

Atención Primaria, Pediatría, Ginecología

IX LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria



IX Lecciones en Salud Comunitaria



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA

sociedad científica
española de
formación sanitaria

IX Lecciones en Salud Comunitaria

Fecha de publicación: 3 de abril de 2020

1ª Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020

© De los textos: Sus autores.

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

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

ISBN: 978-84-18126-19-2

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

Producción editorial e impresión: MAJFM S.L

Índice

1	BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR COMPLETO COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE LYME VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ Y CLARA FERNÁNDEZ PEREDA	3
2	PERICARDITIS AGUDA A PROPÓSITO DE UN CASO VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ Y CLARA FERNÁNDEZ PEREDA	7
3	ADENOPATÍA A ESTUDIO EN PACIENTE JÓVEN CLARA FERNÁNDEZ PEREDA Y VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ	11
4	INTOLERANCIA ALIMENTICIA, VALORAR TODAS LAS OPCIONES CLARA FERNÁNDEZ PEREDA Y VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ	15
5	CELULITIS DE EXTREMIDAD INFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO CLARA FERNÁNDEZ PEREDA Y VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ	19
6	EL DEBUT DE UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA CLARA FERNÁNDEZ PEREDA Y VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ	23
7	¿CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS? BELÉN ARBIZU FERNÁNDEZ, ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE Y RAQUEL AZCONA EGUINOVA	27

8	DOLOR EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA ALBA MIRANDA GARCIA	31
9	LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL ANCIANO OLGA LOPEZ LONGEDO Y MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ	35
10	CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA ADOLESCENCIA OLGA LOPEZ LONGEDO Y MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ	37
11	PIE DIABÉTICO, MÁS ALLÁ DE LA LESIÓN. CAYETANA ARIAS ARIAS Y MARIA ISABEL IRAZOQUI ALZUGUREN	39
12	IMPORTANCIA DE DETECTAR PRECOZMENTE AL ANCIANO FRÁGIL A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO GALADRIEL RUIZ VILLALTA Y MARTA MORÁN MERCHANTTE	43
13	PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES SONIA ALVAREZ AMEZ	47
14	PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SONIA ALVAREZ AMEZ	51
15	ALZHEIMER Y AUTOCUIDADO SONIA ALVAREZ AMEZ	55
16	NECESIDAD DE REALIZAR LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL ANCIANO GALADRIEL RUIZ VILLALTA Y MARTA MORÁN MERCHANTTE	61
17	PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN LA MUJER RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA	67
18	PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL CLAUDIA MOLINA VILLÉN	71

19	ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN CENTRO DE SALUD: PILAR FUNDAMENTAL RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA	77
20	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ESCARLATINA ALEJANDRA QUESADA NAVARRO, BEATRIZ IBAÑEZ ANDRÉS, SONIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ, MARÍA BELÉN ORTUÑO MARTÍNEZ Y PABLO VIDAL NAVARRO	81
21	PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN ANA BELEN MONTESERIN SUAREZ Y ROCIO MENDEZ BLANCO	89
22	ROL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN ANA BELEN MONTESERIN SUAREZ Y ROCIO MENDEZ BLANCO	93
23	FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CATÉTER VENOSO CENTRAL Y SU MANIPULACIÓN PATRICIA VICENTE ARÉVALO	97
24	¿CÓMO PREVENIR LA DERMATITIS DEL PAÑAL? VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ	101
25	EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA: HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS DAVID RIERA TOMÁS Y ANA AGRELO FERNÁNDEZ	105
26	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS EN EDAD PEDIÁTRICA DAVID RIERA TOMÁS Y ANA AGRELO FERNÁNDEZ	119
27	BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS Y SU RELACIÓN CON EL ADENOCARCINOMA DE COLON VIRTUDES OTERO SÁNCHEZ Y JOSÉ JORGE SANCHEZ FERNANDEZ	131

28	PLAN DE CUIDADOS: VALORACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA CAYETANA ARIAS ARIAS, MARÍA ANTONIA GARCÍA RODRÍGUEZ, MARÍA ARIAS FERNÁNDEZ Y INÉS ALONSO LINARES	135
29	LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN PACIENTES CRÓNICOS TAMARA DEL RÍO RODRÍGUEZ Y LAURA VEGA NAREDO	147
30	NECESIDADES NUTRICIONALES EN PACIENTES DIALIZADOS CRISTINA MARTÍNEZ VÁZQUEZ	157
31	PIE DIABÉTICO CRISTINA MARTÍNEZ VÁZQUEZ	163
32	ENFERMERÍA COMUNITARIA: PLAN DE CUIDADOS PACIENTE CON ALZHEIMER MIRIAM MOYA ESPINOSA, MARÍA BELTRÁN RODRÍGUEZ Y ANA MARÍA LICERÁN PERALBO	169
33	LAVADO DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO SUSANA DIAZ DIAZ, M ^a PILAR RUIZ CRESPO, VERONICA PULIDO LOBERA Y ANA MARGARITA HERNANDEZ SANCHEZ	185
34	PROTOCOLO DE ATENCIÓN ANTE LA SOSPECHA DE TUBERCULOSIS CRISTINA CAMPO GEIJO Y KATIA MARTINEZ LOPEZ	189
35	EL TCAE EN LOS CUIDADOS DE LA DEPRESIÓN MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS Y SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ	193
36	EL TCAE CAMBIOS POSTURALES Y TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ	199
37	HIPERGLUCEMIA. CAUSAS Y CUIDADOS KATIA MARTINEZ LOPEZ Y CRISTINA CAMPO GEIJO	205
38	ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA NURIA HUERTA GONZÁLEZ	209

39	LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE POR LAS PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN MARIA ALONSO ARIAS	221
40	INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ Y CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ	225
41	CORONAVIRUS EN EL SIGLO XXI ARANZAZU PIDAL CANDÁS Y MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FONTÁN	231
42	FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CENTROS SALUD MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA, VIOLETA VAZQUEZ GARCIA, ISABEL LOPEZ FUERTES, MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ Y DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ	235
43	BENEFICIOS DE LOS CAMBIOS POSTULALES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS SONIA GONZALEZ DIAZ Y ANA BÉLEN GONZALEZ DIAZ	241
44	DIABETES EN LA EDAD ADULTA CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ Y MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ	245
45	EL PACIENTE CON ALZHEIMER VIOLETA VAZQUEZ GARCIA, MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA, MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ, DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ Y ISABEL LOPEZ FUERTES	253
46	ACTUACIÓN ANTE UNA CONDUCTA SUICIDA MARTA PALACIO FERNÁNDEZ	263
47	TERATOMA BENIGNO MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE	265
48	SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE	269

49	ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: LA CLAMIDIA MARTA PALACIO FERNÁNDEZ	273
50	LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA ALBA RODRIGUEZ COYA Y SANDRA ÁLVAREZ BARBON	275
51	TABAQUISMO CRÓNICO Y CICATRIZACIÓN DE HERIDAS TRAS CIRUGÍA AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ Y MARIA JOSE LODOS GANDARA	279
52	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA TIMPÁNICA AIDA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ	283
53	EL MELANOMA Y LA PROTECCIÓN SOLAR DESDE LA INFANCIA MARIA JOSE LODOS GANDARA Y AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ	287
54	EL ÁCIDO FÓLICO ANTES DEL EMBARAZO. IMPORTANCIA MARIA JOSE LODOS GANDARA Y AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ	293
55	EL COLESTEROL OLAIA CHOMON MENDOZA	297
56	LA IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCODENTAL VERÓNICA BARRIENTOS MÁRQUEZ	303
57	COMUNICACIÓN CON EL ANCIANO Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD MARIA JOSEFA GARCIA GUTIÉRREZ	307
58	LA DIABETES SOUKAINA EL HIRCH FARHI	313
59	CORONAVIRUS.UN ENEMIGO INVISIBLE Y LETAL ÁNGELA GUINALDO BORGES, ELENA PARRADO, VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS, MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ Y TAMARA LÓPEZ ROMERO	317

