se desarrolla se basa en:

- Prestar un servicio de atención o ayuda directa y continuada a personas, usuarios, etc..
- Mantener una relación de ayuda y/o prestación de un servicio.
- Responder a exigencias o demandas de trabajo elevadas.
- Actuar bajo fuertes presiones tanto internas (organización, compañeros, grupos de trabajo, jefatura, etc...) como externas (usuarios, clientes, pacientes, alumnado, etc...).
- Los sectores en los que se ha detectado una mayor incidencia de desgaste profesional son: Sanidad, Educación y Administración Pública.
- El desgaste profesional no se manifiesta de manera secuencial en todas las personas y puede repetirse en otros momentos de la vida laboral de las personas.
- Los efectos del desgaste profesional pueden ser devastadores porque repercuten sobre la salud, el comportamiento laboral e incluso en la vida personal de los afectados. También repercute en el funcionamiento, organización y gestión de las empresas, ocasionando importantes costes humanos y económicos para las mismas.

Estrategias de actuación:

El Burnout es un fenómeno laboral muy complejo, en el que como sabemos, están implicados factores de distinta naturaleza, por lo que no existen estrategias específicas ni simples de prevención.

Se puede actuar desde la empresa (con medidas organizativas) y de forma individual (con medidas individuales).

Medidas Organizativas

La intervención o prevención del desgaste profesional debe estar orientada a actuar sobre el contexto de trabajo, a nivel:

- Organizativo. Planificación y organización del puesto de trabajo.

Formación continua.

Definición del puesto de trabajo.

Seguridad y estabilidad en el empleo.

Vigilancia de la salud.

Etc...

- Del puesto de trabajo: definir tareas, funciones, responsabilidad. Adecuar la carga de trabajo a las capacidades de las personas. Condiciones físicas del puesto de trabajo. Formación específica para el puesto (técnica, emocional, interpersonal, etc... Definir dependencia funcional y jerárquica.

- De las Relaciones Sociales para mejorar los siguientes aspectos: clima de trabajo. Actividades grupales. Comunicación entre compañeros. Relación profesional con usuario.

Medidas o estrategias individuales

Algunas de las medidas que podemos adoptar son:

- Afrontar los problemas.
- Gestionar el tiempo.
- Pensamiento realista y positivo.
- Autocontrol emocional.
- Fomento de la autoestima.
- Desarrollo de habilidades sociales.

Es muy importante el desarrollo de las estrategias detalladas anteriormente, pues se trata de recursos muy potentes de protección frente al desgaste profesional.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout".
- Universia. ¿Qué es el Burn Out o Síndrome del "Quemado"?
- Kompier, M. y Levi, L. (1995). Estrés en el trabajo: causas, efectos y prevención. Guía para pequeñas y medianas empresas. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. (1995). Estrés en el trabajo. Causas, efectos y prevención. Luxemburgo: FEMCVT.
- Labrador, F.J. (1995). El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid: Temas de hoy.
- Nogareda, C. (coord.). (1995). Psicopsicología del trabajo. Barcelona: INSHT.
- Alonso-Fernández, F. (1997). Psicopatología del trabajo. Barcelona: EDIKAMED.
- Extremera, N. y Fernández, P. (2002). El Autocontrol Emocional. Madrid: Ed. Panamericana.
- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Fidalgo, M. (2006). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (II): consecuencias, evaluación y prevención. Madrid: INSHT.

Capítulo 651

LA NUEVA LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y PERSONAL SANITARIO.

EVA POLADURA SOLARES

ANA MARIA GARCIA GARCIA

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

ALICIA JUARROS SEDANO

1 Introducción

En nuestra vida diaria constantemente se nos solicitan nuestros datos personales para cualquier trámite, y por ello es necesario que sepamos respetar la intimidad de los demás y a la vez aprendamos a saber cuidar nuestra intimidad personal.

El derecho fundamental a la protección de nuestros datos de carácter personal está recogido en el artículo 18 de la Constitución Española, en el que se dice lo siguiente:

- Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
- La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”.

Con el fin de dar respuesta a una realidad social, se aprobó la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal que tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar. Más recientemente surgió la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales, cuyo objetivo es:

- Adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y a la libre circulación de estos datos, y completar sus disposiciones. El derecho fundamental de las personas a la protección de datos personales, amparado por el artículo 18.4 de la Constitución, se ejercerá con arreglo a lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679 y en esta ley orgánica.
- Garantizar los derechos digitales de la ciudadanía conforme al mandato establecido en el artículo 18.4 de la Constitución.”

Lo que vamos a tratar aquí es la Ley de Protección de Datos en el Sistema Nacional de Salud, desde el punto de vista del personal de gestión y servicios y del personal sanitario. Las cuestiones a desarrollar son sumamente importantes, dado que cada día los profesionales de la Sanidad manejamos una multitud de datos personales de terceros en nuestro puesto de trabajo, ya sea a través de papel o por el ordenador, y debemos tratarlos de manera diligente y responsable.

2 Objetivos

- Desarrollar la Ley de Protección de Datos desde el punto de vista del personal de centros sanitarios, viendo los pros y los contras que se encuentran en el trabajo diario para cumplir con los objetivos de dicha ley.
- Analizar los principios de la ley, los derechos de las personas y el ejercicio de los mismos en el Sistema Nacional de Salud.
- Establecer la necesidad de una ley de protección de datos específica para el profesional sanitario dada la importancia del material sensible que maneja diariamente en su trabajo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de la normativa reguladora de la Ley de Protección de Datos de 1999, de la actual Ley Orgánica 5/2018 de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales, del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril 2016 y de los artículos de la Constitución Española referentes al tema.

También se revisa el artículo Principales novedades de la Ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, desde la perspectiva sanitaria.

4 Resultados

Hay que empezar resaltando que nuestra Constitución Española, en su día, abrió camino en lo referente al reconocimiento del derecho fundamental de la protección de datos personales en su artículo 18.4: “La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”.

El 13 de diciembre de 1999 se aprobó la Ley Orgánica de Protección de datos de carácter personal dando respuesta a una realidad social, la necesidad de proteger los datos personales, ya que la sociedad cada vez avanzaba más debido a las nuevas tecnologías de la información.

Diecinueve años después, el 5 de diciembre de 2018 surgió La Ley de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales, que deroga la anterior. Esta nueva ley, que acaba de cumplir un año, mejora la del 1999 que ya se quedaba obsoleta, por la rápida evolución tecnológica y la globalización, pero presenta algunas deficiencias, deja sin regular de manera adecuada campos específicos, como el de los datos personales relativos a la Salud, que debieran tener una ley aparte.

Principios de la protección de datos:

- Exactitud de los datos: Los datos deben ser exactos, y si fuere necesario actualizados.
- Deber de confidencialidad: Los responsables y encargados del tratamiento de datos, estarán sujetos al deber de confidencialidad. Este deber es complementario del deber de secreto profesional.

- Tratamiento basado en el consentimiento del afectado: Que sería la manifestación de voluntad libre, específica, informada e inequívoca por la que acepta el tratamiento de sus datos personales.
- Consentimiento de los menores de edad: El tratamiento de datos, sólo podrá ser válido cuando el menor, sea mayor de 14 años. Con los menores de 14 años el consentimiento sólo será lícito si consta el titular de la patria potestad o tutela.
- Tratamiento de datos por obligación legal, interés público o ejercicio de los poderes públicos: Solo podrá considerarse fundado en el cumplimiento de una obligación legal exigible al responsable o en el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de los poderes públicos conferidos al responsable.
- Categorías especiales de datos: Habrá una prohibición del tratamiento de datos cuya finalidad principal sea identificar su ideología, afiliación sindical, religión, orientación sexual, creencias u origen racial y étnico.
- Tratamiento de datos de naturaleza penal: Los datos personales relativos a condenas o infracciones penales, procedimientos y medidas cautelares y de seguridad conexas, para fines distintos de los de prevención, investigación, detección de infracciones o sanciones penales solo podrá realizarse cuando exista una norma, europea o nacional que lo ampare.

Derechos de las personas

- Derecho de acceso: El interesado tendrá derecho a obtener del responsable del tratamiento, la información de sus datos de carácter personal y saber los fines de dicho tratamiento.
- Derecho de rectificación: El interesado tendrá derecho a la rectificación de los datos personales inexactos que le conciernen y a que se completen los datos que estén incompletos.
- Derecho de supresión: También llamado en esta nueva ley “derecho al olvido”. El interesado tendrá derecho a obtener sin dilación indebida del responsable del tratamiento, la supresión de los datos personales que le conciernan.
- Derecho a la limitación del tratamiento: El interesado tendrá derecho a la limitación del tratamiento de sus datos cuando se cumplan ciertas condiciones recogidas en la ley.
- Derecho a la portabilidad: Derecho a trasladar los datos a otro proveedor de servicios. El interesado tendrá derecho a recibir los datos personales que le incumben y a transmitirlos a otro responsable del tratamiento.
- Derecho de oposición: El interesado tendrá derecho a oponerse en cualquier momento, a que los datos que le conciernen sean objeto de tratamiento.

Para el trabajo diario en los centros de atención primaria, hospitales, servicios de salud... el personal de gestión y servicios y el personal sanitario, deben tener muy claros los principios en los que se basa la Ley de Protección de datos, y por supuesto también los derechos de las personas usuarias del servicio público de Salud, para poder desarrollar de la mejor manera posible su trabajo y cumplir rigurosamente dicha ley.

También en el desempeño de sus funciones como profesionales de la Sanidad tienen la obligación respetar los deberes de confidencialidad y secreto profesional que la Ley de Protección de Datos les exige.

5 Discusión-Conclusión

El personal de gestión y servicios y el personal sanitario, debe conocer perfectamente todo lo concerniente a la Ley de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales, en lo relativo al desarrollo de su trabajo, porque muchas veces resulta complicado hacer entender a los usuarios de la Sanidad, que no puedes darles cierta información relativa a sus familiares, ya que se estaría vulnerando la intimidad de dicho familiar y a la vez cometiendo una infracción. Esto pasa continuamente a los auxiliares administrativos, celadores, auxiliares de enfermería y en general a todos los profesionales de la Sanidad que manejan en su día a día información médica y datos personales.

En este sentido, podríamos poner una multitud ejemplos: un auxiliar administrativo que esté en atención al usuario, al que se le solicita información sobre un paciente, su número de habitación por ejemplo, tiene que saber exactamente a quién se lo puede decir y qué puede decir, y si no puede darle ningún dato por no estarle permitido, tratar de explicarle de la mejor manera posible que no puede darle esa información.

Cabe recordar aquí, que la Ley de Protección de datos, es una gran desconocida para muchas personas, y por tanto debería haber más campañas para informar a la gente sobre esta ley, también mas información a través de folletos, trípticos, carteles sencillos en los que se explique al usuario de la Sanidad, qué información puede solicitar, a que tiene derecho y a que no...de esta forma se beneficiaría a ambas partes: por un lado al personal de los centros sanitarios, y por otro lado, al usuario o paciente de la Sanidad, evitándose así muchos problemas, conflictos, malentendidos y enfados innecesarios.

También hay que hacer hincapié, que el personal de centros sanitarios, tiene que tener claro que sólo puede tener acceso a los datos de los usuarios o pacientes de la Sanidad que sean básicos para el desempeño de sus funciones, y nunca debe sobrepasar estos límites, porque si no estaría vulnerando el derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal que está recogido en el artículo 18 de la Constitución Española y por supuesto incumpliendo La Ley de Protección de datos Personales.

Cualquier profesional de la Sanidad, tiene que ser muy riguroso y metódico a la hora de desarrollar su trabajo, para proteger al máximo los datos personales que maneja, dependiendo en que sitio está y que trabajo desempeña, porque a veces no cuenta con todos los medios materiales necesarios que desearía para hacerlo, en resumen, tiene que tener sus propias medidas de seguridad.

Sería importante también decir, que tendría que haber una persona o personas específicas dedicadas a resolver dudas, solucionar problemas y dar cursos sobre la protección de datos personales en el ámbito sanitario, porque a primera vista, parece que no es un tema tan importante, pero sí lo es, porque en multitud de ocasiones te surgen dudas en tu trabajo diario de cómo actuar de la manera más diligente posible, y siempre es bueno contar con un experto en la materia que te indique en cada caso o en cada puesto de trabajo, las medidas técnicas y organizativas necesarias que resulten apropiadas para garantizar un nivel de seguridad adecuado al riesgo del tratamiento de datos.

Por último, y no por ello menos importante, hay que decir que tendría que haber una ley estatal para la protección de datos personales de la salud, que sirviera de complemento al RGPD, pero que se enmarcara dentro de la normativa del sector sanitario. Se ha perdido la oportunidad de haberlo hecho hace un año, cuando se aprobó la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos Personales y garantía de los derechos digitales, pero confiemos en que los responsables o autoridades en la materia de protección de datos se den cuenta de la necesidad de dicha ley, dada la singularidad e importancia que revisten los datos sanitarios.

6 Bibliografía

- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal. BOE núm.298, de 14 de diciembre de 1999.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril

de 2016, relativo a la protección de las personas 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). DOUE

- Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE núm.294, de 6 de diciembre de 2018.
- Constitución Española. BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978.
- Principales novedades de la Ley de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, desde la perspectiva sanitaria. Vicente Lomas Hernández. Obtenido de <https://elderecho.com>.

Capítulo 652

ESTUDIO DE LA LEY 41/2002 REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE CENTROS SANITARIOS: PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS Y PERSONAL SANITARIO.

EVA POLADURA SOLARES

ALICIA JUARROS SEDANO

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

ANA MARIA GARCIA GARCIA

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

1 Introducción

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, surge por la necesidad de fortalecer el derecho a la protección de la salud, que reconoce la Constitución en su artículo 43.

Un antecedente a destacar de dicha ley, es el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina. Este Convenio habla de la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes: como el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información en relación a la salud.

Esta Ley 41/2002 pretende entre otros puntos, humanizar los servicios sanitarios, manteniendo el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual por un lado, y por otro manifestando que la organización sanitaria debe tener un máximo respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información en el ámbito sanitario.

2 Objetivos

- Analizar la Ley 41/2002 desde la perspectiva del personal de gestión y servicios y personal sanitario.
- Estudiar los cuatro puntos básicos de la ley, en lo que se refiere al personal de centros sanitarios.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de la normativa reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación y normativa de la Constitución Española.

4 Resultados

En primer lugar, vamos a establecer el objeto de dicha ley, que sería: “la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica”. Para analizar el tema de la mejor manera posible, habría que matizar el significado de los conceptos que vamos a emplear.

Definiciones legales:

- Centro sanitario: el conjunto organizado de profesionales, instalaciones y medios técnicos que realiza actividades y presta servicios para cuidar la salud de los pacientes y usuarios.
- Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.
- Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.
- Historia clínica: el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.
- Paciente: la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.
- Servicio sanitario: la unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.
- Usuario: la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

Analizando la ley, hay que hacer mención a los principios básicos en los que se sustenta:

- Dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad.
- Previo consentimiento de los pacientes o usuarios.
- Decisión libre del paciente o usuario entre las opciones clínicas disponibles.
- Derecho del paciente o usuario a negarse al tratamiento excepto en los casos determinados en la ley, que ha de constar por escrito.
- Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como de colaborar en su obtención.
- Los profesionales que intervienen en la actividad asistencial están obligados al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y a respetar las decisiones del paciente.
- La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Lo que nos interesa resaltar de la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, son cuatro puntos básicos en los que interviene el personal de gestión

y servicios y personal sanitario, son los siguientes:

- Los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud, tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos. Se facilitará a todos los usuarios información sobre la guías de participación y sobre sugerencias y reclamaciones. En este punto juega un papel básico, el personal de gestión y servicios y el personal sanitario, sobre todo: los auxiliares administrativos, celadores...que son con los que primero se encontraría un usuario o paciente a la hora de acceder a un centro sanitario.

Estos profesionales sanitarios deben conocer a la perfección toda la información disponible del centro sanitario donde desarrollan su trabajo, para poder transmitirla al usuario o paciente que se la solicite, de la manera más sencilla y clara, porque lo que realmente quiere una persona que accede a un centro sanitario buscando información, es que se le resuelvan sus dudas, de forma rápida y sencilla.

- El personal de administración y gestión de los centros sanitarios solo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones. Aquí se deja claro el uso que debe hacer de la historia clínica, el personal de administración y gestión, sólo y exclusivamente el que atañe a sus funciones, pero esto mismo es extensible a todo tipo de personal de los centros sanitarios, que tenga acceso a la historia clínica por exigencia de su trabajo.

- El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

La historia clínica se caracteriza por contener una serie de datos de carácter personal, los datos de salud, los cuales, merecen ser tratados por el personal de los centros sanitarios con la máxima cautela posible. Vinculado al deber de secreto, también está el deber de confidencialidad, que ciertas normas lo consideran un principio rector de la relación asistencial.

- Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica, y también custodiar la historia clínica. En este proceso, por supuesto, intervienen de forma activa los profesionales de la Sanidad, que día a día trabajan en los centros sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Esta ley pretende humanizar los servicios sanitarios, acercándolos más a la sociedad, ya que da prioridad a la libertad individual y a la dignidad de la persona, pero también hace que los profesionales de la Sanidad respeten la intimidad personal, exigiéndoles el deber de secreto y a la vez el de confidencialidad de los datos sanitarios, que serían básicamente la historia clínica y los datos relativos a la salud de una persona.

A día de hoy, el avance tecnológico es imparable, estamos en la llamada “era digital” que junto con la globalización, hace indispensable y primordial la necesidad de protección de los datos sanitarios junto con nuestros datos personales.

Por último, cabe decir, que sería prioritario crear una ley sobre protección de datos personales y sanitarios que se enmarcara dentro del sector de la sanidad, dado que actualmente no existe ninguna.

6 Bibliografía

- Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm.274, de 15 de noviembre de 2002.
- Constitución Española. BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978.
- Protección de datos en el ámbito de la historia clínica: el acceso indebido por el personal sanitario sus consecuencias. Andrea Salud Casanova Asencio. Revista para el análisis del derecho. www.indret.com.
- Autonomía del paciente. Consentimiento informado. Ana María Sangüesa Cabezudo.

Capítulo 653

FUNCIONES BASICAS DE OPEN OFFICE WRITER PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS Y CELADORES

ILLAN SUÁREZ RODRÍGUEZ

MARÍA BEGOÑA RODRÍGUEZ SANTIAGO

1 Introducción

Writer es un procesador de textos y una parte de la serie de ofimática Apache open office. Esta herramienta es compatible con Microsoft word en todas sus versiones, además nos provee de nuevas funcionalidades que iremos descubriendo a lo largo de éste capitulo. Writer es multiplataforma, es decir que puede funcionar en la mayoría de los sistemas operativos actuales, además cuenta con numerosas traducciones en más de 20 idiomas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Adquirir dominio básico de Open Office Writer.

Objetivos secundarios:

- Preparar al alumno para:

Dominar las aplicaciones a las que se enfrenta un usuario de ordenadores personales en su trabajo diario, utilizando software de código libre.

Conocer el entorno de trabajo de la aplicación Writer.

Aprender a trabajar con documentos de OpenOffice Writer.

Abrir documentos en otros formatos.

Combinar correspondencia.

Diseñar tablas.

Conocer herramientas avanzadas del procesador de textos Writer: plantillas, creación de formularios, trabajar con macros.

Realizar gráficos de representación de datos.

3 Metodología

Se explican de una manera didáctica y paso a paso los procedimientos fundamentales del programa Open Office Writer.

4 Bibliografía

- <https://www.openoffice.org/es/producto/writer.html>.
- https://es.wikipedia.org/wiki/Apache_OpenOffice_Writer.
- <https://searchdatacenter.techtarget.com/es/definicion/Apache-OpenOffice> .
- https://www.fulp.es/diferencias_entre_microsoft_office_y.

Capítulo 654

CUIDAR AL CUIDADOR DESDE ATENCIÓN TEMPRANA HASTA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

JULIA MERCEDES SANCHEZ PRIETO

CELIA MARÍA FERNÁNDEZ BONILLA

1 Introducción

En la actualidad, la información clara, completa y veraz, sobre el diagnóstico y pronóstico de cualquier patología, en este caso de una patología discapacitante, al paciente y a su familia, es un derecho indiscutible y, por lo tanto, una obligación de parte de los profesionales de la salud.

La discapacidad constituye un problema de salud de gran relevancia y trascendencia para la persona que la sufre y su familia. La evidencia del impacto que produce esta información ha sido estudiada y ha motivado la elaboración de guías clínicas y de recomendaciones para la comunicación efectiva y las buenas prácticas, con propuestas de capacitación a los profesionales de la salud, para su mejora en estas habilidades. Si bien estas estrategias aún no forman parte obligatoria de la malla curricular en la formación universitaria, están reflejando la importancia de contar con las herramientas adecuadas para enfrentarlo, con necesidad del fomento de la empatía.

El “velar porque la notificación de la discapacidad, ya sea pre o post natal o luego de una enfermedad o de un accidente, sea transmitida en condiciones que garanticen el respeto por la persona involucrada y su familia y que la información sea

clara, comprensible, así como que, haya apoyo para la persona y su familia”, es parte del plan de acción del Consejo de Europa (2006), para promover los derechos y la completa participación de las personas con discapacidad en la sociedad, como señala Gutenbrunner en el capítulo “La Rehabilitación como una Estrategia de Salud Mundial- Nuevos avances” del Libro Blanco de Medicina Física y Rehabilitación.

La entrega de esta información constituye un gran desafío comunicacional, el cual se debe entender como un proceso que va más allá de la información; debe contemplar la acogida, el apoyo y el acompañamiento de los involucrados, por el equipo de salud. Se debe considerar quién o quiénes realizarán este proceso, cuándo y cómo. Es importante también, considerar la reacción del paciente y su familia frente al diagnóstico de la discapacidad y el enfrentamiento de esta nueva realidad a lo largo del tiempo, ya que en general la discapacidad implica cronicidad y readaptación vital en todas las esferas de la vida de una persona, su familia y su entorno. Los padres y las familias pasan por diferentes etapas en todo este proceso, que voy a intentar resumir en los siguientes puntos:

- Antes de que el niño nazca o de que se anuncie la discapacidad, la familia ya ha recorrido un camino:

Es importante conocer cuál ha sido ese camino y cómo se ha recorrido (Ríos González, 1994). Es importante saber si hay otros hijos o no, si es una familia con vínculos en su entorno o está aislada, si hay una buena comunicación entre sus miembros, cuál es su ritmo de vida, cuáles sus valores dominantes, qué expectativas tienen puestas en el hijo que va a nacer, etc. Todo este tipo de características preparan mejor o peor el terreno para un hecho que, de todos modos, en muchas ocasiones, va a ser inesperado y problematizador: el nacimiento de un hijo con deficiencias o la detección o aparición de las mismas tiempo después del nacimiento.

Así, volviendo a los puntos antes comentados se suele afirmar que - probablemente- el haber tenido otros hijos antes pueda favorecer un mejor encaje de hecho ya que la espera de un segundo o tercer hijo es menos estresante que la del primero, y los cuestionamientos sobre uno mismo se ven atenuados por el hecho de haber engendrado hijos sin discapacidad con anterioridad. Siempre va a ser positivo todo lo que sea el tener una buena red social de apoyo (familiares, vecinos) tanto para el apoyo material como moral. Un buen orden y reparto en las actividades y relaciones en el seno de la familia, supone un tejido más fuerte que va a aguantar mejor la crisis. Muchas veces puede ocurrir que no se cuestione el

rígido reparto de roles (que en cualquier caso podría ser criticable) entre marido y mujer, incluso en el caso en el que las tareas de la madre se vean incrementadas por los problemas específicos del hijo con discapacidad.

- La reacción de los padres frente a la comunicación de la discapacidad de su hijo: El impacto inicial_ La información sobre la discapacidad de un hijo es un evento muy traumatizante para los padres y generalmente imborrable, sin embargo, con un adecuado proceso de elaboración del duelo, el que requiere de tiempo y acompañamiento del equipo de salud y de la familia, es posible lograr una adecuada acomodación y adaptación a la situación. En el caso de los padres de un recién nacido o lactante, la comunicación que “su hijo tiene problemas”, es percibida como algo catastrófico y difícil de comprender. Algunos de los testimonios que se reportan en la literatura, son: “Fue como una bomba”, “sentí miedo” “esto no puede estar sucediendo” “el lenguaje es tan técnico que no alcanzo a entender qué significa y su real trascendencia”, “salgo con la idea que mi hijo tiene algo grave que no alcanzo a entender”, “salgo sin saber qué hacer y con una información que no logro integrar”, “el médico no tuvo tacto, no me escuchó, no se molestó en saber cómo me sentía” “me dio un pronóstico devastador, que mi hijo no lograría nada y se equivocó”, “no me dio tiempo para preguntar,” “fue espantoso,” “un shock abrumador”, “me sentí aturdido, entumecido”. En este contexto, es importante considerar lo que el niño representa para los padres:

Una Promesa. “Es la máxima dicha que una persona puede experimentar” “La noticia más linda” “Un hijo viene a completar mi felicidad”. “No hay gozo similar al recibir un hijo”. “El milagro de ser madre” Una Oportunidad, de reparación, de volver a empezar, de concretar un sueño. “De poder entregar un amor infinito”. “Compartir el amor de la pareja”. “De formar una familia”.

- Otro elemento importante es el de la ideología o los valores de la familia: Los estereotipos (o en su caso el conocimiento) sobre las discapacidades que tengan con anterioridad, las expectativas para con el hijo o hija. No será lo mismo una familia centrada en el éxito social que una que valore más el afecto humano. En todo caso, independientemente de las condiciones previas de la familia, parece indudable que la aparición de la discapacidad provoca una crisis. A menudo se nos recuerda que “crisis en chino se escribe con los caracteres ‘oportunidad’ y ‘peligro’” (Martínez, 1994). Esa crisis es la que vamos a intentar analizar a continuación. La Proyección, deseos y expectativas de los padres y su prolongación hacia la inmortalidad, es decir, la Trascendencia “Poder proyectar mi vida, poder sentir que soy capaz de preocuparme por alguien más que de yo misma”, son premisas que debemos tener en cuenta cuando tratamos con familias con algún

miembro con discapacidad, ya que ha tenido que pasar necesariamente por un largo proceso de reestructuración y acomodación, dado lo impregnante de estas dificultades.

- Emociones sentidas durante el anuncio de una discapacidad:

En consecuencia, el anuncio generará inicialmente un impacto emocional muy traumatizante y generalmente imborrable. Un shock, una ruptura frente a la cual las personas pueden reaccionar con negación, incredulidad, rabia, protesta, rabia, ante una realidad sentida como un castigo injusto. Esta rabia y protesta se puede dirigir en gran parte al equipo médico, por la necesidad de encontrar una explicación y justificación a lo ocurrido, un lugar donde colocar en enfado, hasta que el proceso se vaya asimilando. Hay, además, angustia, incertidumbre, ansiedad, miedo. Un profundo dolor, tristeza, desánimo, culpa. Comienza la búsqueda de otras opiniones, la esperanza de una equivocación. Ferguson reporta que la mayoría de los padres de niños(as) con Síndrome de Down refieren “falta del esencial apoyo y de información precisa de su médico al momento de su diagnóstico, después del nacimiento”. “La necesidad de información que puedan asimilar después del encuentro inicial”. El reconocimiento de todos estos conflictos permitirá al médico y al equipo de salud, abordarlos y apoyarlos sin temor y de esta forma, contribuir a que sean vividos de la mejor manera posible.

- La pareja:

En las parejas de cónyuges, se produce la ruptura de los proyectos de pareja, aparecen las culpas, los sentimientos de impotencia e incompetencia para ayudar al niño. También hay ambivalencia, con deseos incluso de muerte, evitación, lo que produce mayor culpabilidad y con ello exagerada vigilancia y sobreprotección del niño. Por otro lado, puede haber negación, huida, alejamiento, evitando el apego, con riesgo de abandono. El diagnóstico de una discapacidad en el hijo va hacer que los lazos relacionales y afectivos de una pareja se pongan a prueba, se reexaminen y se hagan explícitos conflictos previos no resueltos. Hay creencias y expectativas encontradas entre los cónyuges; diferente grado de compromiso; diferencias en conceptos del manejo y enfrentamiento de la situación.

- El duelo, el enfrentamiento y la acomodación:

El duelo es el proceso que todos experimentamos frente a una pérdida querida y valorada y tiene varias etapas. Elaborar el duelo significa asumir la sensación de vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia, soportar el sufrimiento y la frustración que esto implica. Es un proceso de desprendimiento intelectual y emocional de lo que se ha perdido, muchas veces un hijo sano, idealizado, subli-

mado. Un duelo se ha completado cuando somos capaces de enfrentar y aceptar la pérdida y seguir. Cuando podemos recordar lo perdido sin mayor dolor, pudiendo retomar la vida y proyectarnos hacia adelante. Cuando logramos ajustarnos a la nueva realidad y a partir de ello, construir nuevos proyectos. Es decir, el duelo es un proceso, que finalmente debe terminar permitiéndole a la (s) persona(s) seguir con su vida y proyectos, aunque nunca olviden, pero sigan caminando.

- Investigaciones:

Hay evidencia que refleja el mayor estrés al que están sometidos los padres de hijos con discapacidad y sus diferencias con respecto a familias con hijos sin discapacidad:

En la Encuesta de Salud Infantil de Nueva York, del año 2003, se valoran 61.772 niños (de 0-17) de los cuales 364 tienen diagnóstico de TEA. Dentro de los datos analizados se valora el estado de salud mental y afrontamiento de las madres de niños con autismo. Tras el análisis se observa que las madres de niños con TEA tienen niveles de estrés y son más propensas a problemas mentales y emocionales que las madres de la población general, incluso después de ajustar según nivel sociodemográfico y según habilidades sociales del niño.

Otros estudios han abordado el proceso de adaptación de las familias a lo largo del tiempo. Un estudio etnográfico longitudinal durante 10 años resaltó que los primeros años tras el diagnóstico fueron muy estresantes para las familias, pero, con el paso del tiempo, la percepción de estrés y estigma disminuían. Los padres atribuían esta mejoría a un incremento en la habilidad para manejar y adaptarse al comportamiento del niño y una percepción de niveles relativamente altos de satisfacción y servicios. Sin embargo, en aquellas familias con un niño con comportamiento agresivo o violento, los niveles de estrés emocional persisten, con pocos recursos de ayuda o intervención.

El rol de cuidador principal recae mayoritariamente sobre las madres lo cual es percibido con estrés. Muchas de las madres tuvieron que dejar sus profesiones ya que sus hijos con TEA requerían más cuidados, lo que supone la dedicación exclusiva a los cuidados del hogar y a sus hijos. Se observan diferencias entre el impacto del cuidado de los niños en los padres y en madres. Lo que más impacta a los padres son los niveles de estrés de las madres.

El Estudio de Necesidades de las Familias de Personas con Discapacidad Intelectual de FEAPS MADRID, elaborado en 2007, señala que el nivel de satisfacción global de las familias varía en función del grado de discapacidad de sus familiares. Siendo las familias con personas con discapacidad con más necesidades de apoyo

las que manifiestan un mayor nivel de insatisfacción vital. Asimismo, en el anteriormente citado Estudio de Necesidades, se pone de manifiesto que la mayor carga de los cuidados que necesitan las personas con discapacidad intelectual recae sobre las familias, con las implicaciones que se derivan de ello. La publicación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia ha creado un nuevo marco en el que se reconoce de forma explícita el papel que ejercen los cuidadores informales, en muchos casos familiares, en la atención a personas en situación de dependencia.

- Un camino a recorrer:

Si el nacimiento de un hijo trastoca el equilibrio existente en el sistema familiar y requiere del proceso hasta alcanzar un nuevo equilibrio, en el caso de la persona con discapacidad la ruptura del equilibrio es - probablemente- mayor y por lo tanto más costoso -en principio- alcanzar ese equilibrio deseado. Pensamos que se ha llegado a ese equilibrio cuando la familia tiene una relación fluida y satisfactoria con su entorno y cuando cada uno de sus miembros obtiene una razonable respuesta a sus necesidades (incluyendo el miembro con discapacidad). En este proceso una palabra clave es la de aceptación. La familia conoce a la persona con discapacidad y la acepta en su seno con sus peculiaridades. Para ello, probablemente, la familia tendrá que ir reconstruyendo su mundo de sentido, para dar significado y valor a un acontecimiento y una presencia al que el entorno sociocultural normalmente no se lo da. También será necesario aprender a relacionarse y comunicarse con el familiar con discapacidad (lo cual querrá decir algo distinto en el caso de una persona con hipoacusia, retraso mental grave o autismo, por poner tres ejemplos). Para ello, padres y familiares tendrán que reaprender lenguajes olvidados o aprender o construir otros nuevos. En otras ocasiones habrá que aprender a manejar otro tipo de recursos: materiales, sociales. Recursos que, en muchas ocasiones, se desconocían por completo o se consideraban como de otro mundo.

Si bien es un problema muy complejo, tal como ya he mencionado, el conocimiento de estos eventos, permite al servicio de sanidad y salud abordar sin temor este proceso y apoyar en forma efectiva a los padres y pacientes con discapacidad. De esta manera podemos ayudarles a lograr la adecuada estabilidad y a ir adquiriendo las fortalezas que les permitirán apoyar mejor a su hijo y al resto de los hermanos, constituyéndose en el pilar fundamental en el proceso de rehabilitación del menor.

NECESIDADES DE LAS FAMILIAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Independientemente del encargo de intervención concreto que como profesionales recibamos en relación con los padres y familiares de personas con discapacidad, hemos de tener una visión panorámica de las necesidades de las familias.

Obviamente, las demandas familiares son importantes, las hemos de tener en cuenta y hemos de tender a darles satisfacción, pero el profesional ha de tener una visión global de las necesidades que, en general, tienen sus clientes, de cómo él las interpreta y de a cuáles está llamado a responder. Así podrá comprender y ubicar las demandas y necesidades concretas de cada uno de los usuarios de sus servicios. La forma de considerar las necesidades en los grupos de apoyo para padres es dinámica. Es decir, consideramos que trabajamos en procesos de apoyo al crecimiento personal (procesos socioeducativos) y que nuevas necesidades van apareciendo en la medida en que las anteriores se ven satisfechas.

También vale decir en este momento que la mayor parte de las necesidades de los padres y familiares, de las familias de las personas con discapacidad son las mismas que las de otros padres, familiares y familias. En cierto modo podríamos hablar de que aparecen también necesidades especiales alrededor del hecho de la discapacidad. Toda familia y todo miembro de una familia realiza un recorrido y es importante que cada familia con nuestra ayuda pueda ir recorriendo su propio camino.

Después de toda la complejidad referida anteriormente, creo que es incuestionable la necesidad de este tipo de grupos de apoyo a padres que cuidan.

La terapia de grupo, indiscutiblemente tiene un gran poder terapéutico, ya que:

- Te ayuda a comprender que no estás solo.
- Mejora la capacidad de poder percibir, recibir y dar apoyo y ayuda.
- Te ayuda a encontrarte a ti mismo, contactar con tus propios deseos, pensamientos y necesidades.
- Ayuda a poder sincerarse y hablar de una forma más sana, dejando a tras los sentimientos de vergüenza o culpa.
- Ayuda a mejorar la forma de relacionarnos con los otros y a revisar los lazos afectivos actuales y como mejorarlos.

Diferentes estudios mencionados ejemplifican la importancia del impacto de la discapacidad, estrés, angustias y vivencias que tiene sobre los menores y sus familias este tipo de dificultades en el desarrollo.

Se realiza un repaso por casi todas las áreas de conocimiento estudiadas a lo largo del experto en atención temprana, desde sus inicios como disciplina, haciendo un revisión sistemática por las diferentes áreas evolutivas por las que pasa una familia durante su proceso en el tratamiento de un hijo con dificultades, problemas en el desarrollo o futura/actual discapacidad. Así mismo he desarrollado a continuación un completo programa de intervención familiar y grupal, teniendo en cuenta diferentes aspectos aprendidos a lo largo del curso.

Destaco, la relación de todo lo aprendido a lo largo de los diferentes módulos del curso con la importancia del contexto familiar, siendo la figura más clave en todo el progreso de un menor con dificultades en el desarrollo, teniendo una visión holística, sistémica y bidireccional y por supuesto preventiva de mayores dificultades, “porque cuidando a los que cuidan, es un doble resultado positivo”.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo se centra por una parte en, en el estudio y la realización de una revisión sistemática y científica, sobre los tratamientos y grupos de padres llevados a cabo en población con dificultades de atención temprana, su situación actual en España y con todo ello poder realizar el desarrollo de mi propio plan de intervención grupal aplicable a diferentes contextos.

Y por otro lado, que no menos importante, consiste en desarrollar un plan de intervención grupal y multifamiliar, de forma clara sencilla y totalmente aplicable, en cualquier contexto de intervención asistencial, desde un punto de vista de la atención temprana. Es decir, agrupar a padres de hijos con discapacidad en un lugar para el desarrollo personal y preventivo de posibles desgastes y malestar físicos y psicológicos.

El lema básico del grupo es cuidar al cuidador, entendiendo la finalidad del grupo dentro del contexto de “ayuda mutua”, y vivir una “experiencia emocional correctiva” a través del “otro”. Poder crear un espacio personal, vivencial, donde cada familiar se encuentre en un lugar seguro, confidencial y comprometido con la causa, con deseos de trabajar y donde cada miembro pueda volcar sus dudas, miedos e inseguridades, y generar mecanismos funcionales de afrontamiento frente a diversas situaciones.

Poder sentirse en el derecho a la queja, la rabia y en enfado, emociones que en otro contexto pueden vivirse como culposas y no legítimas.

Así mismo entender desde otro ángulo la discapacidad, el vivir con un hijo con problemas en el desarrollo donde otros padres pueden ayudar con sugerencias, ideas, trucos, y sobre todo desde las propias identificaciones personales y vivencias, sin perder de vista la idiosincrasia de cada uno.

Así mismo dotar a los padres de conocimientos acerca de recursos, servicios, y asociaciones a las que acudir en caso de necesidad.

Algunas familias pueden necesitar apoyo para afrontar los cambios que están viviendo con su familiar con discapacidad. No todas las personas están preparadas para asumir y entender lo que la discapacidad conlleva, ni tienen la energía que supone reorganizarse para atender todas las necesidades de su familiar con discapacidad.

La familia cumple diversas funciones y desempeña un rol muy importante en el cuidado del bienestar físico y emocional de cada uno de sus miembros. Parte de la base que, como familia con un miembro con discapacidad intelectual o del desarrollo, se funciona y se organizan como el resto de las familias pero pueden llegar a pasar por “situaciones especiales” que se tienen que tener en consideración.

Como ya hemos comentado en otros apartados, la aparición de la discapacidad en la familia implica unos cambios y éstos, a su vez, suponen nuevas necesidades para las familias, necesidades que van a cambiar a lo largo de su ciclo vital: necesidades emocionales, necesidades de información, necesidades económicas, necesidades educativas, etcétera

Por todo ello considero esencial este tipo de grupos, muy útiles y con muy buena acogida por parte de las familias, que son finalmente las aportadoras de bienestar, contención y desarrollo para los menores con dificultades.

3 Metodología

En primer lugar, realizaremos una revisión bibliográfica accediendo y consultando diferentes bases de datos correspondientes principalmente: Scielo, Medline, Dialnet, Pubmed así como la plataforma Elsevier. También se ha realizado una revisión de otro tipo de documentos, principalmente manuales, guías de práctica clínica y libros especializados en esta temática. Seleccionamos artículos en idioma español e inglés, comprendidos entre los últimos años (2000-2017). Algunos de los manuales y libros consultados son de ediciones previas (2003/2010).

Una vez realizada la revisión, comencé con el desarrollo del grupo, e ir estableciendo una línea de trabajo.

Mi búsqueda ha continuado con diferentes artículos de investigación que hablaban acerca de la temática de discapacidad e impacto en familiares. Siempre sin perder de vista la disciplina y sus principios en el libro blanco de la Atención Temprana.

Una vez realizada la justificación de la temática, y haber repasado los principales temas de intervención, fui creando sesiones en función de los temas más importantes a trabajar para servir de ayuda a los padres.

Así mismo utilización de un pre y post grupal, con diferentes test, destacando el test acerca de la sobrecarga del cuidador, llamado Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit), para tener una guía sobre el nivel inicial desde donde partimos y evaluar de alguna manera el impacto del grupo, y nos ayudara en el futuro a mejorar la calidad, eficiencia y efectividad del mismo.

Es bien sabido que los primeros años de vida en el ser humano son cruciales para un adecuado desarrollo biológico, psicológico y social de la persona (San Salvador, 1998). Se dice que las experiencias que vivimos en los primeros años de nuestra vida nos marcan para siempre (Alonso, 1997). De ahí, que sea de especial importancia un conocimiento exhaustivo sobre esta etapa infantil del desarrollo del ser humano. Sobre todo, cuando existen ciertos indicios que informan de la existencia de trastornos congénitos, metabólicos, madurativos o de cualquier otra índole o posible riesgo de padecerlos.

De hecho, una atención e intervención precoz mejora, en gran medida, las posibilidades de desarrollo biopsicosocial de estos niños y niñas, objetivo actual de la Atención Temprana en España, sin olvidar al individuo en su contexto, y desde una orientación multidisciplinar.

La importancia de la familia en el desarrollo ha sido ampliamente reconocida por las distintas tradiciones psicológicas.

Es más, el auge en las últimas décadas de los enfoques ecológicos y sistemáticos nos abocan a entender, en buena parte, los problemas del desarrollo como el resultado de la interacción del individuo con el contexto; en consecuencia, se otorga a la familia, y en particular a las prácticas educativas, un papel central en la dirección que tome la vida y el progreso de todas las personas

El tema del impacto de cuidar sobre la salud de los cuidadores, ha sido abordado

por muchos estudios, no pudiéndose establecer una clara efecto concluyente entre el hecho de cuidar y la salud física pero si encontrar evidencia sólida entre la salud emocional y el hecho de cuidar.

Los grupos de apoyo son un espacio donde se permite que los familiares que comparten una situación similar tener un hijo/a con discapacidad, puedan expresarse, comunicarse aprender, conocerse más como padres, a aprender de otros, enfadarse sin sentir culpa.

Participar en un grupo permite compartir experiencias, darse cuenta de las propias necesidades, entender que hay que tener cuidado de uno mismo y descubrir que no están solos. Es un espacio donde hay respeto, franqueza y confidencialidad, y donde todo el mundo se puede expresar con toda libertad.

El objetivo del grupo de apoyo es: Facilitar a los cuidadores el reconocimiento de que otras personas tienen problemas similares a los suyos, proporcionar herramientas para tener momentos de relajación, proporcionar una oportunidad para intercambiar ideas y estrategias para hacer frente a esos problemas, y brindar apoyo emocional. Indirectamente el grupo de apoyo proporciona también un tiempo de respiro durante la asistencia a las reuniones. Este tipo de grupos ayuda a reducir el aislamiento en el que suele encontrarse el cuidador.

El interés de este grupo se centra, por un lado, en la propia salud y bienestar de la persona que cuida ya que es uno de los recursos más importantes que la persona tiene para cuidar, pero a su vez el trabajo de cuidar, se convierte en factor de riesgo para su salud y calidad de vida.

Plan de intervención:

ESTRUCTURA

- Grupos de frecuencia semanal desarrollados a través de 9 sesiones.
- Duración cada sesión: entre 1,5 horas y 2 horas.
- Dirigido a: padres de menores con discapacidad crónica de larga evolución (más de un año).
- Un terapeuta: (Psicólogo clínico) y un coterapeuta (psicólogo o psicólogo clínico).
- Realización de una entrevista previa a la llegada del grupo, donde se pasaran test, se evaluara la idoneidad de su derivación al grupo, y se explica brevemente el espacio grupal.
- Es un grupo cerrado, empiezan y terminan los mismos integrantes, una media de entre 10-15 padres (padres y madres se podrán ir turnando y/o preferentemente acudir ambos, en función de las necesidades de cuidados de los hijos).

-Antes de iniciar el grupo se pasan una serie de test y al finalizar se realizará el postest, para estudiar la valoración del grupo, resultados y síntomas del rol del cuidador.

-Test utilizados: BDI de Beck, /Cuestionario de ansiedad estado de Spielberger STAI, / e Índice del Esfuerzo del Cuidador (Caregiver Burden Scale).

Estos test se pasarán antes del inicio del grupo, varios días antes, para conocer de dónde partimos y el estado emocional y de sobrecarga personal de cada miembro. Se pasarán durante la entrevista inicial de idoneidad de la persona al grupo. Lo mismo con el postest, tendrá lugar después de la finalización del grupo, en una entrevista de devolución y valoración del estado actual de los participantes, y como medida de feedback del grupo.

MATERIALES NECESARIOS

- Sala amplia de grupos, clima cálido, sin ruidos.
- Proyector y ordenador.
- Sillas ordenadas en círculo.
- Esterillas para la relajación, también pueden ser traídas por los participantes.
- Equipo de audio / música.

NORMAS Y REGLAS

- Confidencialidad absoluta, todo lo que se cuente en el grupo se queda en el grupo.
- Si realizan grupo de whatsapp, durante la duración del grupo se recomienda uso exclusivo como grupo informativo de horarios y asistencias al grupo.
- Si dos faltas sin justificar, alta automática del grupo.
- Hablar desde uno mismo y desde el respeto y ayuda mutua.
- Si varias personas se conocen en el grupo, valorar la idoneidad o no de estar juntos en este grupo de terapia.
- Se necesitan mínimo 5 personas para la realización de cada una de las sesiones.
- No se puede salir del grupo excepto urgencia, si se tiene cita médica recogida de niños... organizarse para respetar el encuadre de trabajo del grupo y horario.

OBJETIVOS GENERALES DEL GRUPO Y PLAN DE INTERVENCION

- La mayor importancia recae en la prevención de posibles malestares psicológicos y dolencias físicas, que lleguen a dificultar la funcionalidad diaria de la figura del cuidador.
- Mejorar la calidad de vida y el bienestar familiar.
- Mejoría en el autoconocimiento personal, y mayor desarrollo psicoemocional.
- Mejorar la comunicación en las relaciones familiares.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL GRUPO Y PLAN DE INTERVENCION

- Que la persona cuidador reconozca que necesita ayuda, para que otras personas le apoyen.
- Que la persona cuidadora identifique sentimientos vividos a lo largo del día, así como situaciones diarias de estrés.
- Sentirse acompañado y normalizado en sus vivencias.
- Aprender a expresar a otras personas las frustraciones o resentimientos sin herir y sin sentirse culpable.
- Poder apoyarse en otros para manejar las situaciones, principalmente las más estresantes.
- Programar actividades placenteras individuales y familiares.
- Saber poner límites a las demandas excesivas.
- Compartir sentimientos y experiencias.
- Aprender más de la discapacidad y el cuidado que implica, oportunidad de hablar sobre los problemas que le afectan y decisiones.
- Escuchar a otros para compartir sentimientos y experiencias similares.
- Ayudar a otros, intercambiar ideas, información y brindar apoyo.
- Aprender a resolver problemas.
- Ofrecer al cuidador -en este caso, como madres y padres- un descanso y una oportunidad de salir de la casa.
- Fomentar el cuidado personal, salvaguardando así nuestra salud y bienestar.
- Saber que no somos los únicos y por lo tanto, no estamos solos.

SESIONES

- Las diferentes sesiones serán llevadas por un terapeuta, el mismo durante todo el desarrollo del grupo, que llevará el peso de la sesión, con ayuda de un coterapeuta, que además de apoyo, irá tomando notas que el último día del grupo desarrollara para generar una mayor conciencia de los cambios.
- La Duración de las sesiones, se encuentra distribuida en 1,5h y 2 horas.
- En general se iniciará al comienzo del desarrollo del grupo, sesiones más teóricas, acompañadas de diversas actividades para ir consolidando la cohesión grupal, y generando la confianza necesaria.
- A medida que se van desarrollando las sesiones, la idea es profundizar en la parte más emocional y vivencial, pudiendo crear un espacio psicoterapéutico propiamente dicho, y trabajar esencialmente con las vivencias.
- El grupo es cerrado, es decir comienzan y acaban los mismos integrantes. Se necesitan mínimo diez parejas/persona de padres.
- Cada sesión se intentará guardar un espacio para dudas y preguntas.

- Hay normas que cumplir en el grupo, las citadas anteriormente, dentro de ellas muy importante la asistencia al grupo, ya que de ello derivará el compromiso con el mismo, la cohesión y la fuerza para el trabajo mutuo.
- La orientación del grupo se encuadra en los grupos operativos, adaptados a la situación y temática referida en cada sesión.
- Total, de sesiones: 10 a lo largo de un trimestre.

SESIÓN 1

Introducción al grupo Se inicia el grupo con presentación de los terapeutas, del espacio. Se explican las normas y reglas. Se comienza hablando de las expectativas de cada uno de los integrantes tiene del grupo, esto nos ayudara a saber que necesidades tienen, a que parte hace hincapié, cuáles son sus prioridades y que parte del desarrollo del grupo podemos ir modificando en función de estas necesidades. Se trabaja parte del grupo con dinámicas grupales para el conocimiento de los participantes, inicio del sentimiento de pertenencia al grupo y sentimientos de bienestar, relajar tensiones. Expectativas de la terapia.