60	LAS TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS Y SUS RIESGOS MICROBIOLÓGICOS MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ÁNGELA GUINALDO BORGES, ELENA PARRADO, VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS Y TAMARA LÓPEZ ROMERO	325
61	LA ENFERMEDAD INMIGRANTE PARASITARIA DE CHAGAS ELENA PARRADO, MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ, ÁNGELA GUINALDO BORGES, TAMARA LÓPEZ ROMERO Y VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS	335
62	GLOBALIZACIÓN Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS INMIGRANTES PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, MARIA DEL ACEBO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ Y COVADONGA URÍA BERMÚDEZ	339
63	ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DE LA DIÁSTASIS ABDOMINAL YASMINA ÁLVAREZ OVIEDO	343
64	LOS GLÓBULOS ROJOS PARA TÉCNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS	351
65	HISTORIA DE LA VACUNA PARA TÉCNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS	355
66	EL RIESGO BIOLÓGICO EN EL LABORATORIO MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS	359
67	RELACIÓN ENTRE DIABETES MELLITUS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL MARÍA JESÚS NAVES GARCÍA	363
68	ARTRODESIS LUMBAR YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE Y LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ	373
69	LAVADO DE MANOS PARA PERSONAL SANITARIO NATALIA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ	377

70	MONONUCLEOSIS INFECCIOSA LAURA IZQUIERDO SUAREZ Y TAMARA REGUERA GONZALEZ	381
71	PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DETECTAR LA MICROHEMATURIA TAMARA REGUERA GONZALEZ Y LAURA IZQUIERDO SUAREZ	385
72	RADIOLOGÍA DE LA PELVIS MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ, DOLORES LAGUNA DÍAZ, CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO Y MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ	389
73	LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN QUIRÓFANO DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO MARIA MIRYAM GARCIA COLADO, SONIA IGLESIAS BARDIO, YOLANDA GUTIERREZ PUERTA Y MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO	393
74	LA SANIDAD EN LA CONSTITUCIÓN PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS RAQUEL GONZALEZ MELEIRO	395
75	EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS RAQUEL GONZALEZ MELEIRO	399
76	LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL TRABAJO DEL CELADOR. EMPATIZAR CON EL PACIENTE Y FAMILIARES EN EL ENTORNO SANITARIO MARGARITA FERNANDEZ PULGAR	403
77	LA HISTORIA CLÍNICA PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS RAQUEL GONZALEZ MELEIRO	407
78	EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS MARCOS SANCHEZ CASERO	411
79	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RESPONSABLE DE UN USO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO	415

80	COORDINACIÓN DESDE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD MARÍA CRISTINA DÍAZ VILAS	419
81	CÁNCER DE MAMA: ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO PATRICIA GONZALEZ CIMADEVILLA Y MANUEL GONZALEZ CIMADEVILLA	423
82	ACTUACIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS ALBA GARCIA GARCIA, YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE Y JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO	427
83	ACTUACIONES DEL CELADOR EN FARMACIA ALBA GARCIA GARCIA, YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE Y JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO	431
84	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ACTIVIDADES CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS (PVD'S) PATRICIA GONZALEZ CIMADEVILLA	435
85	FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA KATIA VEGA GARCÍA	443
86	NOCIONES BÁSICAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES YOLANDA FERNÁNDEZ ZAPICO	449
87	SEGURIDAD EN TRABAJOS DE OFICINA YOLANDA FERNÁNDEZ ZAPICO	455
88	CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL TRABAJO A TURNOS EN LOS CENTROS SANITARIOS NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ Y JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ	457
89	CÓMO ABORDAR EL ACOSO LABORAL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS	461

- 90 RECURSOS HUMANOS EN CENTROS HOSPITALARIOS DESDE EL PUNTO VISTA ADMINISTRATIVO**
OVIDIO CERRILLO MIRANDA, NATALIA GONZALEZ FUEYO Y MAR CASTRO FUEYO 465
- 91 PROFESIONALES SANITARIOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO**
MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS 471
- 92 PERSONAL DE LAVANDERÍA: LECCIONES POSTURALES PARA EVITAR LESIONES**
JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA, ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ Y SERGIO MARTÍNEZ CUESTA 475
- 93 LA BÚSQUEDA DE ALTA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS**
YOLANDA BANGO MARAÑA, DANILLA FERREIRA MARQUES, SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS, CARMEN FERNANDEZ ALONSO Y ANA MARÍA LÓPEZ MENÉNDEZ 479
- 94 LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA**
CARMEN FERNANDEZ ALONSO, DANILLA FERREIRA MARQUES, YOLANDA BANGO MARAÑA, SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS Y ANA MARÍA LÓPEZ MENÉNDEZ 487
- 95 EL PODER DE LA COMUNICACIÓN, EMPATÍA CON EL PACIENTE**
SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS, ANA MARÍA LÓPEZ MENÉNDEZ, CARMEN FERNANDEZ ALONSO, YOLANDA BANGO MARAÑA Y DANILLA FERREIRA MARQUES 495
- 96 TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO POR PERSONAL ADMINISTRATIVO**
NATALIA GONZALEZ FUEYO, OVIDIO CERRILLO MIRANDA Y MAR CASTRO FUEYO 503
- 97 RIESGOS LABORALES EN EL TRABAJO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
ANA MARÍA LÓPEZ MENÉNDEZ, CARMEN FERNANDEZ ALONSO, DANILLA FERREIRA MARQUES, YOLANDA BANGO MARAÑA Y SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS 511

98	IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN LA COCINA HOSPITALARIA JOSÉ MARÍA DE LOS DOLORES PRIETO	517
99	ATENCIÓN, SALUD, COMUNIDAD Y PERSONAL ADMINISTRATIVO AMOR ROCES MARTÍNEZ Y COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ	525
100	EL TRABAJO ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO AMOR ROCES MARTÍNEZ Y COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ	529
101	TERCERA EDAD, PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN SANITARIA AMOR ROCES MARTÍNEZ Y COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ	531
102	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ENTORNO SANITARIO MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ Y LAURA SAIZ GONZALEZ	533
103	IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES JUAN CARLOS VILLAMOR ARROYO	537
104	EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR A NIVEL HOSPITALARIO ANA MARIA CANELO DIAZ, SUSANA TERRONES VEGA, SUSANA PÉREZ CASTAÑO, MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO Y MARIA CARMEN PLATAS FERNANDEZ	539
105	IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A AGRESIONES EN LOS CENTROS SANITARIOS MARIA CARMEN PLATAS FERNANDEZ, ANA MARIA CANELO DIAZ, SUSANA TERRONES VEGA, SUSANA PÉREZ CASTAÑO Y MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO	545

106 EL PERSONAL HOSPITALARIO ANTE EL PACIENTE CONTAGIOSO MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ, MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO, ARACELI COSMEN ÁLVAREZ Y HILDA CUERVO MENENDEZ	551
107 LAS ADICCIONES Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL PILAR BLANCO GARCIA, BALBINA ALONSO BRASA, MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ, CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA Y ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ	555
108 EL CELADOR EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO RAMÓN CASTAÑO LLERANDI	559
109 COMUNICACIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO, AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO	563
110 INFORMÁTICA BÁSICA PARA PERSONAL NO SANITARIO: ADMINISTRATIVO, AUXILIAR ADMINISTRATIVO, CELADOR Y DE GESTIÓN MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO	569
111 EL CELADOR ANTE LA PERDIDA DE CONSCIENCIA DE UN PACIENTE JUAN CARLOS VILLAMOR ARROYO	575
112 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN MORTUORIO Y SALA DE AUTOPSIAS JUAN CARLOS VILLAMOR ARROYO	577
113 EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SALUD COMUNITARIA MARÍA DOLORES PASCUAL ALVAREZ	579
114 ALERGIAS ALIMENTARIAS: DETERMINACIÓN DE LA HIPERSENSIBILIDAD AL HUEVO MEDIANTE LA MEDICIÓN DE INMUNOGLOBULINAS E NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ	585

115	PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES M.CONCEPCION CERRA	591
116	PRINCIPIOS DE LA ACCIÓN PREVENTIVA RESPECTO A PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES M.CONCEPCION CERRA	595
117	FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES M.CONCEPCION CERRA	599
118	DEFECTOS DEL TUBO NEURAL (DTN) MACARENA RODRIGUEZ RICO	601
119	LA HIGIENE DE MANOS COMO PREVENCIÓN Y CONTROL ANA MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ	605
120	PREVENCIÓN FRENTE AL VIH/SIDA ANA MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ	609
121	LA INTERLOCUCIÓN EN EL CENTRO HOSPITALARIO MAITE CARRIO GONZÁLEZ	613
122	VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER FÁTIMA LÓPEZ JARA	615
123	LA ASISTENCIA AL DETENIDO DESDE LA PERSPECTIVA MÉDICA-LEGAL ABEL CAGIGAL GUTIÉRREZ	623
124	GESTIÓN DE CALIDAD Y SALUD MAITE CARRIO GONZÁLEZ	627

Capítulo 1

BLOQUEO AURICULO VENTRICULAR COMPLETO COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE LYME

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

1 Introducción

La enfermedad de Lyme es una enfermedad causada por la espiroteca *Borrelia Burgdorferi* que se transmite a los humanos por la picadura de la garrapata *Ixoides*. Clásicamente la enfermedad se presenta en 3 estadios: infección temprana localizada caracterizada por la aparición del Eritema Migrans, infección temprana diseminada que presenta alteraciones a nivel cardíaco y neurológico y la infección tardía en la que aparecen alteraciones de grandes articulaciones.

Las manifestaciones cardíacas son poco frecuentes, apenas un 8%. Se puede manifestar como carditis pero lo más frecuente es la afectación del sistema de conducción en diferentes grados, desde un bloqueo grado 1 a un grado 3 como en el siguiente caso.

2 Objetivos

El objetivo es conocer los factores del bloqueo aurículo ventricular completo en una enfermedad de Lyme con un caso concreto.

3 Caso clínico

Varón de 55 años que acude al servicio de urgencias por mareos, fatiga y sensación nauseosa de 2 días de evolución. No presenta sensación de giro de objetos ni vómitos. No presenta dolor torácico. Presenta fiebre vespertina de 6 días de evolución. Refiere picaduras frecuentes de garrapatas y 2 meses antes presentó en extremidad inferior izquierda una lesión redondeada eritematosa de unos 7 cm. de diámetro que desapareció sin tratamiento y por la que no consultó. Antecedentes personales: Ganadero. Fumador de 20 paquetes/año. No hábito enólico. Intervenido quirúrgicamente de apendicectomía. No tratamiento médico previo.

Exploración y pruebas complementarias: REG. Normohidratado. Sudoración cutánea. Nauseoso. Palidez cutánea. No presenta ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca: Rítmica a 40 lpm, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando y depresible. Sin soplos. No doloroso. Exploración neurológica: Pares craneales sin asimetría, no disimetrías. Fuerza y sensibilidad conservadas en 4 extremidades. Las extremidades inferiores no presentan edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios presentes de forma bilateral. Electrocardiograma: Bloqueo aurículo-ventricular grado 3.

Se realiza analítica completa que no presentaba alteraciones además de una radiografía de tórax que resultó normal.

Dado que el paciente presentaba pausas de más de 6 segundos en la tira de ritmo se procedió al ingreso del mismo en el hospital y a la colocación de un marcapasos transitorio. Se solicitaron además serologías de enfermedad de Lyme, sífilis, leptospirosis descartando todas ellas salvo la enfermedad de Lyme que mediante la técnica de ELISA resultó positiva.

Nuestro paciente recibió tratamiento con Ceftriaxona 2 g./24 horas intravenosa y en las primeras horas marcapasos transcutáneo provisional, revirtiendo el bloqueo aurículo-ventricular de 3º grado, después de la segunda dosis de tratamiento antibiótico.

En revisiones sucesivas el paciente se encontraba asintomático con un electrocardiograma normal.

4 Discusión-Conclusión

Ante un bloqueo aurículo- ventricular de 3º grado en un paciente joven y en una zona endémica, con una profesión de riesgo tenemos que tener en mente la infección por *Borrelia Burgdorferi*. En nuestro caso se descartaron otras patologías infecciosas dado que el paciente presentaba febrícula en primeras horas de la mañana. Pero tras el tratamiento y la mejoría total el diagnóstico parece claro.

5 Bibliografía

1. Range of atrioventricular conduction disturbances in Lyme borreliosis: a report of four cases and review of other published reports. *Br Heart J* 1990; 63: 162-168.
2. Barbour AG. The Biological and Social Phenomenon of Lyme Disease. *Science*. 1993;260:1610-6.
3. Lyme disease: recommendations for diagnosis and treatment. *Ann Intern Med* 1991; 114: 472-481.
4. Lyme carditis: cardiac abnormalities of lyme disease. *Ann Intern Med* 1980; 93 (parte 1): 8-16.

Capítulo 2

PERICARDITIS AGUDA A PROPÓSITO DE UN CASO

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

1 Introducción

La pericarditis consiste en una inflamación del pericardio, puede dividirse en aguda, crónica o recurrente. Causada por virus, bacterias, tuberculosis o asociada a otros procesos como pueden ser los autoinmunes o la insuficiencia renal entre otros puede llegar a provocar derrame pericárdico o taponamiento cardíaco. El tratamiento conservador consiste en antiinflamatorios no esteroideos pudiendo en casos más graves tener que realizar una pericardiocentesis.

2 Objetivos

Presentar un caso de una paciente joven que presenta un cuadro de pericarditis viral.

3 Caso clínico

Mujer de 14 años que valoramos en consulta de atención primaria por presenta cuadro de 48 horas de fiebre sin foco, dolor torácico de características pleuríticas y síndrome general.

No presenta antecedentes personales de interés.

La paciente refiere que hace mes y medio presentó episodio de dolor de garganta y fiebre de 38°C, se le prescribe Amoxicilina 500mg, cuatro días después ante persistencia de odinofagia y presencia de placas puntaceas se le pauta Clindamicina, suspendiendo Amoxicilina. Tras primera dosis de Clindamicina presenta exantema generalizado con picor, suspendiéndolo entonces. Hace 15 días comienza con fiebre que dura 3 días, que cedió con Paracetamol.

Exploración física: Buen estado general. Consciente, orientada y colaboradora. Cara enrojecida. Afebril. TA: 120/80. FC:120 lpm . Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Auscultación cardíaca: Ruidos rítmicos y sin soplos. Roce pericardico llamativo. Abdomen y extremidades inferiores anodinas.

Pruebas complementarias en centro de salud: ECG: RS a 132 lpm Ts negativas en cara inferior. Analítica completa a ritmo urgente: Hemograma con leucocitosis y desviación izquierda, resto normal. Bioquímica general: Normal salvo PCR:196.4 mg/Dl. Radiografía de torax: Cardiomegalia y derrame pleural izquierdo leve.

Tras valorar la clínica de la paciente y las pruebas complementarias en nuestra consulta decidimos derivar a la paciente a hospital de referencia, planteándonos la hipótesis de posible pericarditis aguda.

La paciente ingresa en el servicio de Medicina interna donde ponen en relación el cuadro de faringoamigdalitis con la pericarditis aguda y solicitando serologías resultando positiva para Virus de Ebstein Bar.

La paciente permaneció ingresada 10 días, presentando buena evolución con tratamiento antiinflamatorio, con posteriores controles en el centro de salud.

4 Discusión-Conclusión

Revisar los episodios anteriores así como realizar una buena exploración física debe servirnos de guía en el diagnóstico en nuestra consulta, muestra de ello es el caso anterior en el que el roce pericárdico puso en alerta al médico de atención primaria.

5 Bibliografía

1. Maisch B, Ristic AD. The classification of pericardial disease in the age of modern medicine. *Curr Cardiol Rep*, 4 (2002), pp. 13-21.
2. Maisch B, Ristic AD, Pankuweit S. Intrapericardial treatment of autoreactive pericardial effusion with triamcinolone: the way to avoid side effects of systemic corticosteroid therapy. *Eur Heart J*, 23 (2002), pp. 1503-8.
3. Maisch B., P. M. Seferovic. Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio. *Revista española de cardiología*. Vol. 57. Núm. 11. páginas 1090-1114 (Noviembre 2004).

Capítulo 3

ADENOPATÍA A ESTUDIO EN PACIENTE JÓVEN

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

Las adenopatías son alteraciones del tamaño, consistencia o número de nódulos linfáticos situados en una determinada zona, causada por la invasión o propagación de células inflamatorias o de otra índole dentro del nódulo.

Es necesario realizar la anamnesis y exploración física para la orientación del diagnóstico etiológico dado la multitud de enfermedades capaces de producir este hecho.

2 Objetivos

- Orientar el diagnóstico mediante un correcto enfoque siempre a través de la anamnesis y la exploración física, con el apoyo e las pruebas complementarias pertinentes.
- Disminuir la incertidumbre acerca del diagnóstico para nuestros pacientes, sobre todo cuando de enfermedades con un pronóstico poco halagüeño de primera mano.