Técnicas y dinámicas:

- Presentación de los terapeutas, del espacio, normas y reglas: 15 min.
- Presentación de los participantes, dinámicas iniciales: 30 min.
- Expectativas de los participantes de la terapia de grupo, introducción a la terapia de grupo: 30min.
- Espacio para dudas y preguntas 10min.

Dinámicas:

Los rompehielos (icebreakers) son técnicas muy utilizadas y que consisten básicamente en fomentar un buen ambiente de un grupo que comparte o va a compartir un espacio común. Los hay de muchos tipos y con cientos de variantes que pueden ser introducidas a su vez en diferentes contextos profesionales, educativos o lúdicos. Estas técnicas pueden ayudarnos a:

- Reducir la tensión y vergüenza inicial.
- Ayuda a desarrollar sentimientos de confort en un espacio compartido.
- Favorecer procesos colaborativos y crear ambientes participativos.
- Ayuda a un nuevo grupo a conocerse o integrar nuevos miembros al grupo.
- Ayuda a desarrollar habilidades sociales.

Están focalizadas en que los miembros de un grupo se conozcan mejor. Cuando esta es la meta resultan muy útiles.

SESIÓN 2

Sesión psicoeducativa acerca de la idea de “FAMILIA”, breve introducción a cerca de las etapas evolutivas y del ciclo vital de la familia. Crear entre todos, los roles y la forma de organizarse en los cuidados familiares en varios momentos vitales de la familia, así vemos propias vivencias y propias creencias acerca de estereotipos, normas familiares y reglas. Se va orientando y reestructurando. Poder contactar con la familia de origen de cada miembro, para entender donde se encuentran ahora. Manejo de expectativas y vivencias.

Técnicas y dinámicas:

- Parte teórica de terapia de familia, funciones de la familia, finalidad, ciclo vital familiar, y visualización video.

30 min.

- Preguntas para trabajar entre todos: ¿Qué define a una familia? ¿Cuáles son sus tareas principales? ¿Por qué es tan importante la familia? 30 min.

- Poder contactar con la propia familia de origen, como nos educaron, como su influencia nos ha repercutido en la crianza actual de nuestros hijos.

- ¿En qué momento evolutivo del ciclo vital familiar nos encontramos ahora? 30 min.

- Espacio para dudas y preguntas.

Teoría:

La familia es el mejor contexto de crianza para el desarrollo de niños y niñas. Una familia es una unión de personas que comparten un proyecto de vida común, con intensas relaciones afectivas y en la que las personas adultas son responsables del cuidado y educación de hijos e hijas.

No hay ningún modelo de familia que sea mejor que el resto. La composición o estructura de la familia ni los lazos legales no garantizan un buen desarrollo infantil. El afecto, la comunicación, la estimulación y la buena relación entre los miembros de una familia sí son fundamentales para la crianza y el desarrollo infantil. Importancia de hacer pensar y contactar emocionalmente con la propia historia personal de cada miembro del grupo.

SESIÓN 3

Sesión psicoeducativa: Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick. Importancia de la comunicación en las familias, el entorno, el trabajo, base de las relaciones humanas. Mensajes “yo” mensajes “tu”. Tipos de comunicación: Asertiva, pasiva, agresiva. Expresar una queja.

Técnicas y dinámicas:

- Parte teórica: Teoría de la comunicación humana de Paul Watzlawick, mensajes yo, expresar una queja: 40 min.
- Trabajar en rol playing como comunicar diferentes situaciones, desde una petición de ayuda, un favor, un rechazo a una propuesta, quejas, enfado. 1 hora.
- Espacio para dudas y preguntas 10 min.

Teoría y técnicas:

- Aprendiendo esta técnica seremos capaces de expresar todo aquello que deseamos de una forma respetuosa y asertiva.

El “Mensaje yo” es aquel que, como su nombre indica, se envía en primera persona (utilizando el pronombre YO). Cuando utilizamos este tipo de mensajes, le estamos expresando a la otra persona que aquello que expreso es mío: mis sentimientos (“Yo me siento mal”), mis opiniones (“Yo opino que...”) y mis deseos y preferencias (Me gustaría que...). De esta forma le dejamos claro al otro que no lo estamos culpamos por lo que yo siento/pienso/necesito, pero de una forma honesta y respetuosa, se lo hacemos saber, exponiendo en ocasiones diferencias o desacuerdo.

Es un mensaje por tanto facilitador y persuasivo, al contrario que el “mensaje tú” (“Tú me haces sentir...), (Tú no dejas que yo...) que puede ser obstaculizador y generar ofensa en nuestro interlocutor. La fórmula adecuada sería:

- Describo lo que hace el otro (Cuando tú...).
- Expreso lo que siento (Yo me siento...).
- Propongo lo que me gustaría (En cambio, me gustaría que...).

SESIÓN 4

Familia con un miembro con discapacidad. Dificultades y fases por las que pasa la familia y la pareja. Importancia de la distribución de las tareas. Situaciones estresantes. Que hablen de sus vivencias iniciales en el diagnóstico.

A esta sesión le dedicaremos dos días.

1º Día: Vivencia emocional del diagnóstico

2º Día: Como educar a los hijos con discapacidad, organizarnos en las tareas

Técnicas y dinámicas:

- Parte teórica: Fases de la familia de un miembro con discapacidad, etapas del duelo y diferentes autores. Video. 25 min.
- Espacio para las propias vivencias y sentimientos: 1 y 20 min.
- Dudas preguntas o recogimiento de alguna vivencia muy intensa. Adecuado cierre de la sesión.

Entiendo que una sesión tratar el tema de la discapacidad es bastante complejo y difícil, por ello la idea sería hablar del impacto emocional que ha conllevado/conlleve la discapacidad en el propio entorno familiar de los participantes.

Para podernos ayudar:

Hablar de las fases del duelo: negación, enfado, depresión, negociación y aceptación.

Teoría a tener en cuenta, “Variables a tener en cuenta en el impacto emocional de la discapacidad”.

Hay distintas variables que van a estar en la base del impacto emocional (Jacobs, 1992) y en la diferente respuesta de las familias, algunas de ellas son las siguientes:

- Tipo de discapacidad. No es lo mismo una discapacidad visual o auditiva que un trastorno generalizado del desarrollo. No sólo por las limitaciones que conlleva, sino por las necesidades que implica o por la aceptación social que lleva implícita. Las discapacidades sensoriales se suelen vivir mejor que las que implican dificultades de movimiento o retrasos de tipo cognitivo que están muy marcados socialmente. Las alteraciones que conllevan dificultades de interacción social también son difíciles de aceptar ya que la familia no tiene una recompensa afectiva. Cuanto más grave sea el trastorno, mayor será la reacción. Puede ocurrir que inicialmente un diagnóstico no provoque gran impacto porque se desconoce en qué consiste o la implicación que va a tener en la vida cotidiana. En las primeras edades las familias encajan mejor un diagnóstico de retraso madurativo que uno de discapacidad cognitiva ya que incluyen en el primero un carácter de provisionalidad que no tiene el segundo. El diagnóstico está directamente ligado al pronóstico. Todo lo que se considere transitorio deja abierta una vía de esperanza mientras que si es crónico o definitivo el impacto es mayor. No obstante, a pesar de estos criterios cada persona reacciona de forma totalmente particular.
- Tipo de comienzo. Si el trastorno aparece a partir de una fase aguda o crítica que incluso pone en peligro la vida del niño y fuerza a un cambio y dotación de recursos en un tiempo inmediato, puede aceptarse mejor que si se detecta en un momento en el que no hay ningún riesgo. Se acepta mejor una pérdida parcial, ante el miedo de una pérdida total, que ante una situación inicial de aparente normalidad.
- Dependencia funcional en la vida cotidiana. El impacto emocional va a tener mucho que ver con la capacidad de autonomía que previsiblemente podrá tener el niño. Resulta clave la capacidad de desplazamiento ya que de no existir, implica más recursos de ayuda por parte de la familia, es decir, mayor dependencia.

- Intensidad de la afectación. Muchos trastornos del desarrollo no pueden graduarse en intensidad, pero sí otros. No es lo mismo una discapacidad cognitiva ligera que permite al sujeto un funcionamiento cercano a la normalidad que una severa que afecta a todas las áreas del desarrollo y que implica una mayor dependencia.

Según Verdugo, Bermejo y Fuertes (1992) los niños que presentan condiciones menos evidentes de afectación presentan mayor riesgo de maltrato por parte de sus progenitores. Cuando el niño tiene un déficit grave, su conducta se atribuye a su deterioro, pero cuando el niño está menos afectados, los padres pueden atribuir intencionalidad a sus conductas desviadas, provocando irritabilidad en los progenitores. No obstante en este estudio se observa la importancia de factores añadidos a la discapacidad como la pobreza, el aislamiento social, el desempleo, etc.

- Estigma social de la discapacidad. Unos trastornos son mejor aceptados socialmente que otros. Puede estar en relación con el aspecto físico ya que algunas alteraciones son visibles a simple vista y otras no. También puede estar relacionado con las conductas llamativas, disruptivas o anormales que el niño relacionado puede mostrar en situaciones sociales. Trastornos como el autismo que cursa con estereotipias, conductas repetitivas, gritos emisiones orales anormales, hacen que la vivencia del trastorno por parte de la familia sea difícil de aceptar. Enfermedades contagiosas como el sida también se viven peor por el estigma de rechazo social que implican.

- Relación con la muerte. Hay algunos trastornos, que, por su propio desarrollo, son degenerativos y tienen un pronóstico de muerte a edades tempranas. Miopatías musculares o enfermedades consideradas raras como Nieman Pick traen asociado el concepto de muerte. Las familias saben que su hijo morirá pronto, lo que les somete a un duelo prematuro y un sentimiento de tristeza permanente que dificulta su adaptación.

- Tipos de desarrollo del trastorno. Unos trastornos se presentan con una etapa inicial de alteración que afecta a determinadas áreas del desarrollo pero a partir de ese momento la evolución es favorable aunque sea más o menos lenta. El niño progresa, y la asimilación del diagnóstico estará reforzada por un pronóstico favorable en mayor o menor medida.

Hay otros trastornos en los que se produce un deterioro progresivo, no sólo no va a haber evolución favorable sino involución. Con el paso del tiempo se producirán pérdidas de habilidades o capacidades. Estas familias sufren un impacto emocional muy fuerte y su capacidad de recuperación es menor. Tanto si se prevé

una muerte próxima como veíamos en el punto anterior, como si no, el pronóstico es desfavorable y las pérdidas serán progresivas. La familia tendrá que ir añadiendo progresivamente tareas al cuidado del niño que pueden llevar al agotamiento del sistema.

- Problemas de conducta asociados. Cuando el trastorno viene acompañado de alteraciones del comportamiento es especialmente difícil de aceptar, las conductas de agresión, los comportamientos disruptivos (rabietas, gritos, tirar las cosas), pasivos (desobedecer, negarse) o autolesivos (pegarse, morderse, vomitar), las estereotipias (movimientos, bruxismo, chascar los dedos, etc.), las cuales provocan rechazo social. En estos casos suele ser difícil ayudar al hijo porque resulta complicado controlar su conducta, por lo que puede mantenerse cierto grado de rechazo hacia el niño en el propio entorno familiar por los problemas que acarrea. Los niños que presentan más dificultades para ser integrados en la escuela en el aula ordinaria son aquellos que plantean problemas de conducta porque sus tendencias disruptivas no sólo le impiden a él el acceso del currículo sino también afecta al rendimiento de los demás compañeros.

- Grado de cuidado que exige. Si el niño requiere mayores cuidados va a implicar una mayor provisión de recursos técnicos y de tiempo por parte de la familia por lo que puede producir agotamiento en el sistema.

- Experiencias previas. Pueden influir tanto en sentido positivo como negativo. Hay familias, que al haber tenido ya experiencia con la discapacidad, son capaces de ver más allá del diagnóstico y desdramatizan la situación poniendo en marcha inmediatamente mecanismos ya a de suscitar distintas emociones.

Momento de la detección :

- Detección prenatal: En estos casos se desencadenan importantes emociones de incertidumbre, miedo y ansiedad. Las familias pasan por procesos de decisión muy difíciles. . Si la familia opta por un aborto terapéutico podría experimentar efectos traumáticos por dicha decisión.

- Detección en el parto o justo después del parto. Provoca crisis, ansiedad, confusión, negación.

- Detección como consecuencia de la sospecha de los padres. Provoca tranquilidad ya que explica la causa de las conductas anómalas, y sensación de competencia de los padres por haber sido capaces de detectarlo.

- Detección en controles rutinarios o en la escuela. Produce incredulidad y negación. Cuando el diagnóstico se hace pasado un tiempo en el sistema de atribu-

ciones de la familia, las ideas respecto al niño coinciden más con la normalidad por lo que dicho sistema es más resistente al cambio. Además aparece un sentimiento de culpa en los padres por no haber sido capaces de detectarlo por sí mismos y por haber perdido un tiempo muy valioso; por eso la negación les permite un tiempo hasta que puedan considerar la situación.

SESIÓN 5

1º Día: ¿Cómo nos organizamos en la educación y el cuidado de los hijos?

2º parte de sesión sobre discapacidad: Personalizar y a la vez generalizar a cerca de los cuidados que necesitan los hijos, nociones básicas de parentalidad positiva. Vivencias de sobrecarga, estrés y malestar.

Técnicas y dinámicas:

Teoría: Hablar acerca de la parentalidad positiva 30 min. Anexo: "El arte de educar".

Hablar del cuidado y problemas en la educación y crianza de los hijos, situación actual familiar de cada uno. 1hora. Visualización de los videos antes y después de la sesión.

- Ingredientes imprescindibles para educar: afecto y comunicación

- Poner límites y normas:

Adecuadas a la edad, características personales y circunstancias de vuestro hijo o hija.

Realistas.

Estables.

Fundamentales:

En términos positivos:

- Establecer consecuencias: Para que niños y niñas aprendan a respetar las normas, es preciso que su comportamiento se vea seguido de consecuencias que deben reunir una serie de características.

- Estilos educativos: Democrático, permisivo, autoritario, e indiferente.

- Rabietas: ¿Cómo actuar antes las rabietas?

SESIÓN 6

Emociones: Estrés ansiedad y malestar emocional. Nociones teóricas. Reconocer emociones negativas, pensamientos y distorsiones cognitivas.

Técnicas y dinámicas:

-Teoría acerca de las emociones básicas y fundamentales, primarias, secundarias. 20min.

-Nociones acerca del estrés e influencia sobre el organismo. Distorsiones cognitivas. 20 min.

-Ejercicios prácticos: Normalización de las emociones. Cerrar los ojos, imaginación guiada sobre diferentes situaciones tristes, estresantes, difíciles. Dinámica del jardín, dinámica del entierro. 1 hora.

-Dudas y preguntas. 10 min.

Teoría:

Son muchos los teóricos que han intentado explicar qué son las emociones. Para el psicólogo David G. Meyers, las emociones están compuestas por “arousal fisiológico, comportamiento expresivo y experiencia consciente”.

En la actualidad, se acepta que las emociones se originan en el sistema límbico y que estos estados complejos tienen estos tres componentes: Fisiológicos: Es la primera reacción frente a un estímulo y son involuntarios: la respiración aumenta, cambios a nivel hormonal, etc. Cognitivos: La información es procesada a nivel consciente e inconsciente. Influye en nuestra experiencia subjetiva. Conductuales: Provoca un cambio en el comportamiento: los gestos de la cara, el movimiento del cuerpo... A lo largo de los años, ha existido cierto debate entre qué es una emoción y qué es un sentimiento. Puedes conocer la diferencia en nuestro artículo: “Los 16 tipos de sentimientos y su función psicológica”.

Emociones primarias o básicas:

Las emociones primarias también se conocen como emociones básicas, y son las emociones que experimentamos en respuesta a un estímulo. Para Paul Ekman, las afirmó que las emociones básicas son 6: tristeza, felicidad, sorpresa, asco, miedo e ira. Todas ellas constituyen procesos de adaptación y, en teoría, existen en todos los seres humanos, independientemente de la cultura en la que se hayan desarrollado. La idea de esta sesión es poder conocer mejor las emociones, que son identificarlas, para poder ir las reconociendo en el día a día. La tarea esta semana sería poder hacer consciente los diferentes estados emocionales por los que pasamos, como nos sentimos y que ocurre antes o después y con que está relacionado esos sentimientos, para poder manejarlos de forma más efectiva.

Mejora del autoconocimiento.

Dinámicas:

Dinámica del jardín: Se puede ir adaptando el dialogo y la imaginación guiada según cada terapeuta, la idea básica es la siguiente:

“Suponga que usted es un jardinero que ama su jardín, que le gusta cuidar de sus plantas, y que nadie más que usted tiene responsabilidad sobre el cuidado de sus plantas. Suponga que las plantas son como las cosas que usted quiere en su vida... así, ¿cuáles son las plantas de su jardín? ¿Cómo ve las plantas como jardinero? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Está cuidando las plantas que más quiere como usted las quiere cuidar?... Claro que no siempre dan las flores en el lugar que usted quiere, en el momento que lo desee; a veces se marchitan a pesar del cuidado; la cuestión es cómo ve que las está cuidando, ¿qué se interpone en su camino con las plantas, en su quehacer para con ellas? Quizás está gastando su vida en una planta del jardín. Ya sabe que en los jardines crecen malas hierbas. Imagine un jardinero que las corta tan pronto las ve, pero las malas hierbas vuelven a aparecer y nuevamente el jardinero se afana en cortarlas y así, ¿es ésa su experiencia con su problema?

Surge...(cualquier problema, ansiedad, depresión o pensamientos y recuerdos que le hacen sentir mal) y... abandona el cuidado del jardín para ocuparse de ese problema. No obstante, las malas hierbas, a veces, favorecen el crecimiento de otras plantas, bien porque den espacio para que otras crezcan, bien porque hagan surcos. Puede que esa planta tenga algún valor para que las otras crezcan. A veces, las plantas tienen partes que no gustan pero que sirven, como ocurre con el rosal que para dar rosas ha de tener espinas. ¿Qué le sugiere? ¿Puede ver sus plantas y las áreas de su jardín donde aún no hay semillas? Algunas estarán mustias y otras frondosas. Hábleme de sus plantas y de si las cuida como usted quiere cuidarlas. Dígame si está satisfecho/a con el cuidado que da a sus plantas, si las cuida de acuerdo con lo que valora en su vida. (...) Es importante que sepamos, Sólo usted podrá cuidar de sus plantas, elegir las, valorarlas.... Y ahora, le pregunto si, por un minuto, ¿podría dejar de centrarse en la planta que le molesta, la que le ha traído aquí? ¿Estaría dispuesto/a aun con cualquier pensamiento sobre esta planta que no quiere hablar de las otras plantas de su jardín, de cómo están, e incluso estaría dispuesto a hacer algo con ellas, a cuidarlas incluso sin ganas?... Dígame, ¿qué hay entre usted y el cuidado de sus plantas? ¿Qué le impide cuidarlas ya?...

SESIÓN 7

Técnicas de relajación y respiración. Se explican los fundamentos de la relajación y respiración. Importancia del estrés y su influencia en el organismo. Malestar emocional, sobrecarga, dolencias físicas. Importancia del cuidado de uno mismo. Bases y conocimientos previos. Ropa cómoda, postura cómoda. Se une a la sesión anterior.

Técnicas y dinámicas:

- Primera parte teoría sobre de relación y respiración y relación con el estrés. 30 min.
- Realización de ejercicios prácticos: música relajante para la sesión. 40 min.
- Segunda parte de imaginación guiada tipo mindfulness. 30min.

Teoría:

- Relajación progresiva de Jacobson, Entrenamiento autógeno de Schultz.
- Fundamentos básicos del Sistema nervioso autónomo y su relación con el estrés.
- Hacer consciente la tensión relajación en diferentes grupos musculares, 16 en total y poder ir generalizando a diversas situaciones de la vida cotidiana.

SESIÓN 8

Esta sesión pretende ser dinámica y trabajar a nivel emocional .Importancia de la “experiencia emocional correctiva de los grupos psicoterapéuticos, aprender a través de los otros.” Momento vital actual, situaciones difíciles vividas, volcar sentimientos no volcados en otro sitio, sensaciones de frustración y fracaso. Cierre con relajación.

Técnicas y dinámicas:

- Propio grupo fluir, no directividad de los terapeutas, excepto caso necesario.
- Hablar de momento vital actual, número de miembros en la familia, expectativas de familia, que cosas les están preocupando mas desde que están en el grupo, sentimientos vividos... Entre una hora, y 1, 5 horas.
- Importancia de la formación de los terapeutas para dirigir el grupo y contener angustias.
- Cierre con imaginación guiada tipo mindfulness. 10 min.

SESIÓN 9

Planificación de actividades placenteras. Importancia de cuidarse. Actividades deseadas que no se llevan a cabo por falta de tiempo. Espacio personal de desarrollo. Organizar plan de actividades placenteras familiares, e individuales realistas y para poner en práctica.

Técnicas y dinámicas:

- Sesión con música animada. Tiempo para pensar en actividades placenteras. 40 min
- ¿Cómo te gustaría estar dentro de 5 años? ¿Qué puede empezar hacer para conseguirlo?
- Cada uno establece su propio plan de actividades realistas, específicos, y familiar e individual, puesta en común, opiniones grupales. 40 min.
- Relajación. 15 min.

SESIÓN 10

Sesión de cierre. Momento para expresar dudas, preguntas comentarios y propias vivencias en el grupo.

Es el momento de que el coterapeuta repase ciertos temas tratados a lo largo del curso, hablar de las observaciones tomadas a lo largo de todo el proceso grupal, señalamientos de vivencias, mejorías, explicitar la evolución grupal.

Cada integrante deberá: Responder a 4 preguntas.

1. ¿Crees que te ha servido? Si es que si, ¿en qué?
2. ¿Te has conocido mejor? Si es que si en qué.
3. ¿Qué cosas personales crees que deberías seguir trabajando?
4. ¿Hay cosas a mejorar en el grupo, sugerencias?

Se finaliza el grupo ofreciendo diferentes recursos webs, educativos y libros de referencia para seguir trabajando con toda la temática trabajada hasta ahora. Postets y recogida de información. BDI de Beck, /Cuestionario de ansiedad estado de Spielberger STAI, / e Índice del Esfuerzo del Cuidador (Caregiver Burden Scale) vs Test sobre la carga del cuidador (Zarit y Zarit) en entrevista posterior individual. Sesión entre amb@s terapeut@s para hablar del grupo, propias emociones, posibles mejoras, comparación test postest.

4 Resultados

De todos los estudios revisados, señalamos el llevado a cabo por Salazar Montes, AM y cols. (2016) que realiza un metaanálisis sobre 91 artículos y refiere que en cuanto al nivel de intervención, el abordaje holístico interdisciplinario, juntado varias disciplinas y en coordinación con varios profesionales que atienden a las personas encargadas de este rol, sería el ideal para intervenir en los síntomas físicos y psicológicos, creando orientaciones completas sobre actividades de autocuidado y como cuidar al enfermo, fortalecimiento de estrategias de afrontamiento, incorporación a grupos de apoyo, y mayor aporte por parte de los programas sanitarios.

Teniendo en cuenta esta referencia, El resultado ha sido la creación y desarrollo de un grupo psicoterapéutico, educativo, y de apoyo, multifamiliar, centrado en las necesidades de sobrecarga de cuidadores, en menores con patología asociadas al desarrollo y atendidos en atención temprana.

En comparación con los profesionales sanitarios, dedicados al cuidado del otro, que cuentan con experiencia y formación y hacen de ellos su profesión, el

cuidador lego o de a pie, en muchas ocasiones se encuentra en un lugar no decidido, convertido en el cuidador principal de algún familiar afectado, sin contar con el suficiente apoyo, preparación, ni formación adecuados. Esta situación es un campo propicio para las emociones negativas, frustraciones y miedos, que le colocan en una situación de vulnerabilidad y desamparo, con riesgo de sufrir dolencias psicológicas y físicas.

Es un grupo extrapolable a multitud de pacientes, habiendo desarrollado un plan de intervención lo más completo posible, aplicable y útil, teniendo en cuenta la complejidad de esta problemática, en el cual podemos realizar una labor preventiva y también detectar, si fuera el caso, problemas que requieran la derivación a atención especializada.

La aplicabilidad de un grupo con estas características es muy variada, desde atención primaria, hasta especializada, y en clínicas sanitarias de ámbito privado, asociaciones, teniendo siempre en cuenta la formación y profesionalidad de los profesionales a cargo del desarrollo del mismo.

Como se ha comentado, se ha llevado a cabo una exhaustiva revisión sistemática para su progreso, se han consultado manuales, guías de práctica clínica, y ampliación en otros soportes y recursos para llevar a cabo la realización del mismo.

Es importante el trabajar a nivel estadístico y descriptivo con los datos recogidos en los test, ya que serán los que objetivarán los resultados del grupo, e indicarán las vías de mejora a llevar a cabo. Ya que como señalan Torres Egea, MP, and cols (2008), "A pesar de las numerables iniciativas e interés de los diferentes profesionales en el desarrollo de estudios orientados a demostrar la eficacia de los programas de soporte a los cuidadores informales, se dispone de muy escasa evidencia de los resultados. Esto puede ser debido a que la gran mayoría de las publicaciones analizadas tratan de la descripción de los contenidos de programas de intervención, pero no muestran o no han realizado una valoración científica de la eficacia de dichas intervenciones, además de presentar escasa calidad metodológica-científica.

Por todo ello, hago hincapié en la necesidad de formación de todo el personal asistencial y como este tipo de realización de trabajos nos ayudan a los profesionales a tener en cuenta más aspectos, y sentirnos también nosotros con mayor control, seguridad y especialización.

5 Discusión-Conclusión

La actualidad en España es que el tema del peso de los cuidadores sigue siendo una realidad no visibilizada de la manera que corresponde, con todo lo que conlleva el desgaste personal a nivel de costes sociosanitarios, individuales y repercusión familiar.

Para poder cuidar a otros, tenemos que aprender primero, a cuidarnos nosotros, cuestión que en infinidad de ocasiones, no resulta fácil, y puede resultar una tarea ardua, que implique consecuencias negativas si no se aprende correctamente.

Poder a través de un grupo como el desarrollado, dotar de recursos a los padres, darles un lugar de escucha, y de seguridad, genera aumento de la satisfacción personal, mejoría en el ejercicio del rol parental, normalización, expectativa de autoeficacia, y disminución de la hiperfrecuentación de los servicios sanitarios. Es decir, damos control e información frente a la situación que están viviendo, y además cuidamos de su estado emocional y físico.

Casi la totalidad de los programas de apoyo a los cuidadores informales, que se proponen en los artículos analizados, inciden en la realización de intervenciones psicoeducativas grupales.

Hay que seguir trabajando en la línea de la objetividad, para generar más investigación que avale la efectividad y necesidad de estos tratamientos.

Queda camino por recorrer, pero indudablemente cada vez más voces profesionales y sociales, trabajan por conseguir el reconocimiento que este rol corresponde, liberando de carga y pudiendo dar soporte, lo que supondrá una mejora en la calidad asistencial y sociosanitaria y reducirá costes.

6 Bibliografía

- Cuidar a la cuidadora familiar: análisis de una intervención centrada en la familia, Carme Ferré-Grau¹, Maria Sevilla Casado, Dolors Cid-Buera, Mar LLeixà-Fortuño, Pilar Monteso-Curto, Marta Berenguer Poblet. Revista Esc Enfermería, USP 2014; 48 (Esp):89-96.
- Cuidados para el cuidador de la familia: “un lugar donde empezar”. Edición de marzo de 2010. Alianza Nacional para la prestación de cuidados. Emblem Health.(Pag. 1-47).
- Depresión y calidad de vida en madres de niños con trastornos invasores de

desarrollo, Maria Ângela Fávero-Nunes, Manoel Antônio dos Santos. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original. 18(1). ene.-feb. 2010.

- Espinoza Miranda, K; Jofre Aravena,V; “Sobrecarga, apoyo social y autocuidado en cuidadores informales”. Ciencia y enfermería, volumen XVIII (2): pág. 23-30 (2012).
- Gabriela, L. Alberto, G. Luis, B. Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas 2008;13(4):159- 66.
- Guía de apoyo a las familias y personas con discapacidad. Junta de Andalucía. Consejería para la igualdad y bienestar social. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Universidad de Salamanca. Pág. 1-168.
- Libro blanco de la Atención Temprana, : Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Documentos 55/2005 Edita: Real Patronato sobre Discapacidad. Cuidado de la edición y distribución: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad, Madrid.
- Losada A, Izal M, Montorio I, Márquez M, Pérez G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. Revista de Neurología 38 (8): 701-8. (2004).
- Manual de Técnicas de Modificación de conductas. Francisco Javier Labrador, Manuel López Muñoz. Editorial Pirámide. 2004.
- Olivares Rodríguez, J. (2001). Técnicas de modificación de conducta. Editorial: Biblioteca nueva. ISBN: 8470305123
- Revista Española de Geriatria y Gerontología; 2003;38: (189-91) - DOI: 10.1016/S0211-139X(03)75104-X. Cuidando al cuidador. A. Garrido Barral .Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Pilar. Área 5. IM-SALUD. Madrid. España.
- Torres Egea,MP; Ballesteros Pérez,E; Sánchez Castillo, P. “Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España” Instituto de Salud Carlos III. Gerokomos vol.19 no.1, Barcelona (2008).
- Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas, Donald de Avila Jackson y Paul Watzlawick, Editorial Herder, 1 enero 2008.
- Terapia familiar y de sistemas, Francisco J. Ortega Bevia. Universidad de Sevilla, 2º Edición. 2001. Secretariado de publicaciones Universidad de Sevilla.
- Larbán Vera, J. “Ser cuidador; el ejercicio de cuidar”. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente, 2010; 50, 55-99.

Capítulo 655

FORMAS DE TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN EN EL ÁMBITO DE CENTROS SANITARIOS

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

SONIA GARCÍA MUÑIZ

EVA POLADURA SOLARES

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

CLAUDIO GARCIA MURIAS

1 Introducción

La comunicación es un proceso de intercambio de información, en el que un emisor transmite un mensaje a un receptor a través de un canal esperando que, posteriormente, se produzca una respuesta de dicho receptor, en un contexto determinado.

En el proceso de comunicación se distinguen los siguientes elementos:

- Emisor: el que emite el mensaje.
- Receptor: el que recibe e interpreta el mensaje.
- Mensaje: información que se quiere transmitir.
- Canal: medio a través del cual se transmite el mensaje.
- Código: conjunto de signos y reglas que ayudan a codificar el mensaje.

- Contexto: circunstancias que existen en el momento de la comunicación (lugar, hora, etc.).

La comunicación no verbal es aquella que no utiliza las palabras como elemento de comunicación, sino que ésta se realiza a través de multitud de signos de gran variedad.

Podemos agrupar la comunicación no verbal en dos grandes grupos: comunicación vocal y no vocal.

- Comunicación vocal es aquella en la que emitimos emisiones fónicas por la boca, por ejemplo: risa, llanto, grito, etc.
- Comunicación no vocal es aquella en la que no emitimos emisiones fónicas, por ejemplo: gestos, movimientos, etc.

En una comunicación cara a cara se considera que el componente verbal es del 35% aproximadamente, frente al 65% correspondiente a la comunicación no verbal.

2 Objetivos

- Describir el componente no verbal en la comunicación dentro del ámbito sanitario.

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 sobre la comunicación no verbal.

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

4 Resultados

La comunicación no verbal es particularmente importante en el entorno sanitario, ya que supone la captación de aquellas señales sutiles que complementan aspectos de la interacción verbal y a menudo proporcionan mensajes y expresan

sentimientos que no están sujetos al análisis directo consciente de quienes interactúan. En este sentido podemos afirmar que, por ejemplo las muecas de un paciente, su sonrisa o sus expresiones de miedo, son actos comunicativos que pueden ser incluso más importantes que la propia expresión verbal.

En este sentido, podemos hablar de varios aspectos a tener en cuenta:

- Sensibilidad: generalmente la enfermedad crea en el paciente un estado de fuerte ansiedad y de incertidumbre, lo que le lleva a buscar en el medio indicios que le indiquen cuál es la situación real de su salud.
- Expresividad: dado el gran número de emociones de diferentes clases que se suelen experimentar en una situación de enfermedad (miedo, dolor, ansiedad, inseguridad, incertidumbre, etc.), suele ser habitual que el paciente experimente un aumento considerable en su capacidad de expresividad por vía no verbal.
- El contacto físico: es la principal conducta no verbal en el ámbito sanitario.
- La mirada: es uno de los elementos de la comunicación no verbal que más información aporta si se sabe interpretar adecuadamente.
- La expresión facial y gestual: una de las cuestiones más importantes es, sin duda, la expresión del dolor a través de gestos de la cara.
- La voz: la importancia de la voz como instrumento de comunicación no verbal está en su capacidad para transmitir información acerca de los estados emocionales del que habla, con las implicaciones que ello tiene en el campo de la salud.
- Olfato: aunque la comunicación a través de los olores es muy importante en el mundo animal, en los humanos parece ser relativamente poco importante. Sin embargo, el entorno sanitario es una excepción.
- Señales no verbales del engaño y el ocultamiento: este tema posee un gran interés en el campo de la salud, no sólo por detectar los intentos de ocultamiento por parte de los pacientes, sino también en sentido inverso, puesto que un problema que necesita una atención inmediata es el relativo a la detección por parte de los pacientes de indicios de ocultamiento por parte del personal sanitario.

5 Discusión-Conclusión

El entorno sanitario es un espacio en el que los trabajadores precisan de grandes dotes comunicativas, de empatía, sociales y dotes de humanización. Además de los gestos, el contexto y entorno sanitario pueden influir de forma positiva o negativa en la comunicación.

En este sentido, en la consulta sanitaria se puede adaptar el esquema de A. Mehran acerca de las 6 Percepciones del espacio:

- Formalidad.
- Calidez.
- Privacidad.
- Familiaridad.
- Compulsión.
- Distancia.

Estas percepciones dependerán de factores como, si el médico atiende consulta con la puerta abierta o cerrada, si se permite la entrada y salida de otros pacientes durante la cita, si las paredes están vacías o tienen cuadros o láminas de la industria farmacéutica, si la consulta está ordenada, si se muestran las pertenencias personales del médico.

Por tanto, aunque el lenguaje corporal es algo innato y universal, en muchas ocasiones no se logra una correcta interpretación de él. Atender a los gestos, mirada y movimientos de los profesionales y pacientes, así como lograr información extra de los detalles de su entorno, nos permite completar la información que hemos recibido a través de la comunicación no verbal y conseguir así un mensaje de calidad óptima.

6 Bibliografía

- Revista digital INESEM.ES.
- Scholar.google.es.
- Studylib.es.

Capítulo 656

RIESGOS LABORALES EN EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

CLAUDIO GARCIA MURIAS

RAQUEL GARCÍA CAMOIRA

ALICIA JUARROS SEDANO

EVA POLADURA SOLARES

1 Introducción

En el ámbito sanitario podemos hablar de organizaciones altamente cualificadas con un importante abanico de riesgos en sus instalaciones que pueden afectar tanto a los trabajadores sanitarios que desempeñan una actividad asistencial en el centro, como a otros trabajadores auxiliares (personal administrativo, de limpieza, lavandería, mantenimiento...). Y estos riesgos deben tenerse en consideración para la aplicación de unas medidas preventivas correctas.

2 Objetivos

- Enumerar los riesgos laborales en el ámbito sanitario y describir cada uno de ellos.

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: Cochrane, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

En el ámbito sanitario podemos encontrarnos con los siguientes riesgos laborales:

- Riesgos biológicos:

El riesgo biológico viene condicionado por la exposición a los agentes biológicos: bacterias, hongos, virus, parásitos, esporas, productos de recombinación, etc.

Estos agentes pueden penetrar en nuestro organismo a través de diferentes vías: respiratoria, digestiva, dérmica, parenteral.

- Riesgos químicos:

Las sustancias químicas están presentes en la actividad diaria del sector sanitario y sociosanitario. El almacenamiento, manipulación y gestión de sus residuos conllevan múltiples riesgos que pueden afectar gravemente a la salud de los trabajadores.

- Riesgos físicos:

Dentro de los riesgos físicos, entre los que se encuentran también el ruido o las vibraciones, en el sector sanitario destacamos la exposición a energía electromagnética o radiaciones.

El fenómeno de la radiación consiste en la propagación de energía en forma de ondas electromagnéticas o partículas subatómicas a través del vacío o de un medio material.

Si bien existen radiaciones inocuas para los seres vivos, hay otras que tienen la suficiente energía como para arrancar electrones a los átomos, convirtiéndolos en iones, y que se denominan radiaciones ionizantes. Son radiaciones ionizantes los rayos X, los rayos gamma y las partículas alfa entre otras.

Las radiaciones que no transportan energía suficiente, por lo que no provocan

ionización en el medio que atraviesan, son radiaciones no ionizantes y consisten fundamentalmente en emisiones electromagnéticas. La luz visible, la ultravioleta, la infrarroja, así como las ondas de radio, televisión, telefonía móvil o las líneas de alta tensión son ejemplos de estas emisiones.

- Riesgos ergonómicos:

Los riesgos ergonómicos están asociados a lesiones osteomusculares principalmente, siendo éstas las enfermedades profesionales más frecuentes y la primera causa de invalidez permanente. Las alteraciones musculoesqueléticas incluyen un gran número de lesiones en músculos, tendones, nervios, articulaciones, ligamentos, etc., localizadas generalmente en la espalda, cuello, hombros, codos y muñecas.

Pueden producirse por un esfuerzo único suficiente (accidentes de trabajo) o por la suma de varios esfuerzos con efectos acumulativos (enfermedades relacionadas con el trabajo y causa de un pequeño grupo de enfermedades profesionales). El síntoma predominante es el dolor, la contractura muscular, la inflamación y la disminución o la incapacidad funcional de la zona afectada.

Las causas de las lesiones derivadas de los riesgos ergonómicos pueden ser variadas: adopción de posturas inadecuadas y forzadas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas y de enfermos o trabajos con pantallas de visualización de datos en condiciones ergonómicas inadecuadas.

En el sector sanitario y sociosanitario los riesgos ergonómicos aparecen principalmente por: manipulación manual de cargas, higiene postural, movimientos forzados, sedentarismo, movimientos imprevistos, uso de pantallas de visualización de datos.

- Riesgos psicosociales:

Los riesgos psicosociales son los riesgos específicos a los que los trabajadores están expuestos por la mala organización en el trabajo y que generan efectos negativos para la salud. Se denominan factores de riesgo psicosociales a todos aquellos aspectos relacionados con la concepción, la organización y la gestión del trabajo que pueden causar daños a la salud de los trabajadores.

- Riesgos para la reproducción y la maternidad:

Durante el embarazo y la lactancia se producen importantes cambios fisiológicos y psicológicos en las mujeres para garantizar que el feto en desarrollo y los recién nacidos disponen de todo lo necesario para desarrollarse adecuadamente. Estos

cambios son los que hacen que las trabajadoras embarazadas o que han dado a luz recientemente sean especialmente vulnerables a algunos riesgos laborales. Algunos de los riesgos presentes en el sector de sanidad y que pueden afectar negativamente en la reproducción y la maternidad son los siguientes:

Agentes físicos, agentes químicos, agentes biológicos, ergonomía, riesgos psicosociales.

- Turnicidad y nocturnidad:

Una de las características de la organización del trabajo en el sector sanitario es la necesidad de desarrollar el trabajo mediante turnos (mañana, tarde y noche), para poder dar una cobertura amplia, una asistencia adecuada y un servicio público sanitario a la sociedad. El problema es que el ser humano está sometido a ritmos biológicos que influyen en el funcionamiento de su organismo. Estos ritmos biológicos se llaman ritmos circadianos y coinciden con los estados de vigilia y sueño. El trabajo a turnos exige mantener al organismo activo en momentos en que necesita descanso y a la inversa. Además, los turnos colocan al trabajador fuera de las pautas de la vida familiar y social. Todo ello provoca un triple desajuste entre el tiempo de trabajo, el tiempo biológico y el tiempo social.

5 Discusión-Conclusión

La evolución permanente de la ciencia y la tecnología en medicina obliga a una actualización constante en materia de prevención de riesgos. La posibilidad de aparición de riesgos emergentes en agentes biológicos o la introducción de nuevos productos químicos o medicamentos requiere una vigilancia continuada para la aplicación de las medidas preventivas más adecuadas en cada caso.

En general, se requiere una incorporación de medidas para formar a los trabajadores en materia preventiva y así evitar en la medida de lo posible la aparición de enfermedades asociadas al puesto de trabajo.

6 Bibliografía

- Gestion-sanitaria.com.
- Seguridad-laboral.es.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Capítulo 657

INFLUENCIA DE ALGUNOS HÁBITOS NOCIVOS EN EL PERSONAL DEL SECTOR SANITARIO

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

ANA MARIA GARCIA GARCIA

EVA POLADURA SOLARES

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

ALICIA JUARROS SEDANO

1 Introducción

El consumo de alcohol está normalizado en nuestro día a día y en nuestra sociedad (actos sociales, lúdicos, laborales...), aunque no por ello deja de ser una sustancia tóxica, la cual, al consumirla produce riesgos graves para la salud, tanto física como mental. El consumo de alcohol por las personas de forma habitual puede llegar a producir alcoholismo, una enfermedad que modifica el estado de la persona y cobra mucha importancia en la salud física, en las relaciones personales, en el trabajo...

EL TRABAJO Y EL ALCOHOL

El alcohol influye notablemente en el trabajo de las personas, particularmente se pueden destacar diversos efectos nocivos en los trabajadores del sector sanitario:

- Como persona: Con el abuso del consumo de alcohol el sistema nervioso se encuentra alterado, siendo común, entre otros, que la conducta sea agresiva, así como que el tiempo de reacción sea mayor, produciéndose un menor rendimiento.
- Con los compañeros: El alcohol puede influir notablemente en las relaciones de los trabajadores del sector sanitario con el resto de compañeros. La agresividad hacia los demás es una característica muy común en los trabajadores que se encuentran bajo los efectos del alcohol, lo que puede desencadenar en un distanciamiento de las relaciones interpersonales con los compañeros. Así mismo, también es común que se produzca ese distanciamiento al no sacar el trabajo adelante y aumentar así la carga laboral del resto del personal.
- Con usuarios: La conducta del personal del sector sanitario también se ve afectada por el consumo de bebidas alcohólicas en relación con el trato con los usuarios. El trabajador que se encuentra bajo los efectos del alcohol suele tratar inadecuadamente a los usuarios, encontrándose habitualmente irritable y nervioso, lo cual se suele exteriorizar mediante comportamientos irrespetuosos. La falta de empatía, así como la ausencia de capacidad de autocontrol y de buena comunicación y escucha son otras de las notas características que puede producir el consumo de alcohol en este ámbito.

¿POR QUÉ AUMENTA EL RIESGO DEL CONSUMO DE ALCOHOL?

El riesgo de consumo de alcohol puede verse notablemente incrementado por la influencia de diversos factores, tanto internos como externos:

- Personales: Existen multitud de factores individuales que influyen en el riesgo de consumo de alcohol, como pueden ser los problemas y conflictos tanto interpersonales como los familiares, los cuales son variables con mucho peso. Así mismo, los hábitos de ocio y tiempo libre, así como los hábitos de salud inadecuados hacen que aumente la probabilidad de consumo de alcohol, sobre todo si tenemos en cuenta que la persona vive en un entorno social en el que el consumo está normalizado.
- Laborales: Alta carga de trabajo, jornadas muy largas, nocturnidad, turnicidad o tareas rutinarias... crean una situación de malestar en el trabajador, que en ocasiones trata de mitigar mediante el consumo de alcohol, buscando así inhibirse.
- Descontento con las condiciones económicas y el entorno de trabajo: El consumo de alcohol puede verse favorecido por la escasez de contratos laborales adecuados, predominando la contratación precaria, lo que puede aumentar la dificultad para planificar la vida personal, causando malestar emocional y sentimientos de inferioridad entre otros. Por otro lado, el desarrollo del Síndrome de

Burnout, por ejemplo, puede favorecer el desarrollo de conductas encaminadas al consumo de alcohol.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo consiste en analizar la influencia que el alcohol tiene en los trabajadores del sector sanitario.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: alcohol, personal sanitario, metabolización, efectos, influencia. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Partiendo de la base de que el alcohol no afecta a todas las personas por igual, se destaca la importancia de analizar la evolución de la concentración de alcohol en sangre desde su ingestión hasta su metabolización y los efectos que esto produce en el personal del sector sanitario.

Existen numerosos factores que modulan los efectos del alcohol en las diferentes personas, como puede ser la cantidad de alcohol ingerido o las características propias de cada individuo. Así mismo, el tiempo que ha pasado entre la ingesta y la combinación de este con otras sustancias o comidas influyen en el resultado obtenido por la ingesta del alcohol. Así pues, podemos observar que el alcohol no requiere digestión y se absorbe en el intestino y en el estómago. En concentraciones altas de alcohol y con el estómago vacío, esta absorción se hace más rápida. Después el alcohol se va distribuyendo por todo el organismo, parte se pierde con la respiración, a través de los pulmones y otra parte a través de procesos que ocurren principalmente en el hígado. Este proceso es el causante del daño hepático en personas alcohólicas, una de las enfermedades de las personas que consumen alcohol.

Así mismo, cabe destacar el efecto de la tolerancia sobre las personas. A medida que alguien consume más y más alcohol su organismo va aumentando el grado de

tolerancia y las cantidades para conseguir los mismos efectos deben ser mayores.

Algunos de los efectos de la ingesta de alcohol que podemos observar en el personal del sector sanitario son: desinhibición, euforia, relajación, mayor sociabilidad, dificultad para hablar y asociar ideas, descoordinación motora...

Para entender las distintas fases en el estudio de la concentración de alcohol en sangre debe conocerse el proceso por el que pasan las sustancias alcohólicas en nuestro organismo. Así pues es necesario conocer la curva de la alcoholemia, la cual consiste en la representación gráfica del proceso que experimenta el alcohol en sangre desde su ingesta hasta su completa eliminación. Podemos decir que existen tres partes diferenciadas en dicha curva, las cuales pueden variar en función de la ingesta de alimentos.

- Fase 1: En la primera fase predomina la absorción del alcohol. Se trata de una fase en sentido ascendente que dura entre 30 y 60 minutos. La duración depende de diferentes factores como la cantidad de alcohol ingerido y la velocidad de absorción de cada persona.
- Fase 2: La denominada fase de equilibrio de fusión constituye la segunda de las tres fases integrantes de la curva de la alcoholemia. Dicha etapa se caracteriza por tener forma de meseta, siendo de duración muy reducida. Aquí puede observarse la máxima concentración de alcohol en sangre de una persona.
- Fase 3: La última de las fases, ya en sentido descendente, corresponde a la eliminación del alcohol. La duración de esta etapa es directamente proporcional a la cantidad de alcohol ingerido. Al tratarse de la fase donde se elimina el alcohol, predominan los procesos de oxidación.

5 Discusión-Conclusión

La sociedad está cada vez más concienciada del problema que supone el consumo de alcohol, pudiendo llegar a ser una enfermedad crónica con muchas complicaciones, creando una dependencia física y provocando el síntoma de abstinencia que pueden generar efectos adversos que a veces llevan incluso hasta la muerte. Así mismo, podemos afirmar, que los tratamientos cada vez son mejores, y cuentan con altas tasas de recuperación, lo que hace que sea más fácil que la persona alcohólica reconozca que tiene un problema y que necesita atención especializada.

La conducta y la percepción de los trabajadores del sector sanitario puede verse gravemente afectada por la ingesta de alcohol, no únicamente durante el con-

sumo, sino a posteriori. Su sistema nervioso, conducta, tiempo de reacción, visión... se encuentran alteradas durante un periodo de tiempo posterior, pudiendo producirse graves consecuencias derivadas de la concentración de alcohol en su sangre.

Los diferentes efectos que produce la ingesta de alcohol en el personal del sector sanitario pueden derivar en:

- Absentismo laboral, llegar tarde al trabajo, salir antes de la jornada laboral.
- Conflictividad con los compañeros: cambios de humor, comportamientos violentos...
- Disminución de la productividad en el puesto de trabajo.
- Aumento de las bajas.
- Somnolencia.
- Deterioro de la higiene personal.
- Pequeños hurtos.
- Accidentes laborales: pueden aumentar entre un 15% y un 20%.
- Amonestaciones.
- Suspensión de empleo y sueldo.