3 Caso clínico

Varón de 29 años que acude a nuestra consulta para solicitar una analítica, ya que se nota algo cansado y se ha notado un pequeño bulto en la zona de clavícula izquierda, en el borde superior. Refiere haberse percatado hará unos 20 días y que no ha crecido desde entonces. Niega edema facial, o disfagia. No síndrome general excepto leve astenia en la última semana y no sudoración nocturna ni sensación distérmica. No presenta antecedentes personales de interés. Se inicia estudio ambulatorio y se solicita valoración por atención especializada.

Exploración física y pruebas complementarias:

Cabeza y cuello: adenopatía supraclavicular izquierda indurada, adenopatías cervicales bilaterales de pequeño tamaño, móviles, no adheridas a planos profundos. ORL: levemente hiperémico, no exudados. Tórax: AC: rítmica sin soplos. AP: buena ventilación bilateral. No adenopatías axilares. Exploración mamaria bilateral normal. Abdomen: no se palpan masas ni megalias. No adenopatías a otros niveles.

Bioquímica y hemograma: VSG 58 mm y LDH 264 U/L. Resto normal. Coagulación: Actividad de protrombina 66%. Proteinograma: Elevación Alfa1 y Alfa2 globulinas.

Microbiología: TBC: Negativo. VHB y VHC Negativos. VIH1 / VIH2 Negativo. Citomegalovirus IgG e IgM Negativo, Toxoplasma gondii IgG e IgM Negativo, Epstein-Barr virus IgG Positivo, e IgM Negativo.

Rx Tórax: Ensanchamiento mediastínico.

Ecografía de cuello: adenopatías laterocervicales en número elevado (supraclaviculares, laterales a los grandes vasos y en triángulos posteriores) con morfología alterada y pérdida del hilio graso vascular normal.

TAC Cuello-toracoabdominal: Adenopatías patológicas en cadena ganglionar espinal izquierda baja, supraclaviculares y mediastínicas, conforman una masa en el mediastino anterior de 7,2 x 4,8 cm.

PET: Masa-conglomerado adenopático en mediastino. No alteraciones sugestivas de patología a otros niveles.

Biopsia de adenopatía supraclavicular izquierda: Ganglio linfático con proliferación neoplásica (células lacunares en entorno polimorfo de linfocitos e his-

tiocitos) Células agregadas en nódulos con esclerosis focal. Celulas de Reed-Sternberg típicas.

Juicio clínico: Linfoma de Hodgkin estadio IIA con masa mediastínica palpable.

Diagnóstico diferencial:

- Enfermedades infecciosas.
- Enfermedades del mediastino.
- Otras leucemias.

4 Discusión-Conclusión

Dentro de las causas, las más frecuentes son las de etiología infecciosa, que son seguidas por procesos linfoproliferativos tales como linfomas o leucemias. Por ello hay que vigilar siempre la evolución y los síntomas de alarma. Si hablamos del lugar en el que encontramos la adenopatía, es la supraclavicular la que tiene un mayor riesgo de malignidad en cualquier franja de edad.

El linfoma de Hodgkin suele presentar una afectación ganglionar localizada, con dos picos de incidencia (20 y 40 años) por lo que era importante descartar en nuestro caso. Habitualmente asocia fiebre o sudoración pudiendo presentarse también de manera asintomática.

Es fundamental la realización de pruebas complementarias para la realización de un correcto diagnóstico diferencial. Solicitaremos analítica con hemograma, bioquímica y serologías tal y como se realizó en este paciente. Es necesario el diagnóstico por imagen y la anatomía patológica de la adenopatía a estudio, dado que es patognomónico de Linfoma de Hodgkin encontrar células de Reed-Sternberg (célula gigante de 15-40 μm con citoplasma amplio, que suele ser directamente basófilo. Núcleo generalmente grande, multilobulado, binucleado y con un gran nucléolo que suele ser único).

Nuestro paciente fue tratado en Hematología con Quimioterapia (esquema ABVD) y Radioterapia posterior sobre las áreas afectadas, encontrándose actualmente libre de enfermedad.

5 Bibliografía

1. Shimabukuro-Vornhagen A, Haverkamp H, Engert A, et al. Lymphocyte-rich classical Hodgkin's lymphoma: clinical presentation and treatment outcome in 100 patients treated within German Hodgkin's Study Group trials. *J Clin Oncol* 2005; 23:5739.
2. Ferrer R. linfadenopatía: diagnóstico diferencial y evaluación. *Am Fam Physician* 1998; 58: 1313.
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* 2018; 68:7.
4. Cheson BD, Fisher RI, Barrington SF, et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. *J Clin Oncol* 2014; 32:3059.

Capítulo 4

INTOLERANCIA ALIMENTICIA, VALORAR TODAS LAS OPCIONES

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

Es cada vez un motivo más frecuente de consulta en atención primaria los problemas digestivos en gente joven sin alteraciones previas y sin que las pruebas diagnósticas aporten mucha más luz en un primer momento, siendo habitualmente normales y descartándose entidades de gravedad (como ha de hacerse, siempre descartar lo grave) excepto a veces el hallazgo de una prueba positiva en un test de aliento ante fructosa o lactosa, como ocurrirá en nuestro caso.

2 Objetivos

- Mejorar la atención de este grupo de pacientes que tienen dificultades en su día a día para llevar una alimentación que no les suponga un malestar diario y que no limite sus actividades.
- Pensar en el Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado como posible etiología detrás de estos síntomas. Es un ente infradiagnosticado y que puede mejorar con un tratamiento antibiótico que está a nuestro alcance. En estos momentos se van conociendo más datos que definen este síndrome ya que se está investigando sobre él y debemos estar actualizados por ello debe siempre estar entre nuestro diagnóstico diferencial cuando no se objetiven otras patologías.

3 Caso clínico

Descripción del caso:

Paciente varón de 33 años que acude a consulta tras notarse desde hace 3 meses aumento de perímetro abdominal con dolor epigástrico prácticamente diario posprandial. Refiere alteración del tránsito gastrointestinal con heces esteatorreicas y periodos de estreñimiento cuando refiere que su frecuencia normal era 1 deposición al día, posteriormente suele tener diarrea. No pérdida de peso ni hiporexia. Ante estos datos se inicia estudio con petición de pruebas complementarias y se deriva a Digestivo de zona para valoración con analítica completa, test de intolerancia alimentaria y petición de ecografía abdominal.

Exploración física y pruebas complementarias:

-Cabeza y cuello: sin hallazgos.

-Tórax:

1. AC: rítmica sin soplos.

2. AP: buena ventilación bilateral.

-Abdomen: blando y depresible, molestias epigástricas a la palpación, no masas ni megalias, no peritonismo. No otros hallazgos a la exploración.

-Hemograma: parámetros en rango de la normalidad. Bioquímica: Creatinina 1,09 mg/dl; FG (CKD-EPI) 88 mL/min; Bilirrubina total 1,50 mg/dL. Coagulación: parámetros en rango normal. Hormonas Tiroideas: TSH 2,61 mU/L; T4L 1,44 ng/dL. PCR: 0.4 mg/L

-Sangre oculta en heces x 3 muestras: negativo.

-Antígeno Helicobacter pylori: Negativo.

-Test de intolerancia a lactosa: Negativo.

-Test Intolerancia a Fructosa: Positivo.

-Ecografía abdominal: no se objetivan visceromegalias, no líquido libre. No hallazgos de interés.

-Gastroscopia: Gastritis eritematosa-hiperémica. Test rápido de ureasa negativo. Muestras para celiaquía: negativas.

Juicio clínico: intolerancia a la fructosa, probable Síndrome de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado o SIBO.

Diagnóstico diferencial:

-Enfermedad celiaca

-Enfermedad inflamatoria intestinal

-Procesos neoproliferativos

-Síndrome intestino irritable.

4 Discusión-Conclusión

Este paciente acudió a Digestivo donde se le realizaron todas las pruebas para descartar patología de entidad que presente tratamiento (Enfermedad inflamatoria intestinal , ya sea Crohn o Colitis Ulcerosa, Enfermedad celíaca o algún proceso neofornativo en colon dadas las alteraciones del tránsito gastrointestinal).

Esto se descartó y se inició tratamiento con Rifaximina 200 mg (2 comprimidos cada 12 horas durante 1 semana) y continuar pulsos 1 vez al mes durante 7 días hasta el cuarto mes. Además se dieron las indicaciones para una dieta baja en fructosa que ya empezó a realizar antes del inicio del tratamiento con Rifaximina. A la revisión en consulta a los 5 meses el paciente había mejorado de su sintomatología refiriendo que notó un cambio claro a la semana de haber acabado el primer ciclo con Rifaximina.