6 Bibliografía

- Centers for Disease Control and Prevention. (3 de enero de 2018). Obtenido de <https://www.cdc.gov>.
- Kessel, N. W. (1990). Alcoholismo, Cómo prevenirlo para evitar sus consecuencias. Paidós.
- MedlinePlus. (6 de noviembre de 2019). Obtenido de <https://medlineplus.gov>.
- Noriega de Castro, J., Salvat Puig, J., & Vicente González, S. (2016). Cuestiones Medicolegales Generales de la Intoxicación Alcohólica Aguda. En J. Noriega de Castro, J. Salvat Puig, & S. Vicente González, Curso de Medicina Legal (págs. 215-233). Salamanca: Ratio Legis.

Capítulo 658

LA IMPORTANCIA DEL COMPORTAMIENTO ASERTIVO EN EL PERSONAL DEL ÁMBITO SANITARIO

VERÓNICA GARCÍA CALZÓN

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

ALICIA JUARROS SEDANO

SONIA GARCÍA MUÑIZ

ANA MARIA GARCIA GARCIA

1 Introducción

En el trabajo el comportamiento social es inevitable y necesario, ya que continuamente hay que interactuar y relacionarse los demás individuos.

Los trabajadores del sector sanitario tienen que comunicarse de manera constante y directa, tanto con usuarios y pacientes como con compañeros. Por ello, la asertividad es la conducta imprescindible para enfrentarse a las situaciones que presenta el día a día, siendo la forma correcta de expresar de manera respetuosa, clara y directa las ideas, sentimientos o derechos ante los demás, a través de la búsqueda de soluciones alternativas y del momento adecuado sin acceder a peticiones no razonables o manipuladoras.

Hay multitud de definiciones acerca del concepto de asertividad. Se puede considerar pues, como parte de las habilidades sociales que permiten que el individuo defienda sus derechos, sin agredir y sin ser agredido, expresándose al mismo tiempo de manera concisa, equilibrada y directa.

Cabe destacar diferentes autores que han definido la asertividad:

- L. Sánchez (2000, 2) "Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas".
- Rodríguez (2001, 7) "La asertividad se basa en el respeto y por tanto comporta la libertad para expresarnos respetando a los demás y asumiendo la responsabilidad de nuestros actos".
- S. Robbins (2001, citado en Vanegas, 2003, 1) señala que "La asertividad hace que los estímulos que nos llegan sean los que exactamente nos fueron enviados; y hace que enviemos aquellos mensajes que en realidad queremos mandar y que esencializan nuestro respeto y el de los demás".
- C. Sánchez (2003, 1) "La asertividad es un tipo de habilidad social que se posee en mayor o menor medida. Además, una misma persona puede exhibir una respuesta más o menos asertiva según la situación que afronte y el momento en que ésta se produzca".
- Hernández (2003, 6) "Una conducta asertiva facilita un flujo adecuado de información en los grupos de trabajo y potencia la creación de más de una solución a los posibles problemas laborales que vayan surgiendo en el día a día".

En numerosas ocasiones a las personas les cuesta actuar de manera asertiva, lo que les lleva a tomar malas decisiones. La incapacidad de decir: "no estoy de acuerdo", "lo siento, aunque no tenga tu aprobación, no opino lo mismo que tu"... hace que los derechos personales se vean vulnerados repetidamente. Esta incapacidad se puede deber a multitud de factores, ya que en el modo de actuar influye notablemente el estado de ánimo, el momento personal por el que se está pasando, a quien se enfrente la persona o la timidez entre otros.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Analizar el comportamiento social en el sector sanitario, tanto entre el propio personal como con los pacientes y con los usuarios.

Objetivos secundarios:

- Enumerar los diferentes tipos de comportamiento en el ámbito social y sus características.
- Diferenciar los elementos de la conducta.
- Mencionar los distintos estilos de comportamientos en la relación con otros usuarios.
- Describir las dificultades para mantener una comunicación asertiva.
- Explicar las técnicas para una comunicación correcta.

3 Metodología

El presente capítulo se ha desarrollado mediante una revisión bibliográfica de artículos sobre el comportamiento asertivo publicados en las revistas indexadas en la bases de datos Pubmed, Scielo y Cochrane. Para la búsqueda de información se han empleado las palabras clave “comportamiento social” y “asertividad”.

4 Resultados

En primer lugar, deben definirse los diferentes tipos de conducta existentes en el medio social:

- Conducta social: Se caracteriza por la adaptación perfecta al entorno en la cual los trabajadores cumplen las normas de convivencia con compañeros, pacientes y usuarios.
- Conducta asocial: Predomina la falta de comunicación de los trabajadores con el resto de la sociedad.
- Conducta antisocial: Los individuos van contra las normas de convivencia del sector sanitario y por tanto, contra la sociedad.

Así pues, lo más apropiado es adoptar una conducta social con los demás. Partiendo de esa base, cabe diferenciar los elementos fundamentales de ese tipo de conducta:

- Elementos expresivos: Los trabajadores deben comunicarse verbalmente, teniendo en cuenta el tono a la hora hablar , la expresión del rostro, las posturas, los gestos...
- Elementos receptivos: Consisten en atender a la persona que habla y percibir tanto lo que dice como los elementos expresivos y la evaluación de respuestas.
- Elementos interactivos: Son aquellos elementos inherentes a la espera del turno de uso de la palabra o a saber determinar la duración de la respuesta, sin pasarse

y sin quedarse corto.

Para manejar las diferentes situaciones interpersonales es necesario conocer las dimensiones individuales más eficaces:

- Recursos o habilidades cognitivas: El trabajador debe tener una autoestima positiva, toma de perspectiva social, empatía y habilidades en la solución de problemas que surjan en el centro de trabajo.
- Equilibrio entre individualidad y sociabilidad: El mantenimiento de vínculos sociales firmes con compañeros, pacientes y usuarios debe complementarse con la individualidad necesaria en multitud de ocasiones.
- Existencia de habilidades sociales: El receptor debe ser capaz de entender al emisor y de forma socialmente correcta emitir su respuesta utilizando sus recursos cognitivos con seguridad, de modo que los vínculos con las personas se vayan construyendo al tiempo que su proceso de socialización va completándose de forma enriquecedora, produciéndose de forma continua esa transacción con el medio.

Por otro lado, en el momento de relacionarse con los usuarios o los compañeros, conviene diferenciar y no confundir los distintos estilos de comportamientos:

- Inhibido (no asertivo): El trabajador no es capaz de expresar sus opiniones de forma adecuada y no tiene confianza. Deja que los compañeros o usuarios decidan por él y hagan valer sus opiniones y derechos por encima de los de él, con el objetivo de evitar confrontaciones y ser rechazado.
- Asertivo: El trabajador es capaz de expresarse de forma adecuada, directa, defendiendo y expresando sus opiniones libremente y respetando los derechos y opiniones de los compañeros o usuarios. Se siente bien y tiene confianza en sí mismo, por lo que controla mejor las situaciones y puede conseguir sus objetivos.
- Agresivo: El trabajador no respeta las opiniones, derechos e intereses y se aprovecha de los demás. Se expresa de forma inadecuada, alcanzando sus objetivos a expensas de los otros, humillándoles, eligiendo por ellos y situándose por encima de los compañeros o usuarios, aprovechándose de ellos.

Conforme a lo expuesto anteriormente, el comportamiento asertivo es el que se debe emplear a la hora de relacionarse con los demás, ya que los resultados de aplicar dicho estilo están repletos de beneficios tanto para unos como para otros. Si bien, a veces, a las personas les cuesta tener un comportamiento asertivo por los siguientes motivos:

- Falta de conocimiento sobre el tema a tratar que puede desembocar en una falta de confianza en sí mismos y un descenso de la autoestima.

- Dificultad para aceptar que en ocasiones podemos equivocarnos y que no siempre tenemos la razón.
- Predominio del abuso de la posición propia sin respetar los derechos de los demás.
- Tendencia a elegir por los demás o dejar que los demás elijan por nosotros.
- Necesidad de juzgar siempre a los demás.
- Facilidad de manipulación, dependiendo de la aprobación de los demás.

Con el fin de facilitar el uso de la comunicación asertiva es importante conocer diferentes técnicas que ayuden progresivamente a la consecución de una comunicación correcta. Algunas de estas técnicas verbales son:

- Disco rayado: Repetir una frase para centrar la atención, mostrando de esta manera la persistencia sin desviar la atención del tema objeto de interés.
- Uso de primera persona: Dejar claras las propias ideas, actuando y decidiendo por sí mismo.
- Punto de coincidencia: Buscar un punto común para poder llegar a una solución lo más conveniente para las partes.
- Presentar los propios sentimientos: Transmitir cercanía mediante la exposición de los propios sentimientos, haciendo más fácil la comunicación.
- No hacer caso de la ironía o sarcasmo: Hacer caso omiso a estas actitudes evita la provocación y la tensión.
- Mostrar convencimiento, sinceridad: No hablar de temas que no se conocen y ser claro en las explicaciones.
- Presentación de la secuencia hechos-consecuencias: Mostrar información de manera secuencial y ordenada a la hora de plasmar los hechos.
- Finalización de la interacción: expresar claramente la postura que se defiende al finalizar la interacción, mostrando alternativas en otro momento.
- Asertividad positiva: transmitir afecto, aprecio y lo valioso del otro, en esta técnica además de la comunicación verbal se puede recurrir a la no verbal.
- Banco de niebla: Dar la razón al otro en lo que se considere que puede ser cierto, pero dejando claro que su postura no va a cambiar. Evitar la confrontación directa cuando no se acerquen sus posturas.
- Aserción negativa: Reconocer los errores y corregirlos al recibir una crítica si la persona que lo hace tiene razón. Es bueno aceptar las cualidades negativas y los defectos propios.
- Interrogación negativa: Hacerle preguntas al otro, obligándole a dar información más extensa y más específica.

5 Discusión-Conclusión

Una persona trabajadora del sector sanitario, en el desempeño de su trabajo, está continuamente interaccionando, bien con sus compañeros, con los usuarios y con los pacientes, por lo que es necesario el desarrollo de habilidades adecuadas. Así pues, en el marco del comportamiento social cabe destacar la asertividad.

La comunicación asertiva es la más correcta para comunicarse en el ámbito del sector sanitario, ya que aporta numerosos beneficios para trabajadores, usuarios y pacientes. Dicho estilo de comunicación se encuentra muy extendido entre los trabajadores del sector sanitario.

El personal tiene los conocimientos y confianza en el trabajo que realiza, posee buenas habilidades sociales, trabaja con confianza y educación. Transmite de forma equilibrada directa y concisa lo que se quiere comunicar, defendiendo sus propios derechos, negociando, ayudando a otros. Ante las dudas y exigencias de los usuarios, el personal tiene un comportamiento de escucha activa; responde de forma clara, no juzga, busca soluciones alternativas, respeta los sentimientos de los demás y consigue el respeto del otro.

Las personas con las que se interactúa tienen distintas creencias, prejuicios, valores, opiniones y visión de las cosas. Por lo cual, debe comunicarse con propiedad y efectividad, usando la primera persona, con convencimiento, con claridad, mostrando interés por lo que dice la persona con la que se comunica, repitiendo tantas veces como haga falta, intentando llegar a un acuerdo.

La comunicación, no tiene que ser solo verbal, sino que también debe complementarse con la comunicación no verbal, destacando la importancia de la expresión de los ojos, los gestos, el tono de voz, la postura corporal y el tiempo de intervención, controlando la duración con el fin de que el receptor no se aburra o pierda el hilo de la conversación. Por todo ello, la conducta más positiva y ventajosa es la asertiva ya que permite que se respire un entorno cargado de confianza, positivismo y respeto entre todos, evitando conflictos y expresando los deseos de manera clara y sin excusas. Consiguiendo con ello llegar a un acuerdo empleando un tono de voz y volumen adecuado.

6 Bibliografía

- E.Post, J., & B.Young, M. (1993). Los ocho principios de la comunicación eficaz. Harvard Deusto business review, 103.

- Fátima Asensi Pérez, L. (2013). La Comunicación Asertiva. Una habilidad personal y profesional. Circulo de economía de la Provincia de Alicante.
- Ribes-Iñesta, E., E.Rancel, N., & López-Valadez, F. (2008). Análisis Teórico de las dimensiones funcionales del comportamiento social. Revista Mexicana de Psicología, 57.
 - Román, H., & J.Van-Der, C. (2005). El libro de las Habilidades de Comunicación. Madrid: Diaz de Santos.

Capítulo 659

PREVALENCIA DE LA ATENCION DOMICILIARIA EN LA ATENCION CONTINUADA DE LENA EN UN AÑO

SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ

MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO

1 Introducción

Podemos definir la atención domiciliaria como los cuidados que se realizan a un paciente en su domicilio, cuando su estado de salud o déficit de movilidad le impiden desplazarse a su centro de salud. La atención domiciliaria convencional para casos agudos representa un volumen de actividad muy importante que resuelve el equipo de atención primaria.

2 Objetivos

El objetivo del estudio es el análisis de la relación entre las consultas urgentes extrahospitalarias y la atención domiciliaria en un servicio de atención continuada en el concejo de Pola de Lena durante 1 año(2018).

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado un estudio transversal con pacientes que precisaron atención domiciliaria entre Enero y Diciembre de 2018.

4 Resultados

En el concejo de Lena, que tiene extensión de 315,51km², estaban censados en 2018 11086 personas. De un total de 7324 pacientes atendidos en el Servicio de atención Continuada del Concejo de Lena, el 8.67% precisaron atención domiciliaria (635personas). Por meses Enero(coincidiendo con pico de epidemia gripal) fue el mes que más intervenciones domiciliarias se realizaron (11.59%) mientras que Junio fue el mes con menos intervenciones domiciliarias (6.44%).

5 Discusión-Conclusión

- Las urgencias domiciliarias se ocupan de pacientes que, dadas sus condiciones, no se pueden trasladar al centro sanitario.
- Todos podemos necesitar en cualquier momento la atención domiciliaria.
- La atención domiciliaria aumenta en periodos de epidemia gripal y frío y disminuye en periodos con temperaturas más suaves.

6 Bibliografía

- Urgencias Domiciliarias(Guia rapida de actuación) Ed. Medica Panamericana.
- Atencion a la urgencia domiciliaria(Ministerio de Sanidad,2010).
- FAAC(Federación Asturiana de Concejos).
- <https://medes.com>.
- <https://astursalud.es>.

Capítulo 660

EL MOTOR DEL TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL PACIENTE: EL CELADOR.

GEMMA ARIAS ALVAREZ

MARÍA SOLEDAD INCLÁN RODRIGUEZ

ANA ISABEL GONZÁLEZ OTERO

1 Introducción

Dentro de un hospital el encargado del traslado del paciente bien sea para recibir el alta, ingreso o para realizar una prueba, etc... es el celador. A la hora de trasladar un paciente aislado el celador ha de conocer todos los tipos de aislamientos y saber como actuar.

2 Objetivos

Describir la actuación del celador a la hora de trasladar a un paciente aislado, dependiendo de su tipo de aislamiento y dependiendo de cómo sea el traslado, ya sea en silla o en cama/camilla.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica indagando en diferentes bases de datos: Google, Google Académico, Scielo y Cochrane, además de consultar Artículos y

Cursos de Formación Femsa. Se emplearon como descriptores: traslado, celador, aislamiento, paciente, actuación. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Antes y después de tomar contacto con cualquier paciente es muy importante hacer un correcto lavado de manos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) puntualiza 5 momentos primordiales para la higiene de manos:

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

Una vez realizada la correcta higiene de manos, dependiendo del tipo de aislamiento se procederá a ponerse el equipo necesario para cada uno de ellos, y luego para el traslado y dependiendo de en que se traslade al paciente se utilizaran los elementos del equipo de aislamiento necesarios tanto para el paciente como para el celador.

- Si el aislamiento es respiratorio y aislamiento por gotas:

Al paciente trasladado tanto en cama /camilla o en silla se le colocará únicamente una mascarilla.

El celador en este caso no necesita llevar ninguna protección.

- Si es de contacto:

Al paciente trasladado en cama/camilla no necesitara ninguna protección, y el celador llevara bata y guantes.

Si el paciente va en silla se le colocara doble bata una atando hacia la parte de delante, otra atando hacia la parte de atrás y guantes. En este caso el celador no necesitara ponerse nada.

-Si es aislamiento es Inverso:

El paciente trasladado en cama/camilla llevara una mascarilla, si va en silla se le colocara doble bata colocadas de la misma forma que el aislamiento de contacto, guantes y mascarilla.

En este tipo de aislamiento da igual la forma de traslado, el celador llevará puesta bata, guantes y mascarilla.

5 Discusión-Conclusión

A la hora de trasladar un paciente esta claro que el encargado es el celador y es muy importante que el sepa actuar correctamente ante cualquier tipo de aislamiento tanto para proteger al paciente como para evitar que se propaguen las posibles infecciones.

6 Bibliografía

- OMS, Octubre 2010.
- Centers for Disease Control and Prevention website. Personal protective equipment. www.cdc.gov/niosh/ppe. Updated February 2, 2018. Accessed February 21, 2018.
- Formacion Femsa (Curso de Aislamiento hospitalario).

Capítulo 661

SALUD SOCIAL Y AMBIENTAL

MARTA MARIA PEDRON FERNANDEZ

1 Introducción

Definimos como medio ambiente a todo lo que rodea a un objeto o a cualquier entidad; es un conjunto de condiciones físicas, químicas, sociales, biológicas y, culturales y económicas, dependiente de un lugar geográfico (estación, momento, actividad).

El peligro se define como el potencial que tiene un agente medio ambiental para afectar a la salud; podemos diferenciar entre:

- Peligros tradicionales.
- Peligros modernos.

La diferencia entre ambos es, que el primero se manifiesta muy rápido la enfermedad y el segundo tarda un largo periodo de tiempo en manifestarse. Aún así, con la prevención primaria evitaríamos ambos peligros.

2 Objetivos

Identificar la importancia de la salud social y ambiental.

3 Metodología

He realizado una búsqueda bibliográfica en distintos artículos, estudios, revistas y en las bases de datos Scielo, Google Académico y Medline; con las palabras clave: salud social, salud ambiental, sanitario, enfermedad, prevención. Como criterios

de inclusión he usado: idioma castellano y texto gratuito. De exclusión: trabajos publicados previamente al año 1996.

4 Resultados

Algunas de las medidas para prolongar la vida, fomentar la salud, la eficiencia física y mental mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones, son:

- Responsabilidad social y medio ambiental.
- Elaboración de memorias de sostenibilidad.
- Prácticas sostenibles en el ámbito sanitario y no sanitario.
- Marketing de productos sin productos nocivos para la salud.
- Actividades innovadoras.

Todo ello, llevaría a educar al individuo en los principios de higiene personal, y daría lugar a una menor demanda de la sociedad de los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, e incluso para la rehabilitación de las mismas; pues habría menor incidencia de ellas gracias a la prevención.

Necesitaríamos desarrollar una maquinaria social que asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para mantener la salud, no caer en la enfermedad, y para ello es muy importante la prevención primaria.

5 Discusión-Conclusión

Hace falta mentalizarse de los peligros que conlleva maltratar al medio ambiente, ya que con ello conseguimos tener una salud precaria, por los efectos rebote, con las medidas arriba expuestas, conseguiremos un ambiente menos nocivo dónde vivir y dispondremos de más calidad de vida, ya que con una buena salud ambiental y social fomentamos la prevención primaria de muchas patologías.

6 Bibliografía

- http://www.academia.edu/download/41273364/salud_basica.pdf.
- <http://www.scielo.org.co>.

Capítulo 662

LAS AGRESIONES EN CENTROS SANITARIOS

SONIA GARCÍA MUÑIZ

EVA POLADURA SOLARES

ANA MARIA GARCIA GARCIA

MARIA ALEJANDRA RODRIGUEZ TAMARGO

MARIA ISABEL TRABADO ALVAREZ

1 Introducción

En la actualidad uno de los problemas más apremiantes , con el que nos encontramos es la violencia. Diariamente nos encontramos con respuestas exageradas o desproporcionadas ante situaciones cotidianas , en las que los individuos al mínimo contratiempo o revés , responden arremetiendo al interlocutor con cierta ira que se manifiesta en sus acciones o palabras. Situaciones en franjas de edad cada vez más tempranas , adolescentes e incluso en la infancia que agreden e insultan a compañeros ,llegando a situaciones lamentablemente dramáticas en algunos casos. ¿ Ésta realidad esta influenciada por los medios audiovisuales , el ritmo de vida y la población ? En el cine, la TV, los videojuegos se pueden ver imágenes violentas a diario , que pueden repercutir en ciertos comportamientos de nuestra sociedad, también el consumo de sustancias, así como los factores biológicos o sociales de la persona. Por todo ello, considero que es un tema que puede considerarse que afecta a la salud Pública, pues incumbe a los individuos

que la conforman y acarrea múltiples consecuencias a la sociedad. El 14 de Marzo es el día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario.

Agresión: Conducta hostil o destructiva cuya finalidad es provocar un daño a otro. Éste daño puede ser físico o moral.

2 Objetivos

- Analizar el creciente número de agresiones a los profesionales en el ámbito sanitario , al ser el sector con mayor numero de episodios .
- Establecer el tipo de lesiones en campo de la salud.
- Evaluar los motivos de los comportamientos agresivos en los centros sanitarios.

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

- En el ámbito sanitario, la Organización Mundial de la Salud, la define así , violencia en el lugar del trabajo como todos aquellos incidentes en los que la persona es objeto de malos tratos, amenazas o ataques en circunstancias relacionadas con su trabajo, con la implicación de que se amenaza explícita o implícitamente su seguridad, su bienestar y su salud .

En los últimos tiempos, ha habido un creciente número de casos de violencia hacia ciertos profesionales , que ha ido en aumento en el ámbito sanitario. En el trabajo de búsqueda bibliográfica realizado , se ha encontrado que en el uso de palabras clave, como profesionales sanitarios / agresión sanitarios , parece ser que los únicos agredidos son los / las facultativos , seguidos de los/as enfermeros . En éste sector, y en el resto de profesiones derivadas del mismo, también se “sufren” agresiones, tanto si hablamos de auxiliares de enfermería, como de celadores, administrativos o auxiliares administrativos, que a menudo son el blanco de agresiones verbales, insultos y vejaciones por parte de los pacientes y

de sus familiares. Las agresiones a profesionales sanitarios constituyen un creciente motivo de preocupación a la vista de su evolución en los últimos tiempos. Cada año se incrementa un 10% el número de casos, éstos datos son obtenidos de los episodios que se han denunciado, sin quedar constancia del resto.

El número de incidencias es similar en Atención Primaria, que en Atención Especializada. Andalucía es la CCAA a la cabeza en número de agresiones. Así en 2018, los facultativos son los líderes de esta 'lista negra', sufrieron un total de 3.259 agresiones. Les siguen el personal de enfermería, con 2.939 episodios notificados; los TCAE, con 1.651; los administrativos, con 915; y los celadores, que notificaron 507 agresiones. El resto de trabajadores en los centros del Sistema Nacional de Salud advirtieron de 468 actos violentos. La mayor parte de los agresores son hombres, en algunos casos reincidentes, y la mayoría de las ocasiones son las profesionales femeninas las que denuncian los hechos, muchas veces silenciados por no existir agresión física o lesión visible y ser difícil de demostrar, una vez ocurridos.

Principalmente las agresiones notificadas no son físicas, sino de tipo verbal, como amenazas o insultos contra el profesional. El 60% de las mismas viene de parte del paciente y el 40% por parte de los acompañantes o familiares del mismo. En cuanto a las agresiones físicas que requieren atención médica, el profesional debería poder generar un informe sobre cualquier paciente, cuando se sintiera agredido o amenazado por éste y que la Administración Sanitaria pudiera recogerlo en un historial confidencial sobre el mismo, con la finalidad de que cualquier profesional sanitario, pueda saber con antelación a que amenaza se expone, sin que todo ello vaya en contra de la Ley de Protección de Datos, del mismo modo, que éste profesional puede acceder al historial médico, es decir, a los antecedentes de agresividad relativos a otros incidentes con sanitarios de la persona con la que se está tratando y poder advertir al resto de personal que atiende a ese paciente en concreto.

- Tipos de lesiones en el ámbito de salud, se distinguen entre agresiones
Sobre las personas
 - Físicas.
 - Verbales : amenazas, insultos o coacciones, gestos obscenos
- Sobre objetos: daños en mobiliario y actos incívicos.
- Motivos por los que se producen éstos comportamientos :
 1. Percepción de una atención deficitaria recibida o no satisfacer expectativas en

cuanto a pruebas diagnósticas.

2. Largos tiempos de espera.

3. En situaciones de angustia, ante enfermedades graves de familiares.

4. Frustración en alcance de un beneficio (recetas, partes de baja)

5. Demoras en Servicio de Urgencias

Se han llevado a cabo en diferentes CCAA protocolos frente a agresiones a profesionales sanitarios. El Servicio de Salud del Principado de Asturias desarrolló una normativa , consciente del gran número de casos diarios. “ Por todo, el SESPA, en desarrollo de la normativa constitucional y legal vigente, deberá hacer efectivo el derecho de los profesionales sanitarios a su servicio a recibir asistencia y protección eficaz en el desempeño de sus funciones, frente a cualquier tipo de actuación generadora de una situación conflictiva.” Para ello se ha elaborado un Plan de Prevención y Atención frente a Potenciales Situaciones Conflictivas para actuar sobre la prevención, protección y actuación ante incidentes. El 7 de octubre de 2019 se celebró en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social la reunión del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud. Dada su importancia, se trató el tema de las agresiones a profesionales del SNS, En este Informe, cuyos datos han sido remitidos por las CCAA, se incluyen todas las notificaciones sobre agresiones, exista o no denuncia, de todo el colectivo y todas las categorías profesionales en el ámbito sanitario público.

5 Discusión-Conclusión

El ámbito sanitario es el que más expuesto se encuentra a agresiones hacia sus profesionales, los usuarios soportan situaciones de tensión y estrés que a veces, canalizan en ataques hacia el interlocutor sanitario y no sanitario del centro hospitalario.

El hecho del aumento de un 10% anual de agresiones a profesionales de la sanidad, debería ser un dato preocupante y relevante a tener en cuenta por la Administración Sanitaria, para elaborar en todas las CCAA Planes de Actuación frente a Agresiones. En muchas ocasiones los trabajadores sanitarios minimizan los episodios violentos, por ello es necesario formarlos en la importancia del registro de agresiones de cualquier tipo. Muchas veces, se desconocen los protocolos existentes , o si se conoce su existencia, no se aplican los mismos. Asimismo respaldar y prestar la ayuda necesaria a las víctimas.

6 Bibliografía

- Plan de prevención y actuación frente a potenciales situaciones conflictivas (SESPA).
- Fao.org.
- Diarioenfermero.es.
- Redaccionmedica.com.
- Scielo.isciii.es.

Capítulo 663

EDUCACION PARA LA IGUALDAD EN EL ACOSO ESCOLAR

SARAY MARIA VIDAL GONZALEZ

MARIA AMOR MANZANO SALPURIDO

1 Introducción

Que niños, niñas y jóvenes identifiquen las desigualdades de género y crezcan libres de estereotipos y prejuicios es fundamental para crear un futuro más equitativo. Educar en igualdad, de forma transversal en todas las asignaturas y espacios del colegio, es un paso importante para corregir las desigualdades que existen en la sociedad.

Hace dos años se instauró en un colegio un programa de educación para la igualdad, que consistía en adecuar un aula con una cama, un tendedero, una plancha, una lavadora, donde la idea era que todos los niños y niñas del centro (desde 1° de infantil hasta 6° de primaria) pasaran por el “aula de aprendizaje”, todos iban a aprender a planchar, poner una lavadora, tender la ropa y, por supuesto, todos iban a saber hacer una cama. Un padre dijo las siguientes palabras “su hijono hacía la cama, que para eso estaba su madre” Esto, que suena a una época muy lejana, sigue siendo, por desgracia, muy común en nuestra sociedad.

La única forma de erradicar este tipo de situaciones, comportamientos o comentarios es a través de una educación que fomente el respeto mutuo y la igualdad entre las personas independientemente de su sexo, raza o religión, a través del diálogo y aceptando que los roles estereotipados asociados al sexo son cosa del pasado.

2 Objetivos

- Describir qué es el acoso escolar y las diferentes modalidades de acoso escolar (físico, verbal, social) desde los distintos roles de víctima, agresor o testigo.
- Determinar las reacciones de los implicados en situaciones de violencia entre compañeros y las fases del acoso escolar.
- Detallar los signos de alarma y detección y sus consecuencias.
- Analizar las medidas de carácter legal.
- Reconocer las medidas sugeridas por el profesorado y los alumnos para solucionar los problemas de acoso escolar.
- Enumerar distintas estrategias para trabajar la igualdad en el aula.

3 Metodología

El siguiente trabajo consiste en una revisión narrativa que tiene como objetivo analizar y resumir la literatura sobre un tema en particular, tanto desde el punto de vista conceptual como metodológico. Se lleva a cabo una interpretación crítica de la literatura desde el punto de vista del autor.

El procedimiento del trabajo ha consistido en una revisión sistemática de la literatura en distintas bases de datos on-line: Cochrane plus, CuidenPlus, CINAHL, Elsevier, LILACS, Proquest Nursing, PubMed y SciELO. La búsqueda se limitó a artículos en español, en los cinco últimos años, humanos y centrados en el tema a tratar.

Así mismo se consultó literatura variada relacionada con el tema a tratar.

4 Resultados

- El acoso escolar.

El maltrato y/o violencia ha existido a lo largo de los años. Desde la antigüedad la violencia estaba implícita en el método educativo, partiendo de la creencia de que "la letra entra con sangre", frase que nace en la edad media y que traduce la concepción que guiaba los procesos educativos en aquellos tiempos. Esta concepción sugiere que la violencia física era necesaria para educar al niño. A pesar de las graves consecuencias que tiene este fenómeno social, denominado acoso escolar o bullying (nombre creado en 1993 por el psicólogo escandinavo Dan Olweus, de la Universidad de Bergen, Noruega), no ha sido objeto de estudio hasta hace relativamente poco tiempo.

Preguntándole a personas de distintas edades y condiciones, todos coinciden en que el ahora denominado acoso escolar ha existido siempre (empujones, insultos, abusos..) pero también coinciden en que éste era esporádico y se solucionaba con una reprimenda/castigo por parte del profesor/a (apoyado siempre por los padres del causante), siendo suficiente para que no se volviese a repetir. Hoy en día, debido a los cambios en los valores y principios con los que se educa (en los que prima la consecución de un fin, sin importar los medios que se usen para lograrlo) y a la pérdida de autoridad del docente, la violencia en las aulas ha aumentado sustancialmente, tanto cualitativa como cuantitativamente.

La R.A.E define la palabra acosar como "Perseguir, sin dar tregua ni reposo, a un animal o persona" así como "Apremiar de forma insistente a alguien con molestias o requerimientos" Así mismo define el acoso como "la acción y efecto de acosar", distinguiendo entre los distintos tipos de acoso (laboral, moral, sexual, psicológico..) y definiendo el acoso escolar como": En centros de enseñanza, acoso que uno o varios alumnos ejercen sobre otro con el fin de denigrarlo y vejearlo ante los demás".

La primera publicación de Dan Olweus fue en 1978 bajo el título de "La agresión en las escuelas: Los bullyies y niños agresivos" y señala tres características básicas: "es intencional, es repetitivo y existe un desbalance de poder." Definía, pues, el Bullying como "una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza un alumno contra otro, al que escoge como víctima de repetidos ataques(...)Un alumno acosado se convierte en víctima cuando está expuesto, de forma repetida y durante un tiempo, a acciones negativas llevadas a cabo por otro alumno o un grupo de ellos"

Ortega, R. incluyó la dimensión ética, en el sentido de considerar el acoso escolar como una conducta de transgresión moral, en la medida en que tanto el agresor como los observadores directos del fenómeno lo reconocen como una conducta inmoral e injusta.

Varios han sido los autores que han intentado definir el término que nos compete, si bien es cierto que en todos existen una serie de elementos comunes, que se repiten:

- Abuso de poder del agresor sobre la víctima.
- Existencia de violencia.
- La intención por parte del agresor de hacer daño a la víctima.
- La víctima se encuentra indefensa y es incapaz de reaccionar ante esta situación.
- Casi siempre estas situaciones se dan en un contexto grupal, donde a parte de

los implicados hay también observadores.

Tipos de acoso escolar.

Las distintas investigaciones como la de Bisquerra et al (2014) o la de Hernández, R y Saravia, M (2016) compilan la existencia de seis tipos de acoso escolar:

- Física: Que puede ser de forma directa como pegar, empujar, dar patadas, agredir con objetos, etc. y de forma indirecta como robar o romper cosas de la víctima. En este grupo también se incluirían las agresiones de tipo sexual.
- Verbal: Insultar, poner apodos hirientes, humillar, sembrar dudas sobre la identidad sexual de la persona, injuriar, descalificar, etc.
- Emocional/social: Excluyendo al alumno del grupo e impidiéndole interaccionar con otros compañeros.
- Psicológica: Afecta a la autoestima, creando inseguridad y miedo. Chantajes, burlas públicas, pintadas..
- Cibernética: La intimidación de la víctima se produce utilizando Internet, en las redes sociales, a través de teléfonos, ordenadores, tablets,..
- Ideológico: Discriminar a la víctima por razones de raza, credo o cualquier otra característica que lo diferencie del resto.

En una situación de acoso escolar intervienen:

- Los acosadores:

Son aquellos que llevan a cabo la agresión. Pueden actuar solos, pero por lo general buscan apoyos entre sus iguales.

Suelen mostrar dificultades para cumplir las normas costándoles ponerse en el lugar de los demás y empatizar.

Según Díaz-Aguado, Martínez y Babarro (2013), se caracterizan por utilizar frecuentemente la fuerza como modo de sumisión o dominio, justifican sus acciones, sin sentimiento de culpa e incluso haciendo responsable a la víctima.

- La víctima.

Es la persona que sufre la agresión. Los acosadores los suelen elegir como víctimas porque suelen estar aislados, tienen baja autoestima, suelen ser tímidos e introvertidos. Pueden ir quedándose sin los pocos apoyos que tenían en un principio debido al acoso, por lo que las consecuencias psicológicas van aumentando, sintiéndose cada vez más indefensos y aislados (Reyzábal-2014)

Díaz-Aguado(2006) hace una doble distinción entre las víctimas del acoso escolar: La víctima pasiva que se caracteriza por un aislamiento social y dificultad en la comunicación. Presenta baja autoestima, inseguridad, ansiedad y no puede

defenderse ante esta situación ya que la violencia le produce miedo. También suele sentirse culpable de la situación y, por vergüenza, la niega.

La víctima activa que suele ser impopular entre sus semejantes motivo por el cual puede ser elegida como víctima del acoso. Impulsiva generalmente, muestra una tendencia excesiva a defenderse.

- Los espectadores:

Todas aquellas personas que están presentes durante la agresión, sean del tipo que sea.

Según Erizabal (2014) hay dos tipos de observadores:

El activo, que es el que aprueba o desaprueba la agresión en función de la relación que tenga con una u otra parte.

El pasivo, que no se implica, principalmente por el miedo a ser también objeto de agresiones.

En el ámbito escolar pueden darse conflictos entre compañeros que se solucionan y ahí se quedan pero también se dan casos en los que el acoso va más allá, creando numerosos problemas.

Se distinguen distintas fases:

1º fase: Se producen incidentes esporádicos, empieza a sufrir las primeras "bromas"

2º fase: Los ataques aumentan en gravedad e intensidad. Y los observadores se añaden al acoso. La víctima puede adoptar dos posturas, sentirse afligido y afectado (con lo cual pasará a la siguiente fase de acoso) o puede ignorar a su acosador.

3º fase. Empieza el daño psicológico, el menor asume las acusaciones que le hacen y comienza a pensar que merece tales agresiones.

4º fase: Se produce el aislamiento del acosado y se le excluye del resto del grupo.

5º fase: Los problemas psicológicos comienzan a agravarse, pudiendo caer en depresión, presentar problemas alimenticios o trastornos de ansiedad.

- Signos de alarma y detección.

La exposición a conductas de acoso de un modo reiterado y frecuente afecta a casi el 23% de la población escolarizada, según el Informe Cisneros. "Dichos casos de acoso se dan de manera principalmente física en niños, mientras que en las niñas se da más en forma de exclusión. Las edades en las cuales es más frecuente el acoso es entre los 6 y los 13 años".

A pesar de que los docentes cuenten con numerosas técnicas para detectar el acoso, la observación directa suele ser el método más fiable y detallado.

En el colegio:

- Es objeto de bromas pesadas, le insultan, le dan patadas, le llaman por apodos despectivos, le amenazan...
- Suele estar apartado del resto del grupo.
- No se relaciona mucho con sus compañeros, y cuando lo hace, suele ser de una forma insegura y ansiosa.
- Cuando la víctima tiene antecedentes de buen rendimiento escolar y de repente pasa por una etapa de bajo rendimiento, el aspecto emocional puede estar repercutiendo en esta baja.
- A pesar de que la víctima vive con el sufrimiento de estar siendo humillado, ésta se encuentra paralizada sin poder expresar o denunciar el acoso, mostrando únicamente impotencia y frustración ante el abuso.

En casa:

- Puede negarse a ir a la escuela o colegio usando como pretexto un malestar estomacal, dolor de cabeza, etc. aunque lo que realmente busca es refugiarse en la seguridad de su familia, debido al pánico y miedo que siente de enfrentarse con sus acosadores.
- Aunque explicará que son simples accidentes, presenta heridas, contusiones, arañazos que no son explicables como tal.
- Llanto, tristeza, carácter irritable, etc. son algunos de los cambios que puede expresar la víctima producto del estrés y depresión causada por la humillación constante a la que está expuesta.
- Puede tener pesadillas e incluso llegar a llorar mientras duerme.
- Cuando los síntomas que presenta un menor, como dolores abdominales o de cabeza, la dificultad para conciliar el sueño o la inapetencia alimentaria, no corresponden a ningún diagnóstico clínico y sin embargo persisten en el tiempo desapareciendo milagrosamente los fines de semana o durante las vacaciones escolares es más que probable que nos encontremos frente a un posible caso de acoso escolar". (Jurado, M.)

Consecuencias del acoso escolar.

En las víctimas: Son los principales afectados, los que se llevan la peor parte de esta situación.

- Baja autoestima.
- Actitudes pasivas.
- Trastornos emocionales.
- Problemas psicosomáticos.
- Depresión, ansiedad y pensamientos suicidas.

- Pérdida de interés por los estudios, lo que puede desencadenar en un menor rendimiento y fracaso escolar.
- Aparición de trastornos fóbicos.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Alteraciones de la conducta: intromisión, introversión, timidez, aislamiento social y soledad.
- Problemas en las relaciones sociales y familiares.
- Baja satisfacción familiar.
- Baja responsabilidad, actividad y eficacia.
- Síndrome de estrés postraumático.
- Rechazo a la escuela.
- Manifestaciones neuróticas y de ira.

En casos extremos se ha llegado a producir el suicidio de la víctima, que no encuentra otra salida a la situación que está viviendo.

En el agresor: El hecho de que sus conductas agresivas y hostiles sean vitoreadas y admiradas por cierto sector de su entorno (léase compañeros) hace que el agresor intensifique y extreme sus malas actitudes, pudiendo rozar y rozando las conductas delictivas, teniendo como consecuencias:

- Falta de control.
- Actitud violenta irritable, impulsiva e intolerante.
- Muestras de autoridad exagerada.
- Imposición de sus puntos de vista y consecución de sus objetivos mediante la fuerza y la amenaza.
- Relaciones sociales y familiares problemáticas.
- Pérdida de interés por los estudios y fracaso escolar.

* En los espectadores:

Las consecuencias en este grupo de gente, generalmente compañeros tanto de la víctima como del agresor, no son tan evidentes. Sienten temor a ser ellos nuevas víctimas de una agresión similar (Musalem y Castro, 2015), lo que les lleva a no actuar. Esto se traduce en:

- . Sensación o convencimiento de que no se puede hacer nada ante las injusticias.
- . Sentimiento de culpabilidad por no ayudar a un compañero.
- . Personalidad temerosa, nada solidaria, sin empatía.

- Disposiciones de carácter legal.

El acoso escolar afecta a toda la sociedad. Ya en la Declaración de los Derechos del Niño, aprobada el 20 de Noviembre de 1989 por la ONU, se promulgan leyes

que lo regulan como son ” preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre, con espíritu de comprensión. Paz, tolerancia, igualdad de los sexos y amistad entre todos los pueblos, grupos étnicos, nacionales y religiosos y personas de origen indígena” (Art.29.1d.)

También promulgan medidas legales en caso de violencia, acoso o discriminación, como:

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental(...) (Art.19.1)

“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social del niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso(...) Esa recuperación y reintegración se llevará a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño” (Art.39).

En la Constitución Española de 1978, en su Artículo 15, se recoge: “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. (...)”.

Así como el “Derecho (...) a la integridad física y moral..” (Art. 17.1) y “Todos tienen el derecho a la educación (...) La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales.” (Art. 27.1 y 27.2).

La LOMCE (Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa) aprobada el 9 de Diciembre de 2013, se desarrolla como una modificación de la LOE (Ley Orgánica de Educación. 2/2006) y en su artículo 1 contempla que la educación es esencial para prevenir conflictos así cómo para evitar la violencia en todos los ámbitos de la vida personal, familiar y social, y en especial el acoso escolar.

En el Principado de Asturias, el DECRETO 7/2019, del 6 de febrero, publicado en el BOPA del 11-2-2019 establece que “. se fomentará la aplicación de medidas de prevención de la violencia física y verbal, del acoso escolar y de actitudes de discriminación (...) con el fin de obtener un buen clima de convivencia dentro del centro docente y en el desarrollo de cualquier actividad complementaria o extraescolar”(13)

-Educación para la igualdad.

Coeducar significa educar en común y en igualdad, al margen del sexo de las personas. Es importante detectar los estereotipos que se asocian a lo masculino

o femenino, ser conscientes de ellos y a través de la educación ir retirándolos de nuestro lenguaje y de nuestro comportamiento. Tanto el sexismo como la igualdad se aprenden en la infancia, ya que el ser humano en sus primeros años es muy moldeable, y una vez aprendidos tienden a mantenerse.

En la actualidad, la coeducación está presente en muchos de los centros escolares. La escuela, por lo general, es muy importante en la transmisión de valores y comportamientos para los alumnos. Es por esto que, junto con la familia, deba ser la primera en dar ejemplo con la intención de crear una sociedad no sexista.

Trabajar la igualdad de género desde la escuela puede ayudar a prevenir situaciones de discriminación sexista en el futuro. Modificar los contenidos sexistas en las asignaturas que se imparten, formar al profesorado en materia de coeducación, cambios físicos en los espacios escolares..

Tanto los docentes como las familias deberían trabajar juntos para romper estereotipos y favorecer la igualdad de género tanto en la escuela como en la sociedad en general.

Desde el Medievo hasta el S. XIX, la educación en España estuvo principalmente en manos de la Iglesia, sin que existiera una ordenación reglada de las enseñanzas ni un carácter público que asegurara la escolarización de la población. La primera legislación que ofreció un marco normativo estable al sistema educativo español fue la Ley de Instrucción Pública, también conocida como Ley Moyano, promulgada el 9 de septiembre de 1857 en el marco de un gobierno progresista con tintes moderados, el cual facilitó el consenso entre las diferentes tendencias políticas. Por primera vez la enseñanza se contempló como algo obligatorio para todos (incluía a ambos sexos) y la enseñanza pública se hizo gratuita para las personas que no podían pagarla.

Este modelo se mantuvo durante casi 100 años, teniendo modificaciones puntuales, como en el caso de la I y II República. La escuela republicana, que se apoyaba en los valores y directrices de la Constitución de 1931, se caracterizó por ofrecer una enseñanza pública, laica, gratuita, cíclica (evaluación continuada) y centrada en el alumno; por incluir un currículum más integral y por preocuparse por la coeducación.

Los logros de esta etapa se perdieron irremediablemente tras la Guerra Civil española y la posterior dictadura. Se impulsó una depuración completa del funcionamiento del sistema educativo anterior y de su cuerpo docente. Lo único que se garantizó fue la instrucción primaria, pero haciendo una separación entre

sexos, se prohibía de nuevo la escolarización conjunta de niñas y niños y la educación de las niñas se confiará a la Sección femenina de la Falange, inculcándoles su papel de madre y ama de casa.

La Ley General de Educación de 1970 planteó la necesidad de incorporar a las mujeres al sistema educativo, hasta entonces se mantenía que la educación para las mujeres debía tener unos objetivos distintos a las de los hombres y, por lo tanto, se realizaba de forma separada y con distintos contenidos.

A partir de este momento se propone un modelo educativo unificado, igual para todos, en el que desaparezcan las discriminaciones en función del origen social o del sexo. Los programas escolares se hacen iguales para niños y niñas y desaparecen las asignaturas específicas destinadas a las niñas. Todo muy bonito sobre el papel, pero a la hora de la verdad, seguía siendo una preparación de las mujeres «por si acaso» tuvieran que trabajar, pero no un objetivo socialmente prioritario como en el caso de los varones.

Los cambios políticos y de gobierno se suceden en España en la década de los 70. Con la proclamación de la Constitución del 78 y su artículo 27, se asientan las bases de la legislación actual en materia educativa. Tras la derogación de la Ley Orgánica por la que se regula el Estatuto de Centros Escolares (LOECE) de 1980, el ajuste de los principios democráticos y de participación presente en la Constitución hace que se vayan aprobando nuevas leyes educativas.

Todos los gobiernos en democracia, en mayor o menor medida, han ido desarrollando reformas educativas hasta nuestros días (LOE, LODE, LOGSE, LOCE...) pudiendo afirmar que España disfruta de una cobertura formal basada en la igualdad de derechos jurídicos, propiciadora de un sistema educativo igual para ambos géneros y cuya finalidad ha consistido en eliminar progresivamente los estereotipos sociales y sexistas que existen.

- El sexismo en la escuela.

El diccionario de la RAE define el sexismo como la “ discriminación de las personas por razón de sexo”- El sexismo se refiere a todas aquellas prácticas y actitudes que promueven el trato diferenciado de las personas en razón de su sexo biológico, del cual se asumen características y comportamientos que se espera, las mujeres y los hombres, actúen cotidianamente.

El respeto al otro y la no violencia se aprenden sobre todo con la práctica de las relaciones que los niños y niñas establecen en la familia y en la escuela, y

es difícil que dichos valores se puedan enseñar si las personas que lo hacen no se comportan de acuerdo a esos valores. El papel del sistema educativo y los docentes, así como de la familia, es fundamental para la transmisión de valores de respeto, tolerancia e igualdad entre hombres y mujeres. Se hace necesario orientar y ayudar a los escolares con métodos que permitan prevenir o eliminar de su entorno las desigualdades así como la violencia.

La última modificación de la LOMCE del 23 de Marzo de 2018, hace referencia al “desarrollo, en la escuela, de los valores que fomenten la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, así como la prevención de la violencia de género” “proponer medidas e iniciativas que favorezcan la convivencia en el centro, la igualdad entre hombres y mujeres, la igualdad de trato y la no discriminación”.

“La escuela ha de dar respuesta a los cambios sociales que exigen tanto a hombres como a mujeres, una serie de habilidades, capacidades, así como valores que le permitan, independientemente de su sexo, enfrentarse a una sociedad en continuo cambio...” (Proyecto de coeducación-C.E.I.P. Rafael Alberti 2014/2015)

- Promoción de la educación en igualdad.

Diversos organismos, campañas y estudios promueven la educación en igualdad, utilizando diversos recursos. Algunas de ellas son:

- Educación para la Igualdad, programa de FETE UGT en colaboración con el Instituto de la Mujer y el Ministerio de Sanidad, que promueve la formación del alumnado en la igualdad para el desarrollo de una vida basada en el respeto mutuo.
- Muévete por la Igualdad. Es de Justicia, elaborada por Ayuda en Acción, Entreculturas y InteRed y que intenta dar visibilidad a la función de la mujer en el desarrollo de la sociedad.
- Campaña del Juego y el Juguete No Sexista, No Violento, del Instituto Andaluz de la Mujer y que, a través de los juguetes, intenta inculcar a los niños y niñas valores igualitarios y de cooperación.
- Colectivo Pedagogías Invisibles, que desarrolla talleres para la formación de los docentes en la educación para la igualdad.
- Ministerio de Empleo y Seguridad Social: Igualdad de género
- Educación en Igualdad. Propuesta metodológica sobre coeducación del Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades. Proceso que consta de 3 partes: diagnóstico de igualdad de género, diseño e implantación del plan de igualdad y autoevaluación del mismo.
- Juguemos juntos/as, del Ayuntamiento de Granada que utiliza el juego para

analizar la relación que se establece entre niños y niñas.

A su vez, ya son muchos los colegios a lo largo y ancho del territorio español que se han sumado a la iniciativa de la educación en igualdad y han elaborado proyectos y estudios que tienen relación con este tema como pueden ser:

- PLAN DE IGUALDAD Y COEDUCACIÓN, del IES MARIA BELLIDO en Bailén (Jaén) 2016/2021 - PLAN DE IGUALDAD. YO=TU, del CEIP PRINCIPE DE ASTURIAS en Tapia de Casariego (Asturias)2013/2017 - PLAN DE IGUALDAD del IES MONTERROSO en Estepota (Málaga)2018/2019 - PLAN DE IGUALDAD del IES ANDRES DE VANDELVIRA en Albacete 2017/2018

Todos estos proyectos tienen puntos coincidentes:

- Fomentar la autonomía del alumnado, que puedan tener una buena relación, respetando las singularidades de cada individuo.
- Uso del diálogo como herramienta principal para la resolución de conflictos.
- Ser respetuoso con las necesidades de los demás pero sin olvidar las propias.
- Uso de un lenguaje no sexista, evitando el trato discriminatorio.
- Ayudar al alumnado a que sepan lo que quieren y motivarlos para que traten de conseguirlo independientemente de determinados perjuicios sociales.
- Enseñanza de la realización de las labores que se desarrollan en una casa, tanto para niños como para niñas.

Los objetivos del plan son:

- Promover relaciones de confianza basadas en la palabra y no en la fuerza.
- Formar a alumnos y alumnas en valores y actitudes de igualdad que les enseñen a compartir la vida desde el respeto, el reconocimiento mutuo, la autonomía y la corresponsabilidad.
- Prevenir la violencia contra las niñas y las mujeres.
- Garantizar la plena participación en igualdad de hombres y mujeres en todo el sistema educativo.
- Proporcionar al profesorado herramientas teóricas y prácticas para el desarrollo de un modelo coeducativo en los centros.
- Utilización de un lenguaje no sexista en los centros educativos.
- Indagar y llevar a cabo las prácticas de éxito en materia de coeducación.
- Superar los estereotipos sexistas, que limitan a hombres y a mujeres en su vida.
- Otorgar el mismo grado de responsabilidad a los alumnos y atender a cada individuo como un ser único, independientemente de su sexo.
- No justificar las actitudes violentas.

- Valorar todas las cualidades positivas que se atribuyen a ambos sexos y fomentar que sean puestas en práctica por todo el alumnado.

La metodología utilizada es:

- Incluir la igualdad entre hombres y mujeres dentro del proyecto educativo del centro, tanto en las programaciones curriculares como en la asignación de programas y espacios.
- Aplicación de las pautas de educación en igualdad desde edades muy tempranas y en todos los niveles educativos.
- Realizar periódicamente formación en coeducación a los docentes y elaborar guías con propuestas metodológicas y estrategias para favorecer la educación en igualdad de género. Estipular que el profesorado evite tratar de forma diferente a su alumnado según su género.
- Seleccionar materiales escolares, libros de texto, recursos pedagógicos y proyectos educativos no sexistas, así como trabajar contenidos que fomenten los valores de igualdad, como, por ejemplo, canciones, libros, referencias y modelos que contribuyan a ofrecer una visión nueva y más acorde con la igualdad entre los sexos.
- Fomentar el uso de juegos y juguetes neutros tanto en el aula como fuera de ella colaborando con las familias y proporcionándoles pautas y criterios a practicar en casa para evitar los estereotipos sexistas. Utilizar el juego como base de la enseñanza.
- Realización de talleres que fomenten la educación igualitaria y la prevención de la violencia.
- El refuerzo positivo tiene mucha más fuerza y ofrece muy buenos resultados. La atención y el afecto son el mejor estímulo para que niñas y niños incorporen los valores de igualdad en su desarrollo.

Las estrategias para trabajar en el aula son:

- Crear juegos y actividades inclusivas, sin roles y con equipos mixtos. Tanto si es en clase como en la hora del recreo, cuidar que los momentos lúdicos estén libres de estereotipos, pues son también momentos de aprendizaje.
- Prestar atención y vigilar que no surjan expresiones o comportamientos sexistas. Si ocurren, aprovechar la ocasión para introducir actividades de reflexión sobre la igualdad de género.
- Ser ejemplo. Cuidar la actitud y el vocabulario tanto con el alumnado como con el resto de docentes.
- Compartir responsabilidades y trabajar juntos.
- Solucionar las dudas de los alumnos sobre relaciones interpersonales, tendencias sexuales, roles familiares o capacidades y diferencias entre personas. Erradicar

- tabúes es una fórmula ideal para poner fin a procesos de pensamiento erróneos.
- Escoger materiales didácticos inclusivos que complementen el discurso igualitario de los profesores. Los libros de texto y cuadernillos de trabajo deben tener mensajes que permitan al alumnado ilusionarse con diferentes profesiones.
 - Integrar en la clase un taller de igualdad que enseñe a hacer frente a las actitudes machistas desde niños. En estos cursos se utilizan juegos y recursos para fomentar las actitudes igualitarias entre los niños y jóvenes.

5 Discusión-Conclusión

La Educación en Igualdad se define como “la propuesta metodológica de formación y educación de mujeres y hombres en las mismas condiciones y ofreciendo las mismas oportunidades a los grupos de ambos sexos, prestando especial atención a la eliminación de estereotipos sexistas y luchando contra la discriminación hacia las mujeres y las niñas de los centros educativos” (Guía de Coeducación, Instituto de la Mujer, 2007)

En los últimos 40-50 años nuestra sociedad ha ido experimentando diversos cambios en lo que a educación se refiere. Pasamos de un sistema educativo en el que hombres y mujeres no compartían ni aulas ni materias, en el que la mujer era educada para ser buena madre y esposa, a una educación mixta basada en la igualdad, el diálogo y la búsqueda de soluciones de un modo pacífico.

Todavía queda mucho camino por recorrer pero gracias a la implantación de estrategias de trabajo en igualdad, el reciclaje de los profesores y la implicación de las familias se están dando pasos muy importantes para conseguir erradicar el machismo, el racismo y la xenofobia existente. La educación en la igualdad, el respeto y la tolerancia desde la primera infancia hace que los/las alumnos/as aprendan que pueden existir otros puntos de vista y que deben aceptarlos y respetarlos, mejorando así la comunicación y la empatía.

6 Bibliografía

- Samaniego I. Antecedentes de la violencia escolar. Fenómeno histórico. 2014.
- RAE. Diccionario de la Lengua Española. Edición del Tricentenario. (actualización del 2018)
- Olweus D. Aggression in the schools: Bullies and whipping boys. Washington D.C., USA: Hemisphere (Wiley); 1978.

- Ortega, R. Agresividad injustificada, bullying y violencia escolar. Madrid: Alianza Editorial; 2010.
- Bisquerra, R et al. Prevención del acoso escolar con educación emocional. Bilbao: Editorial desclée de Browner; 2014.
- Hernandez, R, Saravia, M. Generalidades del acoso escolar: Una revisión de conceptos. Revista de Investigación Apuntes Psicológicos. Enero 2016; 1(1): 30-40.
- Díaz –Aguado Jalón, MJ, Martínez Arias, S, Martín Babarro, J. El acoso entre adolescentes en España. Prevalencia, papeles adoptados por todo el grupo y características a las que atribuyen la victimización. Revista de Educación nº 362. Septiembre-Diciembre 2013. 350-357.
- Reyzábal, M. Resiliencia y acoso escolar. La fuerza de la educación. Madrid. La Muralla.; 2014.
- Jurado, M. 65º Congreso de la Asociación Española de Pediatría (AEP), 2017.
- Musalem, R y Castro, P. Qué se sabe del bullying. Revista médica Clínica Las Condes. Enero-Febrero 2015; 26(1):14-23
- Declaración de los Derechos del Niño, 1959.
- Constitución Española, 1978.
- BOPA(Boletín Oficial de Principado de Asturias) 11-2-2019.

Capítulo 664

LA TARJETA SANITARIA COMO INSTRUMENTO FUNDAMENTAL DE IDENTIFICACIÓN EN SANIDAD

MARTA BERNARDO FERNÁNDEZ

ELDA MARGARITA CUESTA ALVAREZ

LUZ FRANCISCA GÁMEZ ALBERTI

ANA MARIA RODRIGUEZ TAMARGO

1 Introducción

Según el artículo 43 de la Constitución todos tenemos derecho a la protección de la salud. Para que todos podamos acceder a las prestaciones de la seguridad social, cada usuario del servicio de Salud cuenta con un número que les representa, para poder llevar un orden y así, poder acceder a la historia clínica de esta persona a la mayor brevedad posible. Todo esto se representa a través de la tarjeta sanitaria que todo usuario debe de tener.

2 Objetivos

Identificar las principales funciones de la tarjeta sanitaria.

3 Metodología

Realicé una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: tarjeta sanitaria, funciones, utilización, España. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Las principales funciones de la tarjeta sanitaria son:

- Facilitar la identificación de cada usuario del servicio de Salud.
- Agilizar la realización del trabajo del profesional.
- Crear un orden en las citas de los servicios con que cuentan los usuarios de la seguridad social.

A través de la emisión de la tarjeta sanitaria se ha conseguido establecer un orden mediante un número determinado para cada titular de la seguridad social y sus beneficiarios gracias a la que conseguimos que nuestros datos personales sean conocidos en el momento adecuado y a la mayor brevedad posible.

En las tarjetas también podemos observar un código en braille pensado para los invidentes. Por otra parte la solicitud de citas se realiza de manera mucho más rápida gracias a la utilización de ésta mediante su banda magnética en algunas comunidades, en otras mediante el número se puede obtener cita por internet.

En esta tarjeta encontramos los datos personales del usuario. Con respeto al tipo de tarjeta sanitaria existe diversas, como es el caso de tarjeta sanitaria europea. Esta será utilizada en todo tipo de viajes realizados fuera de España pero dentro de Europa. Tienen derecho todos los usuarios de los servicios de salud a través de la seguridad social. Por otra parte existen tarjetas sanitarias para residentes en España pero nacidos fuera de esta. Por último, la tarjeta sanitaria es la que todo español nacido en España tiene, ya sea como titular o beneficiario de éste.

5 Discusión-Conclusión

En todo momento debemos de disponer de esta tarjeta y llevarla encima junto con nuestro DNI, pues la podemos necesitar en cualquier momento y situación inesperada, ya sea en una cita ordinaria con nuestro médico, como en el servicio

de urgencias; su utilización supone una mejor gestión de los recursos con que se cuentan hoy en día en sanidad.

6 Bibliografía

- Páginas web de la seguridad social (www.seg-social.es).
- Páginas web de los distintos servicios de salud.

Capítulo 665

FASES Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

PATRICIA BUENO MEANA

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de Burnout fue reconocido en 1974 gracias a las publicaciones de Herbert Freudenberger. Se trata de un desgaste físico y emocional producido por el estrés laboral que sufren principalmente los profesionales que tienen contacto con otras personas. Los rasgos principales de este síndrome son: agotamiento físico y psicológico (cansancio emocional) y actitud fría y despersonalizada en las relaciones con los demás.

En concreto, solo unos pocos casos de las agresiones al personal sanitario sale a la luz pero suceden multitud de ellos no registrados.

Resiliencia: “capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa”.

Síndrome Burnout: “fenómeno multidimensional que está constituido por un alto nivel de cansancio psicológico y emocional, cinismo y despersonalización y sentimiento de ineffectividad y falta de logros personales”.

Tras el análisis de la bibliografía, definimos el Síndrome de Burnout, así como las actitudes que dificultan su aparición. Obteniendo que una persona más resiliente es capaz de asimilar con mayor facilidad los problemas que se presentan en su medio laboral y manteniendo la calidad asistencial.

2 Objetivos

- Determinar los síntomas del burnout en el personal sanitario.
- Enumerar las fases del Síndrome de Burnout y su prevención.
- Describir las características profesionales que aumentan el riesgo de presentar Burnout.

3 Metodología

Para la realización de presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos sobre el Síndrome de Burnout en las bases de datos de Dialnet, SciELO, PubMed y Cumed.

4 Resultados

Normalmente afecta a los profesionales que trabajan directamente en contacto con las personas, pero aun así puede afectar a cualquier trabajador. Los síntomas que pueden aparecer son: cansancio, agotamiento mental y físico, irritabilidad, insomnio, bajo rendimiento laboral, etc.

Hay cinco fases de síndrome de burnout (fase inicial de entusiasmo, fase de estancamiento, fase de frustración, fase de empatía y fase de quemado) hay alternativas para poder evitar que aparezca el síndrome de burnout y empezar a llevar una vida más tranquila tanto en el ámbito laboral como en el personal, entre ellas se encuentran: tener descansos, llevar un ambiente de trabajo bueno, amplio personal acorde con el trabajo, también se recomienda clases de yoga, meditación, etc.

Los niveles de síndrome de Burnout entre el personal sanitario es importante. Los estudios revelan que el personal con mayor antigüedad laboral y mayor edad presentan mayores niveles de Burnout que los que tienen satisfacción laboral alta, mayor sueldo y apoyo de la organización. Además de afectar a los profesionales que lo padecen también influye en la calidad de la asistencia dada al paciente.

5 Discusión-Conclusión

Se debe implantar la prevención de Burnout y vigilancia de su aparición en los profesionales que presenten factores de riesgo. Algunas opciones que podrían dar buenos resultados serían la buena relación del equipo de trabajo, la satisfacción laboral, el apoyo de la organización o un sueldo más alto.

El desgaste profesional, la turnicidad y la tensión emocional a la que está sometida el personal sanitario en muchos casos puede desencadenar el síndrome del Burnout. El análisis de varios estudios relativos a éste ponen de relieve la necesidad de implantar medidas para el manejo del estrés y otros trastornos psicológicos que afectan a los profesionales de la salud, pudiendo reducir el síndrome del Burnout y sus efectos.

6 Bibliografía

- Internet y google.

Capítulo 666

ACTUACION DEL CELADOR EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

ADRIÁN GONZÁLEZ CEPEDAL

1 Introducción

Cualquier persona que pueda sufrir un problema de salud mental, orienta una demanda, en primer lugar a un centro de atención primaria, derivándose al paciente al hospital y en casos necesarios a Unidades de Psiquiatría (UP).

Las Unidades de Psiquiatría pueden estar dentro del ámbito hospitalario, como fuera. Dentro de los hospitales presentan varias denominaciones o niveles, unidades de salud mental, comunidad terapéutica e incluso hospital de día entre otros. En las unidades no hospitalarias pueden ser tanto unidades estrictas de rehabilitación como granjas terapéuticas entre otros.

2 Objetivos

- Establecer las principales funciones de los celadores en las Unidades Psiquiátricas.

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 principales funciones del celador en estas unidades son:

- Participar en talleres de terapia ocupacional o residencias para programas de convivencia social entre otras.
- El celador de unidades Psiquiátricas, precisa una formación específica que le permita al menos distinguir los distintos tipos de enfermos mentales. Conocer las características de cada enfermedad, le ayudará a la hora de prestar el trato más apropiado según el caso, deberán seguir siempre las instrucciones del personal sanitario.
- Siempre que sea necesario trasladar a los pacientes a las Unidades de Consultas.
- El celador debe de tratar con respeto al paciente, con empatía y procurando evitar situaciones tensas no respondiendo a posibles provocaciones. En estos casos los comunicará al personal sanitario.
- En caso de crisis violentas no debe de permanecer solo.
- Acomodar al enfermo psiquiátrico en un ambiente seguro donde estará acompañado por personal de seguridad.
- Asegurar que el paciente no tenga objetos contundentes .
- A veces habrá que inmovilizar paciente, recurriremos a los sistemas de sujeción mecánica existentes en el servicio como puede ser la faja abdominal, sujeción mecánica de manos y pies, contención de tórax, cinturón pélvico, etc.
- Controlará las puertas de acceso a la unidad (entradas y salidas).
- Ayudar al aseo personal de los pacientes que lo precisen.
- Vigilar el orden y la compostura de los pacientes que lo precisen.
- Acompañará a los pacientes en sus paseos por las zonas destinadas.
- Recogerá los pedidos de la farmacia y almacenes. Ayudará al personal sanitario en la administración de medicación en caso de pacientes agitados o no colaboradores.

5 Discusión-Conclusión

También a tener en cuenta son los casos de pacientes suicidas. En todos los hospitales Psiquiátricos existen protocolos y procedimientos para evitar los suicidios. Estos deben de ser conocidos por todo el personal y también por los celadores. El

celador participará junto con el enfermo en la realización de actividades que potencien la autoestima, entrando por tanto en ser parte del equipo multidisciplinar que atiende a este tipo de enfermos.

6 Bibliografía

- Libro de conocimientos básicos y funciones del celador.
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 667

EL CELADOR EN EL APOYO PSICOLOGICO AL PACIENTE

RAQUEL CAMPORRO LLANA

MARÍA SUÁREZ DÍAZ

MARÍA LAURA FERNÁNDEZ FAEDO

NATALIA CASTRO LÓPEZ

NOELIA ISABEL ÁLVAREZ CASTELLANOS

1 Introducción

En un primer momento, cuando un paciente es hospitalizado notifica información. Es un aspecto muy importante en cualquier etapa de la enfermedad. No todos los enfermos requieren la misma cantidad y tipo de información, por tanto la información debe ser individualizada y adecuada a las demandas del paciente. La información es un proceso que mejora la adaptación a largo plazo pero que induce ansiedad como efecto inmediato, sobre todo si se comunican malas noticias, por ello es necesario valorar en cada caso las siguientes preguntas:

- ¿Qué vamos a decir?
- ¿Cómo lo vamos a hacer?
- ¿A quién se lo vamos a preguntar?
- ¿Cuándo lo vamos a hacer?

2 Objetivos

Exponer el papel del celador en apoyo psicológico al paciente. Beneficios y pautas.

3 Metodología

Se utilizan buscadores como: PubMed español,sciELO...

Criterios de inclusión

- Temática sobre las funciones del Celador.
- Apoyo psicológico al paciente.
- Texto en Español y gratuito.

Criterios de exclusión

- Texto de distinto idioma al español.

Palabras clave: Atención al paciente, el Celador, psicología.

4 Resultados

El principio de informar de una forma adecuada al paciente favorece la digestión de lo que le está ocurriendo y la posibilidad de tomar decisiones al respecto. Existen aspectos en que la información oral es adecuado acompañarla con información escrita que el enfermo pueda leer en casa. Estudios recientes han confirmado que la sensación de control del paciente aumenta la capacidad para responder de forma conveniente a la enfermedad.

Fanis, probó que pacientes con un grado moderado de temor frente al ingreso eran los más capaces de tratar mejor la información que recibían sobre su enfermedad y tenían más posibilidades de recuperación. Luego diversos estudios han demostrado que los que son informados con anticipación sobre qué esperar de la medida tienen una sensación mayor de control y son capaces de tomar decisiones adecuadas, lo que mejorará los resultados.

Devine finalizo que educando psicológicamente a los pacientes quirúrgicos, disminuye el tiempo de estancia hospitalaria , el grado de dolor quirúrgico y la necesidad de analgésicos. Cuando el pronóstico es malo, ¿Qué información debe darse al enfermo y cómo?.

Existen 3 modelos: a) Enmascarar el diagnóstico y el pronóstico al paciente. La relación médico-paciente es de carácter paternalista, con poca comunicación entre ambos. En este modelo se asume que el paciente necesita ser mimado de las malas noticias, o que no quiere conocerlas. b) Comunicar sobre el verdadero diagnóstico y pronóstico al paciente. La relación es también de carácter paternalista, con una buena relación entre ambos, pero en este caso el paciente es quien toma las decisiones. c) Informar de el diagnóstico y el pronóstico de forma individualizada. En este modelo se asume que cada paciente es distinto, que cada uno asume su enfermedad de manera diferente y que la cantidad de información que desean es diferente. Se trata del modelo ideal.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones son las siguientes:

- Antes de notificar al paciente, el médico deberá tener un plan.
- Conceder al paciente sobre lo que quiere saber y cuándo lo quiere saber. Existe una amplia evidencia tanto de la literatura como de la experiencia clínica de que a los pacientes a los que se les presenta la oportunidad dirán lo que quieren saber y cuándo.
- El médico deberá preguntarle lo que él cree que le sucede y lo que le preocupa. Habitualmente el médico asume que el paciente tiene miedo porque va a morir, pero en muchos casos lo que le asusta es una muerte dolorosa.
- Permitir al paciente que se tome su tiempo para asumir toda la información, no sobrecargar al paciente.
- Proporcionar alguna buena noticia o por lo menos perspectiva. Incluso aunque sepamos que un 95 % de los pacientes con la misma enfermedad morirá en 6 meses, el hecho es que un 5 % no lo hará y el paciente podría ser de ese 5 %.
- Ofrecer un plan de tratamiento.
- El médico nunca deberá dar falsas esperanza o falsificar, pues esto destruirá la confianza en el médico, así como la relación médico-paciente.

Toda persona cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el personal sanitario debe considerar.

6 Bibliografía

- Trinidad Olivero, L. Adiestramiento: Estilos de comunicación. Rev. LRG nov. 2003.

- LEY 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana.
 - Página web: Aniorte Hernández, N. Título Superior en Enfermería. Universidad de Alicante. Derechos y deberes de los pacientes.
- Factores Psicosociales en la prevención de riesgos Laborales: el estrés ocupacional. Carlos Calero Jaén.

Capítulo 668

LA FIGURA DEL CELADOR ANTE LAS AGRESIONES EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS.

LUIS BUENO PAZ

ELIAS GUTIERREZ GONZALEZ

LYS VÁZQUEZ MARTÍN

MONTSERRAT DÍAZ MARTÍNEZ

1 Introducción

Cada día podemos ver en los medios de información, como los comportamientos violentos en los centros sanitarios están tendiendo a aumentar, registrándose episodios de agresiones tanto físicas como verbales a los profesionales que prestan sus servicios a los pacientes. Esta tendencia resulta preocupante, ya que parece estar tomándose por costumbre la exigencia de una atención inmediata y a la carta, y algunas de las personas que no ven cumplidas sus expectativas, recurren a la violencia.

En los centros sanitarios, y mas concretamente, en los centros hospitalarios, conviven una serie de distintos profesionales que llevan a cabo labores diversas.

Tanto facultativos, equipos de enfermería (TCAES y DUES o GRUES), administrativos, celadores, personal de limpieza y mantenimiento, etc., trabajan día a día en contacto con los usuarios, y estás totalmente expuestos a estos comportamientos

violentos que hemos comentado. En esta revisión bibliográfica nos centraremos, principalmente, en la figura del celador en los centros hospitalarios, aunque haremos mención al resto de profesionales que llevan a cabo sus labores en el centro.

2 Objetivos

- Realizar una definición que delimite cuál es la labor del celador en los centros hospitalarios.
- Evaluar los principales peligros a los que se enfrenta la figura del celador en su trato con el paciente.
- Proponer pautas de actuación que minimicen los riesgos de sufrir algún tipo de violencia.

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. Además, para la elaboración de esta revisión se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diversos artículos y además hemos realizado dos entrevistas a celadores, una trabajador del “Hospital del Valle del Nalón” y una trabajadora de “Hospital Universitario Central de Asturias”.

4 Resultados

- Según la Real academia de la Lengua española, el celador o celadora es “aquella persona destinada “por una autoridad para ejercer vigilancia”, pero en sanidad, cuando nos referimos al celador, vemos que sus funciones van más allá. Las funciones que realiza un celador vienen determinadas por el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (B.O.E. n° 174 de 22 de julio de 1971).

El celador tiene como labor tramitar y conducir comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos, y realizar el traslado de mobiliario y aparatos entre servicios, además:

- Realiza servicios de guardia dentro de su turno.

- Vigila que se realice un uso correcto de enseres y ropas de la institución.
- Acompaña a los pacientes en sus traslados por el hospital, en los ascensores y hasta el servicio de ambulancias.
- Se hará cargo de la vigilancia nocturna y de las entradas y salidas del hospital durante el tiempo de acceso de los usuarios.
- Ayudará con el movimiento y traslado de enfermos encamados, y con el aseo de los mismos.
- Colaborará en el amortajamiento de cadáveres y realizará su traslado a mortuorios.
- Participará en la práctica de autopsias y limpiará la mesa y la sala.

Los profesionales que realizan su trabajo como celadores en los hospitales, se enfrentan cada día a una serie de amenazas que pueden tomar distintas formas y ser motivadas por diferentes razones:

- La agitación y el nerviosismo en que se encuentran, en muchas ocasiones, los pacientes o familiares, hace que estén especialmente irascibles, y que sea difícil controlar que cumplan las normas del centro.
- También el uso de sustancias que pueda alterar los normales comportamientos.
- Esto puede llegar a provocar enfrentamientos con la figura que vela por el cumplimiento de las normas, que es en este caso el celador.
- Las agresiones pueden ser física, verbal, sexual, psicológica o contra pertenencias y enseres personales.

Ante esto, ¿qué se puede hacer para evitar o minimizar este tipo de agresiones?.

- Lo primero es intentar detectar al paciente potencialmente agresivo, e interpretar cuáles pueden ser las causas de esa agresividad. Una vez detectado, el profesional no deberá tomarse el comportamiento del paciente como una reacción personal ante él y tras esto se procurará mantener la calma y no contestar a las provocaciones, evitando así el conflicto directo.
- Si esto no funciona y la actitud persiste, es conveniente utilizar un lenguaje y una comunicación asertiva, y ser capaz de reconocer los propios errores que se puedan estar cometiendo. Sin embargo, si aun así vemos que no se reduce la hostilidad, la mejor solución es siempre la evitación, huir y accionar las alarmas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Ante los resultados expuestos, podemos concluir que el aumento de la violencia contra el personal de los centros sanitarios se está convirtiendo en un grave

problema a la hora de permitir a estos realizar un trabajo pleno y de calidad. Esto no es más que el reflejo de la poca capacidad de la población para resolver sus conflictos sin llegar a cotas de violencia.

Las personas que trabajamos en hospitales y en centros de salud, acudimos cada día a nuestros puestos de trabajo sin saber qué o cuáles conflictos vamos a tener que enfrentar. Y nosotros, los celadores, somos la primera cara que ve el paciente en su paso por el centro sanitario, lo cual nos convierte en un blanco fácil de esas actitudes poco deseables, llegando entonces a la conclusión de que se hace necesario un protocolo sobre agresiones en el sector, y una formación específica que nos ayude a afrontar estas de la mejor manera posible.

6 Bibliografía

- <https://www.campustraining.es/noticias/funciones-celador/>
www.seguritecnia.es/ <https://www.dipualba.es/Empleados/pdf/PrevencionRL/>
- Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 669

CUIDADOS DEL ENFERMO CON DEMENCIA

ISABEL CRISTINA MOTA BOLZAM

ALDENIRA PEREIRA SALES

JOSEFA REBON SARDINA

1 Introducción

Según datos obtenidos de la página web de la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, en España la esperanza de vida está aproximadamente en los 80 años para los hombres y en 86 años para las mujeres. Este aumento en la expectativa de vida provoca que exista un mayor número de población anciana que sufre problemas de demencia. La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, normalmente crónica, que afecta a la pérdida de memoria, a el pensamiento, a la comunicación, a el comportamiento y a la capacidad para realizar cualquier actividad, hasta las más cotidianas, como vestirse, comer, asearse, etc.

Las causas de la demencia pueden ser diversas lesiones y enfermedades que afectan al cerebro, la enfermedad más frecuente que provoca demencia es el Alzheimer, que acapara el 60-70% de los casos, pero también los accidentes cerebrovasculares o los traumatismos craneoencefálicos pueden ser su causa. Según el estudio de la OMS citado anteriormente, en el mundo hay unos 50 millones de personas que padecen algún tipo de demencia, pero la previsión es que se triplique para el año 2050. Hay varios tratamientos que se están investigando, pero actualmente no existe ninguno que pueda curar la demencia.

Aunque no es una enfermedad debida al envejecimiento, si es mucho más frecuente en las personas mayores. En este contexto, la demencia evoluciona de forma progresiva produciendo discapacidad y por ende dependencia. Entre la población anciana es la primera causa de discapacidad y genera un alto número de personas dependientes, que deberán continuar sus vidas ayudados por otros, sus cuidadores, que frecuentemente serán sus familiares.

2 Objetivos

- Describir los tipos más frecuentes de demencias, sus secuelas y efectos en la vida del enfermo que causan dependencia de otras personas.
- Identificar los problemas debidos al comportamiento del enfermo con demencia y determinar cómo debe actuar el cuidador ante comportamientos concretos del enfermo, para mejorar en la medida de lo posible sus cuidados.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos relacionadas con ciencias de la salud como PubMed, Medline, Dialnet, y también en el buscador Google Académico. Para la búsqueda se utilizaron los descriptores: “Alzheimer”, “demencia vascular”, “cuerpos de Lewy”, y “demencia y dependencia”. Para reducir los resultados de la búsqueda se filtraron los documentos que tuvieran más relación con el comportamiento de los enfermos con demencia, que no tuvieran más de 10 años desde la última publicación y aportaran algún estudio con soluciones para el cuidado del enfermo con demencia.

4 Resultados

Los cuatro tipos de demencias más habituales son el Alzheimer, la demencia por cuerpos de Lewy, la demencia vascular y la demencia frontotemporal.

Alzheimer: Es el tipo de demencia más frecuente, en este tipo de demencia el número de neuronas se reduce de forma progresiva llegando a tener pérdida de volumen encefálico. Está relacionado con la acumulación de las proteínas amiloide y tau. No existe una causa concreta que lo produzca, pero si unos factores de riesgos pueden influir en la posible aparición del Alzheimer como son:

- Factor genético: La probabilidad de que una persona padezca Alzheimer si sus ascendientes lo padecen es de 2 a 4 veces mayor.

- Edad: Las personas mayores tienen más probabilidades de tener la enfermedad, con la edad aumenta la probabilidad de desarrollar la enfermedad, llegando al 50 % a los 86 años.
- Sexo: Lo padecen más las mujeres, aunque se cree que es debido a su mayor esperanza de vida.
- Nivel educativo: El aprendizaje estimula la comunicación neuronal, mientras que un bajo nivel educativo aumenta el riesgo de tener Alzheimer
- Hipertensión.
- Traumatismo craneal.
- Nutrición: Una mala alimentación con productos muy calóricos y muchas grasas saturadas aumentan el riesgo de sufrir Alzheimer.
- Diabetes y obesidad.
- Estilo de vida sedentario.

De los factores anteriores no podemos modificar la predisposición genética o nuestra edad, pero factores como la alimentación o vida sedentaria si es posible controlarlos y de esa forma intentar prevenir la aparición de la enfermedad. No obstante, actualmente no existe ninguna forma demostrada para prevenir la enfermedad. Tampoco existe un tratamiento para detener el avance de la enfermedad, los tratamientos que se utilizar sirven para controlar algunas conductas, pero no solucionan la enfermedad ni la detienen. Se calcula que un paciente con Alzheimer tiene una expectativa de vida de 10 años aproximadamente desde que aparecen los primeros síntomas.

Demencia con cuerpos de Lewy: Es otro de los tipos de demencia más comunes que existen, se produce por la acumulación de una proteína en determinadas partes del cerebro formando placas (es los que se denominan cuerpos de Lewy). Las personas con demencia con cuerpos de Lewy tienen síntomas que son comunes a los enfermos de Alzheimer, tales como pérdida de memoria, alteraciones de la conducta y trastornos de comportamiento; pero también tienen síntomas neuromusculares típicos de la enfermedad de Parkinson, tales como postura flexionada, rigidez de extremidades, temblores, movimientos lentos, arrastrar los pies al caminar, etc. Otro síntoma característico de esta enfermedad son las alucinaciones visuales que se presentan especialmente en las primeras fases de la enfermedad. Se calcula que este tipo de demencia puede suponer entre un 10% y un 35% de los casos de demencias. La esperanza de vida es ligeramente menor en los enfermos con demencia con cuerpos de Lewy que en los enfermos de Alzheimer, teniendo una esperanza de vida de entre 5 y 7 años desde el inicio de la enfermedad

* Demencia vascular: La demencia vascular es la demencia más frecuente después del Alzheimer en personas mayores de 65 años. Este tipo de demencia es causada por una sucesión de pequeños accidentes cerebrovasculares que se producen durante un largo período de tiempo. Estos pequeños accidentes cerebrovasculares provocan ictus en una pequeña parte del cerebro. Al detenerse el flujo sanguíneo las células cerebrales por la falta de flujo sanguíneo mueren provocando un daño permanente en el cerebro. Si la zona del cerebro afectada es muy pequeña puede que no aparezcan síntomas de la enfermedad, pero a medida que se producen más accidentes cerebrovasculares y hay más zonas del cerebro afectadas la demencia empieza a aparecer. Existen algunos factores de riesgo para que se produzcan estos accidentes cerebrovasculares, entre ellos podemos destacar como más importantes la diabetes, hipertensión arterial, aterosclerosis, colesterol alto, sobrepeso y tabaquismo. En el caso de la demencia vascular, al no tratarse de una enfermedad degenerativa, la expectativa de vida es mucho mayor y la calidad de vida depende de la gravedad de las lesiones cerebrales que se hayan producido.

Demencia frontotemporal: La demencia frontotemporal es la más desconocida, en ella están incluidos varios trastornos que afectan principalmente a los lóbulos temporal y frontal del cerebro. Se puede producir por distintos motivos, pero todos tienen en común la acumulación en el cerebro de proteínas de forma anormal. No se conocen las causas que provocan esa acumulación de proteínas, aunque en muchos casos es debido a una mutación genética. Se calcula que aproximadamente la mitad de los enfermos con demencia frontotemporal tiene antecedentes familiares. Los dos síntomas más importantes de la demencia frontotemporal son la pérdida para hablar o entender el habla o el lenguaje y los cambios de personalidad. En cuanto al lenguaje, el enfermo tiene dificultad para encontrar las palabras correctas para expresarse y para entender lo que otro le dice. En cuanto a la personalidad, los enfermos con demencia frontotemporal tienen comportamientos considerados inadecuados, son más desinhibidos, no muestran empatía, parecen más egoístas y fríos; generalmente tienen problemas para tomar decisiones y para organizarse. Al contrario que otros tipos de demencia no suele afectar, al menos en su fase inicial, a la memoria. Esta demencia suele producirse a una edad más temprana, mayormente entre los 40 y 60 años.

Teniendo en cuenta las fuentes consultadas para este estudio, en los enfermos con demencia se suelen producir muchos comportamientos no deseados, que causarán muchos problemas en su convivencia, de entre los numerosos problemas podemos destacar los siguientes.

- Reacciones agresivas de la persona con demencia: Uno de los problemas habit-

uales para los cuidadores es la agresividad que muestra el enfermo en determinadas ocasiones. Es un comportamiento frecuente en los enfermos con demencia que más dificultades puede ocasionar para su cuidado.

- Alteración del sueño: Muchos enfermos con demencia tienen problemas para conciliar el sueño.
- Confusión: Los enfermos con demencia pueden no llegar a reconocer a las personas, ni siquiera a sus familiares más cercanos o queridos, la confusión también afecta a lugares o cosas, no reconociendo su casa o el uso de cosas u objetos tan simples como una cuchara o un lápiz, pueden crearle confusión y no saber para que se utilizan.
- Desconfianza o paranoia: Los enfermos con demencia pueden desconfiar de las personas que tienen a su alrededor, incluso acusarlos de que les roban o de realizar alguna conducta inapropiada.
- Perseveración o repetición de acciones o de palabras: Un enfermo con demencia puede repetir frases o palabras muchas veces, también hacer algo una y otra vez.
- Ansiedad: Un enfermo con demencia puede sentirse muy ansioso, muy inquieto. Esto suele suceder cuando el enfermo siente que está perdiendo el control, cuando tiene miedo, está fatigado o debido a factores del entorno.
- Deambulación: Es muy común que una persona con demencia que camine o deambule y que se extravié. Ese comportamiento puede ser debido a querer satisfacer una necesidad física, como beber, comer, ir al baño o hacer ejercicio. Algunos medicamentos para la demencia pueden provocar este tipo de comportamiento.
- Delirios: Con el avance de la enfermedad puede llegar a tener alucinaciones o delirios.
- Conducta desinhibida: A veces una persona con demencia puede tener un comportamiento considerado socialmente como no adecuado, hacer gestos groseros, comentarios no adecuados, desvestirse en lugares públicos. Al avanzar la enfermedad la expresión de los deseos sexuales es más abierta, incluso pudiendo llegar a masturbarse en público.

Teniendo en cuenta los problemas derivados de los comportamientos del enfermo con demencia, tal como se desarrolló en los anteriores resultados de este estudio, a continuación se exponen, en el mismo orden anterior, las formas más adecuadas de actuar ante dichos comportamientos, para así poder dedicarle los mejores cuidados que sean posibles.

- Reacciones agresivas de la persona con demencia: Hay que intentar entender que el comportamiento agresivo, que puede ser físico o verbal, es debido a su enfermedad y que sucede de forma repentina y sin motivo aparente. No obstante,

el cuidador deberá intentar entender cuál es el motivo que causa dicho comportamiento agresivo. Así tendrá que observar que ocurrió justo antes de la reacción violenta, que pudo provocar esa reacción, así se podrán evitar otras situaciones similares y que se repita dicha reacción. El cuidador siempre deberá mantener la calma y no ponerse nervioso o utilizar la fuerza para controlar al enfermo, ya que podría aumentar la reacción violenta. Siempre deberá intentar tranquilizarlo hablándole en tono suave y despacio. Nunca discutiendo en ese momento, siempre intentando distraerle hacia otra situación o actividad distinta a lo que estaba haciendo cuando reaccionó violentamente. El ejercicio físico del enfermo puede servir como prevención para evitar que se produzcan reacciones violentas.

- Alteración del sueño: Para corregir ese problema es importante crear rutinas diarias, acostumbrarlo a hacer siempre a la misma hora las comidas, acostarse y levantarse a la misma hora todos los días ayuda a conciliar el sueño. Otras prácticas que pueden ayudar a corregir este problema es realizar ejercicio físico que le ayude a estar cansado, evitar estimulantes como cafeína, teína, etc. es muy importante también evitar que tome siestas durante el día.

- Confusión: Para ayudar al enfermo es útil el uso de fotografías, dibujos o gráficos que faciliten el reconocimiento de personas o de los objetos de uso diario.

- Desconfianza o paranoia: El cuidador no debe ofenderse, el comportamiento es debido a la demencia, que provoca que el enfermo perciba las cosas de forma errónea, no lo tome como algo personal. No intente discutir con él, transmítale serenidad. Puede ayudarle a buscar el objeto “perdido” o encontrar el dinero que le “robaron” y luego distraer su atención hacia otra actividad.

- Perseveración o repetición de acciones o de palabras: Este tipo de comportamiento suele ser inofensivo, aunque irritante para su cuidador que deberá tener paciencia ya que debido a la demencia el enfermo no recuerda haber hablado lo mismo anteriormente, no se da cuenta de estar repitiendo las mismas frases o preguntas. No le reproche haber preguntado anteriormente lo mismo e intente distraerlo con otra actividad. También deberá interpretar ciertas conductas, por ejemplo, tirarse de la ropa una y otra vez puede ser señal de querer ir al baño.

- Ansiedad: Ante esta situación su cuidador debe hablarle en tono tranquilizador, no se enfrente a él ya que puede aumentar su nivel de ansiedad. Reduzca los ruidos y las personas a su alrededor. Para sosegar su comportamiento trátelo con cariño y muéstrole afecto, dígame que lo entiende. No obstante, por precaución, mantenga los objetos peligrosos fuera de su alcance.

- Deambulación: Para evitar las consecuencias de este comportamiento puede colocar alguna cerradura que no pueda abrir el enfermo. Además, guarde aquellos objetos que el enfermo considera esenciales, aquellos que usted cree que no

saldría de casa sin ellos, cartera, gafas, abrigo, etc. Actualmente existen dispositivos digitales como relojes o pulseras que permiten la localización de la persona en el caso de que se extravíe facilitaría enormemente localizarlo rápidamente. Tenga que cuenta que, aunque lleve viviendo muchos años en el mismo pueblo o ciudad, muy probablemente no podrá volver solo a casa. Deberá informar a sus vecinos de la posibilidad de este comportamiento y facilíteles su teléfono por si lo necesitaran.

- Delirios: Al igual que en casos anteriores no le intente convencer de que está equivocado o que son cosas irreales, no discuta con él, reaccione con calma intente distraerlo y cambiar a un tema que sepa que puede captar su atención.
- Conducta desinhibida: Piense que es un comportamiento debido a la enfermedad, no le riña, pero explíquele que ese comportamiento no es correcto en ese momento. Como en casos anteriores utilizar la distracción, intente captar su atención con otro tema.

5 Discusión-Conclusión

Por último, daremos algunos consejos generales para tratar con el enfermo de demencia que le pueden ayudar en muchos otros casos:

- Tenga mucha paciencia, el comportamiento no deseado es debido a la enfermedad, no lo tome como algo personal.
 - Trátele siempre con tranquilidad y cariño, no se enfrente a él, evite siempre las discusiones, y busque la distracción hacia otra actividad.
 - Cree una rutina de actividades.
 - Utilice una comunicación clara, con preguntas sencillas, preferiblemente que su respuesta sea sí o no.
 - Utilice el humor para reducir la tensión.
 - Comparta sus experiencias y pida ayuda para poder tener tiempo para cuidarse también usted. Los cuidados de un enfermo con demencia pueden provocar en su cuidador un agotamiento físico y mental.
- Por ello es importante que el cuidador pida ayuda a otras personas y se dedique tiempo para cuidarse a sí mismo.

6 Bibliografía

- OMS Datos estadísticos de España. (2019). Obtenido 12 Diciembre 2019, de <https://www.who.int/>

- Demencia. (2019). Obtenido 15 Diciembre 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Bermejo Pareja, F. (2004). Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Madrid: Díaz de Santos.
- García Antón, M. and Campos Dompédro, J. (2013). Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes.
- Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología.

Capítulo 670

LA FATIGA EN EL TRABAJO

MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ

SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ

MILAGROS BAYÓN ALVAREZ

1 Introducción

La fatiga es el estado y sensación producido por el exceso de actividad. La fatiga puede tener un aspecto negativo a la hora de realizar un trabajo y un aspecto positivo ya que es un factor de seguridad o aviso de que estás realizando una actividad exagerada.

2 Objetivos

- Identificar los tipos de fatiga y sus causas.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una revisión sistemática de diferentes protocolos de medicina preventiva.

4 Resultados

Existen dos tipos de fatiga que pueden ir individualmente aunque generalmente van unidas.

- La fatiga muscular, la cual produce un agotamiento muscular al realizar un gasto excesivo de glucosa y oxígeno haciendo que el músculo se agote.
- La fatiga psíquica que es una situación de agotamiento mental producida por mantener una tensión psíquica considerable durante cierto tiempo.

Las causas son múltiples para dichas fatigas:

- La falta de sueño, insuficientes horas de descanso nocturno que impide la recuperación completa del organismo y si es habitual hace que no se pueda desarrollar las tareas diarias.
- La alimentación insuficiente, sobre todo de proteínas.
- Las alteraciones orgánicas, cualquier enfermedad que afecta al individuo actúa debilitando y disminuyendo su rendimiento en el trabajo.

Las causas de la acción combinada de esfuerzo físico y psíquico sobre el mismo individuo pueden ser:

- Sensación por parte del trabajador de que el trabajo que realiza carece de utilidad.
- Ausencia de realización personal del trabajador en su puesto de trabajo.
- Trabajos monótonos, sin posibilidad de cambiar o desarrollar su capacidad imaginativa.

5 Discusión-Conclusión

En la medicina preventiva la fatiga es un factor muy importante a tener en cuenta ya que afecta a la salud del trabajador y a su rendimiento. Por tanto se deben establecer medidas para evitar lo posible poner en riesgo la salud de los trabajadores.

6 Bibliografía

- <https://portal.guiasalud.es>. <https://sempsph.com>

Capítulo 671

LA ENFERMEDAD PROFESIONAL Y EL ACCIDENTE DE TRABAJO

MILAGROS BAYÓN ALVAREZ

MARÍA TERESA SUÁREZ FERNANDEZ

SUSANA BAYÓN ÁLVAREZ

1 Introducción

En el BOE de 31 de octubre de 2015 se publica el RD legislativo donde se aprueba el texto refundido de la LGSS y en el mismo se recoge en el artículo 157 el concepto de enfermedad profesional que se define como: “Se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena o propia en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo. Dicho procedimiento comprenderá, en todo caso, como trámite preceptivo, el informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.”

2 Objetivos

Conocer y diferenciar la enfermedad profesional y el accidente laboral.

3 Metodología

Para realizar este trabajo se recoge información en distintas páginas web referentes al tema, así como en diferentes bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico, utilizando las palabras salud, trabajo, riesgos laborales. Revisión de los protocolos del servicio de medicina preventiva. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

Enfermedad profesional: es la contraída como consecuencia del trabajo realizado por cuenta ajena y producida por la exposición crónica a factores físicos, químicos o biológicos del ambiente modificado por el trabajo.

Las condiciones para considerar una enfermedad como profesional es que tenga relación causal directa con el trabajo, que sea prolongada, que sea habitual, lenta y progresiva, que cause incapacidad o muerte y que esté reglamentada en la lista de enfermedades profesionales del BOE.

Accidente de trabajo: es toda lesión corporal que el sufra el trabajador con motivo o a consecuencia del trabajo que no ejecute por cuenta propia. Debe tener las siguientes características y son que sea súbito y violento, que sea imprevisto y que sea de causa exterior. Por otra parte, se consideran accidentes de trabajo los que sufra el trabajador al ir o volver al domicilio, los ocurridos en ejecución de las tareas, que aun siendo distintas de las de su categoría profesional realice el trabajador en ejecución de órdenes empresariales o espontáneamente en cumplimiento de los objetivos de la empresa; en actos de primeros auxilios y otros parecidos cuando tengan alguna relación con el trabajo; las enfermedades que el trabajador contraiga por su trabajo siempre que se considere que el origen de la enfermedad no pudo haber sido otro que el ambiente profesional; las enfermedades que se agraven con motivo del trabajo y que las consecuencias del accidente se agraven por otras enfermedades que se adquieran en el ambiente en el que se haya colocado al trabajador.

5 Discusión-Conclusión

Para la gestión de estos casos, tanto de accidente de trabajo como enfermedad profesional, existen las mutuas laborales. Existe un cuadro de enfermedades con-

sideradas como profesionales en el marco de la Seguridad Social, que se revisa y modifica de forma periódico. Es por ello, la importancia de que los profesionales sanitarios conozcamos este tipo de patologías, para saber orientar a los pacientes.

6 Bibliografía

- Bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico,

Capítulo 672

RESIDUOS SANITARIOS

PATRICIA BUENO MEANA

VICTORIA EUGENIA ASENSIO GARCÍA

ANA MARIA RODRIGUEZ VILLAR

ALDANA RANCAÑO BENITEZ

1 Introducción

Los residuos sanitarios de forma general, entrañan un alto riesgo biológico, lo que hace imprescindible una adecuada manipulación, clasificación, almacenamiento, retirada y posterior destrucción, para minimizar o eliminar el peligro que suponen para las personas y el medio ambiente.

Pero antes de nada vamos a ver qué tipo de desechos se consideran residuos sanitarios: “Son residuos sanitarios todo tipo de materias, productos, e instrumental desechado tras su uso en actividades sanitarias humanas, animales o de laboratorios e investigación”.

Los residuos orgánicos e inorgánicos incluidos en la categoría de restos sanitarios se pueden presentar en estado sólido, líquido o gaseoso, incluyendo no sólo los residuos biológicos procedentes directamente de tejidos, fluidos, órganos, restos humanos y animales, o cultivos y vacunas, sino que también incluyen el instrumental, envases, prendas y todo tipo de materiales contaminados con sustancias de este mismo origen.

La normativa en materia medioambiental y de gestión de residuos peligrosos, obliga a todos los sectores de actividad en los que se generan residuos sanitarios.

En este sentido la legislación vigente en clasificación, codificación y gestión de residuos de origen sanitario, fija protocolos de control, manipulación, almacenamiento, traslado interior, clasificación y entrega de estos desechos a las empresas acreditadas para su transporte seguro hasta los puntos de eliminación.

Dentro de las entidades obligadas, las principales son:

- Todo tipo de hospitales y clínicas del sector público y privado.
- Centros de salud, y consultas de cualquier especialidad médica.
- Clínicas veterinarias.
- Centro de investigación y facultades universitarias que impartan ciencias de la salud humana o animal.
- Todo tipo de laboratorios clínicos, bioquímicos, o que trabajen con residuos biológicos
- Farmacias y negocios que produzcan residuos de este tipo.

¿Qué tipo de desechos se deben almacenar y gestionar separadamente?

Para saber qué tipo de desechos se incluyen en cada uno de los grupos de esta clasificación de residuos, y poder manipular, separar, almacenar y gestionarlos adecuadamente, a continuación, vamos a ver ejemplos de cada uno de estos tipos de residuos sanitarios.

Cualquier sustancia u objeto sólido, pastoso, líquido o gaseoso contenidos o no en recipientes del cual su poseedor se desprenda o tenga intención o la obligación de desprenderse, generados por actividades sanitarias.

2 Objetivos

Conocer y analizar la gestión de residuos sanitarios.