El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado o SIBO es una patología infradiagnosticada, que puede estar detrás de una intolerancia o de otros procesos digestivos como el síndrome del intestino irritable. El síndrome de crecimiento bacteriano del intestino delgado es una situación en la cual el intestino delgado es colonizado por un excesivo número de bacterias anaeróbicas y aeróbicas que están presentes normalmente en el intestino grueso y no en el delgado. Estas bacterias producen los síntomas que luego aqueja al paciente, hinchazón abdominal, flatulencia, dolor abdominal y alteración del tránsito gastrointestinal que puede oscilar entre estreñimiento y diarrea. Este sobrecrecimiento puede alterar diferentes procesos, tales como la absorción de nutrientes, siendo en muchas ocasiones el detonante de una intolerancia a la fructosa, que una vez realizamos una dieta de exclusión y tratamos el desbalance bacteriano puede llegar a resolverse. Por el momento este síndrome está en constante evolución ya que se está investigando sobre ello, pero debe siempre estar entre nuestro diagnóstico diferencial.

5 Bibliografía

1. Helwig U, Koch AK, Koppka N, et al. The Predictive Value of the Hydrogen Breath Test in the Diagnosis of Fructose Malabsorption. *Digestion* 2019; 99:140.
2. Shah SC, Day LW, Somsouk M, Sewell JL. Meta-analysis: antibiotic therapy for small intestinal bacterial overgrowth. *Aliment Pharmacol Ther* 2013; 38:925.

3. Bouhnik Y, Alain S, Attar A, et al. Bacterial populations contaminating the upper gut in patients with small intestinal bacterial overgrowth syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:1327.
4. Hogenauer C, Hammer H. Maldigestion and Malabsorption. In: Sleisenger and Fordtran's *Gastrointestinal and Liver Disease*, 9th ed, Feldman M, Friedman L, Brandt L (Eds), Saunders, Philadelphia, PA 2010. p.1

Capítulo 5

CELULITIS DE EXTREMIDAD INFERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

Se trata de un caso de un paciente pluripatológico y con muchos factores de riesgo, además de padecer problemas relacionados con el alcohol y vivir en la calle. No suele hacer seguimiento médico ni en atención primaria ni en consultas hospitalarias, pero que las veces que acude a nosotros suele ser en muy malas condiciones. Hemos de intentar en estos contactos esporádicos mejorar su salud lo más globalmente que podamos.

2 Objetivos

Descartar cuadros graves, dados sus múltiples antecedentes personales y sus muchos factores de riesgo para poder desarrollar complicaciones de enfermedades a priori con buena resolución desde atención primaria.

3 Caso clínico

Descripción del caso:

Paciente varón de 42 años que acude a consulta por cuadro de 24 horas de evolución de dolor en área inguinal izquierda, fosa iliaca izquierda y raíz de miembro

inferior izquierdo, sin signos inflamatorios externos, sin antecedente traumático y con malestar general y fiebre termometrada de 39.2° y escalofríos. No otra semiología por aparatos. Ante estos hallazgos y tras una correcta exploración física, dado los antecedentes personales del paciente y el mal estado general se deriva a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias urgentes.

Antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. Procedente de Lituania. Fumador activo. No HTA, no Diabetes mellitus. No dislipemia. ExADVP desde hace 6 meses. Homeless. Enolismo crónico con ingresos hospitalarios por hepatitis aguda de etiología mixta (OH +/- VHC +/- Leishmaniasis). VIH estadio C3 en tratamiento antirretroviral aunque con dudoso cumplimiento. Coinfectado VHC genotipo 1 a no tratado. Insuficiencia renal crónica. Leishmaniasis visceral en Enero 2018 que se trató con Anfotericina B liposomal. Varios ingresos por neumonía. Tratamiento habitual: Biktarby® 50/200/25 mg 1 comprimido al día; Septrin forte 1 comprimido al día Lunes-miércoles-viernes; Lactulosa 1 sobre al día; Seguril 40 mg 1 comprimido al desayuno; Acfol 1 comprimido al día; hidroxil BIB6B12 1 comprimido cada día.

Exploración física y pruebas complementarias: TA 82/51 mmHg, FC 125 lpm, T^a39.2°C, Sta O₂ 95%. Cabeza y cuello: Meningeos negativos. Resto sin hallazgos. Tórax: AC: taquicardia. AP: buena ventilación bilateral. Abdomen: blando y depresible, no masas ni megalias, no peritonismo. EEII: discreto edema en toda la pierna izquierda sin aumento de temperatura local ni eritema. Dolor a la palpación en área inguinal, raíz de muslo. Signos de venopunción en tercios inferiores de ambas piernas, residuales y sin signos de infección.

-Hemograma: Hb 9.9 mg/dl; Hcto 30.3%; VCM 82.4, Leucocitos 1.5 10⁹/L (neutrófilos 88.1%; Linfocitos 7.8%) Plaquetas 97 10⁹; -Bioquímica: Glucosa 134, mg/dL; Creatinina 1,93 mg/dL; Urea 55 mg/dL; Procalcitonina 5.44 ng/mL; Dímero D 263 ng/mL. CD4 186 cels/μl; Carga viral VIH 308 copias/ml; Carga viral ARN VHC no detectada. Elemental Y sedimento: proteínas +++, resto negativo. Hemocultivos: negativos. Urocultivos: negativos.

-RX Tórax: No condensaciones ni otros hallazgos patológicos.

-RX Abdomen: luminograma normal.

-Ecografía partes blandas: Leve edema celular subcutáneo a nivel de la pierna izquierda. Adenopatía inguinal izquierda con vascularización aumentada y morfología de aspecto reactivo.

-TAC abdominopélvico: en región inguinal izquierda múltiples adenopatías aumentadas de tamaño, la mayor de 1,5 cm con centro necrótico. Signos de hepatopatía crónica y esplenomegalia. Lámina de líquido libre perihepático y periesplénico.

- Colelitiasis sin signos de colecistitis aguda.
- AngioTc Abdominopélvico y de EII: no signos de fascitis necrotizante. Aparición de derrame pleural derecho de pequeña cuantía no presente anteriormente.

Juicio clínico: Celulitis extremidad inferior izquierda.

Diagnóstico diferencial:

- Trombosis venosa profunda.
- Proceso inflamatorio-infeccioso a nivel de región inguinal en relación con sus patologías de base (VIH).
- Procesos sistémico en paciente VIH con dudosa adherencia terapéutica y sospecha de inmunodepresión.

4 Discusión-Conclusión

La celulitis es una infección aguda piógena de la piel y los tejidos blandos. Es causada por una amplia gama de bacterias en su mayoría por *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*. destaca el aumento de la tasa de *S. aureus* resistentes a la metilicina en Europa. a celulitis afecta con más frecuencia las extremidades inferiores, suele manifestarse una zona de la piel dolorosa con la palpación, eritematosa e hinchada. En casos graves puede haber ampollas, edema y úlceras. El paciente tiene fiebre y malestar general y puede llegar a evolucionar a sepsis. El tratamiento general es reposo, elevación de zona afectada, analgésicos y antibioterapia.

Este paciente es VIH positivo Estadio C3, la categoría 3 hace referencia a el número de linfocitos CD4 (linfocitos CD4 menor de 200/mm³ o bien CD4 menor del 14%) Y la C hace referencia a procesos incluidos en la definición de caso de SIDA de los CDC. Probablemente por ello la sintomatología en el momento de la exploración no era muy florida excepto los parámetros de gravedad expresados por la fiebre alta, hipotensión, y malestar general pero en la extremidad donde el paciente presentaba el dolor no se objetivaban los síntomas típicos de celulitis.

Durante su ingreso hospitalario se realizó tratamiento antibioterápico con Piperacilina/tazobactam y Linezolid durante 8 días con mejoría del estado general y de los reactantes de fase aguda. Una vez estabilizado se le dio el alta con sus tratamientos habituales y Levofloxacin 500 1 al día durante 1 semana y linezolid 600 1 comprimido cada 12 horas durante 1 semana con muy buena evolución y curación cuando unas semanas mas tarde acude a nuestra consulta a revisión.