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

Existe una clasificación básica de este tipo de desechos en base al mayor o menor tipo de riesgo biológico que contienen, sus posibilidades de asimilación a residuos convencionales, y por último en atención a cuestiones éticas.

Cada Comunidad Autónoma tiene sus propias particularidades. De tal forma que la clasificación que ofrecemos es general.

Según esta clasificación, existen cuatro grupos de residuos sanitarios:

G.1 Residuos asimilables a urbanos, son el cartón, papel, material de oficina,... No plantean exigencias especiales de gestión. Son residuos no específicos de la actividad propiamente sanitaria. Se depositan en bolsas negras, galga 200.

G.2 Residuos sanitarios no específicos. Son curas, pequeñas intervenciones quirúrgicas, realización de análisis, yesos,... Se depositan en bolsas verdes, galga 200.

G.3 Residuos sanitarios específicos. Son residuos anatómicos, sangre, hemoderivados en forma líquida, agujas y material punzante y/o cortante, vacunas de virus vivos atenuados,... Se depositan en contenedores rígidos con identificación externa "Residuos de Riesgo".

G.4 Residuos tipificados en normativa especial. Son restos de sustancias químicas tóxicas o peligrosas, medicamentos caducados, los de laboratorios radiológicos, residuos radiactivos,... Se depositan en contenedores rígidos con identificación "Material contaminado Químicamente Citostáticos".

Todo ello debe de ir correctamente etiquetado con nombre, dirección, telefono, código de identificación, código LER , fecha envasado y pictograma.

5 Discusión-Conclusión

Siguiendo las recomendaciones y pasos que se indican, se mejorará la gestión de residuos, de manera que no supongan un riesgo para las personas ni para el medio ambiente.

6 Bibliografía

- Búsqueda en internet y artículos relacionados con la temática.

Capítulo 673

PREVENCIÓN DE INFECCIONES NOSOCOMIALES PARA CELADORES.

MARÍA BEGOÑA PÉREZ CARADUJE

GENOVEVA CARADUJE RODRIGUEZ

MANUEL OSACAR GONZÁLEZ

ANA MARÍA ALONSO ÁLVAREZ

1 Introducción

La infección es la invasión del organismo por gérmenes patógenos, que se establecen y se multiplican. Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria son unas de las principales causas de muerte de pacientes de todas las edades y sobretodo de los individuos más vulnerables. Cuanto más enfermo esta el paciente, mayor es el riesgo de que contraiga alguna infección de este tipo y muera por su causa. Según la organización mundial de la salud (OMS): En los países desarrollados entre el 5% y el 10% de los pacientes hospitalizados se infectan en su estancia y en países no desarrollados puede llegar al 25%.

2 Objetivos

Exponer el tema de las infecciones nosocomiales y actuaciones que pueden realizar los celadores como profesionales de un entorno sanitario.

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 gérmenes son microbios o microorganismos causantes de las infecciones, conviven con nosotros en todas partes: en el aire, animales, plantas, suelo, etc... incluyendo el cuerpo humano.

Algunos son temibles enemigos que vencen nuestras defensas por su rapidez a la hora de multiplicarse y su capacidad de mutación.

Los gérmenes patógenos se clasifican:

- Bacterias.
- Virus.
- Protozoos.
- Hongos.
- Helmintos.

La colonización puede ser:

- Simbiótica: beneficiosa para ambas partes.
- Parásita: el invasor daña al huésped para beneficiarse.

Porque se producen y plazos. Los factores que propician la infección en los pacientes hospitalizados son:

- La disminución de la inmunidad de los pacientes.
- El mayor uso de técnicas invasivas, que crean posibles vías de infección.
- Mayor variedad y complejidad de procedimientos asistenciales.
- La evolución de patógenos fármacorresistentes en los hospitales.

Por tanto los pacientes se infectan en el centro hospitalario por:

- Intervenciones, exploraciones u otras maniobras que se les ha realizado.
- Porque el agente infeccioso se encuentra en mayores concentraciones en los hospitales.

Normalmente las infecciones nosocomiales ocurren a las 48-72 horas o más tras el ingreso. Las infecciones quirúrgicas pueden aparecer tras el alta hospitalaria como hemos dicho en estancias cortas o cirugía ambulatoria; en el caso de implantes incluso un año. Para los neonatos, se entiende que la infección es nosocomial cuando se produce una infección no adquirida en el canal del parto o de su madre; por tanto después de 48-72 horas del parto.

Prevalencia de la infección

Internacionalmente y según el tipo de infección, la prevalencia de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria (IAAS) en los hospitales se sitúa entre el 5,7% y 19,1% y la prevalencia global es de 10,1%. En los países desarrollados afecta entre el 5% y el 15% de los pacientes hospitalizados. En Europa la prevalencia está entre el 3,5% y el 14,8%, con aproximadamente cuatro millones de personas al año infectadas durante su ingreso hospitalario, unas 37.000 muertes, dieciséis millones de días extra de estancias y aproximadamente siete mil millones de euros en costes directos.

En España, según el estudio EPINE de 2017 (313 hospitales y 61.663 pacientes), la prevalencia de la infección nosocomial es del 6,7% de los pacientes y el 7,41% de infecciones. Los datos de 1999 en la salud pública española era de un 7,5% de prevalencia de infección nosocomial. El dato se ha mantenido estable en los últimos años. Infecciones hospitalarias más frecuentes:

- Las infecciones del sitio quirúrgico, con un 25,03%
- Las infecciones respiratorias, con un 19,80%
- Las infecciones urinarias, con un 19,32%
- Las bacteriemias e infecciones asociadas a catéter con un 15,10%
- Otras varias, con un 20,75%

Infecciones nosocomiales

“Todo cuadro clínico, localizado o sistémico, que es el resultado de una reacción adversa debida a la presencia de uno o varios agentes infecciosos o sus toxinas que le ocurre a un paciente en el contexto sanitario, sin evidencias de que estuviese presente o en fase de incubación en el momento del ingreso hospitalario.”

Hay distintas infecciones asociadas a la atención sanitaria:

- Infección cruzada es la que se transmite de un paciente a otro, directamente o mediante las manos del personal sanitario o el instrumental contaminado.
- Infección quirúrgica es a causa de un procedimiento o intervención quirúrgica; la mayor parte de las veces las bacterias y virus procedentes de la propia flora del paciente llegan a los tejidos estériles y la sangre y causa la infección nosocomial.

El estafilococo es el principal microorganismo causal de estas infecciones.

-Infecciones en las UCIs se producen por la mayor vulnerabilidad de los pacientes y la mayor resistencia de los microorganismos, además de las múltiples vías de entrada(catéteres, intubación y otras maniobras evasivas). Estas infecciones tienen un impacto elevado en mortalidad y costes.

Estas son las infecciones en UCI: neumonías asociadas a ventilación mecánica(NAVM). Bacteriemias relacionadas con el uso de catéteres (BACC) u otros dispositivos intravasculares. Infecciones del tracto urinario (ITU).

5 Discusión-Conclusión

Para detener la cadena de transmisión es necesario tomar precauciones para prevenir la propagación de las enfermedades transmisibles entre paciente, personal y visitantes.Precauciones estándar:

- Lavado de manos.
- Protecciones individuales (EPIs) de barrera: guantes, mascarilla, protectores oculares, caretas y bata.
- cuidado del equipo y lencería usado con el paciente.
- Precauciones de salud laboral, sobre todo con objetos cortantes y punzantes.
- control del medio: asepsia general y esterilización/desinfección del material clínico.
- Situar a pacientes individuales en habitación individual.
- Los profesionales sanitarios deben estar vacunados contra las principales infecciones víricas.

6 Bibliografía

- <http://www.sempsph.com/>Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene.
- <http://www.ecdc.europa.eu/en/Pages/home.aspx>.
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).
- <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/infections.html>.
- Medline. Información sobre infecciones.
- <http://www.who.int/es/>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud).
- <http://www.aliad.es>.
- Web de ÁLiad Conocimiento y servicio S.L.

Capítulo 674

ACCIDENTES LABORALES EN EL ÁMBITO DEL CELADOR

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ

1 Introducción

La Constitución Española, establece la necesidad de velar por la seguridad e higiene en el trabajo siendo imprescindible la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores.

En este sentido, es necesario tener en cuenta algunos conceptos básicos como:

- Condiciones de trabajo, hacen referencia a cualquier característica de este que pueda tener una influencia significativa en la generación de riesgos para la seguridad y salud de los trabajadores.
- Riesgo laboral, es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo. Este puede ser grave cuando la posibilidad de que se produzca un accidente es alta y las consecuencias del mismo, importantes.
- Factores de riesgo, elementos presentes en las condiciones de trabajo que pueden desencadenar un deterioro en la salud del trabajador. Mantienen relación con las condiciones de seguridad que tendrán su origen en algunos de los distintos aspectos del trabajo (local de trabajo, organización, tipo de actividad o materia prima).
- Salud, estado completo de bienestar físico, psíquico y social, y no solo ausencia de enfermedad.

Las consecuencias negativas para la salud del celador relacionadas con el desarrollo de la actividad laboral pueden ser de varios tipos: accidente de trabajo, enfermedades profesionales u otras enfermedades y patologías relacionadas con el trabajo. Estos daños o problemas de salud pueden conllevar una situación de incapacidad para realizar su tarea habitual. La Organización Mundial de la Salud considera los accidentes laborales como un problema de salud importante que es necesario atajar.

2 Objetivos

- Conocer los riesgos derivados del trabajo del celador, así como sus medidas de protección e indicaciones.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación bibliográfica a través de diferentes páginas web, libros especializados y bases de datos: Dialnet y Google Académico. También se ha obtenido información revisando la legislación sobre el tema a tratar. Para ello, se han utilizado los siguientes descriptores: celador, accidente y laboral.

4 Resultados

Una vez analizada la distinta bibliografía, se puede constatar como la prevención resulta esencial para reducir los riesgos derivados del trabajo de celador. Entendiendo esta como el conjunto de medidas adoptadas con el fin de evitar, o al menos reducir, los riesgos derivados del trabajo.

Entre los riesgos que más afectan a los celadores, encontramos:

- Caídas al mismo nivel, son la segunda causa de accidentes en el ámbito sanitario. Normalmente están ocasionadas por: suelo resbaladizo, tropezones o uso de calzado inadecuado.

Para evitar este tipo de caídas es importante tomar una serie de precauciones como el mantener bien señalizadas y libres de obstáculos las zonas de circulación; mantener ordenadas y limpias las zonas comunes de tránsito de pacientes; mantener una buena iluminación; evitar presencia de cables, topes de puerta, etc.;

procurar que las puertas de acceso a unidades y servicios permanezcan abiertas mientras dura el traslado; mantener la atención en los traslados.

- Caídas a distinto nivel, cuando se precisa el empleo de algún medio para acceder a zonas elevadas, estantes, armarios, etc. Es frecuente que el celador desempeñe este trabajo en destinos como el almacén general o en farmacia. Estas caídas se asocian al uso de material en mal estado o no homologado así como al no disponer de una base de apoyo firme o de barandillas. Estas situaciones pueden derivar en lesiones leves como heridas, luxaciones, esguinces, o en lesiones más graves, en función de la caída y la altura desde la que tiene lugar.

Para evitar la exposición a riesgos de caída en altura, es importante: evitar el uso de sillas, mesas o cajas como base para acceder a zonas elevadas; utilizar material homologado, en buen estado de conservación y mantenimiento así como material con una base amplia que permita trabajar con comodidad y acceder al lugar que se quiere de forma segura.

- Choques y golpes, son muy frecuentes en el trabajo del celador. Se dan, sobre todo, en espacios reducidos, falta de visibilidad, poca iluminación, falta de limpieza... Así como en espacios que cuentan con material con zonas salientes (camas y camillas) o en el acceso de puertas a los pasillos. Las lesiones más frecuentes suelen darse en brazos, piernas y zona lumbar, que pueden producir cortes, heridas o roces.

Para su prevención, es necesario: mantener las zonas de paso despejadas; prestar atención a la circulación de camas, camillas y sillas de ruedas; dotar al edificio de puertas de acceso que permitan la apertura durante un tiempo; prestar mucha atención en los cruces de pasillos en salidas y entradas de ascensores.

5 Discusión-Conclusión

Terminar con los accidentes laborales es más fácil de lo que pensamos. Para ello, es necesario conocer los riesgos y los factores asociados que permitan adoptar las medidas necesarias para prevenir y/o reducir los mismos. El trabajo de los celadores es imprescindible para el buen funcionamiento y dinamismo de un hospital y es necesaria una condición de salud óptima para el mejor desempeño de su trabajo.

En este aspecto, resulta imprescindible tener en cuenta que una de las causas de accidente laboral más frecuente entre los celadores es el accidente por so-

breesfuerzo. Por ello, es importante que a la hora de desempeñar un trabajo, conozcamos qué acciones o peligros tiene nuestra profesión como celadores para poder realizar las actividades requeridas con el menor riesgo posible.

6 Bibliografía

- Cortés, J. M. Técnicas de prevención de riesgos laborales. Seguridad e higiene. Tébar, 2018.
- Evaluación de las condiciones de trabajo en un hospital terciario. Factores de riesgo en la actividad laboral. Dialnet (Internet). [Citado 31 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=206523>
- Salud laboral para los celadores. Ana Redondo Crespo, M^a Ángeles Tejado Alamillo, Blanca Rodríguez Ortuño. Google Académico (Internet). (Citado 31 de diciembre de 2019). Disponible en: <https://books.google.es/>
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Salud laboral: prevención de riesgos laborales. Formación continuada Logoss. 10º edición. Temas 21, 22 y 23.

Capítulo 675

MEDIDAS ERGONÓMICAS EN LA FIGURA DEL CELADOR

ASUNCIÓN RODRÍGUEZ JARDÓN

JOSÉ MANUEL MAYO MARTÍNEZ

1 Introducción

Se puede definir la ergonomía como el conjunto de ciencias y técnicas cuyo objeto es la adecuación entre el puesto de trabajo y la persona, reduciendo los efectos negativos sobre la salud del trabajador (ruidos, posturas, movimiento, carga mental y física). Por ello, se puede decir que la ergonomía se ocupa del bienestar posicional del trabajador.

Entre las profesiones sanitarias, los celadores son los profesionales más afectados por trastornos músculo-esqueléticos, ya que su trabajo está directamente vinculado a la manipulación manual tanto de cargas como de pacientes.

La sobrecarga postural favorece la presencia de sintomatología de dolor, inflamación y limitación, impidiendo la realización de actividades cotidianas y generando importantes daños a la salud. Constituye un problema grave para el personal sanitario, principalmente para el personal de enfermería y celadores al realizar levantamientos incorrectos, adoptar malas posturas a la hora de movilizar a pacientes así como levantarles, trasladarles o cambiarles de posición así como la inexistencia de equipos adecuados y a la movilización de pacientes en espacios reducidos.

2 Objetivos

- Analizar posiciones ergonómicas correctas.
- Detallar factores de riesgo de una mala higiene postural.
- Conocer distintas normas posturales en el ámbito del celador.
- Analizar consecuencias de una mala higiene postural.

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 mala postura y la desinformación sobre las posturas más ergonómicas a adoptar, provocan numerosos casos de dolor de espalda en el trabajador, permaneciendo como un gran problema de salud.

En los últimos años, del 60% al 80% de la población ha padecido dolor de espalda siendo menos frecuente antes de los 20 años, coincidiendo con la edad laboral, después de los 60 años disminuye. Cerca del 90% de trabajadores que han padecido esta dolencia, sufrirán recidivas a lo largo de su vida.

Estamos ante un problema de salud con un fuerte impacto: el dolor como causa de sufrimiento y la incapacidad resultante.

El riesgo ergonómico que más afecta al profesional celador es la manipulación de cargas cuyos factores de riesgo se pueden encontrar ligados a la tarea (esfuerzo físico, duración, frecuencia, postura y pausas), ligados a la carga (peso, forma y volumen) o ligados al espacio/ambiente de trabajo (espacio insuficiente, desniveles y superficie de tránsito). Teniendo en cuenta estos factores, podrían darse efectos como fatiga física, efectos sobre los músculos como contracturas, calambres o rotura de fibras, efectos sobre tendones y ligamentos como esguinces o roturas, efectos sobre articulaciones como artrosis, artritis o hernias discales. En

todo caso, los efectos se concentran, principalmente, sobre la espalda provocando lumbago y/o ciática

Algunas de las medidas a la hora de manipular cargas o personas enfermas son:

- Saber qué tipo de enfermedad tiene, si el paciente va a colaborar en la movilización y explicarle todos los pasos a realizar.
- Procurar tener una base amplia de apoyo, separando los pies y manteniendo uno de ellos más avanzado que el otro.
- Mantener una distancia corta con el objeto o paciente que vamos a movilizar.
- Asegurar la espalda, no doblarla de forma incorrecta, hacer uso de los músculos mayores.
- Realizar los agarres de forma firme, sin hacer daño al paciente y usar el propio cuerpo del celador para aumentar la fuerza la fuerza que se aplica.
- Trabajar a una altura adecuada.

De la misma manera, existen otros riesgos ergonómicos como, por ejemplo, las posturas. En este caso es necesario ubicar los elementos necesarios a las alturas adecuadas, alterar la posición de sentado y de pie así como otras posturas que impliquen otro tipo de movimiento, evitar posturas forzadas, cambiar frecuentemente de postura, alternar brazos y piernas, combinar actividades que supongan la implicación de distintos grupos musculares, utilizar elementos adecuados para acceder a zonas altas así como flexionar las piernas y mantener la espalda recta para colocar materiales en niveles inferiores.

En el caso del uso de pantallas de visualización de datos, es importante colocar el teclado de manera que permita el apoyo del antebrazo y mano en la mesa, colocar frente a sí los elementos que se utilizan de forma frecuente, colocar la pantalla de manera que los ojos se sitúen a la altura del borde superior de esta, orientar la pantalla para evitar reflejos y deslumbramientos, relajar la vista periódicamente así como la realización de ejercicios de relajación con la cabeza, hombros y espalda para prevenir la aparición de posibles trastornos.

5 Discusión-Conclusión

Los accidentes por movilización de pacientes son una de las principales causas de siniestralidad laboral, suponiendo periodos de baja más prolongados y mayores costes respecto al total de accidentes. La ausencia de formación específica y la realización de movilizaciones sin ayuda de equipos de trabajo son los principales factores determinantes de riesgo y es que los problemas ergonómicos son cada vez más frecuentes.

En este sentido, es necesario conocer los efectos asociados para adoptar las medidas necesarias de forma que se puedan prevenir y/o reducir los mismos. Una adecuada formación e información es un buen modo de impedir su aparición.

6 Bibliografía

- Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo.” Prevención de los Trastornos Musculo-esqueléticos de origen laboral”. 2001.
- ASEPEYO. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social nº 151. “POSERG: Evaluación Ergonómica de la Carga Postural”. Marzo 2009. España.
- Ergonomía aplicada a la movilización de pacientes en un servicio de hospitalización mediante el método MAPO. Dialnet (Internet). [Citado 1 de enero de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5476839>.
- El papel de la ergonomía en la prevención y evaluación de la carga física en un centro hospitalario. Dialnet (Internet). [Citado 1 de enero de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=47772>.
- MAIGNE, J.Y. El dolor de espalda.1ª edición. Barcelona. Paidotribo.1995.
- Análisis ergonómico del puesto de trabajo de celador en la unidad de medicina interna del Hospital Río Hortega de Valladolid. Google académico (Internet). [Citado 1 de enero de 2019]. Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/12015>.

Capítulo 676

MODELO CONCEPTUAL DE BASE DE DATOS PARA LOS CENTROS DE SALUD

AIDA VIEJO BARRIOS

1 Introducción

El manejo de la información es indispensable para el buen control de la organización, es por ello que los centros de salud han querido diseñar el modelo conceptual de una base de datos la cual pueda contener la información. Actualmente cuentan con un sistema desactualizado, que ha generado problemas al acceso a la información.

2 Objetivos

- Optimizar y dar respuesta de forma más efectiva a todas aquellas necesidades que se presentan por un mal manejo de información en los centros de salud.
- Facilitar el acceso a la información que tienen los centros de salud y a la vez conocer un poco más del sistema que emplean estos centros de salud, Mejorar el resultado de la Información requerida por los encargados de cada uno de los centros de salud.

3 Metodología

Para ello tendremos que :

- Diseñar un sistema de base de datos para almacenar alguna de la información referente a: los centros de salud, barrios vinculados, personal médico, los servicios prestados e información referente a los vehículos que prestan el servicio de ambulancia.
- Almacenaremos información de los centros de salud de los cuales se pide: código único, el nombre, la dirección, el teléfono, y los servicios que ofrecen además del tipo de centro el cual tiene un código de identificación y un nombre.

Un centro tiene un solo tipo de centro, y un tipo de centro puede tener uno o más centros de salud. Cada centro de salud cubre un conjunto de barrios de los cuales es primordial saber el nombre, área, nivel socio-económico (alto, medio, bajo), número de habitantes, además de un código único que lo identifica.

Es pertinente almacenar información del personal médico como un código único, nombres, apellidos, tipo de documento y por último pero no de menos importancia el área de especialidad que desempeña en el centro de salud.

Es importante saber los tipos de servicios que presta cada centro de salud, con su código único y el tipo del servicio (Emergencias, Operaciones, examen de laboratorio). Las ambulancias se identifican por una placa única, y pueden pertenecer a un centro de salud, por ende, es necesario conocer la fecha de adquisición, el número de kilómetros recorridos y el modelo. Además es necesario conocer los dispositivos con los que cuenta cada ambulancia, donde un dispositivo se identifica por un código único, se almacena el nombre y opcionalmente una descripción del dispositivo.

4 Bibliografía

- PREZI-UNIDAD DIDÁCTICA. Base de datos para la secretaría.
- WIKIPEDIA-Administrador de base de datos.

Capítulo 677

INTRODUCCIÓN AL SISTEMA DE PENSIONES: VISIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL SANITARIO

NAZARET CORDERO GARCÍA

1 Introducción

Fue en 1995 cuando a través del Pacto de Toledo y con el apoyo de todos los partidos políticos implicados en el momento promovieron medidas de sostenibilidad que garantizaran el sistema de pensiones español. Sin duda el sistema de pensiones garantizado por nuestro estado de bienestar se consolida como uno de los pilares fundamentales en el sistema de protección social de la vejez.

Varias son las opciones en materia de pensiones que cubre nuestro Estado de bienestar, de manera concreta vamos a intentar abordar que tipo de pensiones son a las que pueden acceder las personas mayores en nuestro país.

2 Objetivos

- Obtener una visión general de los tipos de pensiones que existen para personas mayores en nuestro país.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre las pensiones. 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. Indicadores Booleanos: estado de bienestar, pensiones, mayores, social.

4 Resultados

Para empezar es necesaria hacer una importante y significativa distinción que se da entre las pensiones contributivas y las pensiones no contributivas. Las primeras de ellas, las contributivas, son concedidas a través de una relación existente previa con la Seguridad Social española. La cuantía percibida varía en función de las aportaciones realizadas por el trabajador y el empresario, relacionándose esto por tanto con la base reguladora. Dentro de estas prestaciones que intentaremos desgranar se encuentran:

- Pensión de jubilación.
- Pensión por fallecimiento.
- Pensión por incapacidad permanente.

Por otro lado nos encontramos con las pensiones no contributivas, pensiones para personas con recursos limitados y necesidades de protección que o bien no hubieran cotizado o lo hubieran hechos por un tiempo limitado que no les diera el derecho al acceso a una pensión contributiva. Dentro de este tipo de pensiones podemos encontrar:

- Por jubilación.
- Por invalidez.

La gestión de este tipo de pensiones se atribuye a las propias Comunidades Autónomas a través de sus órganos de gestión. En el caso de Ceuta y Melilla, el IMSERSO será el encargado de asumir tales competencias.

5 Discusión-Conclusión

El sistema de pensiones de nuestro país se presenta como pilar fundamental de nuestro estado de bienestar. No debemos olvidar la importancia que éstas tienen en lo que refiere al mantenimiento y sustento económico de nuestros mayores.

6 Bibliografía

- Instituto Nacional de la Seguridad Social. (España); 2019.

Capítulo 678

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL SECTOR SANITARIO

ARANZAZU PRADA DIAZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

VANESA PRADA DÍAZ

1 Introducción

El síndrome Burnout es un tipo de estrés laboral, un estado de agotamiento físico, emocional o mental, y está caracterizado por un proceso paulatino, por el cual las personas pierden interés en sus tareas, el sentido de la responsabilidad y pueden hasta llegar a profundas depresiones.

La definición más aceptada, ya que no hay definición universal para este fenómeno, es la dada por Maslach y Jackson, quienes lo definieron como un concepto compuesto por:

- Cansancio Emocional. Es la primera fase del síndrome, que cursaría con un agotamiento físico y emocional debido a la actividad laboral.
- Despersonalización. Distanciamiento emocional hacia las personas destinatarias del trabajo, respuestas frías, desconsideradas o de forma impersonal.
- Falta de realización personal. Manifiesta sentimientos de fracaso en el ejercicio del trabajo e incompetencia: Baja autoestima, ineffectividad e incapacidad.

Por otro lado Maslach y Jackson también emplean un instrumento medidor del síndrome conocido como el Marich Burnout Inventory usado en diversos países y que fija la base de los sucesivos desarrollos sobre el tema.

Este síndrome fue descrito por primera vez en 1969 al comprobar el extraño comportamiento que presentaban algunos oficiales de policía de aquella época: agentes de la autoridad que mostraban un cuadro de síntomas concreto. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida del individuo que la sufre.

El Burnout posee una alta incidencia entre el personal que se dedica al cuidado de la salud, tanto a médicos, enfermeros, administrativos y entre sus posibles consecuencias puede ser la disminución de la calidad de su trabajo, ausentismo y disminución de la calidad de vida, por lo tanto es necesario que todos nos concienciamos de la problemática, por lo que es vital entenderlo y así poder prevenirlo y tratarlo.

2 Objetivos

Estudiar la afectación que produce este síndrome al personal trabajador de centros sanitarios, así como los factores asociados y su prevención y tratamiento.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda y revisión bibliográfica de los artículos más relevantes relacionados con el síndrome de Burnout. Se utilizan palabras como Burnout, estrés, sanitario, agotamiento, prevención, síntomas.

4 Resultados

Una vez analizados los artículos de nuestra búsqueda, encontramos que:

1. Causas.

El síndrome no es resultado de un solo factor. Es consecuencia de varias y complejas causas a nivel laboral. Las causas más importantes del síndrome del quemado en el sector sanitario son las siguientes:

- Insatisfacción profesional y tensión al paciente. Como pueden ser la carga de trabajo, sentimiento de menosprecio, trabajo que no satisface tus intereses o habili-

dades, trabajar en un campo que esté fuera de tus habilidades, monótono, caótico, con gran desgaste físico y mental, frustración ante las perspectivas del enfermo, identificación con la angustia que sufre el enfermo. Esta causa ocasiona un desgaste progresivo de goteo en el tiempo.

- Turnicidad. El trabajo hospitalario implica un servicio ininterrumpido, durante las 24 horas del día y todos los días del año por lo que hay una obvia existencia de trabajo a turnos y nocturno con las consecuentes alteraciones del sueño k tienen repercusiones directas sobre la salud.
- Falta de control. Incapacidad de influir en las decisiones que afectan a su trabajo, turnos, horario, distribución del trabajo.
- Ccuando afecta a la vida social familiar. Debido a los horarios, turnicidad, exceso de trabajo.
- La antigüedad profesional. Los profesionales que llevan largo tiempo en el desempeño de su trabajo, se siente bien en el mismo, ya que en el caso contrario lo habría abandonado, por lo que se presupone que afecta más a personal joven con una idealización del trabajo, que después no se corresponde con la realidad.
- Sobrecargas de trabajo fuera del entorno laboral. Afecta más a las mujeres que a los varones, esto está relacionado con los estereotipos de rol de género.
- Organización de la empresa. Como una mala gestión del trabajo, excesiva burocratización, mala organización, inexistente trabajo en equipo.

2. Síntomas.

El padecimiento de burnout es más que el cansancio habitual que puede ser reparado con unos días de descanso:

- A nivel psicosocial, se genera un deterioro en las relaciones interpersonales, depresión, irritabilidad y dificultad de concentración. Sensación de fracaso profesional, pérdida de autoestima, sentimiento de vacío, impotencia, nerviosismo. En general poseen una ansiedad importante y un grado mayor o menor de depresión, según el caso y su evolución.
- A nivel físico.se incluyen: el insomnio, deterioro cardiovascular, úlceras, pérdida de peso, alteraciones gastrointestinales, temblores, hipertensión arterial, fatiga crónica. El abuso de sustancias, como pueden ser las drogas y los fármacos, y las enfermedades psicosomáticas son también signos característicos de este síndrome.
- En el entorno laboral hay una disminución en la calidad o productividad del trabajo, actitud negativa hacia las personas de las que se rodea, y un deterioro de las relaciones con sus compañeros. Aumenta el absentismo y disminuye el umbral para soportar la presión y conflictos.

3. Prevención.

La prevención del síndrome de desgaste profesional se basa esencialmente en 2 tipos de acciones:

- Acciones a nivel individual e interpersonal. Que intentan poner en marcha estrategias para afrontar momentos estresores, como pueden ser las técnicas de relajación, lograr un autocontrol emocional, conseguir destrezas para trabajar en equipo, saber priorizar y disfrutar del tiempo libre y de ocio.
- Acciones a nivel organizativo y laboral. Es muy importante que los profesionales no estén siempre haciendo el mismo trabajo para no caer en la monotonía y pérdida de autoestima, por eso hay que realizar cambios de actividades y rediseñar las tareas. Hay que conseguir una adecuada formación profesional y el equipo y material necesario para desempeñar las funciones, sobre todo en las situaciones de mayor estrés. Equilibrar las funciones y actividades sin que haya una sobrecarga de trabajo y flexibilizar los turnos y los horarios.

4. Tratamiento.

El tratamiento del Burnout va dirigido al aumento del control, el incremento de la autoeficacia y el aumento de la autoestima, por lo que el tratamiento se basa básicamente en las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Con estas terapias se trabajan técnicas de control del estrés, reestructuración cognitiva y ensayo conductual ante circunstancias negativas. Con esta terapia se pretende aumentar la resiliencia y mejorar la gestión emocional en el trabajo. A veces el Burnout es irrecuperable y puede llevar al abandono completo de la actividad.

5 Discusión-Conclusión

El Síndrome de Burnout es una enfermedad moderna consecuencia del estrés crónico laboral al que está expuesto un trabajador, este síndrome afecta con mucha fuerza al sector sanitario. No sólo trastorna la vida laboral, social y familiar del que lo padece sino que afecta también a su trabajo, es decir, afecta también al paciente. Por todo esto es importante llevar un tratamiento de control de la enfermedad y mejorar la gestión emocional.

6 Bibliografía

- Revista Enfermería, 13:1-18. Síndrome del desgaste profesional o de burnout en el personal de enfermería.
- http://navarra.ugt.org/salud_laboral/archivos/201212/burnout-gui769a.pdf?1.

- <https://biblioteca.unex.es/tesis/9788477238164.pdf>.
- Caballero, M, Bermejo, F, Nieto, R y Caballero, F. Prevalencia y factores asociados al Burnout.
- <https://psicologiaymente.com/organizaciones/burnout-sindrome-del-quemado>.
- <https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-30022/sindrome%20burnout>.
- <http://www.seguridad-laboral.es/prl-por-sectores/sanitario/la-importancia-de-la-prevencion-del-estres-laboral-burnout-entre-los-profesionales-sanitarios>.

Capítulo 679

EL CELADOR: LESIONES MÁS FRECUENTES Y RIESGOS LABORALES

JOSE IVAN ARIAS LLANO

1 Introducción

Son múltiples y muy variadas las labores que realizan los celadores, tanto es así que podríamos considerarlos “personal para todo”: tramitar y conducir comunicaciones verbales, documentos, desplazamientos de cargas inanimadas (objetos, material, aparatos,...) y animadas (traslado de los enfermos a las distintas áreas de los servicios hospitalarios o instituciones sanitarias para la realización de las pruebas que correspondan) así como, dependiendo del servicio en el que esté ejerciendo sus funciones, aseará, ayudará en la movilización de pacientes, etc. Por todo ello, es fácil apreciar que la mayor parte de sus funciones están ligadas a trabajos físicos, con los consiguientes riesgos para la salud del celador.

A través de la ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales en el Capítulo III derechos y obligaciones, se pretende garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores, en el Capítulo V se intenta fomentar la participación de los trabajadores y la consulta a estos sobre las condiciones en las que estos realizan sus trabajos. Pero aun así, las condiciones de trabajo de los celadores, al ser sus funciones tan diversas, implican un gran número de lesiones y bajas laborales con los prejuicios que conllevan estas, tanto en la organización asistencial como en los prejuicios económicos que las bajas laborales aportan al sistema sanitario.

En este capítulo, se incide en las lesiones de estos trabajadores y se estudia como prevenirlas.

2 Objetivos

- Conocer las principales lesiones que sufren los celadores debidas a la labor que realizan, así como los principales riesgos laborales a los que se enfrentan.

3 Metodología

He realizado una búsqueda sistemática en diferentes páginas web y libros especializados y en bases de datos: Sicielo, Dialnet, Medline y google académico. Se emplearon como descriptores: celador, riesgos laborales, lesiones, físico, sanidad. Se emplearon como criterios de inclusión textos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos que carecieran de acceso libre.

4 Resultados

A través de la información y la formación continuada de los trabajadores por parte de los empresarios, en este caso mayoritariamente formados por administraciones públicas, podría evitarse un buen número de lesiones, talleres formativos sobre las consecuencias de estas enfermedades profesionales que por lo general son de desarrollo lento y que si no se detectan a tiempo en muchas ocasiones las consecuencias negativas para la salud se convierten en irreversibles. Además los cambios de trabajo y la rotación de funciones de muchos trabajadores complican aún más el poder identificar cuáles han sido los factores o causas concretas que han provocado el problema de salud.

Los Trastornos Músculo-Esqueléticos (TME), que son enfermedades laborales que afectan principalmente a las partes blandas del aparato locomotor como son los músculos, tendones, articulaciones, huesos, ligamentos, vasos sanguíneos y nervios, son ocasionados por factores físicos, químicos, biológicos, psicosociales, ambientales, etc. Estas dolencias no suelen producirse por un accidente, sino que son consecuencia de posturas o cargas inadecuadas, movimientos repetitivos y descansos insuficientes. Son frecuentes tanto en hombres como en mujeres, cada uno con sus diferencias:

- Los hombres sufren más estas lesiones en la columna vertebral, brazos y rodillas.
- Las mujeres suelen sufrirlas en la columna dorsal y cuello. Este tipo de lesiones son unas de las más frecuentes en este ámbito laboral.

Otro tipo de riesgo que sufren los trabajadores son los ocasionados por cortes y/o pinchazos. El riesgo de atrapamientos también está presente, pues es común el

trabajo realizado con maquinaria (lavandería, grúas,...). También existen riesgos de golpes y caídas, al igual que al resto del personal y población en general, así como los accidentes in itinere, esto es en el desplazamiento a nuestro lugar de trabajo.

Poner los medios necesarios para mejorar el bienestar y la salud de los trabajadores es siempre una inversión rentable para las empresas (instituciones sanitarias), puesto que es la forma más efectiva de aumentar la satisfacción y motivación de los trabajadores, lo que redundará en una mayor productividad y rentabilidad de los resultados de la organización.

Para ningún trabajador el entorno laboral, en el desempeño de su oficio, debe ser prejudicial, siendo aconsejable adoptar las medidas previas necesarias, tanto por partes del trabajador como por parte de la empresa para conseguir un entorno laboral seguro y amigable.

5 Discusión-Conclusión

Examinando lo anteriormente expuesto, vemos que los celadores se enfrentan a un sinnúmero de riesgos laborales: riesgos ergonómicos, biológicos, químicos, etc, así como otros que podríamos considerar organizativos, lo que acarrea unos efectos nocivos para su salud. El conocimiento de estos riesgos, a la vez que el estudio de las técnicas a emplear para minimizar estos, es una parte fundamental en el esfuerzo a desarrollar en el campo de la prevención de los riesgos laborales y las lesiones sufridas por los trabajadores. En el sector sanitario se dan una gran parte de los peligros que pueden aparecer en un entorno laboral.

Identificar y evaluar periódicamente los puestos de trabajo, sustituir en la medida de lo posible los objetos y los medios peligrosos por otros que lo sean en menor grado, establecer procedimientos adecuados y medidas técnicas apropiadas y una correcta planificación previa a los trabajos a realizar.

Según algunos de los documentos consultados, “los trastornos músculo esqueléticos en España, en su conjunto se sitúan entre las tres primeras causas de baja laboral, en aumento continuo, galopante” por ello es indispensable saber que es la ergonomía y como nos puede ayudar a atajar estos tipos de lesiones. La ergonomía (palabra proveniente del griego “ergos”, trabajo, y “nomos”, de regla-ley, y su sufijo “ia”, cualidad) sería traducido a (ley de trabajo), las reglas que tienen los trabajadores para no ser lastimados por las herramientas o condiciones de

trabajo.

Las causas de las lesiones derivadas de los riesgos ergonómicos pueden ser variadas: adopción de posturas inadecuadas y forzadas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas y enfermos o trabajos con pantallas en condiciones inadecuadas y forzadas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas y enfermos o trabajos con pantallas en condiciones inadecuadas. Una correcta higiene postural es fundamental para evitar lesiones cuando se lleva a cabo cualquier tipo de actividad y aún más en el caso de manipulación de cargas, los riesgos en estas manipulaciones se disparan antes los movimientos imprevistos, tanto si los pacientes realizan un movimiento brusco o inesperado como si el trabajador necesita hacer frente a la caída de una carga que esté movilizándolo, pues tendría que hacerla realizando un sobreesfuerzo de forma brusca e inesperada.

La realización por parte de las instituciones sanitarias de talleres formativos y publicidad sobre la causa-efecto de este tipo de lesiones y el conocimiento y formación de los trabajadores en técnicas ergonómicas, traerán aparejados una disminución de las lesiones y bajas laborales ocasionadas por éste motivo.

Los riesgos químicos y biológicos de los trabajadores vienen condicionadas por la exposición a los agentes químicos y biológicos, bacterias, parásitos, esporas, productos de recombinación, cultivos celulares humanos o de animales y los agentes biológicos potencialmente infecciosos que estas células pueden contener. Una correcta formación de los trabajadores es imprescindible para la reducción del riesgo, el conocimiento de las medidas higiénicas a realizar, las precauciones necesarias para prevenir la exposición, utilización y empleo de ropa y equipos de protección.

La correcta formación de los trabajadores en estos tipos de riesgos laborales, así como el cumplimiento por parte de la empresa de sus obligaciones, en cuanto a la aplicación de las normativas específicas en las que se desarrollan los principios preventivos mencionados en las diferentes leyes aplicables a la prevención de riesgos laborales, redundan en una mejoría de la salud de los trabajadores con todos los beneficios que esto aporta en la sociedad. Es necesaria una buena formación en la materia y un análisis de los puestos de trabajo, solicitando la colaboración de los trabajadores. El trabajador debe evaluar el trabajo (pesos, necesidad de ayuda, espacio, material,...), planificar los trabajos, pedir la colaboración del paciente siempre que sea posible, respetar los principios básicos de la ergonomía y de la prevención de riesgos, utilizando todos los medios de ayuda y protección posibles.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
- Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario.
- Real Decreto 374/2001, de 6 de abril, sobre la protección de la seguridad y la salud de los trabajadores y trabajadoras contra los riesgos relacionados con los agentes químicos durante el trabajo.
- Trabajo de Máster de Doña M^a Nisida López Iglesias “Trastornos Músculo Esqueléticos en Personal Sanitario” Universidad de Oviedo. Centro Internacional de Postgrado. (2012)

Capítulo 680

LA IMPORTANCIA DE LA FORMACIÓN Y PREVENCIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO Y SANITARIO EN LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

JOSE IVAN ARIAS LLANO

1 Introducción

Las enfermedades hospitalarias o nosocomiales se definen como las contraídas en un centro sanitario por un paciente que habiendo sido ingresado por una razón distinta a esa infección, la contrae en ese centro. Puede manifestarse durante su estancia o después del alta médica.

La O.M.S. define la infección nosocomial de la siguiente manera: “una infección hospitalaria es la que se presenta en un paciente ingresado en un hospital u otro establecimiento de atención de la salud, en quien la infección no se había manifestado ni estaba en periodo de incubación en el momento de ser internado.”

De todo lo expuesto hasta el momento, es fácil deducir que un factor importante en estas infecciones es el factor humano: personal no sanitario, personal sanitario, enfermos, visitas, etc. Por tanto, la formación del personal y su actuación forman parte de la solución de este problema.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Conseguir la concienciación del personal laboral de las instituciones sanitarias que tienen trato con el paciente desde su aparición en el centro de salud u hospitalario hasta el abandono por parte del paciente de estos centros. La concienciación del personal es necesaria para contribuir a la reducción de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, así como también es importante para reducir el coste económico y los problemas de salud que éstas ocasionan.

Objetivo secundario:

Conocer los protocolos establecidos para el trato con los pacientes y la manipulación de útiles y de fómites, que son todos aquellos objetos inanimados que se encuentran en el medio hospitalario y que son susceptibles de actuar como transmisores de la infección. La concienciación y la organización de talleres formativos para el personal tendría que ser asumida por las administraciones públicas y tener carácter de obligada presencia para el personal. De la misma forma y tal como se viene haciendo, es importante concienciar a los profesionales sobre las ventajas de la vacunación para proteger la propia salud y evitar los riesgos de contagio. Los profesionales de la salud, tanto sanitarios como no sanitarios, constituyen un grupo de riesgo de adquisición y transmisión de determinadas enfermedades de carácter infeccioso. En el medio hospitalario y sanitario tenemos muchos agentes infecciosos, pero hay algunos que tienen especial relevancia, dado el contacto directo que tienen los profesionales con los mismos mientras realizan sus actividades laborales diarias. En una gran parte de los casos, podemos evitar la propagación de las enfermedades nosocomiales con una correcta formación y además evitar actuar como una fuente de transmisión de enfermedades para los pacientes y sus acompañantes.

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

Se puede deducir de lo mencionado anteriormente que la formación del personal en temas como la cadena epidemiológica en infecciones nosocomiales, el conocimiento de los agentes patógenos, el ambiente hospitalario y residencial y los métodos para combatir las infecciones, solo puede aportar beneficios para el sistema sanitario.

Impartir talleres de formación en cosas tan sencillas como el lavado de manos, el uso de guantes, las soluciones hidroalcohólicas, evitaría gran cantidad de infecciones nosocomiales. Solamente utilizando éstos tres pasos, traerían consigo grandes beneficios para el paciente y los profesionales. Controlar la insumisión y el rechazo de los profesionales hacia éste tipo de formación, las direcciones de los diferentes centros deberían fomentar la participación del personal en este tipo de talleres para concienciar de los grandes beneficios de este tipo de acciones.

El conocimiento de la cadena epidemiológica con sus tres eslabones: la fuente de infección, los mecanismos de transmisión y el huésped susceptible. Saber que las fuentes de infección pueden ser endógenas, esto es, que el agente causal forme parte de la flora normal del paciente, o exógenas, en estos casos, el agente causal sería otro paciente o el personal sanitario o no sanitario de la institución. Los mecanismos de transmisión que pueden ser directos, cuando no hay un mediador, o indirectos, cuando existe un mediador para su propagación (agua, aire, fómites,...).

En el medio hospitalario o residencial tienen gran importancia la transmisión de infecciones por medio de las manos (transmisión directa) y el aire (transmisión indirecta). Por último, el conocimiento del huésped susceptible, saber que usualmente el paciente por esta condición suele presentar un estado de debilidad inmunológica, así como las heridas o aberturas en la piel facilitan la entrada de posibles microorganismos al paciente

El conocimiento del ambiente hospitalario tanto animado, constituido por personas, como inanimado, formado por los fómites, suelo y aire, inciden en el resultado y prevención de las transmisiones infecciosas.

La formación en asuntos tales como los métodos para prevenir las infecciones: lavado de manos, uso de guantes, mascarillas, gafas, batas,... evitan la transmisión. El manejo de materiales cortantes, de la ropa hospitalaria, así como su almacenamiento, la gestión de residuos sanitarios su transporte y una correcta

gestión medioambiental de éstos, así como la vacunación del personal, son barreras imprescindibles de usar y conocer en el entorno hospitalario o residencial.

5 Discusión-Conclusión

Los resultados de la aplicación de la metodología anteriormente descrita, traen consigo un sinfín de ventajas para los pacientes, para el personal y para la sociedad en su conjunto, tanto a nivel asistencial como de salud laboral y un mejor aprovechamiento del sistema sanitario. En lo económico, reducción de costes atribuidos al gasto ocasionado por las infecciones nosocomiales, como en lo social.

Una buena formación se traduce en un uso correcto de las medidas de prevención, de aislamiento y de los equipos de protección individual, evitando los posibles contagios y la propagación de las enfermedades infecciosas.

6 Bibliografía

- Rodríguez-Heredia O, Iglesias-Nelda J, Tejeda-Fuentes A. Intervención educativa sobre infección intrahospitalaria. AMC [ID: artigos-4735]. 2010; 14 (2).
- Hernández HA. Factores de riesgo y costo económico de la infección nosocomial de un hospital de ámbito comercial. Universidad Autónoma de Barcelona (Tesis Doctoral). 2001.
- Vaque RJ. Prevalencia de las infecciones nosocomiales en los hospitales españoles. Proyecto EPINE 5 años. Barcelona: Sociedad Española y Medicina Preventiva Hospitalaria; 1999.
- Ibáñez Martí C. Infecciones nosocomiales: lugares más frecuentes de infección. Salud Pública y algo más. [Internet]. Abril 2008 [Citado 14 de diciembre de 2011]; [aprox.3 pant.].
Disponibile en:http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2007/03/08/60693.
- Biencinto, Chantal y Carbayo, Rafael (2004) Revista electrónica de investigación y evaluación educativa v10, n2. Revisión de modelos de evaluación del impacto de la formación en el ambiente sanitario; de lo general a lo específico.

Capítulo 681

REACCIONES PSICOLÓGICAS FRENTE A LA ENFERMEDAD

MARIA ASUNKA PEREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

Podemos definir la salud de diferentes formas:

- Estado en que un ser vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.
- Serie de condiciones físicas en que se encuentra un ser vivo en una circunstancia o momento determinados.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su constitución aprobada en 1948, define la Salud como: el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad o afecciones.

La Enfermedad, por el contrario, podríamos entenderla como:

- La alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o alguna de sus partes, por una causa interna o externa.
- Aquello que perturba o daña a una persona en lo moral, espiritual; difícil de combatir o eliminar.

2 Objetivos

- Conocer y describir las distintas reacciones que tiene un individuo al enfrentarse a la enfermedad así como las secuelas psicológicas más importantes.

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

Debemos asociar la enfermedad a un proceso biológico (que supone una alteración estructural y funcional) con un proceso psicológico, que conlleva sufrimiento y dolor. Además, si la enfermedad conlleva invalidez, estaríamos enfrentándonos también a un proceso social.

Todo individuo al enfermar se enfrenta a una serie de reacciones, que se deben considerar al tratar dicha enfermedad y sus procesos psicológicos. Así, podemos distinguir 2 tipos de reacciones:

- Reacción dirigida a la realidad: se produce un intento constructivo de modificar o suprimir la nueva situación. Por ejemplo: adaptarse a la nueva situación, aceptación de la enfermedad, búsqueda de estrategias para superarla. Se busca apoyo en otras personas, familia, amigos, profesionales. Se usan estas reacciones cuando se cree que se puede vencer la enfermedad
- Mecanismo de defensa de la personalidad: son procesos psicológicos inconscientes que nos ayudan a protegernos de la ansiedad que nos produce la enfermedad, sin incidir en su causa. Todos usamos mecanismos de defensa con más o menos frecuencia, aunque no pueden convertirse en la única forma de afrontar la enfermedad. Un ejemplo de estos mecanismos de defensa es la negación de la realidad: se obstina en no percibir la enfermedad y así evitar la ansiedad que le causa.

Por otro lado, la reacción de las personas afectadas por una enfermedad es muy variada. Pueden darse reacciones intensas pero normales para la situación o pueden ser reacciones desajustadas, de corta duración, pero que pueden hacerse crónicas. Existen una serie de factores que determinan uno u otro tipo de reacción, como pueden ser:

- Personalidad: forma de interpretar los hechos de la vida y reacción ante ellos “¿cómo puede pasarme esto a mí?”.

- Edad: las personas mayores aceptan mejor la adversidad y enfermedad siendo más pasivas. A los niños les cuesta comprender, aumentando los problemas de conducta.
- Flexibilidad psicológica: capacidad de adaptarse a la nueva situación, sobreponerse a la enfermedad, recuperarse y reforzarse.
- Nivel socioeconómico: delimitará en ocasiones su capacidad para conseguir un mejor tratamiento o ayuda profesional.
- Momento en que se conoce la enfermedad: si por ejemplo aparece en un momento de crisis personal, laboral, familiar. Haría al enfermo más vulnerable.
- Intensidad y duración de la enfermedad.
- Tipo de pérdidas sufridas: funcionales, posibilidad de pérdida de la vida...