5 Bibliografía

1. Gallant JE, Moore RD, Chaisson RE. Prophylaxis for opportunistic infections in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 1994; 120:932.
2. Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV medicine association of the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2014; 58:e1.
3. Liu C, Bayer A, Cosgrove SE, et al. Clinical practice guidelines by the infectious diseases society of america for the treatment of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections in adults and children. *Clin Infect Dis* 2011; 52:e18.
4. Halilovic J, Heintz BH, Brown J. Risk factors for clinical failure in patients hospitalized with cellulitis and cutaneous abscess. *J Infect* 2012; 65:128.

Capítulo 6

EL DEBUT DE UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA

CLARA FERNÁNDEZ PEREDA

VICTORIA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

La esclerosis múltiple es una patología neurológica degenerativa que se presenta en su mayoría en personas jóvenes, tiene así una presentación mayoritaria de los 20 a los 45 años, y hay que pensar en ella siempre ante déficits sensitivos pues es así como suele presentarse con mayor frecuencia.

Además, mayoritariamente afecta a mujeres, siendo las cifras de muchos estudios coincidentes en que afecta al doble de mujeres que de hombres.

2 Objetivos

- Reconocer y hacer seguimiento de aquellas alteraciones sensitivas en pacientes jóvenes, sobretodo mujeres, que inicien con algún tipo de disminución sensitiva.
- Hacer un seguimiento en la medida de lo posible activo pero sin alarmar para poder diagnosticar si fuera el caso y derivar a neurología con la sospecha de esclerosis múltiple.

3 Caso clínico

Mujer de 38 años que acude a nuestra consulta por cuadro de 2 días de evolución de disminución de sensibilidad en pierna derecha y esa mañana disestesia en región lumbar izquierda. Niega pérdida de fuerza ni otra clínica asociada. También hace unas semanas notó sin darle importancia episodio de pérdida de sensibilidad en pie izquierdo y en región perineal que se auto-limitó y que relacionó con la postura que tenía en aquel momento. No presenta sintomatología a otros niveles, no fiebre ni síntomas infecciosos. No antecedentes traumáticos. Hace 5 meses consultó por parestesias en muñeca izquierda sobretodo por la mañana, y se sospechó patología de túnel carpiano en la primera visita, pero no acudió a revisión y no se realizó estudio complementario. No fumadora, alcohol ocasional de fin de semana. Es auxiliar administrativo y trabaja en una pequeña empresa. Ante estos hallazgos se decide inicio de estudio e Interconsulta con Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/650, FC 68 lpm, T^a 36,6°C, Sat O₂ 98%. Exploración por aparatos anodina.

-Exploración neurológica: Consciente y orientada en las 3 esferas. Lenguaje normal. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Fondo de ojo y pares craneales normales con sensibilidad facial conservada. No claudica en Barrè, balance muscular conservado. Claudicación de la extremidad inferior derecha en Mingazzini.

-Balance muscular por grupos: psoas derecho 4/5, izquierdo 5/5; isquiotibiales derechos 4+/5 e izquierdos 4/5; cuádriceps derecho 4/5 e izquierdo 5/5; tibial anterior 4/5 bilateral; gemelos 5/5 bilateral; peroneos derecho 2/5 e izquierdo 3/5; extensor del primer dedo 4+/5 bilateral. ROT exaltados y simétricos y clonus agotable.

-Sensibilidad: hipoestesia parcheada en extremidad superior derecha, hipoestesia mas hipoalgesia en hemiabdomen izquierdo de T10 a T11, en hemidorso izquierdo de T4 a T6 y en toda la extremidad inferior derecha. Romberg positivo a la derecha. Marcha parética con aumento de base de sustentación, posible sin apoyo.

-Analítica y proteinograma: sin alteraciones.

-Serologías: Negativas.

-Inmunología: CD 40.9; IgA 594. Resto normal. Tipaje HLA-B*08, *44,

-RMN columna: múltiples lesiones intramedulares cervicales y dorsales con signos de actividad inflamatoria que son compatibles con patología desmielinizante.

-RMN cerebral: lesiones focales de localización subcortical bifrontales y a nivel de las encrucijadas ventriculares, compatibles con placas desmielinizantes.

Juicio clínico: Esclerosis múltiple.

Diagnóstico diferencial:

- Encefalomiелitis aguda diseminada.
- Enfermedades vasculares.
- Enfermedades sistémicas autoinmunes.

4 Discusión-Conclusión

La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica crónica que consiste en la aparición de lesiones focales en la sustancia blanca, con pérdida de mielina y de sustancia axonal. Afecta al sistema nervioso central, esto es, al cerebro y a la médula espinal. Es una enfermedad inflamatoria, desmielinizante y degenerativa del sistema nervioso central. Su patogenia es autoinmune, y es la enfermedad autoinmune neurológica más prevalente.

Suele cursar de forma episódica (brotes) aunque puede ser variable, con la instauración de diferentes déficits neurológicos, siendo los déficits sensitivos los más frecuentes. La esclerosis múltiple suele aparecer entre los 20 y los 45 años, aunque pueden verse casos en niños o ancianos. Tres cuartas partes de los enfermos son mujeres. La etiología es desconocida pero existe una predisposición genética que queda patente en que los familiares de primer grado de enfermos con la enfermedad tienen un riesgo más alto de padecerla con respecto a la población general. El diagnóstico es clínico mediante una correcta anamnesis y exploración física apoyándose en pruebas de imagen que objetiven las lesiones en la sustancia blanca.

Nuestra paciente encajaba dentro del grupo de edad de presentación y los síntomas eran sugestivos de la patología. Debutó con síntomas sensitivos con una instauración aguda y que fue progresiva con el paso del tiempo. Al ser valorada rápidamente por la neurología el estudio completo de manera rápida. Se instauró tratamiento con bolos de corticoides (metilprednisolona 1000 mg/día ev) durante cinco días con mejoría clínica asociada. Hace controles periódicos en neurología para el correcto seguimiento y hasta el momento no ha tenido un nuevo brote.

5 Bibliografía

1. Thompson AJ, Banwell BL, Barkhof F, et al. Diagnosis of multiple sclerosis: 2017 revisions of the McDonald criteria. *Lancet Neurol* 2018; 17:162.

2. Lublin FD, Reingold SC, Cohen JA, et al. Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. *Neurology* 2014; 83:278.
3. Brownlee WJ, Hardy TA, Fazekas F, Miller DH. Diagnosis of multiple sclerosis: progress and challenges. *Lancet* 2017; 389:1336.
4. Filippi M, Rocca MA. MR imaging of multiple sclerosis. *Radiology* 2011; 259:659.

Capítulo 7

¿CÓMO MEJORAR LA ADHERENCIA DE LOS PACIENTES CRÓNICOS?

BELÉN ARBIZU FERNÁNDEZ

ELENA HORTAL SAINZ DE UGARTE

RAQUEL AZCONA EGUINOVA

1 Introducción

En la actualidad, el cumplimiento de los tratamientos médicos para el manejo de las enfermedades crónicas tiene una gran trascendencia por sus implicaciones médicas, sociales y familiares. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de adherencia como un tema prioritario de Salud Pública por sus consecuencias negativas: fracaso terapéutico, aumento de la frecuencia y gravedad de los episodios, mayor tasa de hospitalización y aumento del coste sanitario. Por ello se requiere de respuestas multidisciplinares que vayan dirigidas a las necesidades de los pacientes y sus familias en cada una de esas etapas. En este sentido el personal de enfermería juega un papel fundamental con la educación sanitaria.

La adherencia terapéutica o cumplimiento ha sido definida por la OMS (1) como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación a la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación en los hábitos de vida, se ajusta a las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario”.

La falta de la adherencia en los tratamientos crónicos es un problema universal y real que compromete la efectividad de los mismos y se traduce en unos peores resultados en salud con un impacto negativo en el gasto sanitario (1). Según

la OMS, se estima que la adherencia media a tratamientos crónicos en países desarrollados ronda el 50%; aunque si no medimos la adherencia de forma continuada desconocemos la magnitud “real” del problema en nuestro entorno. Por esta razón principalmente, es necesario establecer una serie de estrategias educativas, conductuales y de técnicas de apoyo social, familiar y de la administración sanitaria para poder dar al paciente crónico y su familia el empoderamiento necesario para poder establecer un cambio de mentalidad y la erradicación de ciertas costumbres muy arraigadas en el sistema.