5 Discusión-Conclusión

En función de todo ello, las reacciones psicológicas más importantes son:

- Ansiedad: producida por un miedo al dolor o incertidumbre ante el futuro. Estado de inquietud y desasosiego. La ansiedad que sienta el individuo dependerá de: su personalidad y de cómo evalúe la situación de tensión (en este caso enfermedad). La ansiedad es un estado muy útil para afrontar algunas situaciones: su cuerpo se prepara para realizar un sobreesfuerzo, mejorando así sus posibilidades de sobrevivir. Cuando la ansiedad es muy intensa y prolongada se convierte en una molestia o problema. Ocurre especialmente en situaciones en las que no se puede actuar sobre la causa: diagnóstico o vivencia de una enfermedad, dolor, ingreso hospitalario. En estas situaciones tendrán ventaja las personas con menos ansiedad.
- Depresión: trastorno del estado de ánimo: la persona se siente triste, inútil, culpable. En muchos casos los enfermos se culpabilizan de su situación, lo que causa depresión. Otras personas, sin embargo, se deprimen sin causa aparente. A una persona deprimida le falta energía, no puede enfrentar la enfermedad, pierde interés por la familia, amistades, aficiones... El paciente deprimido debe asumir que está enfermo. La depresión tiene un aspecto negativo en la evolución de patologías físicas. A veces se enmascara con otros síntomas como irritabilidad, alcoholismo... Además, los fármacos necesarios para tratar algunas enfermedades, como cardiovasculares (betabloqueantes), hormonales (anticonceptivos orales o corticoides) son capaces de causar clínica depresiva. También sustancias como el abuso del alcohol es causa importante de sintomatología depresiva.

6 Bibliografía

- López Ibor - Depresiones.
- Arturo Ortega Pérez. Apoyo Psicológico en emergencias.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 682

PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON EL ENVEJECIMIENTO

MARIA ASUNKA PEREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La Geriátría es la especialidad médica que se dedica al estudio del anciano. Resuelve los problemas de salud de los ancianos en el área hospitalaria y en la comunidad. Es la rama de la medicina que es competente en la protección de la salud física y mental del anciano, así como del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades agudas y crónicas del mismo y, además, de la reinserción en la comunidad. Pretende llegar a todos los ancianos, por lo que no distingue entre ancianos sanos, enfermos o no integrados.

Por otra parte, la gerontología estudia los aspectos psicológicos, educativos, sociales, económicos y demográficos de la tercera edad. Abarca desde investigaciones de biología molecular hasta estudios sociales, económicos o sobre las consecuencias de la jubilación.

2 Objetivos

- Enumerar los cambios a los que se ve sometida la población al envejecer.
- Asociar estos cambios con patologías propias de esta edad y 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 muy importante distinguir entre enfermedad y envejecimiento, debiendo diferenciar entre:

- Sujeto gerontológico: persona anciana que presenta una alteración, inherente o no al proceso de envejecimiento.
- Anciano enfermo: paciente anciano que presenta una enfermedad puntual, y que es sometido a valoración médica para solucionar su problema.
- Paciente geriátrico: paciente anciano que sufre una patología con tendencia a la incapacidad y que además presenta factores sociales y psíquicos sobreañadidos que le incapacitan aun más. La aparición de la enfermedad en esta etapa tiene características propias del anciano es mas vulnerable que otra persona y su organismo está modificado por el proceso de envejecimiento; el hecho de que presente varias patologías puede confundir al profesional sanitario e incluso ocasionar un error de diagnostico; deterioro avanzado de órganos de los sentidos y alteraciones en las exploraciones físicas y pruebas complementarias.

La enfermedad que aparece en la edad avanzada tiene mayor promedio que en otra edad y es potencialmente más grave desde su aparición. Además es frecuente la coexistencia de varias afecciones al mismo tiempo, lo que limitará las posibilidades terapéuticas. La enfermedad a esta edad tiende a la cronificación del proceso en el tiempo y a producir secuelas. Hay que tener en cuenta los factores emocionales y del entorno del anciano ya que éstos tienen gran influencia en la presentación, evolución y resolución de las afecciones crónicas. La forma de presentación suele ser atípica, suele haber enmascaramiento de los síntomas y signos debido a alteraciones mentales, pluripatologías o efectos secundarios de los medicamentos. Las enfermedades crónicas son de frecuente aparición en el anciano y habitualmente son causa de muerte. Las más frecuentes son:

- Aparato circulatorio: hipotensión y accidente cerebrovascular (ACV).

- Aparato respiratorio: enfermedades obstructivas pulmonares: asma, bronquitis.
- Metabolismo: diabetes mellitus, obesidad.
- Aparato locomotor: artrosis.
- Además el cáncer tiene una gran expresión en la edad anciana.

Nos encontramos además con un grupo de enfermedades que casi nunca son causa de ingreso hospitalario como Parkinson o Alzheimer y con procesos resultantes de la complicación de otra enfermedad previa: úlceras por decúbito e incontinencia.

El proceso de envejecimiento afecta a 3 factores principales: Cambios biológicos: las alteraciones que se producen tienen lugar en los órganos y tejidos del cuerpo del anciano, lo que conduce a un déficit funcional. La disminución del número de células afecta a todo el organismo, si bien su progresión no es uniforme. Se produce un descenso del peso y volumen de los órganos, se retrasa la división celular. Los cambios en la apariencia externa del anciano se presentan en el pelo, uñas y piel. Aparecen arrugas causadas por la pérdida de hidratación y elasticidad de la piel, aumentan las manchas cutáneas y se da una menor vascularización y mayor palidez. El cabello crece más lentamente, pierde su coloración. Las uñas también crecen más despacio, volviéndose más frágiles (excepto en los pies, que se hacen más duras). Las alteraciones musculoesqueléticas resultan muy evidentes. Debido a la pérdida de minerales disminuye la masa ósea. Esta desmineralización es más acusada en la mujer (25%) que en el hombre (12%) y da lugar a la osteoporosis. La osteoporosis está causada por la falta de ejercicio, deficiente ingesta y/o absorción de calcio, trastornos endocrinos... ocasiona disminución de talla y cifosis dorsal. La pérdida progresiva de fuerza muscular es la característica más destacable del envejecimiento muscular. Entre las modificaciones cardiovasculares destaca la atrofia cardíaca (disminución del peso y volumen del corazón). Aparece la esclerosis, lo que reduce la elasticidad de los vasos sanguíneos. Desciende la velocidad de circulación sanguínea, que se traduce en pérdida de calor. Los pulmones de los ancianos también pierden peso y volumen por la disminución del número de alveolos, con la consiguiente reducción de intercambios gaseosos. La disminución del reflejo de la tos provoca acumulación de secreciones en las vías respiratorias. En cuanto al aparato digestivo, se produce atrofia de la mucosa gástrica y déficit de secreción de ácido clorhídrico. La falta de piezas dentales ocasiona problemas durante la masticación de los alimentos. Las modificaciones urinarias se basan en el descenso del número de nefronas, que pueden alcanzar el 50%, lo que produce pérdida de peso y volumen de ambos riñones. La vejiga pierde tono muscular y no existe vaciamiento completo de la misma.

Esto lleva a que la orina residual cause infecciones, micciones frecuentes e incontinencia. Las modificaciones en el sistema nervioso son muy importantes: se da una disminución del flujo sanguíneo cerebral, que es el trastorno que más afecta al sistema nervioso y a la psicomotricidad del anciano. El cerebro se reduce en tamaño y peso. Generalmente se produce una disminución de la sensibilidad dolorosa, térmica, auditiva, etc. Los cambios más importantes tienen lugar en los órganos de los sentidos:

- Vista: se evidencia una disminución de la capacidad visual (presbicia), caída de párpados superiores, bolsas en párpados inferiores, reducción de secreción lagrimal.
- Oído: aumenta el tamaño de las orejas, pelo en ellas, secreción de cera. Se produce disminución de la capacidad auditiva (Presbiacusia).
- Tacto: por la menor irrigación sanguínea en las extremidades existe un aumento del umbral de sensación de calor y frío, lo que ocasiona disminución de la sensibilidad táctil, dolorosa y térmica.
- Gusto: disminuye el número de papilas gustativas y los labios se vuelven más rosados.

Los cambios psíquicos: el envejecimiento implica cambios en la conducta y auto-protección y reacciones específicas ante nuevas situaciones. El deterioro psíquico varía de un anciano a otro y de él depende por ejemplo el entorno cultural, nivel intelectual... Las modificaciones psíquicas más importantes se dan en la capacidad intelectual, personalidad y carácter.

Los cambios sociales: cambios de rol del anciano, tanto a nivel individual como de la comunidad. Abarca las diferencias de comportamiento social y la dificultad de adaptación a cambios.

5 Discusión-Conclusión

Todos estos cambios biológicos, psíquicos y sociales van a verse reflejados en una serie de necesidades del anciano, como por ejemplo:

- Oxigenación: determinada en el anciano por las limitaciones orgánicas y por la disminución del gasto individual.
- Alimentación: el anciano sano no precisa regímenes alimenticios especiales, debe procurar alimentación que le genere la energía suficiente para su funcionamiento orgánico. Aunque el aporte calórico necesario es menor, no debe variar la calidad.

- Descanso: los ancianos en general tienen modificado el sueño, tanto en cantidad como en calidad. A menudo es más ligero y superficial que en una persona joven.
- Movimiento: si el anciano es autónomo para la deambulación podrá realizar las tareas cotidianas.
- Autorrealización: el anciano debe ocupar el tiempo y el ocio. Esto le ayudará a realizarse como persona y poder divertirse.

6 Bibliografía

- Berjemo L- Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores.
- Norman Exton –Smith A y Weksler M.E. Geriatria en A. Primaria.
- Medline Plus.

Capítulo 683

TURNICIDAD / NOCTURNIDAD; RIESGOS PARA EL TRABAJADOR

JOSE IVAN ARIAS LLANO

1 Introducción

Dentro del sector sanitario y como consecuencia de sus necesidades de desarrollo de trabajo, nos encontramos con el trabajo a turnos (mañana, tarde y noche), necesario para poder cubrir la necesidad de atención continuada, una asistencia amplia y ofrecer un servicio sanitario a la sociedad.

El número de trabajadores sanitarios y no sanitarios que realizan el trabajo a turnos es considerable. Estos trabajos a turno conlleva unos determinados riesgos para la salud y para la conciliación de la vida familiar. El trabajo a turnos tiene consecuencias negativas que pueden aparecer tanto a corto plazo como a largo plazo. La imposibilidad de su erradicación en el ambiente sanitario, no quiere decir que deba ignorarse la probabilidad de reducir las consecuencias sobre la salud y las relaciones personales de los trabajadores. En muchos casos la falta de formación e información de los trabajadores en hábitos y conductas de vida saludables contribuyen a no minimizar sus repercusiones. También la vida social, familiar y privada, se ve condicionada debido a las alteraciones del “reloj biológico”.

Podríamos clasificar los efectos sobre el trabajador en tres tipos: sobre la salud, sobre el trabajo y sobre la vida social y familiar. Además el trabajo nocturno, ya sea de forma continua o alterna, tiene consecuencias adversas sobre la salud. Se estima que cada trabajador envejezca cinco años por cada día trabajando en ese turno.

2 Objetivos

Teniendo en cuenta que el trabajo a turnos es realizado por grupos de trabajadores de manera sucesiva, cumpliendo una tareas de forma continua durante las 24 horas del día y durante todos los días de la semana, como por ejemplo urgencias, hospitalización, quirófanos, etc. Y ante la imposibilidad de eliminar la turnicidad, se hace necesario minimizar los inconvenientes y problemas que generan dichos turnos, medidas tales como la implantación de los turnos llamados “ecológicos” para sustituir a los tradicionales, medidas de formación e información y la incorporación de estrategias de conciliación de la vida laboral, familiar y personal en la cultura de las organizaciones sanitarias. Todas estas medidas, aparte de beneficiar a la plantilla, repercuten de una forma positiva en beneficios para la organización.

Las organizaciones sanitarias, dentro de sus objetivos de mejora en la calidad de la gestión, deberían intentar una mejora del clima laboral, a través de la planificación de los tiempos de trabajo, como forma de prevenir la aparición del estrés y de los problemas de salud que la turnicidad lleva aparejados, el aumento de la satisfacción personal de los trabajadores sanitarios y no sanitarios, redundaría en un ahorro de los gastos de personal, aumentaría la retención de talento cualificado, una disminución de los costes en reclutamiento y formación a la plantilla. A su vez aportaría una mayor estabilidad en la plantilla con el consiguiente aumento de la capacidad productiva (disminución de los índices de absentismo, mejoras en la atención al usuario y en la prestación de servicios).

En base a todo lo expuesto anteriormente, es fácil entender que la búsqueda de instrumentos que ayuden a la mejora en la conciliación de la vida laboral y de la prevención de los problemas de salud que el trabajo a turnos y la nocturnidad tienen aparejados en las organizaciones laborales, aportarían una herramienta de calidad eficaz que permite todos los potenciales de las plantillas de trabajadores.

Dado que como hemos visto que los profesionales dentro del ámbito de la asistencia sanitaria están expuestos a la turnicidad / nocturnidad y estos factores conllevan desarreglos de los hábitos de alimentación, sueño, vida social, etc. , se establecen los siguientes objetivos:

- Dar a conocer los problemas que acarrearán estas formas de trabajo.
- Intentar minimizar los efectos adversos.

3 Metodología

Es necesario desarrollar de una guía sobre los problemas de la turnicidad / nocturnidad y las diferentes conductas saludables para enfrentar dichos efectos. Establecer programas preventivos de control de la salud del personal sanitario y no sanitario. Programas de concienciación (trabajador y su círculo social) y mejoras de la organización del trabajo.

Aplicar de una forma estricta la legislación que regula el trabajo en los turnos de noche en el estatuto de los trabajadores, considerándose trabajo nocturno al que invierte, como mínimo, tres horas de su trabajo diario, o al menos una tercera parte de su jornada anual, en este mismo horario.

Los efectos del trabajo a turnos y nocturno se pueden clasificar en tres grandes bloques: sobre la vida social, sobre la actividad laboral y sobre la salud y el bienestar.

Sobre la vida social:

- Disminución de la calidad de las relaciones familiares, ocasionado por el poco tiempo disponible y el cansancio.
- Alejamiento de los amigos, atribuible al cansancio y a los diferentes horarios.
- Trabas para disfrutar del tiempo libre.

Sobre la actividad laboral:

- Aumento del número de fallos.
- Bajada del rendimiento laboral.
- Bajada de la capacidad de control.
- Incrementos en el absentismo de los trabajadores.
- Desapego al trabajo.
- Bajada en el control de la seguridad laboral con el consiguiente aumento de los accidentes y una mayor gravedad de estos.

Sobre la salud y el bienestar:

- Trastornos gastrointestinales: pérdida del apetito, gastritis, malas digestiones, úlceras de estómago o estreñimiento.
- Trastornos del sueño: alteraciones que provocan una acumulación de cansancio que con el tiempo provocan fatiga crónica, alteraciones nerviosas, cefaleas, irritabilidad, depresión, enfermedades digestivas y circulatorias.
- Trastornos nerviosos: fatiga mental, abatimiento, dificultad para pensar, ansiedad, depresión, etc.
- Incremento de la posibilidad de sufrir enfermedades coronarias.

- Perturbaciones en los ciclos y duración de la menstruación.
- Mayor gravedad de los accidentes y aumento de estos en la jornada laboral.
- Ganancia de peso, diabetes.
- Mayor tendencia al consumo de alcohol, tabaco, somníferos y tranquilizantes.
- Insatisfacción personal en el trabajo realizado.

Ante los diferentes problemas ocasionados por la turnicidad / nocturnidad, se hace necesario la implantación de una serie de medidas preventivas para atajarlos.

Medidas Preventivas:

- La implantación de los turnos ecológicos, llamados también “antiestrés” que tienen como características minimizar los cambios fisiológicos que influyen en nuestros ritmos circadianos. Varios estudios han comprobado que el reloj biológico se altera menos cuando se trabaja periodos cortos en el mismo turno.
- Actuar a nivel organizativo; esta actuación tiene que intentar respetar, en la medida de lo posible, las relaciones familiares y sociales. La elección de los turnos tendrá que tener en cuenta la participación de los trabajadores, en cuanto a su distribución y organización de acuerdo a sus necesidades individuales.
- Adaptación en las condiciones de trabajo al turno, ya que nuestro organismo no funciona igual en unos turnos que en otros.
- Aumentar en número de periodos en los que dormir por la noche y disminución de la jornada semanal.
- Reducción del número de años que el trabajador realiza noches, turnos y limitar la edad. Establecimiento de un número de años que el trabajador puede realizar a turnos (artículo 23 de la recomendación 178 de la Organización Internacional de Trabajo).
- Disminución de la carga de trabajo en el turno de noche y evitar trabajo en solitario.
- Evitar trabajos que supongan una elevada atención y peligrosidad.
- Introducción de descansos cortos a lo largo del turno nocturno.
- Compensar el trabajo a turnos con días de descanso y vacaciones.
- Establecer un sistema adecuado de vigilancia médica.
- Formar e informar a los trabajadores, en relación a los peligros de la turnicidad / nocturnidad.
- Informar con el tiempo necesario a los trabajadores para intentar conciliar la vida social y familiar dentro de lo posible.

4 Resultados

Los resultados de aplicar estas medidas preventivas tendrán un efecto inmediato sobre el personal. La búsqueda de medidas preventivas y la ejecución de estas tienen que estar encaminadas al colectivo de los trabajadores de la organización y no al individuo, puesto que siempre es más efectivo.

5 Discusión-Conclusión

El trabajo a turnos / nocturno, aunque necesario para la correcta organización de las instituciones sanitarias, no está exento de riesgos para la salud física y mental de los trabajadores que ven como esta modalidad de trabajo les afecta e impide en determinados casos el correcto desempeño de sus funciones, llegando a ser incluso fuente de accidentes laborales.

El turno de noche es el que más afecta a los trabajadores, debido a la desincronización con el reloj biológico natural. Todas las medidas preventivas tomadas de común acuerdo entre la organización y los trabajadores mejorarán los resultados y disminuirán los riesgos psicosociales.

6 Bibliografía

- Real Decreto Legislativo 2/2015, del 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Salud y Trabajo. Los nuevos emergentes riesgos psicosociales Joan Boada Grav. Pilar Ficapal-Cusí. Primera edición en Lengua castellana (abril 2012. Editorial UOC.
- Factores y riesgos psicosociales,formas ,consecuencias,medidas y buenas practicas .Bernardo Moreno Jimenez (Catedrático U.A.M).Carmen Baez Leon (Investigadora U.A.M.).2010.

Capítulo 684

SEGURIDAD DEL PACIENTE: HIGIENE DE MANOS.

ARACELI BERNARDO GARCIA

1 Introducción

La importancia de la higiene de manos fue descubierta por primera vez por una enfermera durante la guerra de Crimea, quien vió que si los cirujanos se lavaban correctamente las manos entre paciente y paciente las muertes por infecciones se reducían notablemente. Las infecciones relacionadas con el proceso asistencial afectan a miles de personas en nuestro país al año, suponiendo un riesgo para la salud de los paciente y aumentando la comorbilidad, y por tanto, en consecuencia, la duración del ingreso y el gasto sanitario.

2 Objetivos

- Conocer y describir la importancia de una correcta higiene de manos para prevenir las infecciones hospitalarias.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar una correcta higiene de manos necesitamos conocer primero con que productos se debe realizar: puede ser con agua y jabón o con una solución hidroalcoholica. El uso de unos productos y otros va a depender de la suciedad de las manos y del momento. Es decir, en manos evidentemente sucias con restos de sangre u otros fluidos se realizara el lavado con agua y jabón para retirar mejor la suciedad de nuestras manos. La solución hidroalcoholica se utilizara cuando las manos están aparentemente limpias sin restos de suciedad visible ya que elimina la mayoría de los gérmenes.

Los momentos en los que debemos realizar siempre la higiene de manos sin excepciones son cinco:

- Antes del contacto con el paciente.
- Antes de realizar una técnica aséptica.
- Después del contacto con el paciente.
- Después del riesgo de exposición a fluidos corporales.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

Y para terminar es muy importante recordar que el uso de guantes no nos exime jamas de realizar la higiene de manos.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones hospitalarias se producen tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, no van unidas a la falta o no de mayor tecnología ni mejor sistema sanitario. En España, el estudio ENEAS publicado en 2006 estableció que un 26% de los errores encontrados estaban relacionados con las infecciones hospitalarias o nosocomiales, como se las conoce habitualmente. Y además añadió, que más de la mitad de esos errores podrían haberse evitado con una practica clínica correcta. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ha realizado varias campañas a lo largo de los años para destacar la importancia de una adecuada higiene de manos dentro del ámbito sanitario.

La importancia de la higiene de manos radica en que es clave para disminuir los eventos adversos responsables de las infecciones nosocomiales. Las manos del personal sanitario son la principal vía de transmisión de gérmenes ya que estamos en contacto con fluidos corporales, heridas quirúrgicas, etc. Por tanto si no realizamos una correcta higiene de manos antes y después de estar en contacto

con el paciente podemos transmitir esos gérmenes dando lugar a las infecciones.

6 Bibliografía

- España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005 [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones, 2006. WHO [World Health Organization], et al. Hand hygiene technical reference manual. Ginebra: World Health Organization, 2009.
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 685

EDUCACIÓN EN SALUD: LA ESCUELA MADRILEÑA DE SALUD

MARIA ELENA ORDOÑEZ FERNANDEZ

LILIANA MARIA RODRÍGUEZ SUAREZ

1 Introducción

En el contexto sanitario actual, en el que la esperanza de vida de las personas es alta, las tasas de envejecimiento aumentan continuamente y se produce un importante aumento de las enfermedades crónicas, es necesario aplicar nuevas medidas innovadoras para que el sistema sanitario actual pueda afrontar con éxito los retos actuales. En este contexto de promoción de la salud y educación, y potenciación de los autocuidados, el papel de las escuelas de salud se ha hecho imprescindible.

La política de Salud 21 para Europa de la OMS establece que: el mejoramiento de la salud y el bienestar de las personas constituye el objetivo fundamental social y económico. También establece como objetivo permanente: conseguir que todos los ciudadanos alcancen plenamente su potencial de salud, planteando como metas principales promover y proteger la salud de las personas a lo largo de su vida y reducir la incidencia de las principales enfermedades y lesiones, así como del sufrimiento que originan.

La Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente establece que: la autoridad sanitaria ha de velar por el derecho de los ciudadanos a recibir información clara, fiable, actualizada, de calidad y basada en el conocimiento científico actualizado, que posibilite el ejercicio autónomo y

responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de la salud. Es por ello, importante contar con organismos oficiales que divulguen entre la población información útil para su autocuidado y velar para que la información que reciban sea de calidad y con evidencia científica.

Se puede definir la promoción de la salud como: el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no sólo aumentar las capacidades y habilidades de las personas, sino que también va dirigido a modificar las condiciones ambientales y sociales, ya que estos factores son unos determinantes muy grandes de salud. La promoción de la salud es un proceso de atención integral dentro de la salud, viene definido por la asistencia en atención primaria y hospitalaria, la prevención, la adaptación social a un problema crónico y a la propia promoción de la salud. Hay que distinguir entre promoción de la salud y educación de la salud, ya que esta última es un instrumento transversal que afecta a todos los niveles de la atención integral, por lo que la educación para la salud se posiciona como un potente instrumento para la adaptación social, la asistencia, la prevención y la promoción.

Para establecer con eficacia la promoción de la salud, ésta debe desarrollarse con eficacia donde se va a incidir y tener claro cuáles son los escenarios de sociabilidad más cotidianos (servicios sanitarios, medio escolar, ámbito social y asociativo).

2 Objetivos

- Realizar un análisis de las unidades de las escuelas de salud y en concreto de la escuela madrileña de salud para determinar las fortalezas, debilidades y establecer los principales beneficios de su puesta en funcionamiento.
- Formular propuestas para mejorar la satisfacción de los usuarios y su contribución a la sociedad.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía sobre la escuela madrileña de salud y los estudios sobre la satisfacción de los usuarios. Las bases de datos consultadas fueron: PubMed, Scielo y Teseo. Se realizaron búsquedas en metabuscadores como NHS Evidence o Excelencia clínica. Como criterios de

exclusión, se han omitido todos los estudios que sean anteriores al año 2010 y los artículos escritos en cualquier idioma que no sea el inglés o el español.

4 Resultados

Los cambios demográficos de envejecimiento y de prevalencia de enfermedades crónicas, unido al importante desarrollo de las tecnologías ha provocado un importante cambio en el panorama sanitario de nuestro país en los últimos años. Esto supone un importante impacto sobre los recursos disponibles, ya que éstos se han quedado obsoletos al estar diseñados en un contexto diferente al actual. Es por ello que hay que reorientar estrategias y servicios para adaptarlos a la nueva realidad, es en estas nuevas estrategias donde el ciudadano cobra especial importancia, con técnicas como la autogestión de su enfermedad, la toma de decisiones sobre tratamientos, la autogestión y el autocuidado. Para que todo esto sea posible es necesario potenciar la información y formación ofrecida por las organizaciones e instituciones sanitarias, que deben velar para que la información sea de fácil acceso, veraz y de calidad. Esta preocupación ha sido reflejada en la estrategia para el abordaje a la cronicidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), donde se señala que: la necesidad de garantizar a la población, información de calidad, veraz y no sesgada, sobre la salud en general y en particular, sobre los aspectos relacionados con la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las condiciones de salud de carácter crónico, fomentando la cultura de la desmedicalización de la salud y los cuidados.

Dentro del anteriormente citado marco normativo, se constituyó dentro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad la red de escuelas para la ciudadanía, según el propio ministerio su función es: cooperar, compartir y promover en red de experiencias, contenidos formativos y programas para facilitar la adquisición de competencias dirigidas a fomentar la corresponsabilidad de la ciudadanía en el autocuidado de la salud.

Esta red de escuelas tiene como finalidad proporcionar a pacientes, familiares y cuidadores información y herramientas para su formación. Todo ello con información contratada y con las últimas evidencias científicas. Esta red de escuelas se sustenta del Servicio Nacional de Salud, de las diferentes comunidades autónomas, de asociaciones de profesionales y pacientes, entre otros muchos más organismos.

Dentro de este contexto, la comunidad de Madrid creó la escuela madrileña de

salud para poder abordar todo lo expuesto anteriormente.

5 Discusión-Conclusión

La escuela madrileña de salud pone a disposición de pacientes, profesionales sanitarios, familiares y cuidadores información y actividades destinadas a la formación para capacitarlos en la gestión de los autocuidados y gestión de su enfermedad. Tiene que ser un espacio abierto y de referencia para toda la ciudadanía que busque información acerca de la salud. Los valores de la escuela madrileña de salud son comunes al del resto de escuelas integradas dentro de la red de escuelas del Sistema Nacional de Salud:

- Respeto a las necesidades y preferencias de los usuarios y de las personas cuidadoras
- Accesibilidad y transparencia para ofrecer información veraz, contrastada y actualizada con la evidencia científica disponible.
- Respeto a los principios generales de bioética.
- Compromiso, colaboración y coordinación entre todos los agentes implicados.
- Participación comunitaria.
- Potenciación de entornos saludables y políticas de promoción de salud comunitarias.

Por todo lo anteriormente expuesto, los objetivos de la escuela madrileña de salud deberían ser los siguientes para conseguir las propuestas causantes de su creación:

- Diseñar un espacio virtual participativo que incluya contenidos informativos y formativos.
- Promover actividades de capacitación en salud para la población de referencia.
- Definir y desarrollar estrategias e intervenciones formativas y educativas dirigidas a población sana.
- Potenciar el desarrollo del paciente experto, que se sitúa entre el paciente y el profesional sanitario.
- Facilitar el mutuo apoyo de pacientes, familiares, cuidadores, profesionales sanitarios y organizaciones.
- Fomentar el rol de las enfermeras como educadoras en salud.
- Dar a conocer los cursos y recursos de la escuela a la sociedad.

6 Bibliografía

- Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS (1999). Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid.
- Declaración de Ottawa sobre Promoción de la Salud (1986). OMS. Ginebra.
- Davies, J. K.; MacDonald, G. (1998). *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. Ed. Routledge. London mm.
- La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud (2000). Ministerio de Sanidad y Consumo. UIPES. Madrid.
- Promoción de la Salud: Glosario (1999). Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid
- Seppilli, A; Modolo, M. A. (1981). *Educazione Sanitaria*. Il Pensiero Científico. Roma.
- Orem D. *Modelo de Orem*. Conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson; 2003.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Madrid. 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Documento de trabajo Red de Escuelas de Salud para ciuda- danos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Madrid. 2012 disponible en internet [acceso el 2 de mayo de 2016] en: http://www.escuelas.msssi.gob.es/conocenos/laRed/docs/Documento_trabajo_Red_Escuelas.pdf

Capítulo 686

SEGURIDAD DE PACIENTE: ERRORES EN LA IDENTIFICACIÓN.

ARACELI BERNARDO GARCIA

1 Introducción

Durante el proceso asistencial se producen errores en la atención al paciente, algunos de esos errores están relacionados con la identificación errónea de los pacientes lo cual puede tener consecuencias fatales para la persona afectada. Deben hacerse una serie de comprobaciones vitales para asegurarnos de que estamos atendiendo al paciente correcto, en el momento correcto y con la técnica correcta. El estudio ENEAS publicado en el año 2006 cifró estos errores de identificación en aproximadamente el 8% de los eventos adversos estudiados. La OMS (Organización Mundial de la Salud) en el año 2007 que la identificación correcta de los pacientes es indispensable para garantizar la seguridad de los mismos, por lo tanto tiene una importancia máxima dentro de nuestras funciones como personal sanitario.

2 Objetivos

Conocer cuales son los principales errores que se comenten en la identificación de pacientes y las formas de evitarlos.

3 Metodología

Se ha realizado una extensa búsqueda bibliográfica en manuales especializados en el tema, se adjunta la bibliografía consultada al final del capítulo.

4 Resultados

En la actualidad aun se buscan nuevas medidas que ayuden a garantizar la seguridad de los pacientes y eliminar los errores en la identificación, aunque ya existen varios métodos que están siendo empleados, como por ejemplo las pulseras individuales identificativas, etiquetas con distintivos de radiofrecuencia para permitir a los profesionales un acceso más rápido a la historia clínica de cada paciente y por último, los métodos biométricos basados en tecnología mas avanzada que las pulseras de identificación como puede ser: huella digital, termografía, análisis del iris, ... Muy interesante pero poco frecuente en los hospitales todavía.

5 Discusión-Conclusión

La OMS recomienda que para evitar estos errores se realice una adecuada formación a todo el personal sanitario y no sanitario que estará en contacto con pacientes, se deben implantar también practicas cada vez mas seguras y renovadas para evitar la confusión, ya que no siempre es posible obtener la confirmación oral por parte del paciente respecto a su identidad ya que debido a su proceso de enfermedad pueden encontrarse sedados o inconscientes como es el caso de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos. Y por último revisar los protocolos existentes para valorar los posibles fallos y corregirlos antes de que sea demasiado tarde.

6 Bibliografía

- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la hospitalización. ENEAS 2005.
- Patient identificaction. Ginebra: World Health Organization, 2007.

Capítulo 687

ACOSO LABORAL EN EL TRABAJO: MOBBING

ARANZAZU PRADA DIAZ

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

NAIARA MARTIN LOPEZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

1 Introducción

El mobbing es una palabra de origen inglés que significa atacar con violencia. Este término fue introducido por Konrad Lorenz para referirse al comportamiento de algunas aves débiles que se unían para agredir a las más fuertes. En 1986 el psicólogo alemán Heinz Leymann fué el primer autor que estudia el mismo en el ámbito laboral, describiendo el término y las consecuencias ocasionadas a las personas afectadas. La palabra mobbing trasladada al mundo laboral la podemos definir como la situación en la que un trabajador o grupo de trabajadores realizan una serie de acciones violentas psicológicas de forma continuada a una persona en el lugar de trabajo. Las víctimas reciben una violencia injustificada de tipo psicológico, manifestada a través de actos hostiles (insultos, rumores, vacío...). Estas acciones pueden prolongarse durante meses o incluso años y, en los casos más graves, se puede llegar a la violencia física o sexual. El objetivo final del mobbing suele ser conseguir el abandono del puesto de trabajo por parte de la

víctima, ya que la consideran una amenaza para sus intereses personales. Este acoso puede llegar tanto de los superiores (para conseguir eliminarla de la empresa sin coste económico) como de los propios compañeros de trabajo (por la necesidad de control y destrucción de un individuo). El sector sanitario no se libra de este problema, siendo uno de los sectores con más casos, registrándose un caso al día. Éstos van en aumento.

2 Objetivos

- Analizar el acoso laboral, los tipos y su repercusión en la salud de los trabajadores.
- Conocer los motivos por los que puede suceder, como se desarrolla y como puede ser el perfil del acosador y de la víctima y cómo ésta puede afrontar este problema.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica y de archivos específicos sobre el mobbing. En función de los objetivos de esta investigación se extrajo información después de una revisión exhaustiva del texto completo. Se buscaron palabras como mobbing, acoso laboral, prevención de riesgos, riesgo psicosocial.

4 Resultados

Motivos del mobbing. Los motivos por los que se puede producir mobbing son muy variados, entre ellos nos encontramos:

- Motivos empresariales. Ocurre cuando se pretende disciplinar a un empleado, es decir, trata de obligar al trabajador a aceptar las órdenes aun cuando éstas no sean legales. Con esta acción también se pretende hacer sumiso al resto de trabajadores. De índole empresarial también encontramos las situaciones en las que se quiere forzar al abandono voluntario de la empresa por parte del trabajador, saliendo este abandono por coste cero a la empresa.
- Motivos personales por parte del acosador. Puede ser generado por los celos o la envidia al acosado, como puede ser la inteligencia, belleza o cualquier rasgo que destaque en éste. Otro de los motivos es la satisfacción personal del control sobre los demás.

- Motivos profesionales. Fundamentalmente se da por envidia o celos profesionales, ansia de ascenso o por la inadaptación del acosador.
- Motivos discriminatorios. Puede ser por su nacionalidad, su color de piel, su religión, por ser mujer, o por cualquier rasgo físico o psíquico que lo diferencie del resto de compañeros.

Las etapas en la que se desarrolla el acoso son varias y en un determinado orden cronológico:

- Primera etapa - Conflicto. Aparece ante un problema. Aunque pueda parecer una situación normal, es importante que se prevenga y se solucione a tiempo antes de que suponga un riesgo.
- Segunda etapa - Acoso. El acosador o los acosadores inician una estrategia contra la víctima, utilizando conductas degradantes con la finalidad de desplazarlo del resto del entorno laboral. Puede que la víctima considere que la situación que está sufriendo es típica en el ámbito laboral.
- Tercera etapa - Intervención de la empresa. Llega un momento en que el conflicto se extiende y cada vez es más conocido por la dirección de la empresa. La forma más adecuada de actuación sería intentar dar soluciones al problema con un estudio exhaustivo de éste. Sin embargo, no suele ser así. La empresa asume dicha acción de acoso como una estrategia consciente o inconsciente. El acoso psicológico y moral se da tanto en empresas públicas como en privadas, aunque hay ámbitos, como en la sanidad, donde suele ser más corriente.
- Cuarta etapa - Aislamiento. Estas situaciones acaban acarreando serios problemas de salud, que pueden derivar en largas situaciones de baja y con el abandono de la empresa de forma “voluntaria”.

Partes implicadas. Son 3 las partes implicadas en el mobbing:

- El agresor. Que frecuentemente no suele ser consciente del daño que ocasiona.
- El acosador. No existe un perfil concreto de la víctima.
- El entorno laboral. Dónde podemos encontrar una serie de características concretas, como puede ser el fomento excesivo de la competitividad, una organización inapropiada, poca resolución de problemas y preocupación excesiva de los resultados de la empresa sin tener en cuenta los medios para conseguirlos. Aparte de las anteriores también tiene un papel importante en el desarrollo de este problema, la falta de seguridad, la poca autonomía en la toma de decisiones y la elevada carga de trabajo.

Se puede clasificar de dos maneras:

Según la posición jerárquica el mobbing puede ser:

- Mobbing horizontal que se caracteriza porque el acosador y la víctima se encuentran en el mismo rango jerárquico. Es decir, que suele darse entre compañeros de trabajo, y las repercusiones a nivel de psicológico para la víctima pueden ser devastadoras.

-Mobbing vertical. El acosador se encuentra en un nivel jerárquico superior a la víctima o se encuentra en un nivel inferior a ésta. Por tanto, existen dos clases de mobbing vertical: ascendente y descendente. Mobbing ascendente: Ocurre cuando un empleado de nivel jerárquico superior es atacado por uno o varios de sus subordinados. Mobbing descendente o bossing: Ocurre cuando un empleado de nivel jerárquico inferior recibe acoso psicológico por parte de uno o varios empleados que ocupan posiciones superiores en la jerarquía de la empresa. Puede llevarse a cabo como estrategia empresarial para conseguir que el trabajador acosado abandone la empresa.

Según el objetivo los podemos clasificar en:

-Mobbing estratégico. Este es un tipo de acoso descendente. Se caracteriza porque el mobbing forma parte de la estrategia de la empresa, y el objetivo suele ser que el acosado rescinda su contrato de forma voluntaria. De esta manera, la empresa no tiene que pagarle la indemnización que le correspondería por despido improcedente.

-Mobbing de dirección o gestión. Este tipo de mobbing es llevado a cabo por la dirección de la organización, generalmente por varios motivos: para prescindir de un trabajador poco sumiso, para llegar a situaciones de esclavismo laboral o para acabar con un trabajador que no se ajusta a las expectativas del jefe (por ejemplo, por estar demasiado capacitado o para dejarle en evidencia).

- Mobbing perverso. Hace referencia a un tipo de mobbing que no tiene un objetivo laboral, sino que las causas se encuentran en la personalidad manipulativa y hostigadora del acosador. Es un tipo de mobbing muy perjudicial porque las causas que producen el acoso no pueden solucionarse implantando otras dinámicas de trabajo mientras la persona que acosa siga en la organización o no sea reeducada.

Este tipo de acosador suele llevar a cabo el mobbing frente a la víctima, sin testigos. Es muy seductor y rápidamente consigue la confianza de los demás. Es habitual que el mobbing perverso sea un mobbing horizontal o ascendente.

- Mobbing disciplinario. Este tipo de mobbing se emplea para que la persona acosada entienda que debe “entrar en el molde”, porque si no lo hace será castigada. Pero con este tipo de acoso no solo se infunde miedo en las víctimas, sino que también advierte a los demás compañeros de lo que podría sucederles de actuar así, creando un clima laboral en el que nadie se atreve a llevar la contraria

al superior.

También se emplea en contra de esas personas que tienen muchas bajas laborales, mujeres embarazadas, y todos aquellos que denuncian el fraude de la institución (por ejemplo, el contable que presencia sobornos por parte de la empresa).

Efectos sobre la salud. Los ataques continuos del acosador a la víctima, no sólo tienen repercusión en la salud psíquica, sino que acaba repercutiendo también en la salud física. A continuación nombramos algunos de los problemas de salud que pueden acabar desarrollando las víctimas.

- Depresión. Provocada por una pérdida de seguridad y confianza en uno mismo, sentimientos de inutilidad e infravaloración. El acoso produce un deterioro de la autoestima y serios sentimientos de culpa.
- Trastornos psicósomáticos. Cefaleas, fatiga, insomnio.
- Descenso de la satisfacción laboral. Afectando al compromiso con la organización y al desempeño laboral.
- Trastornos conductuales. Tienden a auto marginarse perdiendo la confianza en los demás, por lo que no busca ayuda ni apoyo en sus compañeros, se vuelven hipersensibles, agresivos. También puede influir en las relaciones personales con la familia y amigos.
- Invalidez. Puede ser por una agravación de una enfermedad anterior o producida como consecuencia del mobbing.
- Muerte. Puede ser derivada de la depresión grave que sufre el acosado o derivada de accidentes, ya que en estas personas es más favorable el riesgo de sufrirlos.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad no existen suficientes medios en España para darle solución a este problema. De hecho, el término “mobbing” no aparece ni en la Ley de prevención de Riesgos Laborales, ni el Estatuto de los Trabajadores lo recoge en términos específicos. Por lo que habría que establecer una normativa acerca de este problema que va en aumento, y poder perseguir de forma penal estas prácticas.

Por todo ello, lo recomendable en estos casos sería pedir apoyo psicológico para intentar restablecer la salud deteriorada e intentar acudir a los tribunales para acabar con este problema y también reponer los daños sufridos.

6 Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (BOE 10.11.95).
- RDL 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores (BOE 29.3.95).
- Leymann H. El contenido y el desarrollo del mobbing en el trabajo.
- Minaya Lozano G. El mobbing. Una realidad laboral.
- Revista Redacción médica.
- López, M. A. y Vázquez, P. (2003). Mobbing. Como prevenir, identificar y solucionar el acoso psicológico en el trabajo. Madrid: Pirámide.
- Fuertes Rocañín, J.C. (2004). ¡Mobbing!. Acoso Laboral Psicoterrorismo en el trabajo. De los conceptos teóricos a la realidad práctica. Madrid: Arán.
- <https://riesgoslaborales.saludlaboral.org/portal-preventivo/riesgos-laborales>

Capítulo 688

SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE UN HOSPITAL O CENTRO MÉDICO

ANGELES BARREIRO MANASES

SONIA ANTUÑA IGLESIAS

MARÍA BELÉN ÁLVAREZ GARCÍA

1 Introducción

El síndrome de burnout o síndrome del quemado es un trastorno que se refiere a un estado de agotamiento emocional, físico y mental, que sufren las personas a causa del cansancio psíquico o del estrés, que aparece cuando se está en contacto directo con los usuarios. La sanidad es uno de los sectores ya que el personal sanitario y no sanitario tienen que enfrentarse a diario con el dolor y la enfermedad. En la actualidad afecta a un gran número de profesionales.

2 Objetivos

-Describir el síndrome de burnout en los profesionales sanitarios.

3 Metodología

Búsqueda obtenida en la base de datos de los buscadores: PubMed y Scielo utilizando las palabras clave: paciente , estrés, personal, enfermedad, síndrome, an-

siedad. Y en la experiencia propia durante el desempeño de nuestro trabajo.

4 Resultados

Los objetivos a tratar de este gran problema son en primer lugar, reconocer la enfermedad y saber que se puede diagnosticar y tratar, diseñar programas para ayudar a los profesionales que la padecen. La importancia que tiene la investigación sobre el síndrome de burnout y sobretodo, la preocupación de los expertos de medicina laboral y salud pública por el aumento de casos ya que cada vez hay más personal en la sanidad que lo padecen, afectando a su vida laboral y personal. Estamos ante modalidad provocada por un agotamiento crónico ante una situación de estrés laboral prolongada en el tiempo, hay varias fases:

- Reacción de alarma: se crea un desequilibrio entre recursos y demandas de empleo.

- Resistencia: el cuerpo se ajusta a situaciones de estrés.

- Agotamiento: la continúa tensión y la falta de soluciones lleva cambios de conducta haciendo que el personal sanitario y no sanitario tenga una actitud huidiza y defensiva.

Estas fases se pueden agrupar por categorías:

- Agotamiento o cansancio emocional.

- Despersonalización o deshumanización.

- Sentimientos de baja o falta de realización personal.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout es difícil de diagnosticar ya sus síntomas tardan en aparecer y suelen manifestarse progresivamente. Llegamos a la conclusión que el ámbito familiar y social puede verse afectado llegando incluso al abandono de la profesión, descenso de la calidad y los servicios prestados y por tanto pérdida del prestigio de los centros sanitarios.

6 Bibliografía

- A ceves, G.A (2006) S.B Archivos neurociencias 11,4,305-309

- RP Gil-Monte, Bernardo Moreno Jiménez- Una enfermedad laboral

- Ley General de Sanidad. La Ley 14/1986, 25 de Abril

Capítulo 689

PSICOLOGÍA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

CARMEN MAQUEDA VILLAREJO

ALMUDENA LUQUE HERNÁNDEZ

DIEGO PEÑARANDA PALOMINO

BEATRIZ LORETO RODRIGUEZ

RAFAEL LENDINES NAVAJAS

1 Introducción

La enfermedad cancerosa siempre ha ido acompañada de repercusiones psicológicas para el enfermo, sus familiares y acompañantes, por lo que les afecta en su calidad de vida y en sus relaciones sociales. Los factores psicológicos que afectan al individuo dependen del medio en el que se encuentren, así como de la naturaleza del enfermo, afectando de manera directa o indirecta, positiva o negativa a su cuadro psicológico.

Debido a la importancia de la mentalidad del enfermo de cáncer se ha desarrollado la psico-oncología. Es una rama de la psicología que se ocupa principalmente de mejorar la calidad de vida de los pacientes en el aspecto emocional, social y de las relaciones familiares y con el medio a lo largo del proceso de la enfermedad. Además estudia la influencia de los factores psicológicos en la aparición y evolución del cáncer, así como las reacciones psicológicas del enfermo, su familia y el personal asistencial.

2 Objetivos

- Estudiar la existencia y necesidad de contar con un psico-oncólogo dentro del equipo que atiende a todos los pacientes oncológicos y a sus familiares en todas las fases de la enfermedad.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la psicología en pacientes oncológicos y sus familiares utilizando las fuentes Pubmed y Web ofScience. Con la documentación obtenida se procede a la elaboración del proyecto de intervención informativa dirigido a los pacientes y familiares de pacientes que estén en situación de enfermedad cancerígena.

4 Resultados

A lo largo de la enfermedad, existen varias situaciones y vivencias. Dependiendo en la fase que se encuentre el paciente, la intervención del psico-oncólogo variará ofreciendo una mejor calidad de vida en la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos:

- Prevención: es una parte esencial en cada enfermedad. Desde el punto de vista de la psico-oncología, la salud de una persona es un estado que hay que proteger cuidadosamente pero también hay que aprender ciertas habilidades derivadas de ella. Por ello, el psicólogo proporciona al paciente dicho aprendizaje, tratando de resolver los problemas y facilitándole los recursos necesarios para convertirlo en un agente activo de su propia salud, haciéndole entender que la actitud que tenga frente a la enfermedad es muy importante durante todo el proceso y capacitarlo para que sea capaz de resolver ciertos problemas y prevenir la aparición de ellos.
- Diagnóstico: el paciente comienza a vivir con su enfermedad y con su diagnóstico. Se considera por ser un periodo de mucha incertidumbre y presenta emociones de ira, negación o culpa. Tanto el paciente como la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico intenso. La intervención del psico-oncólogo consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas y sociales y el paciente tiene que aprender a convivir con la enfermedad, siendo una situación complicada debido a:

La carga negativa que conlleva la palabra cáncer, ya que en nuestra sociedad sigue siendo un tema tabú y se relaciona con el dolor y la muerte.

El desconocimiento del diagnóstico. Una vez que el paciente es informado de la enfermedad pasa por una etapa de frustración, ansiedad y rabia ya que no sabe en que deparará esta nueva situación. Una vez superada la etapa se lucha contra la enfermedad. Una de las consecuencias más importantes de la preparación de los pacientes, es el aumento de enfermos que participan activamente en sus tratamientos, gozando de la oportunidad de exteriorizar todos sus miedos y ayudando a que se reduzca la ansiedad.

Cambios como consecuencia del cáncer. El diagnóstico de cáncer provoca un gran impacto emocional e incluso problemas psicosociales que pueden ir variando en el transcurso de la enfermedad. Los problemas sociales vienen determinados por el cambio en el ritmo de la vida, afectando a ámbitos laborales, familiares y sociales.

Las consecuencias más comunes son el estrés, tristeza, síntomas depresivos, ansiedad, reacciones hostiles y la culpabilidad.

- Tratamiento y rehabilitación: el enfermo de cáncer no es un enfermo incurable, cada vez son más frecuentes los pacientes que se curan o son capaces de alargar su vida. Se debe a los avances tecnológicos y médicos que facilitan el tratamiento de esta enfermedad. La terapia y rehabilitación se hacen necesarias para incorporar al paciente a una vida plena y satisfactoria e incrementar la calidad de vida y el índice de supervivencia. Cuanto mayor sea el positivismo de la actitud del paciente mayor será la colaboración en el proceso de curación y así aumentará y optimizará los resultados del tratamiento.

Una vez iniciado el tratamiento mediante la intervención quirúrgica, radioterapia y/o quimioterapia la calidad de vida del paciente puede depender de los efectos secundarios de los diversos tratamientos, del tipo de cáncer y de la evolución. Algunos de los efectos pueden ser las alteraciones corporales, disfunciones sexuales, fobia a los elementos o aparatos de los tratamientos, malestar, dolor, etc. En este momento el psico-oncólogo potencia estrategias de afrontamiento, desarrolla técnicas para el control de la ansiedad y prestara el apoyo emocional necesario para aceptar y superar la realidad del mejor modo posible, intentando evitar conductas negativas en las que pueda caer el paciente.