Un paciente empoderado es un paciente con capacidad para decidir, satisfacer necesidades y resolver problemas, con pensamiento crítico y control sobre su vida. La colaboración del paciente permite personalizar los tratamientos, adaptarlos a las condiciones de vida de cada individuo y aumentar su seguridad. El profesional se tiene que asegurar de que el ciudadano entiende correctamente la información y que sabrá utilizarla de manera adecuada, dejando que se haga cargo de él mismo con la máxima autonomía y confiar en que será capaz de advertir una incidencia, si se produce, y transmitirla a los profesionales. Además, se ha demostrado que confiar en el enfermo tiene efectos positivos en su recuperación.

2 Objetivos

- Evaluar la evidencia disponible respecto a la eficacia de intervenciones destinadas a mejorar la adherencia al tratamiento que sean aplicables a pacientes crónicos.

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

Diversos estudios demuestran los efectos positivos de la correcta adhesión al tratamiento. En la hipertensión arterial se ha demostrado que la buena adheren-

cia mejora el control de la presión arterial y reduce las complicaciones de esta enfermedad. En investigaciones realizadas con pacientes que padecen diabetes tipo 2 se encontró que la buena adherencia al tratamiento incluidas las modificaciones higiénicas y dietéticas y las medidas de autocuidado reducen las complicaciones y la discapacidad, a la vez que mejoran la calidad y esperanza de vida de estos pacientes y en la infección por VIH, la buena adherencia al tratamiento se ha correlacionado con una progresión clínica más lenta de la enfermedad y con marcadores virológicos más bajos (3). Son factores que dificultan la adherencia al tratamiento:

- Falta de conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.
- Complejidad del tratamiento.
- Efectos adversos o posibles complicaciones derivadas en la medicación.
- Inadecuada relación médico-paciente.
- Dificultad para acceder a la asistencia o a los medicamentos.
- Manifestaciones leves en patologías graves.
- Factores socioculturales (idioma, mitos o tabúes diferentes culturas, etc.)

5 Discusión-Conclusión

Educación Sanitaria y adherencia al tratamiento van estrechamente ligadas. En estos periodos el papel de enfermería es fundamental, ya que creará las bases del futuro. La Educación Sanitaria en el ámbito sanitario es una herramienta esencial que facilita el proceso de autonomía y el acceso a la información que el paciente necesita. Ésta se hará de forma individualizada, adaptándola a las circunstancias y dificultades de cada paciente, sin culpabilizar, con toma de decisiones compartida y con un enfoque multidisciplinar.

La adherencia terapéutica es posible cuando el paciente ha aceptado la enfermedad y los problemas relacionados con el tratamiento propuesto, cuando participa activamente en el plan terapéutico y cuando hay confianza en la comunicación entre el médico y este. Es fundamental para poder actuar reconocer la falta de conocimiento y sus causas, así como su enfoque multidisciplinario. Empoderar a los pacientes supone un modelo menos paternalista, basado en la participación del paciente tanto a la hora de tomar decisiones como en el autocuidado. Es, también, un modelo que contribuiría sin duda a aligerar el sistema, puesto que los trastornos crónicos son los que más recursos consumen y los que dependen en gran parte del cuidado que tengan los enfermos de sí mismos: elecciones respecto a los hábitos de vida (el ejercicio, la alimentación o la correcta toma de medica-

mentos) pueden influir directamente en la evolución de la patología.

La valoración de la adherencia farmacológica y su seguimiento, especialmente en los pacientes polimedicados, debe incorporarse dentro de los programas de salud, (especialmente en el personal de enfermería de Atención Primaria), con los objetivos de evitar recaídas más intensas, disminuir el riesgo de dependencia, disminuir el riesgo de efectos adversos, disminuir el riesgo de toxicidad, disminuir el riesgo de accidentes, riesgo aumentado de desarrollar resistencia medicamentosa (especialmente a los antibióticos)² el incumplimiento terapéutico, colaborando así a mejorar la salud de los pacientes y también a la sostenibilidad del sistema sanitario.

6 Bibliografía

1. Adherence to long term therapies: evidence for action. World Health Organization, (2003).
2. Sabate E, editor. Adherence to Long Term Therapies: Evidence for Action [monografía en internet]. Switzerland: World Health Organization; 2003 (citado 15-12-2014). Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
3. Martín Alfonso L, Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Revista Cubana de Salud Pública v.32 n.3 Ciudad de La Habana jul.-sep. 2006 versión impresa ISSN 0864-3466 versión On-line ISSN 1561-3127.

Capítulo 8

DOLOR EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

ALBA MIRANDA GARCIA

1 Introducción

El dolor se define como una experiencia subjetiva desagradable relacionada con daño holístico real o potencial, determinado tanto por la estimulación recibida como por los factores psicológicos, sociales y culturales.

La sensación de dolor es considerada como un mecanismo protector del organismo, que alerta a la persona que lo padece de que algo anda mal y lo incita a iniciar alguna acción destinada a suprimir o disminuir el dolor. Sin embargo, cuando se cronifica, pierde el sentido protector y se convierte él mismo en la enfermedad o en elemento fundamental de ella, provocando un estado de sufrimiento.

El dolor en el cáncer no procede únicamente de la enfermedad sino también de los procedimientos de diagnóstico aplicados a los tratamientos médicos. La mayoría de niños y adolescentes consideran que el peor aspecto de la enfermedad es el dolor que procede del tratamiento médico y de los procedimientos diagnósticos, especialmente de la aspiración de la médula ósea y de la punción lumbar, y afirman que la frecuente repetición de estos procedimientos no desensibiliza el estrés que siente.

En general, se considera que el cáncer y sus tratamientos son una experiencias estresante y traumática para los niños y sus familias, debido a las numerosas situaciones potencialmente estresantes a las que deben enfrentarse en el curso de la enfermedad: amenaza para la vida o la integridad física, procedimientos médicos invasivos y dolorosos, importantes efectos secundarios derivados de

los tratamientos, cambios físicos y funcionales, frecuentes hospitalizaciones, alteración de la rutina cotidiana y de la dinámica familiar, social y escolar, etc.

2 Objetivos

Realizar una revisión y descripción de los principales instrumentos para valorar el dolor en pacientes pediátricos y poder ofrecer una atención más óptima a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una búsqueda exhaustiva en las siguientes bases de datos: PubMed, Medline, Cuiden y Scielo. Complementando la información con artículos encontrados e revistas digitales como Psicooncología, Elsevier, Revista de la Sociedad Española del Dolor y en buscadores como Google y ResearchGate.

4 Resultados

Para medir las sensaciones dolorosas disponemos de diversos instrumentos entre los que destacan los autoinformes y la observación conductual.

Existen numerosos instrumentos de medida que permiten recoger las respuestas cognitivas, comportamentales y psicofisiológicas que emite el paciente infantil ante el estímulo doloroso.

Junto a los tratamientos farmacológicos del dolor, existen sencillos procedimientos psicológicos para reducir las sensaciones dolorosas del niño frente a la enfermedad o los tratamientos médicos. Las técnicas de relajación y respiración, la distracción, las técnicas de visualización, el manejo de contingencias y la hipnosis han demostrado su eficacia en la reducción del dolor infantil. Existen además, intervenciones innovadoras como la realidad virtual, que mediante la tecnología pretende desviar la atención del dolor.

5 Discusión-Conclusión

La evaluación del dolor en niños con cáncer es necesaria y debe ser frecuente para conocer si los tratamientos aplicados para reducir el malestar son o no eficaces.

La información proporcionada por el niño es imprescindible, debido al carácter subjetivo de las sensaciones dolorosas. El personal sanitario que atiende al niño puede valorar el daño pero no el dolor, sólo perceptible para la persona que lo siente.

6 Bibliografía

1. <https://www.researchgate.net>
2. <http://scielo.isciii.es/>
3. <http://revistas.ucm.es>
4. <https://www.researchgate.net>

Capítulo 9

LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN EL ANCIANO

OLGA LOPEZ LONGEDO

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

La población anciana está aumentando de forma progresiva y uno de los ejes fundamentales de la promoción de la salud es la nutrición. Nutrición es el conjunto de acciones mediante las cuales el cuerpo humano asimila los alimentos y los líquidos necesarios para su correcto funcionamiento. Digiere, absorbe, transforma, utiliza y elimina los nutrientes contenidos en los alimentos. En los ancianos es frecuente encontrar problemas de malnutrición debidos a múltiples causas, y si mejoramos su estado nutricional, mejoraremos su calidad de vida y disminuirémos la posibilidad de posibles alteraciones o enfermedades.

2 Objetivos

- Identificar las necesidades nutricionales en el anciano.
- Identificar los factores que pueden causar malnutrición u otros tipos de problemas nutricionales.