- Supervivencia: al principio vuelve la angustia y la amenaza de volver a presentar la enfermedad debido al seguimiento y controles médicos post-tratamiento. Junto al apoyo psicológico, se le ayuda al paciente a iniciar la adaptación familiar y la reincorporación a las actividades laborales y sociales con las secuelas que la enfermedad le haya podido generar. Se hará que el paciente disfrute de una relación afectiva estable que le dará seguridad, motivación y sentido a su lucha por superar las dificultades.

- Recidiva: sucede un estado de choque muy intenso, como en las primeras fases del diagnóstico de la enfermedad, ya que surgen los temores de la recaída. Los estados de los pacientes son de ansiedad y depresión. Lo importante en la intervención del psico-oncólogo es tratar los estados depresivos y trabajar la adaptación del nuevo estado de la enfermedad.

- Los cuidados paliativos: En muchos casos seguimos enfrentándonos al final, cuando las terapias ya han mostrado su ineficiencia, el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. Entonces solo queda disminuir el sufrimiento ya que son situaciones en las que se exige la máxima sensibilidad humana, pues se trata de hacer soportable la vida a enfermos terminales y de proporcionarles una muerte digna, serena y en paz. Las reacciones emocionales del enfermo y familiares son intensas, rabia, negación, aislamiento, miedo a la muerte.

El psico-oncólogo ofrece la mejor calidad de vida, ayuda a controlar el dolor, a afrontar la situación y ofrece apoyo emocional para reconducir las necesidades que puedan existir.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer es una enfermedad que puede desequilibrar estructuras familiares y profesionales. Se pueden apreciar pérdidas a nivel familiar, personal, profesional, alteraciones corporales, etc. y hace que sea necesaria una atención especializada que ayuden a los pacientes y acompañantes a afrontar los problemas y aceptarlos. Por ello es necesario el trabajo del psico-oncólogo y sus intervenciones en cualquier etapa de la enfermedad, para el manejo del paciente y familiares, debido a los grandes cambios que existen en el transcurso de la enfermedad. Todos los cambios influyen en la percepción que tienen los pacientes de la enfermedad y alteran la calidad de vida. Es necesario comprender cada cambio y adaptarse a la realidad para que no sean situaciones difíciles, ofreciendo un cuidado integral y efectivo.

6 Bibliografía

- Arranz, P.; Barbero, J.; Barreto, P.; Bayés, R. Cuidados paliativos, Barcelona, Ariel, 2003.
- Remor, E.; Arranz, P.; Ulla, S. "Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling", Aspectos transversales de la psicología hospitalaria, Madrid, Editorial Desclée de Brouwer, S. A., 2003.

- Patterson, J.T. The Dread Disease. Cancer and Modern American Culture. Boston: Harvard University Press.
- Protocolos del Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Capítulo 690

CARDIOPATÍA CONGÉNITA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

SAÚL FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

PABLO RODRÍGUEZ NEIRA

1 Introducción

La cardiopatía congénita es una malformación del corazón que se presenta desde el nacimiento, cuya etiología en más del 95% de los casos se desconoce. Se ha invocado la teoría multifactorial como causa principal y solo un pequeño grupo de casos se debe a alteraciones cromosómicas y/o alteraciones de los genes.

Es la segunda causa de muerte general y la primera en los niños antes de un año. Por otro lado la insuficiencia cardíaca es una condición en la cual el corazón no puede bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo. Con una aplicación de las medidas terapéuticas necesarias se mejoran las expectativas de vida.

2 Objetivos

- Conocer el papel del terapeuta ocupacional en la cardiopatía congénita

3 Metodología

Para la elaboración del capítulo se ha realizado una búsqueda de artículos científicos sobre la cardiopatía congénita, se utilizaron las bases de datos electrónicas

de los buscadores de Pubmed, Otseeker, Cochrane Library y Pedro.

4 Resultados

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Intervención en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):

- Bañarse/ ducharse: objetos situados cerca de la persona y a la altura de su cintura, el secado debe realizarse por partes corporales, con descansos, sin prisas y en sedestación.
- Higiene personal: apoyar miembro superior en una superficie para disminuir esfuerzo, movimientos lentos, sin prisa.
- Vestido y calzado: en sedestación, tener la ropa preparada y evitar que sea ajustada, realizar descansos.
- Movilidad funcional: utilizar técnicas de disminución de la fatiga, caminar sin prisas, pasos equivalentes al tiempo que dura la espiración y detenerse antes de presentar fatiga.
- Alimentación: debe realizarse en sedestación, con descansos, comer despacio, alimentos situados a la altura de la cintura, control de líquidos y peso.

Intervención en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD):

- Colegio: introducir los libros uno en uno en la mochila y que esta sea de ruedas, enseñar técnicas de relajación por si el niño se pone nervioso, en el recreo proponer a sus compañeros juegos en sedestación, descansos cuando el niño lo necesite, en educación física: calentamiento, toma de líquidos y descanso.
- Juego: debe ser consciente del gasto energético que le puede proporcionar cualquier juego.
- Tareas del hogar: una organización y división de las tareas le proporcionará un menor gasto energético. Utilizar adaptaciones.

Descanso y sueño: implica que el usuario obtenga el sueño y descanso restaurador que apoye la participación activa en otras tareas de ocupación.

Es muy importante a tener en cuenta la higiene postural, ya que mantener una postura adecuada implica un menor gasto energético y una menor carga en el corazón del niño.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que en la insuficiencia cardíaca, el terapeuta ocupacional desempeña una labor fundamental:

- Entrevista con el niño y familiares principales. Obtener información sobre el estado del niño y sus principales dificultades.
- Observación del niño en su propio entorno, para conocer sus dificultades.
- Valoración del niño mediante actividades y escalas estandarizadas. Establecer objetivos y proceder a la intervención.

6 Bibliografía

- Madrigal G. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. Costa rica, Editorial: Universidad de Costa Rica; 2003.p.61.
- Chorro Gascó FJ, Llopis Llombart R, López Merino V. Insuficiencia cardíaca; concepto, epidemiología y etiopatogenia. En: Quintás Alonso G/ Simón M/ Chorro FJ. Cardiología clínica. Universitat Valencia. Valencia: PUV; 2007.p. 299-323.
- MedlinePlus, Heart Failure. US: nlm.nih.gov
- Lorenzi CM, Cilione C, Rizzardi R, Furino V, Bellantone T, Lugli D, et al. Occupational therapy and pulmonary rehabilitation of disabled COPD patients. Respiration 2004;71:246-51
- Coll R, Vila M. Técnicas de ahorro de energía. En: Pleguezuelos E, Miranda G, Gómez A, Capellas L., editores. Rehabilitación integral en el paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Buenos Aires.Panamericana Editorial Médica; 2008.p.165-73.
- Escuela de Pacientes, Insuficiencia cardíaca. Andalucía: easp.es – [actualizada el 27 de noviembre de 2013; acceso 29 de noviembre del 2013].

Capítulo 691

ENTORNO Y ACCESIBILIDAD DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

SAÚL FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

PABLO RODRÍGUEZ NEIRA

1 Introducción

En el proceso de cualquier patología, desde terapia ocupacional se debe realizar una intervención integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos, cognitivos y psicológicos, que se influyen a su vez por factores externos donde se engloba el entorno. No se deben ignorar las variables ambientales claves para una buena funcionalidad.

La discapacidad en la persona produce un aumento de la dependencia. En relación a este concepto, se encuentran en situación de dependencia aquellas personas que por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria.

2 Objetivos

Conocer las principales líneas de intervención del terapeuta ocupacional en el entorno domiciliario de los pacientes.

3 Metodología

Para la búsqueda de artículos se utilizaron las bases de datos electrónica de los buscadores de Pubmed, Otseeker, Cochrane Library y Pedro.

4 Resultados

Debido al impacto la sintomatología es fundamental la adaptación y/o modificación del hogar. Una buena intervención en el entorno puede disminuir la dependencia de los usuarios. El marco rehabilitador de terapia ocupacional propone el uso de medidas de compensación para paliar aquellos déficits que no pueden ser recuperados, esto incluye, la utilización de órtesis, ayudas técnicas para la vida diaria o adaptaciones y modificaciones en el hogar y en el entorno.

Cuando se interviene directamente sobre la persona, se pretende evitar situaciones de peligro. Los programas de prevención de caídas son útiles para prevenir lesiones en la persona según avance la enfermedad y acontezcan cambios físicos y cognitivos que aumentan el riesgo de que los usuarios tengan accidentes. Facilitar la realización de actividades, mediante una organización correcta de la casa del usuario de acuerdo a su capacidad física y cognitiva y a sus propios gustos o intereses. La persona debe sentirse segura y cómoda en su hogar, esto aumentará su calidad de vida. Se debe tener en cuenta a la hora de adaptar y modificar el entorno las capacidades residuales de la persona. Reforzar los logros conseguidos para fomentar la autoestima y la sensación de control de la persona. Por último, proporcionar ventajas al cuidador, intentando disminuir la carga de éste.

Como objetivos para la actuación sobre el entorno se plantean:

- Proporcionar un espacio suficiente para facilitar las transferencias y los giros.
- Organizar el espacio para optimizar la realización de tareas en el entorno.
- Eliminar barreras que disminuyan la movilidad o puedan provocar accidentes.
- Colocar los muebles a una altura funcional.
- Facilitar la accesibilidad al domicilio. Para realizar una correcta valoración del entorno se debe comenzar por una visita al domicilio del usuario. El propósito de la visita domiciliaria es evaluar el nivel de independencia funcional como de la seguridad que tiene el paciente en su hogar, para después proporcionarle recomendaciones acerca de la accesibilidad, seguridad y modificaciones del hogar.

La valoración domiciliaria se puede dividir en dos aspectos, en primer lugar, la observación de las ocupaciones, y en segundo lugar, el análisis de la ejecución de

las mismas. La principal forma de valoración es la observación del desempeño de las actividades de la vida diaria en su entorno natural. Esto nos proporciona información objetiva y verídica de la funcionalidad del usuario.

Para una correcta valoración del entorno, primeramente se debe realizar una planificación de la observación, en la que se anotará los datos que se pretenden recoger, la hora a la que se realizará la valoración, posición de inicio de la actividad y cuándo termina la actividad, los elementos que utilizará en la actividad, etc.

Se pueden utilizar, a su vez, otros elementos de valoración además de la observación, como por ejemplo, autorregistros del usuario sobre los elementos que dificultan su independencia en su entorno o bien, entrevistas con familiares, ya que estos pueden aportar también, información específica y relevante sobre el paciente. Posteriormente, la observación ambiental conlleva detectar y registrar los elementos orgánicos e inorgánicos del entorno físico. (muebles, obstáculos, plantas, construcciones, suelo, etc).

Desde la AOTA, se valoran todas las áreas de ocupación. Tanto la valoración, como las recomendaciones adecuadas sobre las distintas adaptaciones del entorno el terapeuta debe justificar a los familiares y al paciente el porqué de su valoración y de las adaptaciones recomendadas. Es necesario que el profesional enseñe a la persona a ser lo más independiente posible dentro de sus limitaciones y aclarar las restricciones que puede sufrir el paciente con un entorno desadaptado.

Además se les debe proporcionar información detallada acerca de los aspectos económicos de las modificaciones y/o modificaciones así como los servicios o profesionales que pueden proporcionarlas. Una vez fijados los objetivos de la intervención del entorno por ambas partes, se realizan las adaptaciones para posteriormente volver a evaluar el desempeño de la persona en su nuevo entorno adaptado. Esto determinará si los cambios producidos en el entorno de la persona, satisfacen sus necesidades, suprimen riesgos o los reducen y si quedan necesidades sin cubrir.

Según Sánchez BL, Alegre AJ y Sánchez-Herrera PB, un estudio Realizado en España acerca de los problemas de las personas discapacitadas en silla de ruedas, realizado por el Instituto de Biomecánica de Valencia, los problemas más habituales de accesibilidad en las viviendas son los baños no adaptados y la existencia de escaleras. En relación con los problemas relacionados con el edificio destacan,

según frecuencia, la falta de rampas, la inexistencia de ascensor, la existencia de escalones para acceder al mismo y la imposibilidad de utilizarlo por no ser suficientemente ancho o profundo.

Para llevar a cabo las adaptaciones, se debe tener en cuenta, por un lado, el tipo de actividades que el sujeto podría desempeñar y las actividades en los que tuvieran que asistirle la familia o cuidadores, por otro lado, como deberían ser las condiciones físicas de los elementos que rodean al desempeño y por último, las características propias de la enfermedad.

Como carácter general y válido para todas las etapas de la enfermedad, se debería tener en cuenta que:

- El espacio de giro que debe poseer cualquier pasillo de la vivienda no debe ser menor de 1,50m.
- La anchura de los pasillos debe tener 90 cm como mínimo.
- Tiene que tener espacio libre de obstáculos físicos y móviles y de tenerlos, retirarlos en la medida de lo posible.
- Las esquinas de los muebles deberán ser redondeadas para evitar los golpes en caso de caída.
- En cuanto a las puertas, se deben evitar las puertas giratorias, las más adecuadas son las correderas siempre y cuando cumplan la anchura mínima para el paso de la silla de ruedas.
- Debido a la baja tolerancia a la fatiga y a la debilidad muscular se debe tener en cuenta que los pómulos de las puertas no deben ofrecer demasiada resistencia. El tipo de pómulo tanto en las puertas como en los armarios y las ventanas, se modificará según el usuario teniendo en cuenta las premisas anteriores y las pérdidas sensitivas y limitación de los movimientos activos.
- Las ventanas del domicilio deberán tener la altura suficiente con que el usuario sea capaz de ver el exterior, si se mantiene en bipedestación una altura de 1,60 cm puede ser suficiente, si por el contrario se encuentra en silla de ruedas la altura deberá de ser de 1,20 cm como mínimo.
- Las persianas lo ideal es que sean automáticas así se reduciría el gasto de energía por parte del usuario en la manipulación.
- Los interruptores deberán ser abundantes y estar en lugares estratégicos, además se debe tener en cuenta la altura de colocación de los mismos.
- La iluminación de la casa debería ser regulable, así se adaptaría la intensidad de la iluminación a las necesidades de cada momento y del usuario.
- Debido a los déficit visuales frecuentes en la patología y a la posible desorientación es importante que todo tenga siempre la misma disposición en el espacio.

- Los suelos deben ser lisos y antideslizantes sin elementos que sobresalgan.
- Se debe tener en cuenta que la seguridad del usuario es fundamental, por ello se podrían tomar medidas como: instalación de vitrocerámicas con apagado automático, detectores de gas y humos, cocinas de gas lejos de ventanas, que los cables no entorpezcan el paso y las alfombras fijadas al suelo y no móviles.
- Teniendo en cuenta que el calor acentúa la sintomatología el entorno debería mantenerse a una temperatura estable.

5 Discusión-Conclusión

En el proceso de cualquier patología, desde Terapia Ocupacional se debe realizar una intervención integral, teniendo en cuenta los aspectos físicos, cognitivos y psicológicos, que se influyen a su vez por factores externos donde se engloba el entorno. No se deben ignorar las variables ambientales claves para una buena funcionalidad.

La discapacidad en la persona produce un aumento de la dependencia. En relación a este concepto, se encuentran en situación de dependencia aquellas personas que por falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia para realizar las actividades de la vida diaria.

En conclusión, una intervención que no tenga en cuenta el entorno, podría disminuir la funcionalidad del usuario. No generalizar el trabajo al entorno natural del sujeto podría ocasionar el fracaso del tratamiento y producir un mayor nivel de dependencia en el usuario. En la prescripción de las adaptaciones se debe tener en cuenta el nivel económico de la familia para poder costear estas modificaciones.

6 Bibliografía

1. Sánchez CA, Arana-Echevarría MJL. El entorno en la persona con Esclerosis Múltiple: estrategias para favorecer la accesibilidad. En Máximo BN. Neurorrehabilitación en la Esclerosis Múltiple. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2007. P. 275-299.
2. Polonio LB. Marcos de referencia y modelos aplicados frecuentemente a la disfunción física. En: Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Madrid: Editorial médica Panamericana;

3. Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Moral R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2ad Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com.
4. Ana Torredemer Marcet. Esclerosis Múltiple España.
5. Ávila AA. Tratamiento de las actividades de la vida diaria en población con enfermedades neurodegenerativas. En Moruno MP, Romero ADM. Actividades de la vida diaria. Barcelona: Masson S.A.; 2006. p. 331-348.
6. Rosende Celeiro, I. D., & Santos-del-Riego, S. (2013). Influencia de la terapia ocupacional en la realización de adaptaciones en el hogar de las personas en situación de dependencia. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 2013(18).

Capítulo 692

RESIDUOS EN CENTROS SANITARIOS

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

NAIARA MARTIN LOPEZ

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

1 Introducción

La producción mundial de basura en las ciudades será el doble que la actual en 2025 y más del triple en 2100. Así lo señala un grupo de investigadores en la revista 'Nature', que afirman que es el contaminante ambiental más rápido en producirse. La directiva 2008/98/CE incorpora la obligación de establecer planes de prevención y gestión de residuos. La ley 22/2011 de 28 de julio de residuos y suelos contaminados en adelante ley de residuos establece que corresponde a las comunidades autónomas la elaboración de programas de prevención y gestión de residuos.

En el principado de Asturias estas políticas se han regido hasta el año 2010, por el plan básico de gestión de residuos en Asturias 2001-2010, a su finalización y con las importantes novedades incluidas en la directiva marco, se crea el PERPA actual plan estratégico de residuos del principado de Asturias con un horizonte que abarca desde el 2014 al 2024.

La Ley de residuos define “residuo”, como cualquier sustancia u objeto que su poseedor deseché o tenga la intención o la obligación de desechar.

Reciclar, según la RAE: Someter materiales usados o desperdicios a un proceso de transformación o aprovechamiento para que puedan ser nuevamente utilizados.

De acuerdo con la mencionada Ley, los centros sanitarios estarán obligados a:

1. Realizar el tratamiento de los residuos por sí mismos.
2. Encargar el tratamiento de sus residuos a un negociante, o a una entidad o empresa, debidamente registrados.
3. Entregar los residuos a una entidad pública o privada de recogida de residuos, para su tratamiento.

COGERSA, S.A.U. es la Compañía para la Gestión de los Residuos Sólidos en Asturias. COGERSA posee las autorizaciones administrativas necesarias para la gestión de residuos (excepto radiactivos y explosivos). Los servicios de COGERSA se rigen mediante un sistema integrado de gestión, certificado según los estándares internacionales ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001.

2 Objetivos

- Informar de los tipos de residuos existentes en un centro hospitalario en el principado de Asturias
- Conocer las diferentes estructuras de la administración que lo gestionan
- Resaltar las partes del proceso donde el personal puede ser determinante para su reciclado
- Informar de los riesgos, que conlleva su manipulación

3 Metodología

Se parte de la búsqueda de normativa , así como diferentes paginas web y bibliografía relativa al tema, incidiendo en términos como residuos, residuos sanitarios, clasificación, reciclaje, manipulación.

4 Resultados

Los residuos generados en los centros sanitarios se clasifican de la siguiente forma:

NO PELIGROSOS:

- Grupo I: Residuos generales asimilables a domésticos
- Grupo II: Residuos sanitarios asimilables a domésticos

PELIGROSOS: Grupo III: Residuos peligrosos SANITARIOS

- Grupo III A: Residuos Biológicos
- Grupo III B: Residuos de medicamentos citotóxicos y citostáticos
- Grupo III C: Residuos Químicos Grupo
- Grupo IV: Residuos peligrosos NO SANITARIOS

Quedan fuera del ámbito de aplicación de la mencionada Ley los residuos radiactivos, que pasan a formar el grupo V y que se encuentran regulados mediante normativa específica

RADIATIVOS:

- Grupo V: Residuos Radiactivos

Por gestión de residuos sanitarios, se entiende al conjunto de operaciones encaminadas a dar a los mismos el tratamiento más adecuado, en función de sus características. Comprende las operaciones de clasificación, minimización, manipulación, segregación, envasado, etiquetado, transporte y almacenamiento.

Bien, hasta este punto podemos ver las diferentes normativas que regulan todos los residuos que se generan durante nuestra actividad, pero dentro del trabajo llevado a cabo por la mayor parte del personal tanto sanitario, como el no sanitario, tras las diferentes labores realizadas se encuentran, las tareas de segregación, y manipulación de residuos no peligrosos, como trabajadores del SNS, y dentro de nuestras posibilidades, al igual que en nuestra vida diaria debemos de tener un compromiso social y ambiental, y aquí es donde todos deberíamos participar de forma ejemplarizante en la regla de las tres erres, ¿y esto que significa? Las tres erres (3R) es una regla para cuidar el medio ambiente, específicamente para reducir el volumen de residuos o basura generada. Son las siglas de reciclar, reutilizar y revalorizar.

SEGREGACIÓN

Es el punto de partida de todo el proceso. Es imprescindible la formación en la materia de todo el personal que esté vinculado al proceso de producción y/o gestión intracentro del residuo. En cada área de trabajo se han de determinar los criterios de segregación dependiendo de su actividad. La segregación de los residuos se realizará a partir de las definiciones establecidas en la clasificación

de residuos.

Grupo I residuos generales asimilables a domésticos: Son los residuos que se generan fuera de la actividad sanitaria y no precisan medidas especiales en su gestión.

Entre ellos se incluyen:

- Biorresiduos: residuos alimenticios y de cocina procedentes de restaurantes y de servicios de restauración colectiva, y residuos biodegradables de parques y jardines.
- Residuos procedentes de actividades administrativas.
- Residuos procedentes de actividades de limpieza y mantenimiento.
- Otros residuos municipales. Ejemplos de este tipo de residuos son: papel y cartón, vidrio, plásticos, aceites y grasas comestibles, ropa y tejidos, madera, metales, etc. Es necesaria una recogida selectiva de todos estos residuos al objeto de facilitar su reutilización, reciclado o valoración.

Para ello utilizamos los siguientes contenedores

- El contenedor azul :es el contenedor de papel y cartón. Aquí se deben depositar folios, cajas de cartón, revistas, periódicos, bolsas de papel, cajas de cartón, cartulinas. No tienen que ir al contenedor azul y son la celulosa (servilletas, pañuelos, papel higiénico o de cocina). Tampoco podemos depositar papel manchado con aceite o con restos orgánicos, ni encerados, plastificados o térmicos
- Contenedor amarillo: es el contenedor para envases de plástico, tetrabriks y latas. (botellas, bolsas, envases de plástico, como los de yogur, de mantequilla, de productos de limpieza, etc.), latas de bebidas y latas de conservas, bandejas de porexpan, papel de aluminio, film transparente, etc
- Contenedor blanco: En el contenedor de color blanco hay que depositar los envases de vidrio. Para evitar confusiones con los residuos del grupo 2
- Negro: Otros residuos municipales, es decir biorresiduos, Aquí se ponen los desechos NO RECICLABLES, es decir, cualquier residuo que no deba depositarse en los otros contenedores.

Grupo II: Residuos sanitarios asimilables a domésticos. Se entienden como tal los residuos que se producen como consecuencia de la actividad sanitaria asistencial y/o de investigación asociada, que no están incluidos entre los considerados como residuos sanitarios peligrosos (Grupo III). Estos residuos por tanto, es preciso gestionarlos de forma diferenciada al grupo I, han de prevenir posibles riesgos para los trabajadores y/o que se puedan destinar directamente a valoración energética, reciclado o eliminación, este tipo de residuos se han de depositar en el contenedor verde. En la manipulación de los residuos sanitarios se deben adoptar todas

las medidas necesarias para garantizar la protección tanto de los pacientes como de los trabajadores.

Uno de los mayores riesgos en la manipulación de los residuos se produce en su carga y descarga, así como en su transporte por el personal encargado de esa labor. Por ello, se deben tomar, entre otras, las siguientes precauciones:

- No sacar las bolsas de su soporte antes de cerrarlas.
- No se harán trasvases de residuos entre envases.
- No comprimir las bolsas de residuos con el pie o con la mano.
- Los envases, especialmente las bolsas de plástico, no deben arrastrarse por el suelo, sino que el carro deberá ser acercado lo máximo posible hasta el lugar de recogida.
- Cuando sean envases perforables (bolsas de plástico), el personal que manipule los envases deberá cogerlos por arriba y mantenerlos suspendidos alejados del cuerpo, a fin de evitar accidentes causados por residuos punzantes o cortantes mal envasados.
- El personal manipulador deberá usar guantes que impidan el contacto directo de la piel con los envases y que protejan de posibles accidentes traumáticos.

Actuación frente a accidentes: normas generales.

- Debe colocarse en un lugar bien visible para el personal de cada Servicio toda la información necesaria para la actuación en caso de accidente:
- Qué hacer (normas de actuación).
- A quién avisar: (números de teléfono: jefe del Servicio, Medicina Preventiva, Servicio de Prevención, Servicio de Mantenimiento, bomberos, emergencias, etc.)
- Direcciones y otros datos que puedan ser de interés.

5 Discusión-Conclusión

Dado el nivel de residuos, que se generan en un centro sanitario, es de vital importancia, que todos y cada uno de sus trabajadores, conozca las pautas básicas, para proceder a su reciclado, y así aportar nuestro grano de arena a un medioambiente cada vez mas diezmado

6 Bibliografía

- Guía para la gestión de residuos sanitarios en el principado de Asturias

- Intranet ministerio de salud, estrategia del plan de reciclaje 2016-2021 protocolo para la gestión de residuos del sescam.

Capítulo 693

HABILIDADES DE COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y FAMILIARES

MARÍA FE FERNÁNDEZ DÍAZ

DANIELA CRISTINA GOMEZ PRAVIA

LUIS FERMIN CUEVA TORRE

1 Introducción

La comunicación es una necesidad primaria en cualquier ámbito y ante cualquier comunidad dada nuestra necesidad de compartir nuestros pensamientos, sentimientos y nuestra sabiduría. Contar con habilidades para la comunicación nos abre muchas puertas con los pacientes, siendo uno de los puntos clave para llevar a cabo un abordaje integral con los pacientes. Establecer una buena comunicación nos ayudará a mejorar nuestra relación con el paciente, así como a que los cuidados sean de mayor calidad.

2 Objetivos

El objetivo de este trabajo ha sido analizar la importancia de la empatía y la escucha activa como habilidades sociales para la comunicación con el paciente mediante una revisión bibliográfica.

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. Se ha limitado la búsqueda a publicaciones desde el año 2000 hasta la actualidad con los descriptores: “comunicación y paciente” y “habilidades y comunicación paciente”.

4 Resultados

Algunas claves que nos van a ayudar a mejorar la relación con el paciente son:

- Cuidando lo que se transmite al paciente: físicamente, psicológicamente, verbalmente.
- Evitar la “altivez”.
- Evitar la “timidez”
- Escuchando y entendiendo al paciente
- Valorando al paciente en todas sus facetas: es una persona
- Muy importante: hay un entorno, familia, acompañante... dichas cuestiones hay que tenerlas en cuenta y ver cómo han influido, están influyendo o pueden influir en el proceso del paciente.
- Permitiendo y facilitando que el paciente exprese todo lo que desee
- Ofreciendo seguridad y perspectivas (reales)
- Favoreciendo conexión de ida y vuelta: “Pregúnteme sus dudas”, “Coménteme sobre el tratamiento”
- Cuidando la información conflictiva: o contar siempre lo mismo (diversos médicos) o a las mismas personas (diversos interlocutores)
- No perder nunca la pasión por su profesión.
- En los tiempos que corren con los avances tecnológicos no olvidarnos de la humanización de la medicina, somos personas y trabajamos para personas.
- Muy importante: es fundamental hacer consciente al paciente de que él es el responsable y el protagonista de su salud. El profesional es mero administrador y apoyo. Se debe tener en cuenta que hay sesgos importantes: hábitos, automedicación, informaciones erróneas...

Los resultados obtenidos indican que una de las habilidades más importantes

y difíciles en la comunicación es la escucha activa refiriéndose a la habilidad de escuchar no sólo lo que la persona está diciendo claramente, sino también los sentimientos, ideas o pensamientos que subyacen a lo que se está diciendo. Para que el proceso sea completo el profesional requiere de otra habilidad muy importante: la empatía, saber ponerse en el lugar de la otra persona para poder comprender el estado emocional del paciente. La comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es básica en la terapéutica del cuidado, de hecho, los expertos en salud tienen que vigilar muy de cerca las respuestas que dan a los cambios conversacionales que se producen en el proceso de atención sanitaria prestando especial cuidado a los aspectos del lenguaje tanto verbal como no verbal.

Las quejas presentadas por los pacientes a menudo no se centran en la falta de competencia clínica en sí, no considerándola menos importante, sino en la percepción de la falta de comunicación o de una incapacidad por parte del profesional sanitario para transmitir de forma adecuada una sensación de cuidado, y es que investigaciones realizadas indican que, para los pacientes, "la voluntad de escuchar y explicar" es uno de los atributos esenciales que debe poseer un profesional de la salud. La necesidad de incorporar habilidades de comunicación y competencia emocional en estos tiempos en que vivimos, en los que el derecho a la libertad de expresión y a la autonomía han crecido enormemente en nuestro país, se justifica, principalmente, por dos factores:

A) El paciente quiere una mayor implicación en las tomas de decisiones que tienen que ver con su proceso de salud/ enfermedad.

B) Se requieren nuevas formas de relación con el paciente, ganarse su confianza, adaptándose a las necesidades y códigos del paciente; de tal modo que es importante ser capaces de pasar de una relación de corte paternalista, vertical, a otra de tipo deliberativo en el que se pueda dar una comunicación clara, abierta y honesta.

Actualmente el énfasis en la calidad de la atención sanitaria ha puesto de manifiesto que además del aspecto científico-técnico es preciso atender al aspecto relacional y las habilidades de comunicación como la empatía y la escucha activa. La escucha activa consiste en atender a la totalidad del mensaje que se recibe, es decir, prestar atención no sólo a lo que se dice (el contenido) sino también al "cómo se dice", fijándose en los elementos no verbales y paraverbales, mirarle, dedicarle tiempo, hacerle ver que tenemos en cuenta sus opiniones.

Escuchar implica un proceso activo donde actúan nuestros sentidos, así como nuestra parte intelectual y afectiva. La escucha activa constituye uno de los

mejores recursos que podemos utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad de las mismas ya que resultemos un interlocutor agradable para los demás. Otra de las habilidades más destacadas para poder realizar una eficaz comunicación es la empatía. La empatía supone una de las habilidades para la comunicación con los pacientes y los familiares y ello se manifiesta mediante la comprensión empática, es decir, poder comprender y experimentar acontecimientos o pensamientos desde la posición del otro. El uso de la empatía para poder comprender el estado emocional del paciente y la familia y la enfermedad de este es esencial hoy en día en los profesionales de la salud.

5 Discusión-Conclusión

En base a los resultados obtenidos podemos concluir que tener habilidades como la empatía y la escucha activa y saber utilizarlas para mantener una buena comunicación con el paciente hacen que los cuidados sean de calidad. También podemos hacer referencia a que no todos los profesionales sanitarios tienen estas habilidades por lo que es muy importante el aprendizaje, mejora y mantenimiento de las mismas a lo largo del tiempo. Los profesionales de la salud debemos formarnos en los aspectos como los señalados, y no solo debemos adquirir conocimientos nuevos, estamos en la obligación de fomentarlos, acrecentarlos y, como no, reciclarlos en actualizaciones constantes. Sería necesario para el fortalecimiento de la profesión sanitaria que se siga investigando en este campo tan importantísimo de la comunicación interpersonal ya que ello supone el día a día de todo profesional sanitario, con lo que ha de estar superando jornada tras jornada durante su desempeño profesional.

6 Bibliografía

- <http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/2018/>
- <https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/consejos>
- <https://www.msdsalud.es/recursos-salud/guias-para-pacientes>

Capítulo 694

NUTRICIÓN SALUDABLE EN EL ÁMBITO LABORAL

NAIARA MARTIN LOPEZ

SECUNDINO CUERVO RODILES

EVA MARIA BERNARDO SUÁREZ

LEIRE HORNAS FERNANDEZ

ARANZAZU PRADA DIAZ

1 Introducción

La alimentación es uno de los factores que con mayor seguridad e importancia condicionan el desarrollo físico, la salud, el rendimiento y la productividad de las personas. La alimentación influye en el rendimiento físico e intelectual.

Una persona mal alimentada encontrará dificultades para mejorar su calidad de vida, puesto que la capacidad de trabajo, directamente proporcional a la alimentación, irá descendiendo cuando ésta es deficiente, y en lo que a trabajo físico se refiere puede llegar a disminuir hasta un 30% respecto al desarrollo normal. Una alimentación monótona, repetitiva o en la que faltan alimentos indispensables para nuestro cuerpo puede dar lugar a la aparición de determinados síntomas tanto físicos: cansancio excesivo y falta de reflejo; como psíquicos: falta de interés por las cosas e irritabilidad. A veces no nos damos cuenta de que no sólo el estrés, los problemas personales o la falta de sueño, influyen sobre nuestro bienestar, deberíamos preguntarnos si estamos alimentando adecuadamente

a nuestro cuerpo como para que éste funcione correctamente cada día. La buena alimentación es un factor determinante para mejorar la salud y lograr prevenir muchas enfermedades crónicas. Controlar la nutrición en el ámbito laboral contribuye a mantener y mejorar el rendimiento profesional. Además, el lugar habitual de trabajo constituye un emplazamiento lógico y adecuado para la formación en materia de alimentación.

En condiciones idóneas, la nutrición saludable es un auténtico remedio contra el estrés y la ansiedad creados en este entorno. Las pausas para comer son períodos de descanso y ayudan a fomentar los vínculos con compañeros de trabajo y liberar tensiones. Diversos estudios han constatado que las deficiencias nutricionales más habituales entre la población activa se deben a almorzar en su lugar de trabajo.

La falta de hierro, presente en carne, cereales y legumbres favorece los cuadros de anemia relacionados con falta de concentración y memoria. Los frutos secos, cacao o germen de trigo son ricos en magnesio; su déficit aumenta el riesgo de padecer insomnio o ansiedad. La vitamina B12, abundante en huevos o lácteos, y la B6 que se encuentra en carne y pescado azul, son fundamentales para el buen funcionamiento del sistema nervioso.

2 Objetivos

- Determinar cómo mejorar el rendimiento y el bienestar de los trabajadores que consumen dietas adecuadas a su situación personal.
- Generar una mayor motivación en los empleados, mejorando su capacidad física y mental a través de una ingesta equilibrada de alimentos.
- Promover hábitos de alimentación saludable.

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

Cada vez es mayor el compromiso empresarial en promover hábitos de alimentación saludables. Se efectúan inversiones en la calidad, seguridad y subvención de los alimentos, así como mejoras en cocinas y comedores. Es de obligado cumplimiento para el empresario, un adecuado mantenimiento que proporcione a los trabajadores niveles elevados de confort y comodidad. La clave para el menú diario es saber escoger y combinar las diferentes opciones.

Clasificaremos distintos tipos de trabajo del siguiente modo para ver cómo se puede realizar esta alimentación saludable:

- Trabajos sedentarios: englobaría aquellas actividades profesionales que condicionan la realización de dietas adaptadas a las condiciones de la persona y de su entorno, pero no un incremento extra de las calorías debido al bajo gasto calórico que conllevan este tipo de trabajos. Las personas que desempeñan este tipo de trabajos han de permanecer sentadas prácticamente todo el día.
- Trabajos de gran estrés físico o psíquico: en estos casos, si el estrés o desgaste es principalmente físico, la dieta debe contener cantidad suficiente de calorías como para compensar el gasto de energía que conlleva la actividad. Si el estrés es de tipo psíquico, las necesidades calóricas no son tan elevadas como en el caso anterior y lo verdaderamente importante es que la dieta contenga cantidad suficiente de todos aquellos nutrientes que se relacionan con un buen funcionamiento del sistema nervioso. Además de las personas en puestos de responsabilidad, empresarios y directivos de empresas, jefes de servicio o de grupo, gerentes, también está incluido el personal que trabaja en cadena ya que están sometidos a estrés por su trabajo monótono y repetitivo.
- Trabajos con horarios especiales: aquellas personas que trabajan en un ritmo de turnos o en franjas horarias especiales tienen que adaptar además su alimentación en función del horario laboral, para poder llevar a cabo una dieta adecuada. Es el caso de los trabajadores de la salud pública (enfermería, médicos, celadores), el personal de la industria química y siderúrgica o del sector de la alimentación con horarios continuos en la empresa que exigen turnos rotativos y nocturnos y/o camareros de bares nocturnos.
- Trabajos que exigen comer fuera de casa: muchas personas, debido a su actividad laboral, no pueden comer en casa y deben hacerlo en comedores de empresa o en servicios de restauración colectiva. En estos casos, conviene tener unos conocimientos básicos de alimentación, para poder escoger el menú más apropiado y saludable en cada caso.

Algunos factores clave que facilitan la alimentación saludable en el trabajo:

- Para los trabajadores que comen fuera de casa se realizará una elección adecuada de los alimentos y bebidas, ya que jugará un importante papel en el rendimiento laboral y en la salud.
 - Es primordial adecuar nuestra alimentación al tipo de trabajo que desarrollemos. El estrés psíquico y físico que genere, la actividad física y los horarios son factores a tener en cuenta.
 - Tener la posibilidad de hacer descansos para realizar pausas activas y/o consumir alimentos en un ambiente relajado nos ayudará a conseguir un rendimiento óptimo.
 - Es importante disponer de un espacio habilitado para comer, así como la inversión en pequeños electrodomésticos (microondas, nevera o cocina) que permitan la preparación y conservación de alimentos para una óptima seguridad alimentaria.
 - Es necesario tener acceso a alimentos y bebidas saludables (en máquinas expendedoras o en el comedor de la empresa).
- El mensaje principal es que unos alimentos de buena calidad consumidos con los compañeros en un entorno tranquilo ayuda a los trabajadores a rendir al máximo. Cuando los trabajadores están relajados y se han alimentado bien, son más productivos. Una nutrición inadecuada da lugar en las empresas de todo el mundo a unas pérdidas de productividad del 20%. Debemos adaptar nuestra alimentación a nuestra actividad, el horario de trabajo y la actividad cotidiana que realicemos, sin olvidar:
- Realizar al menos tres comidas principales y dos meriendas (media mañana, media tarde) para de esa manera evitar la hipoglucemia (disminuye el rendimiento y capacidad intelectuales).
 - Hacer cinco comidas al día evita el picoteo, el comer de forma incontrolada y exagerada, ocasionando con ello un aumento del peso corporal.
 - Aquellas personas que después de la comida/cena deban continuar con su jornada laboral, tendrán que realizar un buen desayuno o merienda para que, de esa forma el almuerzo o cena sean ligeros, con lo que se evitará la somnolencia que produce una comida copiosa y/o desequilibrada. Además, la digestión será más rápida, sin molestias gástricas.
 - Evitar comidas/cenas pesadas y grasosas, no consumir/reducir snacks, patatas fritas, bollería industrial, dulces y golosinas entre horas.
 - Reducir/no consumir bebidas estimulantes y/o azucaradas.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación en el trabajo debe ser considerada una inversión de futuro que disminuye otros costos para el trabajador y la empresa. Es preciso implementar las medidas necesarias que permitan a los trabajadores llevar a cabo una alimentación adecuada en el trabajo. Estos programas deben formar parte de las políticas de la empresa, mantenerse en el tiempo y ser evaluados para comprobar los resultados. Además, la satisfacción de los trabajadores será mayor si perciben una mayor preocupación por parte de los empresarios, aumentando su motivación y productividad en el trabajo.

6 Bibliografía

- Harris M. Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura. Ed. Alianza Editorial S.A. Madrid 1998.
- Benavides FG, Ruiz C. Salud laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Ed. Masson. Barcelona 1997.
- NTP 310: Trabajo nocturno y trabajo a turnos: alimentación. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Madrid. 2006.

Capítulo 695

ACOSO HORIZONTAL EN EL ENTORNO SANITARIO

MERITXELL DORADO GÁNDARA

JULIA MARÍA PRIETO VELASCO

NATALIA RUIZ RAMON

1 Introducción

En los últimos años el acoso laboral se ha convertido en un tema de debate cada vez más importante en los últimos años. Aunque es un fenómeno que viene de años atrás, a principios de los años ochenta es el momento en el que se comienza a investigar y a describir. De hecho Leymann en 1990 parece ser el primero en usar el término de “bulling” en el trabajo en un estudio de investigación que llevó a cabo en Suecia. El término es muy conocido y se define como la identificación de acciones hostiles de de asalto psicológico por parte de una o varias personas en el trabajo en contra de uno o varios compañeros, en España se introduce el término “mobbing” de varias formas, siendo las expresiones más comunes las de “acosos moral en el trabajo” o simplemente “acoso”. De todas formas tanto el vocablo de “bulling” y el de “mobbing” son utilizados indistintamente por los españoles.

El acoso en el trabajo puede provocar consecuencias de salud muy graves y en algunos casos provocar síntomas de estrés extremo, enfermedades psicosomáticas y físicas, insatisfacción laboral, absentismo, baja autoestima y muy bajo rendimiento en el trabajo. El “mobbing” en la Sanidad se describe normalmente en términos de “violencia horizontal”.

2 Objetivos

Terminar con este tipo de mobbing ya que la violencia horizontal se describe como un comportamiento que humilla, degrada o indica de alguna otra manera, falta de respeto por la dignidad y la valía de una persona. Esto se utiliza para explicar el acoso entre compañeros que están al mismo nivel dentro de la jerarquía de la organización y que, como resultado, aparece una baja autoestima personal y una identidad grupal patológica por el comportamiento de abuso directo hacia la otra persona. Las condiciones de trabajo en los que hay violencia entre pares siempre tiene un impacto negativo en el compromiso con la organización.

3 Metodología

Búsqueda bibliográfica en la base de datos de la Biblioteca Virtual GCSalud. Palabras clave: bullying, mobbing, acoso laboral y abuso de poder. Se escogieron 8 publicaciones en español: 1 guía clínica, 5 artículos de revista y un documento de sitio web.

4 Resultados

Para resolver este problema laboral y relacional se requiere una intervención organizacional a fin de capacitar a supervisores y mando intermedios en el trato a sus subordinados, donde no se abuse del poder como forma de expresar su liderazgo, y además estar alerta ante situaciones de acosos entre iguales estableciendo medidas estratégicas de prevención y contención de este tipo de violencia, revisando los canales de comunicación entre el personal para reducir los malos entendidos, explicitando los mensajes y haciéndolos más fluidos para evitar desacreditar un trabajo por causa de una falta de claridad en la orden.

5 Discusión-Conclusión

Para poder combatir el acoso laboral hay que trazar una línea de trabajo donde no haya abuso de poder estableciendo medidas de control para que no se den ese tipo de abusos y donde la comunicación no nos lleve a una confusión en el mensaje.

6 Bibliografía

- LEYMANN, H. (2009). El contenido y desarrollo del mobbing en el trabajo.
- FERNÁNDEZ, E. (2003), Igualdad y derechos humanos.
- PIÑUEL, I. (2002). La violencia psicológica en el trabajo.
- GONZÁLEZ TRIJUEQUE, et al. (2008), El acoso psicológico en el lugar de trabajo.

Capítulo 696

AGRESIONES A LOS EMPLEADOS DE LAS INSTITUCIONES SANITARIAS.

MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES

1 Introducción

La agresión tanto física como verbal a los profesionales de los centros sanitarios va en aumento y se da en todas las categorías de este colectivo de trabajadores que se encuentra indefenso y sin apenas recursos para afrontar este problema que esta originado por un conjunto de factores que deben abordarse para poder solucionarlo. Esta situación esta afectando a la relación entre los profesionales de las instituciones sanitarias y los pacientes, familiares y usuarios de ellas puesto que la confianza es menor a causa de las vejaciones, insultos y amenazas que son tan habituales en los últimos años.

Los largos tiempos de espera, la burocracia en momentos críticos de la salud de las personas, familiares irritados y asustados, el escaso tiempo que se tiene para cada paciente añadido a unos resultados inesperados o negativos en la salud son algunos de los factores que pueden dar lugar a estos episodios de violencia verbal o física en el ámbito sanitario hacia cualquier profesional del centro.

El ministerio de Defensa ha creado la figura del interlocutor policial territorial sanitario que mantiene en contacto las organizaciones profesionales sanitarias para detectar las necesidades y puntos negros susceptibles de desencadenar agresiones y así poder frenarlas dando asesoramiento a los centros.

La policía nacional realiza jornadas en las que forma a estos interlocutores para potenciar los conocimientos. Los cursos de formación en agresiones hacia sanitarios que empiezan a ser habituales en los centros sanitarios son muy bien acogidos

por los profesionales que sienten día a día una amenaza que merma su libertad a la hora de desarrollar su actividad laboral.

2 Objetivos

- Conseguir que las administraciones tomen conciencia para poder poner medidas a un problema real que crece con rapidez.
- Garantizar una atención personalizada a los profesionales que sufran violencia o amenazas.

3 Metodología

Consulta y búsqueda de documentación en los que se contrasta la información expuesta sobre la figura del interlocutor territorial sanitario y algunas de las causas que dan origen a las agresiones.

4 Bibliografía

1. www.redaccionmedica.com.
2. www.cgcom.es (consejo general de colegio oficial de médicos).
3. www.comeca.org (colegio ilustre de médicos de Cáceres).
4. www.actasanitaria.com.

Capítulo 697

LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO: LOS TRABAJADORES Y EL USUARIO.

MARIA DEL PILAR LOPEZ MIRANTES

1 Introducción

La importancia de las relaciones interpersonales entre los trabajadores de la sanidad y los usuarios es un aspecto elemental al que no se le presta la atención que merece. Una buena comunicación es la herramienta mas útil para un buen entendimiento entre ambas partes y una atención de calidad, a partir de ahí se desarrollara la actividad sanitaria con resultados óptimos.

Conocer las bases de la comunicación nos proporciona ofrecer confianza, transmitiendo un trato mas humano entre ambos interlocutores, ya que los profesionales están al lado de los usuarios en las instituciones sanitarias las 24 horas del día, los 365 días del año, condición indispensable para tener un dialogo correcto.

Hasta hace pocos años se pensaba que estas habilidades eran mas un arte que una ciencia, por lo que se creía que algunas personas disponían de un don natural con el que nacían pero no se contemplaba la posibilidad del aprendizaje en ello, ahora sabemos que esto no es cierto y que podemos aprender de estas habilidades independientemente de nuestra personalidad y forma de ser.

Tanto el profesional extrovertido como el tímido pueden mejorar sus técnicas de comunicación, dialogo y asertividad si se trabaja en ello.

Para evaluar y atender al usuario de los centros sanitarios en primer lugar dedicamos gran parte del tiempo en dialogar, hablando, escuchando y respondiendo a preguntas y así poder obtener la información necesaria para después prestar el servicio que se requiera adecuadamente.

2 Objetivos

Los objetivos van siempre encaminados a mejorar estas relaciones del usuario y trabajadores sanitarios, y para ello debemos comprender para poner en la práctica, algunos términos esenciales en la comunicación:

- Asertividad. Capacidad de expresar una opinión de manera firme, defendiéndola pero siempre respetando a los demás.
- Comunicación verbal. Proceso de comunicación oral basado en palabras, gestos..
- Comunicación no verbal. Proceso de comunicación en el que se envía y recibe un mensaje sin palabras.
- Escucha activa. Forma de comunicación que demuestra al hablante que el oyente ha entendido.
- Empatía. Capacidad para ponerse en el lugar de otro y percibir sus emociones y pensamientos.
- Aumentar la amabilidad, interés y simpatía, así como la comprensión del otro, resumiendo su exposición con tus propias palabras, acabando frases, etc.

3 Metodología

Se va a pasar un cuestionario a todos los trabajadores sanitarios sobre la comunicación con los pacientes, posteriormente durante dos meses con frecuencia de un día a la semana, se va a impartir una charla formativa sobre la adecuada atención comunicativa con el paciente para proporcionar una una mejora en la calidad de vida del paciente, satisfacer sus necesidades comunicativas para una atención holística con el paciente y su entorno familiar. Una vez desarrollada la formación, se establecerán medidas evaluadoras sobre la comunicación dentro de unos criterios de calidad establecidos previamente por el servicio sanitario.

4 Bibliografía

- www.aesme.org
- www.e-revistas-uc3m.es

- www.msdsalud.es
- www.codem.es

Capítulo 698

LA MEDIACIÓN EN DEPENDENCIA

PAULA GRANA GARCÍA

1 Introducción

En este trabajo se habla sobre la mediación en la dependencia. La dependencia es un estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria o, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Esta situación supone, para las personas dependientes y sus familias, una serie de retos y demandas que pueden tener como resultado algunos conflictos. Por lo que una parte de la intervención debe ir dirigida a la resolución de dichos conflictos, pudiendo ser la solución la aplicación de la mediación.

La mediación es una herramienta que en los últimos años cada vez tiene más peso en la sociedad española como alternativa en la resolución pacífica de conflictos, sobre todo destaca la mediación familiar.

Este trabajo comienza desarrollando qué es la mediación, las características y los principios que deben cumplir la mediación, además de identificar cuáles son sus ventajas y dificultades, así como el perfil de los mediadores. La segunda parte del trabajo profundiza sobre el tema del envejecimiento y la dependencia. También habla sobre el envejecimiento activo, estrategia para prevenir situaciones de dependencia en las personas mayores, siendo uno de sus objetivos el fomento de su participación.

Por último, se expondrá el proceso y los conflictos sobre los que aplicar la útil herramienta de la mediación.

2 Objetivos

- Dar a conocer la mediación como alternativa para la resolución de conflictos, así como su aplicación en el ámbito de la dependencia, donde surgen varios conflictos derivados de las necesidades que plantean las limitaciones a las que deben hacer frente las personas mayores dependientes.

3 Metodología

Para realizar este trabajo he realizado una revisión bibliográfica, consultando tanto fuentes primarias como secundarias.

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 Ley 5/2012 del 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles, define la mediación como: “aquel medio de solución de controversias, cualquiera que sea su denominación, en que dos o más partes intentan voluntariamente alcanzar por sí mismas un acuerdo con la intervención de un mediador”.

Mientras, la RAE define la mediación como “1.Acción y efecto de mediar. 2.Interceder, rogar por alguien. Interponerse entre dos o más que riñen o contienden, procurando reconciliarlos y unirlos en amistad”. Sin embargo, existen autores que entienden la mediación como una intervención profesional: la mediación se puede definir como “la intervención profesional de naturaleza interdisciplinar consistente en facilitar las condiciones en la percepción, comunicación e interrelación de las partes en conflicto, a fin de que ellas mismas logren alcanzar los acuerdos necesarios para resolverlo.(...)El objetivo básico de esta intervención

consiste en transformar una dinámica de confrontación en una dinámica de colaboración, logrando que las partes implicadas trabajen juntas en la solución de su problema” (Martín, 2011, pg. 89).

Otros autores entienden la mediación como “una técnica en que dos partes o más involucradas en un conflicto, después de ensayar diferentes posibilidades, concluyen que no pueden resolverlo solas y deciden pedir a una tercera que les ayude en su proceso.” (Caireta, 2008, pg. 15).

Es muy importante que las partes involucradas creen y participen en el proceso, ya que sino éste fracasará. “Para ello las partes deben conocer bien los mecanismos de transformación de conflictos. Dicho de otra forma, las partes deben haber desarrollado habilidades y estrategias de transformación no violenta de conflictos que les permita entender bien la mediación e introducirse en ella con una actitud y capacidades concretas”. (Caireta, 2008, pg. 16).

La mediación no se puede utilizar como método de resolución de todos los conflictos, sino que estos deben de cumplir una serie de requisitos:

“a) Al menos dos partes implicadas, ya sean personas físicas, jurídicas o colectivos. b) Que tengan capacidad para participar en la mediación. c) Que tengan voluntad de resolver el conflicto en este concreto ámbito de resolución.”

(Martín, 2011, pg. 90).

Principios de la mediación.

Todos los autores coinciden en que la mediación se debe regir por una serie de principios. De Tommaso (1997) considera los siguientes:

- Voluntariedad: las partes toman la decisión de si empezar con la mediación e incluso, pueden abandonarlo en el momento que estimen oportuno. Además, pueden aceptar o no las pautas establecidas por el mediador.
- Carácter personalísimo: las partes asistirán personalmente.
- Imparcialidad: el mediador nunca impondrá acuerdos ni defenderá intereses de parte.
- Neutralidad: el mediador no tomará partido por ninguno de los participantes.
- Profesionalidad: el mediador deberá estar en posesión de título oficial universitario o de formación profesional superior y contar con una formación específica para ejercer la mediación.
- Confidencialidad: salvo que las partes determinen lo contrario, debe regir el principio de confidencialidad durante todo el proceso y una vez finalizado él mismo.

También es importante que los mediados sigan una serie de principios, como así lo estipula la Ley 5/2012 del 6 de julio de mediación en asuntos civiles y mercantiles: “las partes sujetas a mediación actuarán entre sí conforme a los principios de lealtad, buena fe y respeto mutuo”.

2.1.3 Ámbitos de la mediación

Son muchos los ámbitos en los que se puede aplicar la mediación, entre los cuales Six (1997) destaca: la mediación familiar, mediación en empresas, mediación en salud, mediación en justicia y mediación escolar.

- Mediación Familiar: según la Ley 3/2007, de 23 de marzo, de mediación familiar se define como un procedimiento extrajudicial y voluntario que persigue solucionar los conflictos que surgen entre personas con relaciones de afectividad o consanguinidad hasta el cuarto grado, entre personas que sean pareja de hecho, entre personas que posean la tutela o el acogimiento familiar con los familiares de los tutelados o acogidos y entre personas con obligación de alimentos entre parientes.
- Mediación en Empresas: según el Consejo General del Poder Judicial, a través de su página web la mediación mercantil permite a las empresas resolver los conflictos internos o los existentes con otros organismos por vías no letiginosas.
- Mediación en Salud: según la Fundación Mediara (Fundación de Mediación Andaluza), la mediación sanitaria es un método para resolver los conflictos que pueden surgir entre profesionales, entre éstos y los usuarios o entre los usuarios y la propia institución.
- Mediación en Justicia: el Consejo General del Poder Judicial, a través de su página web, entiende la mediación penal como un proceso de diálogo que se establece entre la víctima y el infractor, con el objetivo de resolver el conflicto derivado del delito.
- Mediación escolar: mediación que se aplica en los centros educativos para resolver los conflictos que en éstos se puedan producir: entre alumnado, entre alumnos y profesores...

También se puede hablar de mediación comunitaria, mediación penitenciaria, mediación intercultural, mediación vecinal, entre otros muchos.

Ventajas y dificultades de la mediación.

La mediación cuenta con ventajas y dificultades. Primero trataremos lo positivo de este proceso:

- Según De Tommaso (1997) y Suares (1999), a través de la mediación se consigue que todas las partes sean “ganadoras”, ya que el acuerdo al que se llega debe ser

satisfactorio para todos.

- Estos autores también destacan que todas las partes implicadas participan en la elaboración de dicho acuerdo por lo que su duración será a largo plazo y aumenta el protagonismo de las partes.
- Para ellos, no todas las mediaciones son iguales ya que es un procedimiento muy flexible, abierto a todo tipo de posibilidades.
- “Se produce una transferencia de aprendizaje: al solucionar un conflicto uno adquiere la capacidad de solucionar otros semejantes, debido al proceso de aprendizaje vivido en la anterior experiencia.” (De Tommaso, 1997, pg. 24).

Por otro lado, Martín (2011) también señala otra serie de puntos fuertes respecto de la mediación:

- Es “una intervención interdisciplinar, por lo que permite un tratamiento de los conflictos más completo y eficaz”. (Martín, 2011, pg. 90).
- Se trata de un proceso corto en el tiempo debido a su “alcance concreto y preciso” (ibid).
- “Resulta especialmente eficaz en aquellos conflictos en los que sus protagonistas habrán de seguir manteniendo relación entre sí” (Ibid).

En cuanto a las dificultades de la mediación, esta autora (2011) destaca las siguientes:

- La falta de conocimiento respecto al concepto de la mediación.
- “La confusión simplista que es objeto con otras intervenciones profesionales” (Martín, 2011, pg. 88), es decir, en algunas profesiones se pueden ejercer en determinadas situaciones un rol de mediador, sin embargo la Mediación tiene su propias características.

Según De Tommaso (1997), otra de las dificultades de la mediación es que los grupos más desfavorecidos socialmente no suelen salir tan beneficiados en los acuerdos que se logran a través de la mediación, al no existir una relación de igualdad, como es el caso por ejemplo de las mujeres.

Modelos de la mediación

Existen tres modelos de mediación, que a continuación se describirán basándonos en las ideas de De Tommaso (1997) y Suares (1999):

1. El Modelo Tradicional-Lineal.

En este modelo el mediador simplemente actúa facilitando la comunicación; ya

que mientras uno expone, el otro escucha, es decir, se trata de una comunicación lineal. Este modelo está centrado en el acuerdo sin tener en cuenta las relaciones existentes entre las partes, por lo que no se consigue modificar las interacciones entre ellos, sino más bien lo que se hace es que las partes dejen de hacer lo que estaban haciendo que ocasionó ese desacuerdo, la causa del conflicto.

El método de este modelo es la aireación del conflicto, es decir, es importante comenzar expresando el conflicto así como todas las emociones, para evitar que surjan durante el transcurso de la mediación.

“Lo esencial es llegar a acuerdos y se trabaja con el enfoque de la “resolución de problemas”, que fundamentalmente consiste en separar las personas de los problemas, pasar de las posiciones a intereses y evaluar las distintas alternativas” (Martín, 2011, pg. 90).

2. El Modelo Transformativo (opuesto al Modelo Tradicional).

“El objetivo de la intervención se centra en desarrollar el potencial de cambio de las personas mediante la comunicación y las relaciones interpersonales de las partes y no incluye necesariamente el logro de acuerdos” (Martín, 2011, pg. 91). “Se busca que reconozcan el coprotagonismo del otro como parte del conflicto.” (De Tommaso, 1997, pg. 27).

3. Modelo Circular-Narrativo.

Para este modelo el origen del conflicto es “una causalidad de tipo circular que permanentemente se retroalimenta” (De Tommaso, 1997, pg. 27). Según De Tommaso (1997), lo que pretende este modelo es dar lugar a una reflexión, ver el problema desde otro ángulo construyendo una historia alternativa y cambiando el significado de la propia mediante la comunicación y la interacción de las partes y lograr un acuerdo, que, aunque es esencial, no debe ser el fin último.

Mediadores.

Según la Ley 5/2012 del 6 de julio de Mediación en asuntos civiles y mercantiles pueden ejercer como mediadores: “las personas naturales que se hallen en pleno ejercicio de sus derechos civiles, siempre que no se lo impida la legislación a la que puedan estar sometidos en el ejercicio de su profesión. Las personas jurídicas que se dediquen a la mediación, sean sociedades profesionales o cualquier otra prevista por el ordenamiento jurídico, deberán designar para su ejercicio a una persona natural que reúna los requisitos previstos en esta Ley.”

Sin embargo, en la Ley 3/2007 del 23 de marzo de Mediación Familiar se concreta más el perfil de los mediadores, ya que se deben tratar de personas con titulación universitaria en Psicología, Derecho, Pedagogía, Educación Social o Trabajo Social. Además deben de contar con formación específica sobre este tema y estar registrado en el Registro de Mediadores Familiares de Asturias.

Según De Tommaso (1997), el mediador debe ser capaz de lograr un plan integrador que sea satisfactorio para ambas partes en conflicto. Además, el mediador debe ser “un profesional imparcial y neutral que, con la oportuna capacitación, facilita la comunicación y negociación entre las partes mediante un procedimiento diseñado al efecto” (Martín, 2011, pg. 89).

Según Martín (2011), los mediadores precisan de una cualificación tanto en sus aptitudes y conocimientos del método y de las técnicas como de las actitudes necesarias para favorecer la comunicación.

Esta autora también señala que para algunos, los mediadores deben limitarse a dirigir el procedimiento y dejar las decisiones del contenido a las partes. Mientras que para otros, el mediador debe trabajar con las partes en la solución de fondo para llegar a una solución justa, sin que ello le reste imparcialidad y neutralidad. Es función del mediador guiar a las partes a una situación de equilibrio.

El proceso de la mediación.

La mediación es un proceso debidamente pautado. Según Caireta (2008): las fases del proceso serían las siguientes:

- Entrada.

En primer lugar, se lleva a cabo una reunión informativa en la que se explicará a las partes las normas del proceso, además de dejar claro el objetivo de la mediación. En este primer encuentro es también importante recoger todos los datos posibles sobre el conflicto.

- Cuéntame.

En la siguiente fase, cada una de las partes dispondrán del tiempo que necesiten para expresar lo que piensa sobre el conflicto y cuáles son sus sentimientos respecto a él. Esto permite que ambas partes se escuchen la una a la otra y así favorecer la empatía. Por lo que, según indican Mas y Torrego (2014), se deben utilizar técnicas como la escucha activa y la expresión asertiva.

- Ubicarnos.

A continuación se trata de definir cuáles son las necesidades, que no las posturas, que ambas partes sienten que están perdiendo o que están padeciendo a causa del conflicto. Como indica Mas y Torrego (2014), durante esta etapa es muy im-

portante utilizar técnicas como la clarificación, contraste de posiciones, intentar saber con qué elementos están dispuestos a negociar, conseguir que se muestren empáticos una parte implicada con la otra y exponer las necesidades comunes.

- Arreglar.

Una vez conocidas las necesidades, es necesario entrar a buscar respuestas a las mismas. Esto llevará al acuerdo, el cual debe satisfacer las necesidades y los intereses de ambas partes.

- Verificación y evaluación de los acuerdos a los que se llegan durante el proceso de mediación.

Mediación y conflicto.

Al término conflicto son muchas las definiciones que se le pueden dar. Por ejemplo:

Suares (1999) define el conflicto como un proceso complejo que se da entre dos o más partes y el cual es construido por las interacciones existentes entre dichas partes.

Otra manera de entender el conflicto es como “la contraposición de necesidades antagónicas entre dos o más partes” (Caireta, 2008, pg. 16).

Según Caireta (2008), una vez que se detecta el conflicto, lo primero que hay que hacer es administrar a las personas aptitudes y herramientas necesarias para enfrentar el conflicto. Momento en el que las partes se encuentran en dos extremos totalmente opuestos defendiendo sus intereses. Una vez que se comienza con el análisis y la negociación del conflicto, se puede producir una crisis, es decir, las tensiones y la comunicación son intensas y las acusaciones comienzan a ser mutuas. Es el momento de comenzar con la mediación para acercar posturas y mejorar la comunicación entre las partes (Figura N°2.1).

Artículo de CAIRETA, M. (2008): “La mediación: ¿una herramienta o un fin?”, pg. 17

En el caso de la mediación, se da respuesta a los conflictos interpersonales. Es importante destacar que en la mediación lo bueno o lo malo no es el conflicto en sí, sino la manera en la que se afronta y el proceso que se inicia para solucionarlo. Por lo tanto, desde la mediación se trabaja el conflicto de una manera positiva, es decir, “debemos ver el vaso medio lleno y encontrarle la parte positiva: el conflicto (transformación de forma no violenta) conlleva crecimiento personal y social” (Caireta, 2008, pg. 17).

Mediación y trabajo social.

Rodríguez (2013) señala diversas coincidencias entre el trabajo social y la mediación. Tanto el trabajo social como la mediación intervienen en los conflictos interpersonales desde una perspectiva positiva, es decir, interpretando el conflicto como una oportunidad de cambio y ambos persiguen el bienestar de las personas mediante el apoyo que les pueden brindar como profesionales a través del tratamiento de sus conflictos interpersonales en los mismos contextos de intervención. Tanto la mediación como el trabajo social se basan en el principio de la individuación, es decir, las personas implicadas son las protagonistas de la intervención y se deben respetar sus decisiones. Intervienen con una visión de futuro.

El hecho de que persigan el mismo objetivo no puede llevar a confusión, ya que mientras que el Trabajo Social busca conseguir el bienestar de las personas, en la mediación dicho bienestar es una consecuencia del procedimiento, es decir, se trata de un efecto colateral, según indica Martín (2011).

Según señala esta autora, basándose en el Estatuto de la Profesión de Diplomados en Trabajo Social del 29 de septiembre de 2001, varias son las funciones que deben desempeñar los y las trabajadores sociales: a) Función Preventiva b) Función de Atención Directa c) Función de Planificación d) Función Docente e) Función de Promoción e Inserción Social f) Función de Supervisión g) Función de evaluación h) Función gerencial i) Función de investigación j) Función de coordinación k) Función Mediación

Según Martín (2011), los trabajadores sociales desarrollan esta función mediadora desde dos perspectivas:

- Como intermediarios entre las organizaciones e instituciones y los usuarios que recurren a sus servicios.
- Como técnica para resolver las diferentes situaciones problemáticas que presentan dichos usuarios.

MEDIACIÓN EN LA DEPENDENCIA.

Conceptos claves.

Una de las características de la estructura de la población española es el envejecimiento del envejecimiento, es decir, el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores de 80 años. Según los últimos datos, obtenidos por el Protocolo Sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores, Asturias es una de las Comunidades Autónomas que sufre el fenómeno anteriormente mencionado. Cuenta con 78 municipios haciendo un total de 1.034.960 habitantes, de los cuales el 24'8% son

personas mayores, es decir, habitantes de 65 y más años.

También se puede destacar que, en 2011 cuando la población era de 1.075.877 habitantes, 240.258 eran personas mayores de las cuales el 25´4% eran mujeres y el 19´1% hombres. Esto quiere decir que las mujeres eran y serán mayoritarias dentro de este grupo de población.

Envejecer es un proceso de cambio en el que la persona afectada tiene que adaptarse y desarrollarse a nivel personal y social. En muchos casos, este proceso está relacionado directamente con la dependencia. Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la dependencia es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

La situación de dependencia se clasifica en los siguientes grados:

- Grado I (Dependencia moderada): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD (actividades básicas de la vida diaria), al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
 - Grado II (Dependencia severa): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
 - Grado III (Gran Dependencia): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- Según los datos públicos en la web de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias obtenidos de un informe elaborado por ObservASS (Observatorio Asturiano de Servicios Sociales), en 2017, 18.398 personas de 65 y más años tienen un grado de dependencia reconocido, de los cuales 13.716 son mujeres y 4.682 son hombres.

Tabla Nº 2.1: Población con grado de dependencia reconocido según sexo y nivel de grado en Asturias

GRADO TOTAL MUJERES HOMBRES

GRADO I 6.770 4.982 1.788

GRADO II 6.346 4.741 1.605

GRADO III 5.282 3.993 1.289

Fuente: Elaboración propia basándose en el Informe elaborado por ObservASS (Observatorio Asturiano de Servicios Sociales).

En estos casos no sólo las personas mayores pueden sufrir una dependencia sino que la familia también puede verse afectada, ya que ambos deben adaptarse a los cambios que se están produciendo tanto en la vida como en el ámbito afectivo, conductual y económico.

El 47'4% de la población asturiana de 65 y más años viven solas frente al 52'6% que conviven en pareja, convirtiéndose esta última en su principal cuidador. Según los datos obtenidos del Protocolo Sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores, sólo el 1'2% de las mujeres son cuidadas por sus parejas mientras que el 11'5% de los hombres son cuidados por sus parejas.

Respecto a las personas que viven solas, el 48'8% de las mujeres se cuidan a sí mismas, mientras que un 23% de los hombres lo hacen.

Las personas mayores conforman una categoría social cuya vida gira, esencialmente, alrededor de la familia no solo en el plano material, sino también en el simbólico. Esta elevada focalización de la vida dentro del círculo familiar está soportada por un intenso intercambio de prestaciones. Las personas mayores no solo han tenido una elevada dedicación a su cónyuge y descendiente en anteriores etapas de su vida, sino que siguen manteniéndola actualmente, no sólo realizando tareas de cuidado y asistencia a otros familiares sino también prestando apoyo material.

En contrapartida, cuando las personas mayores precisan ayuda, fundamentalmente por problemas de dependencia funcional, la familia se convierte en el recurso decisivo de manera generalizada. En Asturias son familiares en exclusiva quienes atienden a los mayores con dependencia funcional o están presentes, es decir, la ayuda familiar se complementa con la de cuidadores profesionales. En muchos casos este rol es ejercido por las hijas o las nueras. La familia y el hogar, siendo centrales en cualquier caso, lo son más en las zonas rurales y, sobre todo, más entre las mujeres que entre los hombres. Así, la vida diaria de las mujeres mayores queda mucho más circunscrita al hogar que la de los hombres.

En Asturias se ha elaborado una Estrategia de Envejecimiento Activo para el

periodo 2018-2021 para favorecer el envejecimiento activo de las personas mayores, que recoge una serie de objetivos y principios. En cuanto a los principios, son cinco los que subyacen en la Estrategia: independencia, autorrealización, dignidad, atención y participación.

Cuatro son los ejes estratégicos que favorecen el envejecimiento activo del Principado de Asturias: Gobernanza, Envejecer bien, Sociedad accesible, inclusiva y amigable y Modelo de desarrollo vinculado a las personas mayores.

Uno de los objetivos específicos del principio de Gobernanza es la participación de las personas mayores, que puede aplicarse en el proceso de mediación.

Necesidades y conflictos.

Las personas están en situación de dependencia cuando necesitan asistencia para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Estas actividades se dividen en físicas, instrumentales y de movilidad. Las necesidades más demandadas por los mayores dependientes son:

- Funcionales: problemas físicos que desembocan en carencias de movilidad que impiden a la persona ser autónoma y requieren la ayuda de terceros para las ABVD y las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).
- Psicológicas: necesidad de recibir apoyo psicológico que le facilite una mayor autonomía moral a través del respeto de sus decisiones, de su intimidad y de su personalidad, para evitar estados depresivos o similares.
- Funcionales: problemas físicos que desembocan en carencias de movilidad que impiden a la persona ser autónoma y requieren la ayuda de terceros para las ABVD y las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).
- Psicológicas: necesidad de recibir un apoyo psicológico que le facilite una mayor autonomía moral a través del respeto de sus decisiones, de su intimidad y de su personalidad, para evitar estados depresivos o similares.
- Médicas: revisiones frecuentes de salud y control en la administración de los fármacos.
- Sociales: evitar la exclusión social promoviendo su integración.
- Económicas: prestaciones y ayudas para cubrir las necesidades anteriormente explicadas

Todas estas necesidades pueden tener como consecuencia una serie de conflictos:

Conflictos al tomar decisiones sobre el tratamiento a seguir.

Conflictos al tomar decisiones sobre la hospitalización o la atención a domicilio.

Conflictos de comunicación entre la persona dependiente y su familia.

Conflictos de comunicación entre la persona dependiente y los profesionales.

Mala práctica profesional.

Mediación en Centros Residenciales.

Según lo mencionado en el apartado anterior, las personas mayores dependientes pueden tener conflictos con sus familiares y con los profesionales con los que se relacionan, pero también con otras personas mayores dependientes. Por lo tanto, en el caso de los Centros Residenciales, se establece un programa de mediación que involucra a todos los agentes activos.

La aplicación de este programa de mediación tiene como resultado una serie de beneficios:

- Hacer que las personas mayores sean capaces de gestionar y hacer frente a sus problemas, así como ser capaces de expresar sus opiniones.
- Hacer visible la importancia de la participación de las personas mayores para la evolución de la sociedad.
- Prevenir el conflicto de una manera positiva para el bienestar de los mayores.
- Hacer ver el conflicto de una manera positiva, como una oportunidad para aprender y crecer personalmente.
- Mejorar las relaciones de las personas mayores tanto con sus familiares como los profesionales con los que se relacionan en su día a día.

5 Discusión-Conclusión

El Trabajo Social y la Mediación mantienen una estrecha relación, la cual es establecida por la Ley 3/2007 de 23 de marzo de Mediación Familiar de Asturias, al considerar el Título Universitario en Trabajo Social como uno de los requisitos para poder ejercer el papel de mediador, además de otras profesiones como Derecho, Psicología, Pedagogía o Educación Social. Además dentro de las funciones llevadas a cabo por los profesionales del Trabajo Social en su actividad profesional están incluidas funciones de mediación.

La mediación escolar es una herramienta útil para la resolución pacífica de conflictos, ya que a través de esta técnica las partes implicadas expresan sus sentimientos y emociones, desarrollando así la empatía, la escucha activa..., es decir, llegan a desarrollar una forma de comunicación asertiva, cualidad que sirve para cualquier ámbito de nuestra vida, tanto en el ámbito familiar, comunitario.

Otro de los aspectos que convierten la mediación en una herramienta útil, es visualizar el conflicto como un elemento positivo, como una posibilidad de cambio. La mediación también favorece la cooperación entre los diferentes miembros que

conforman la comunidad residencial, ya que se establece una red bien interrelacionada. Aunque, también es cierto, que algunos de los obstáculos con los que se pueden encontrar estos Programas de Mediación a la hora de su puesta en marcha son: la escasa formación de los profesionales respecto a aspectos relacionados con la mediación y los escasos recursos. La mediación no está del todo consolidada en la sociedad.

6 Bibliografía

1. CAIRETA SAMPERE, M. (2008): “La mediación: ¿una herramienta o un fin?” Documentación Social, 148, 13-24.
2. Consejo General del Poder Judicial: http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder_Judicial [Consultado el 1-3-2017]. DE TOMMASO, A. (1997): Mediación y Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio.
3. Fundación Mediara (Fundación de Mediación Andaluza).
4. Instituto Nacional de Estadística (INE).
5. Ley 3/2007, de 23 de marzo, de mediación familiar de Asturias (B.O.E. nº 170, de 17 de julio).
6. Ley 5/2012 del 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles (B.O.E. nº. 162, de 7 de julio).
7. MARTIN MUÑOZ, A. (2011): “Mediación en conflictos versus mediación en Trabajo Social”. TSnova, 87-94.
8. RODRIGUEZ GARCIA, C. (2013): “El trabajo social y la mediación: bases para la incorporación de la actuación mediadora en el código deontológico de los trabajadores sociales.” Revista Servicios Sociales y Política Social, 101, 83-105.
9. SIX, J.F. (1997): Dinámica de la mediación. Argentina: Paidós.
10. Sociedad Asturiana de Estudios Económicos e Industriales (SADEI).
11. SUARES, M. (1999): Mediación. Conducción de disputas, comunicación y técnicas. Argentina: Paidós.

Capítulo 699

EL MALTRATO EN LA TERCERA EDAD.

PAULA GRANA GARCÍA

1 Introducción

Una de las características de la estructura de la población española es el envejecimiento del envejecimiento, es decir, el aumento de la esperanza de vida de las personas mayores de 80 años. Según los últimos datos, obtenidos por el Protocolo Sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores, Asturias es una de las Comunidades Autónomas que sufre el fenómeno anteriormente mencionado. Cuenta con 78 municipios haciendo un total de 1.034.960 habitantes, de los cuales el 24'8% son personas mayores, es decir, habitantes de 65 y más años.

También se puede destacar que, en 2011 cuando la población era de 1.075.877 habitantes, 240.258 eran personas mayores de las cuales el 25'4% eran mujeres y el 19'1% hombres. Esto quiere decir que las mujeres eran y serán mayoritarias dentro de este grupo de población.

Envejecer es un proceso de cambio en el que la persona afectada tiene que adaptarse y desarrollarse a nivel personal y social. En muchos casos, este proceso está relacionado directamente con la dependencia. Según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la dependencia es “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas

o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

La situación de dependencia se clasifica en los siguientes grados:

- Grado I (Dependencia moderada): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD (actividades básicas de la vida diaria), al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
 - Grado II (Dependencia severa): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
 - Grado III (Gran Dependencia): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- Según los datos públicos en la web de la Consejería de Servicios y Derechos Sociales del Principado de Asturias obtenidos de un informe elaborado por ObservASS (Observatorio Asturiano de Servicios Sociales), en 2017, 18.398 personas de 65 y más años tienen un grado de dependencia reconocido, de los cuales 13.716 son mujeres y 4.682 son hombres.

Tabla Nº 1.1: Población con grado de dependencia reconocido según sexo y nivel de grado en Asturias

GRADO TOTAL MUJERES HOMBRES

GRADO I 6.770 4.982 1.788

GRADO II 6.346 4.741 1.605

GRADO III 5.282 3.993 1.289

Fuente: Elaboración propia basándose en el Informe elaborado por ObservASS (Observatorio Asturiano de Servicios Sociales)

En estos casos no sólo las personas mayores pueden sufrir una dependencia sino que la familia también puede verse afectada, ya que ambos deben adaptarse a los cambios que se están produciendo tanto en la vida como en el ámbito afectivo, conductual y económico.

El 47´4% de la población asturiana de 65 y más años viven solas frente al 52´6% que conviven en pareja, convirtiéndose esta última en su principal cuidador. Según los datos obtenidos del Protocolo Sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores,

sólo el 1'2% de las mujeres son cuidadas por sus parejas mientras que el 11'5% de los hombres son cuidados por sus parejas.

Respecto a las personas que viven solas, el 48'8% de las mujeres se cuidan a sí mismas, mientras que un 23% de los hombres lo hacen. Es muy importante el papel de la familia extensa ya que, también, ejercen el rol de cuidador. En muchos casos este rol es ejercido por las hijas o las nueras.

NECESIDADES Y RECURSOS

Las personas están en situación de dependencia cuando necesitan asistencia para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Estas actividades se dividen en físicas, instrumentales y de movilidad. Las necesidades más demandadas por los mayores dependientes son:

- Funcionales: problemas físicos que desembocan en carencias de movilidad que impiden a la persona ser autónoma y requieren la ayuda de terceros para las ABVD y las AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria).
- Psicológicas: necesidad de recibir un apoyo psicológico que le facilite una mayor autonomía moral a través del respeto de sus decisiones, de su intimidad y de su personalidad, para evitar estados depresivos o similares.
- Médicas: revisiones frecuentes de salud y control en la administración de los fármacos.
- Sociales: evitar la exclusión social promoviendo su integración.
- Económicas: prestaciones y ayudas para cubrir las necesidades anteriormente explicadas

Para hacer frente a estas necesidades la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas dependientes, establecen un catálogo de servicios y prestaciones económicas.

En cuanto a las prestaciones económicas se encuentran las vinculadas al servicio, las de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales y las de asistencia personal. Respecto a los servicios, se ofrecen servicios de prevención de situaciones de dependencia y promoción de la autonomía personal, servicios de teleasistencia, los servicios de ayuda a domicilio, los centros de día y de noche y servicio de atención residencial. También son muy importantes los Centros Sociales de Personas Mayores.

De los recursos utilizados por las personas que viven en su domicilio se encuentra el sistema de teleasistencia, recurso que facilita la permanencia de la persona mayor en su domicilio mediante el uso de tecnologías con apoyo de medios per-

sonales ante situaciones de emergencia, soledad, aislamiento... Este recurso es utilizado por 8.208 personas mayores, de las cuales 6.914 son mujeres y 1.294 hombres.

Este recurso es complementario a la ayuda a domicilio. Actuaciones que, también, permiten la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual, satisfaciendo las necesidades de la vida diaria, sobre todo las relacionadas con su atención personal y su atención domésticas. El total de usuarios de este recurso son 10.337 siendo 8.020 mujeres y 2.317 hombres.

El servicio de atención residencial, según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, ofrece servicios continuados de carácter personal y sanitario desde un enfoque biopsicosocial. Estos servicios se prestan en centros residenciales de forma temporal (estancias de convalecencia, vacaciones, descanso de cuidadores no profesionales...) o permanente.

En Asturias, según los datos obtenidos de ObservASS, hay un total de 246 centros residenciales en 2017, reuniendo 15.025 plazas autorizadas. Los usuarios ese año son 6.490 de los cuales 4.387 son mujeres y 2.103 hombres. También existen centros residenciales privados que cuentan con 9.395 plazas autorizadas.

Otro de los recursos son los centros de día y de noche. Estos centros ofrecen una atención integral durante el periodo diurno o nocturno con el objetivo de mejorar o mantener el nivel de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores, sobre todo respecto a las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, habilitación o atención asistencial y personal. En Asturias hay 91 centros con 2.341 plazas autorizadas. Los usuarios en el año 2017 son 1815 de los cuales 1356 son mujeres y 459 hombres. De estos recursos también hay centros privados con 785 plazas autorizadas.

Los Centros Sociales de Personas Mayores son recursos gerontológicos abiertos a la comunidad que se dirigen a promover el envejecimiento activo, favoreciendo el desarrollo personal, la convivencia y la participación social. Se trabajan diversas áreas como la promoción de la salud, la integración en la comunidad y el ocio, la cultura y educación. En Asturias en total hay 38 centros sociales en 2017, según el ObservASS.

Cada vez es más común que en muchos de estos recursos se produzcan situaciones de maltrato hacia las personas mayores, fenómeno del que apenas se habla y se tiene información.

2 Objetivos

Con este trabajo se pretende dar a conocer el maltrato en la tercera edad, fenómeno desconocido del que cuenta con poca información y del que se han realizado escasas investigaciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica, consultando tanto fuentes primarias como secundarias.

4 Resultados

2. EL FENÓMENO DEL MALTRATO

2.1 INTRODUCCION

En términos generales se define el maltrato como el daño que se produce en las personas por cualquier acción u omisión. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología lo define como “situaciones de extrema vulneración de los derechos del individuo, y con frecuencia en términos de agresión física o sumo abandono, que atenta contra la integridad de una persona mayor totalmente dependiente, esto es, con demencia o inmovilizada”.

Existen varios tipos de maltrato:

- Físico: cualquier acción no accidental que provoque daño físico o enfermedad o le coloque en grave riesgo de padecerlo.
- Psicológico: hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción por parte de las personas responsables del cuidado (rechazar, aislar, ignorar, aterrorizar)
- Sexuales: contacto o interacción sexual, intentado o consumado, no consentido o con personas incapaces para dar el consentimiento.
- Financieros: utilización no autorizada de fondos, propiedades o recursos de la persona mayor.
- Negligencia y abandono: aquella situación en la que las necesidades físicas básicas de la persona mayor no son atendidas temporal o permanentemente por parte de las personas responsables del cuidado.

Entre 2008 y 2016 se han intervenido en casos de maltrato de las siguientes tipologías:

- Malos tratos realizados por hijos y cónyuges (62%)
- Abusos sexuales de terceras personas (4'7%)
- Abusos económicos por parte de personas cuidadoras y familiares (33'3%)

La violencia de género es un importante tipo de maltrato que reciben las mujeres, incluidas las de más de 65 años. Muchas son las normas del ordenamiento jurídico que proporcionan a las víctimas una serie de derechos, además de garantizar su ejercicio. La Constitución Española en su artículo 9 garantiza que los poderes públicos promoverán condiciones de igualdad y libertad para que toda la población participe en la vida política, económica, cultural y social. En el artículo 10 se establece el respeto a la dignidad de las personas como un fundamento del orden político y de la paz social. Además, los artículos 15 y 43 les conceden una serie de derechos como el derecho a la salud y el derecho a la vida y a la integridad física y moral. El artículo 49 garantiza que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los discapacitados físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán para el disfrute de sus derechos.

El artículo 50 establece que los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a la población de la tercera edad. Además de promover un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio. El Código Penal establece una tabla de delitos relacionados con el maltrato o abuso. Además existen otra serie de normativas como la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia, la Ley de Protección Integral contra la violencia de género y la Ley de Enjuiciamiento civil sobre la capacidad de las personas.

2.2 FACTORES DE RIESGO

Son tres los ámbitos en los que se pueden detectar maltrato y en los que se pueden encontrar todo tipo de factores de riesgo (características que presentan tanto las personas como los contextos que pueden acentuar los riesgos de la situación de maltrato):

1. Ámbito social-comunitario

Se refiere a elementos relacionados con el entorno social que puede influir en la dignidad de la persona mayor. En éste ámbito nos encontramos factores de riesgo como el aislamiento que llegan a sentir este sector de la población, ya porque es impuesto por la comunidad o por sí mismo. Este aislamiento es conse-

cuencia del deterioro físico o mental que experimentan estas personas. Además sus contactos sociales comienzan a disminuir por varias razones, ya sea por jubilación, muerte de familiares o amigos o por la falta de movilidad. Este aislamiento tiene repercusiones en la salud tanto física como mental de las personas mayores. Puede llevar a una depresión, lo que provoca un sufrimiento tanto para la persona mayor como para la familia. Este aislamiento, también, convierte a nuestros mayores en víctimas más fáciles, más susceptibles de abuso e, incluso, estafas.

2. Ámbito relacional-domiciliario

Elementos presentes en el entorno convivencial con otras personas con las que tenga o no relaciones de parentesco. Se pueden ser detectados por los servicios sociales o en los servicios médicos tanto de nivel primario como en el hospital. Estos factores de riesgo están relacionados con diversos aspectos, es decir, están relacionados con la persona que sufre el maltrato, con la persona que ejerce el maltrato o el contexto en el que se produce. Respecto a la persona que sufre el maltrato son factores de riesgo el género de la víctima, la edad, el nivel educativo, la salud, los sentimientos de soledad... Cuando hablamos de la persona que realiza el maltrato uno de los factores de riesgo que aparecen es el síndrome del cuidador quemado. Este síndrome supone una sobrecarga del cuidador, contextualizado en el cuidado de enfermos, personas dependientes o mayores que están a su cargo. Tiene como consecuencia el cansancio del cuidador, lo que le lleva a no realizar un adecuado cuidado. Este síndrome transcurre por diferentes etapas: una de negación, otra de necesidad de información, una de reorganización y por último, una de resolución. Con el contexto nos referimos a la relación que mantiene la persona mayor y la persona que ejerce el maltrato, por ejemplo la existencia de conflictos familiares. También hace referencia al aislamiento social que experimenta la víctima o la ausencia de ayudas formales e informales.

3. Ámbito institucional

Este ámbito hace referencia a los establecimientos prestadores de servicios y recursos, ya sean privados o públicos. En este ámbito el maltrato puede tener su origen en la persona mayor, en los profesionales o en la propia institución. En muchos casos se debe a la falta de formación por parte de los profesionales o la precariedad laboral, además de su carácter, como por ejemplo poca empatía y asertividad, alto nivel de frustración.

3. INTERVENCION EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL

3.1 PROTOCOLOS

Desde el ámbito institucional son muchos los protocolos a llevar a cabo ante situa-

ciones de malos tratos a personas de la tercera edad, dependiendo de quienes reciban dicha denuncia: Servicios de Inspección y Acreditación de Centros de Servicios Sociales, la Dirección del Centro, Programa o Servicio, Letrado del Anciano u otros agentes sociales (como personal socio sanitario).

El paso principal que se ha de dar para proceder a la intervención es la detección de la posible situación. Esta detección puede venir de la propia persona mayor, de su familia o tutor, trabajadores de la propia institución o de otros servicios.

A. Servicios de Inspección y Acreditación de Centros de Servicios Sociales

Una vez que los Servicios de Inspección y Acreditación de Centros de Servicios Sociales son conocedores de la posible situación, se procede a realizar un análisis o valoración del objeto de inspección. Si procede oportuno se realizará la recogida de la información a través de entrevistas, revisión de documentación y registros del centro. Dichos registros se realizarán siempre en presencia del titular o responsable de la institución, levantándose acta de los hechos y entregándose una copia a la entidad inspeccionada. En caso de ser veraz la situación de maltrato a la persona mayor se realiza un informe propuesta a fiscalía, además de notificar a la autoridad judicial, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado o al órgano administrativo competente.

B. Dirección del Centro, Programa o Servicio

La primera actuación en este caso será valorar el riesgo de la situación, si se considera necesario se impondrán medidas de seguridad que serán provisionales. Pasamos a la recogida de la información a través de entrevistas tanto a la posible víctima, a los testigos conocedores de la posible situación de maltrato y al presunto responsable. En caso de confirmarse la sospecha, la intervención debe realizarse teniendo en cuenta la gravedad de la situación y la predisposición de la persona mayor para la intervención. En caso de presentar riesgo inmediato se informará a superiores como Consejería de Servicios Sociales, Gerencia del ERA... y al Servicio de Inspección y Acreditación para llevar a cabo la denuncia ante fiscalía. Las medidas inmediatas de protección a adoptar son de apoyo y acompañamiento y correctivas en la institución. Se realizará un seguimiento semanal, registrando cualquier incidencia que se pudiera producir. En caso contrario, será el propio Centro en llevar a cabo la intervención a través de medidas correctores, preventivas y de seguridad, realizando un seguimiento mensual.

C. Letrado del Anciano

En este caso, si la denuncia se sustenta en sospechas, el Letrado del Anciano informará a los Servicios de Inspección y Acreditación de Centros de Servicios

Sociales. Si, por el contrario se sustenta en pruebas, informará al Ministerio Fiscal además de al Servicio de Inspección, tomando las medidas pertinentes para la seguridad de la persona mayor.

D. Otros Agentes Sociales

Se realizará una recogida de información procedente de diferentes fuentes: antecedentes que hubiera en su servicio, contacto con otros agentes sociales y entrevistas a la persona mayor, a quien hubiera realizado la denuncia y a los profesionales de la institución. En caso de corroborarse la posible situación de maltrato se informará a los Servicios de Inspección y Acreditación de Centros de Servicios Sociales, al Ministerio Fiscal y a la Dirección del Centro. Si por el contrario se mantiene la sospecha, se informará a los Servicios de Inspección y Acreditación de Centros de Servicios Sociales para que lleven a cabo las medidas que se consideren necesarias.

3.2 MEDIDAS

Desde el ámbito institucional son muchas las medidas que se pueden llevar a cabo para la prevención de estas posibles situaciones y la protección de las personas mayores:

- Programas de ocio y tiempo libre para las personas de la tercera edad
- Programas destinados a proporcionar apoyo a las familias y fomentar su participación en el centro: grupos de autoayuda, asociaciones de familiares... Podemos hacer mención especial al Programa Paciente Activo de Asturias cuyo objetivo es proporcionar información y formación tanto a las personas mayores como a sus familiares, para así evitar sentimientos como la frustración, tristeza, dolor...que pueden ser factores de riesgo. En estos talleres se tratan temas como el uso adecuado de los medicamentos, la importancia del ejercicio físico y una alimentación adecuada, el desarrollo de un pensamiento positivo...
- Programas que fomenten las relaciones intergeneracionales: voluntariado juvenil, actividades con centros escolares...
- Programas de formación para los profesionales de la institución

5 Discusión-Conclusión

El maltrato en la tercera edad es un fenómeno que a día de hoy es bastante desconocido, bien por interés o bien por desinformación, para la población en general, aunque cada día van apareciendo nuevos casos, sobre todo en instituciones prestadoras de servicios, en los medios de comunicación. Este desconocimiento trae consigo la necesidad de desarrollar una serie de herramientas útiles para

afrontar dicha situación. Sería necesario evitar estas situaciones a través de un trabajo coordinado entre los Servicios Sociales y los recursos sanitarios, además del sistema judicial. Además de proporcionar formación tanto a los profesionales de las instituciones (formación jurídica, talleres, sensibilización, información sobre protocolos...) como a los familiares encargados del cuidado de las personas mayores para así evitar el tan temido síndrome del cuidador quemado, factor de riesgo que puede acarrear o tener como consecuencia una situación de maltrato.

Un tipo de trabajo que se puede realizar con las familias en su participación y colaboración con la institución prestadora de servicios a través de grupos de autoayuda, asociación de familiares que puedan poner en conocimiento o denunciar ciertas situaciones e incluso, talleres formativos sobre el cuidado que deben ejercer sobre sus mayores. También es muy importante incorporar en la prevención de estas situaciones otros agentes sociales, además de sensibilizar a la población en general. Esta sensibilización se debe de comenzar a implantar desde bien pequeños, por lo que son muy importantes los encuentros intergeneracionales.

6 Bibliografía

- ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA ANCIANOS DE ASTURIAS: “Código Ético para facilitar el papel de los familiares de residentes en Centros del Organismo Autónomo Establecimientos Residenciales para Ancianos de Asturias”.
- GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2009): “Guía de Buenas Prácticas en Centros de Día de personas mayores en situación de dependencia II Parte: Buenas Prácticas en Centros de Día de personas mayores en situación de dependencia”.
- GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2009): “Guía de Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia II Parte: Buenas Prácticas en Residencias de personas mayores en situación de dependencia”.
- GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2006): “Los Centros Sociales de Personas Mayores como espacios para la promoción del envejecimiento activo y la participación social”.
- GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2018): “Protocolo Sociosanitario para la promoción del buen trato y la detección e intervención ante el maltrato a personas mayores”.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (B.O.E nº 299 de 15 de diciembre de 2006)
- Observatorio Asturiano de Servicios Sociales. Disponible en <https://observass.com> [Consultado el 5-3-2019]

Capítulo 700

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN EL QUIRÓFANO.

LUIS MANUEL PANDO SÁNCHEZ

1 Introducción

Los riesgos laborales, son los posibles accidentes que un trabajador puede sufrir a causa del puesto de trabajo desempeñado. Hay dos tipos de consecuencias que el empleado puede sufrir:

- Accidente de Trabajo: lesión que sufre un trabajador como consecuencia del trabajo inmediatamente después de la exposición de un riesgo laboral.
- Enfermedad relacionada con el trabajo: es aquella que está relacionada con el puesto de trabajo pero surge un tiempo después de la exposición a un factor de riesgo laboral.

2 Objetivos

- Explicar los diferentes tipos de riesgos laborales que se producen en el quirófano, a lo cuales un trabajador está expuesto y describir las precauciones que se pueden llevar a cabo para prevenirlos.

3 Metodología

Para la realización del trabajo se ha hecho una revisión bibliográfica de diferentes libros científicos especializados en la materia y de artículos encontrados en las diferentes bases de datos como Dialnet y Google académico.

4 Resultados

Los puestos de trabajo ocasionan diferentes tipos de riesgos laborales, a continuación se va a proceder a explicar los distintos tipos que hay en el ámbito de quirófano .

- Riesgos eléctricos: es la consecuencia de una deficiencia en la instalación eléctrica de la sala. Otros riesgos que son derivados de este tipo es el fuego, que puede ser causados por una chispa, las quemaduras eléctricas y las descargas eléctricas. Los requisitos que los quirófanos han de cumplir para que no se produzcan los accidentes son: las tomas eléctricas deben de tener una toma de tierra y estar a prueba de explosiones; los quirófanos dispondrán de alarmas por si sucede algún fallo eléctrico.
- Riesgos químicos: este tipo de riesgo es causado por los líquidos utilizados para la desinfección y limpieza de los diferentes aparatos, también es producido por esterilizadores y productos desinfectantes. Para la protección del personal antes estos agentes y sustancias químicas se dispondrán de varias barreras: guantes; mascarilla; bata; gafas protectoras.
- Riesgos biológicos: son la consecuencia de los agentes biológicos. Son derivados de la manipulación de pacientes y muestras contaminadas sobre todo en el quirófano por el posible contacto con la sangre u otros fluidos. Para prevenir la contaminación las protecciones recomendadas son: mascarilla quirúrgica; gorro; guantes desechables; delantal impermeable en caso necesario; gafas protectoras herméticas, pantallas de seguridad y guantes en caso de salpicaduras.
- Riesgos psicosociales: son aquellos causados por mecanismos psicológicos derivados principalmente del estrés que ocasiona el puesto de trabajo. Otras causas que pueden desempeñar estos riesgos son: relaciones interpersonales en cuanto a la calidad de las relaciones con los compañeros y los supervisores; rotación de turnos; afectación de las relaciones trabajo-familia.

5 Discusión-Conclusión

Todos los puesto de trabajo tienen daños colaterales como lo son los riesgos laborales, a lo largo de este capítulo hemos visto que los más comunes son los riesgos eléctricos, químicos, biológicos y psicosociales. Los riesgos eléctricos en el ámbito quirúrgicos son causados por malas instalaciones eléctricas causando fuego e incluso quemaduras por tanto para prevenirlos se ha de comprobar que haya tomas de tierra cerca a las tomas eléctricas y tener alarmas eléctricas.

Los riesgos químicos son a causa de los líquidos desinfectantes y pueden producir dermoabrasiones en la piel, se pueden prevenir haciendo un buen uso del material que el personal dispone para protegerse frente a ellos entre los cuales nos encontramos el uso de guantes, bata, mascarilla y gafas protectores.

Los riesgos biológicos son causados por agentes biológicos debidos al contacto del trabajador con los pacientes, las precauciones que han de tomarse son al igual que para los riesgos químicos la única diferencia es que para las salpicaduras de las secreciones han de usarse gafas protectoras herméticas, pantallas de seguridad y guantes.

Y por último el riesgo laboral que afecta a la gran mayoría de los trabajadores es el psicosocial, debido al estrés producido. Una buena forma de combatir el estrés es teniendo una buena relación de trabajo con los compañeros y supervisores, teniendo una buena relación familia trabajo. Otro factor que también influye para este riesgo es los cambios de turno ya que no dejan al trabajador realizar ciertas actividades.

Y para concluir el trabajo se puede decir que todos los riesgos anteriormente citados y descritos se pueden prevenir haciendo un buen uso de las instalaciones y de los materiales que están a disposición de los trabajadores.

6 Bibliografía

- El celador en quirófano . Formación continuada Logoss
- El celador en los Servicios hospitalarios. Formación continuada Logoss
- Conocimientos básicos y funciones del celador. Formación continuada Logoss
- Riesgos laborales en quirófano y cómo prevenirlos [Internet]. Aicad Business School. 2020 [citado 5 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.aicad.es/riesgos-laborales-quiroyano-prevenirlos/>