3 Metodología

Búsqueda en diferentes bases de datos como Pubmed, Google Académico, etc. Utilizando las palabras clave: anciano, envejecimiento, dieta, nutrición y malnu-

trición.

4 Resultados

Se debe luchar por conseguir una alimentación adecuada en el anciano, sabiendo que sus necesidades calóricas disminuyen con la edad y en cambio pueden aumentar las necesidades hídricas dependiendo del ambiente y del funcionamiento digestivo y renal.

Es de vital importancia detectar factores que pueden provocar malnutrición y que van desde problemas de masticación, intolerancias, dietas pobres o insuficientes hasta alteraciones neurológicas, determinadas patologías y otras causadas por múltiples tratamientos (antibióticos, laxantes, antihipertensivos, diuréticos, etc.), con la finalidad de corregirlos en lo posible.

5 Discusión-Conclusión

El paciente y/o su familia, sobre todo en casos de ancianos dependientes, puedan reconocer la importancia de una alimentación adecuada para poder llevarla a cabo. Si es preciso existen en el mercado varios suplementos dietéticos adecuados para los ancianos.

6 Bibliografía

1. <http://www.elsevier.es>
2. <http://scielo.isciii.es>
3. <http://www.elsevier.es>
4. <http://nc.enfermeriacantabria.com>
5. <http://gastrolat.org>
6. <http://scielo.isciii.es/>
7. <http://revista.nutricionhospitalaria.net>

Capítulo 10

CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE LA ADOLESCENCIA

OLGA LOPEZ LONGEDO

MARIA ELIAZAR GARCIA MARTINEZ

1 Introducción

Actualmente, el alcohol se ha convertido en la droga más consumida. A ello se suma, su fácil adquisición y que su consumo conlleva un cierto prestigio social. Además, su consumo entre adolescentes también está en aumento, especialmente en fines de semana y días festivos, al ser la adolescencia una etapa complicada. Es la droga más consumida en nuestro país en jóvenes con edades comprendidas entre 13 y 18 años, que tienen más tendencia a sufrir problemas de agresividad y violencia.

2 Objetivos

- Ayudar a identificar algunos de los problemas derivados del alcoholismo.
- Averiguar los factores motivacionales de la ingesta de alcohol.

3 Metodología

Se han consultado en Google Académico, Scielo y Dialnet artículos con una antigüedad inferior al año 2019.

4 Resultados

El alcoholismo puede causar varios problemas: cirrosis, psicosis, cuadros psicóticos agudos, varios tipos de cáncer, problemas familiares, pudiendo ocasionar incluso, mortalidad en un porcentaje más elevado que los no bebedores. Algunos de los factores motivacionales del consumo de alcohol pueden ser: autorrealización, poder social, autodeterminación, conformidad, etc.

5 Discusión-Conclusión

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se han alcanzado las siguientes conclusiones. El consumo de alcohol está influenciado por factores microsociales, pero también macrosociales. A mayor edad, mayor consumo. La prevención del consumo de alcohol también resulta útil como prevención de otras drogas.

6 Bibliografía

1. Baumrind D. The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *J Early Adolesc.* 1991; 11(1):56-95.
2. Baumrind D. Rearing competent children. In: R. Lerner, R. Petersen, A.C. Brooks-Gunn, J. editors. *The encyclopedia on adolescence.* New York: Garland; 1991. p.746-58.
3. Bonell C, Allen E, Strange V, Oakley A, Copas A, Johnson A, et al. Influence of family type and parenting behaviours on teenage sexual behaviour and conceptions. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60(6):502-6.
4. Broman CL, Reckase MD, Freedman-Doan CR. The Role of Parenting in Drug Use Among Black, Latino and White Adolescents. *J Ethn Subst Abuse.* 2006; 5(1):39-50.
5. Chapman RP. Parenting characteristics in predicting adolescent smoking and drinking expectancies and intentions: ProQuest Information & Learning; 2002.
6. DeVore ERMD, Ginsburg KRMD. The Protective Effects of Good Parenting on Adolescents. *Postgrad Obstet Gynecol.* 2005; 25(25):1-5.
7. Fromme K. Parenting and other influences on the alcohol use and emotional adjustment of children, adolescents, and emerging adults. *Psychol Addict Behav.* 2006; 20(2):138-9.
8. Radziszewska B, Richardson JL, Dent CW, Flay BR. Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking, and academic achievement: Ethnic, gender, and SES differences. *J Behav Med.* 1996; 19(3):289-305.

Capítulo 11

PIE DIABÉTICO, MÁS ALLÁ DE LA LESIÓN.

CAYETANA ARIAS ARIAS

MARIA ISABEL IRAZOQUI ALZUGUREN

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad crónica que produce un aumento sustancial de los niveles de glucosa en sangre, relacionada con la ausencia o escasez de la hormona insulina, lo que deriva en graves complicaciones a nivel sistémico.

Actualmente, más de 400 millones de personas en el mundo tienen diabetes. Se estima que en 2035 esta cifra ascienda a más de 600 millones. En Europa, 1 de cada 10 muertes es atribuible a la diabetes y sus complicaciones. Concretamente, en nuestro país, el 13,8% de los españoles mayores de 18 años tiene diabetes tipo 2.

Una de las complicaciones de la diabetes que con más frecuencia suscita atención sanitaria es el pie diabético. Se entiende pie diabético a la alteración clínica de origen neuropático en la que con o sin coexistencia de una patología isquémica, se produce una lesión y/o ulceración del pie (de origen generalmente traumático), siendo su consecuencia más grave la amputación menor o mayor. Ésta última, se ha relacionado con una pérdida sustancial en la esperanza de vida, con tasas de mortalidad iguales o superiores a las registradas en el cáncer de colon, próstata, mama o en la enfermedad de Hodking. Se estima que entre un 15-25% de los diabéticos desarrollarán una úlcera en el pie a lo largo de su vida

2 Objetivos

Ejemplificar la importancia de una adecuada exploración de las lesiones, por parte de los profesionales de medicina y enfermería de atención primaria, en el diagnóstico precoz de las complicaciones en el pie diabético.

3 Caso clínico

Varón de 81 años, 76 kg y 176 cm con un IMC de 24.5 (normal). Diabético tipo 2 e hipertenso . Dependiente para las ABVD, excepto alimentación (consigue llevarse el alimento a la boca si se le prepara). Dependiente total para las AIVD. Incontinente total. Vida cama- silla/sillón. Se desplaza en el domicilio en silla de ruedas pero con ayuda de una segunda persona. Presenta riesgo de caídas aumentado. Presenta deterioro cognitivo mixto de varios años de evolución. Dificultades a la hora de la comunicación verbal con discursos incoherente, pero manteniendo la comunicación expresiva, sobretodo en relación al dolor. Paciente catalogado como crónico domiciliario. Sin alergias conocidas.

Paciente en seguimiento domiciliario rutinario para control de patologías crónicas, con un único antecedentes de úlceras en miembros inferiores hasta el episodio actual, coincidiendo con una lesión en el mismo lugar unos meses antes (octubre del 2019). Los familiares consultaron el día 05/01/2019 pues el paciente refería dolor al colocarle las zapatillas y al explorarlo, habrían advertido una pequeña lesión puntiforme en el 2º dedo del pie derecho, según refiere el informe que habría sido curado y resuelto en su momento por su enfermera de atención primaria. Tras ser explorado por el personal de la guardia (extrahospitalaria), únicamente se le indicó a la familia mantener protegida la zona, ya que la lesión parecía estar en proceso de epitelización, indicando curas con povidona yodada 1 o 2 veces al día.

Datos recogidos en primera visita de enfermería de seguimiento a nuestro cargo (3 días después de la consulta (08/01/2019):

- Temperatura: 36.7 °C.
- Presión arterial: 132/67 mmHg.
- Frecuencia cardiaca: 69 latidos por minuto.
- Saturación de oxígeno: 97%.

Exploración: se objetiva lesión de 0.5 x 0.5 cm en dorso del 2º dedo del pie derecho. Aparentemente en proceso de resolución, se observa inflamación y eritema

considerable del 2º dedo con respecto al resto. Se decide retirar la capa costrosa que recubre la lesión con el bisturí y comprobar con ayuda del estilete la profundidad de la misma, alcanzando el hueso y obteniendo durante la técnica un exudado purulento y maloliente.

Mala coloración de miembros inferiores con hipotermia. Sensibilidad táctil alterada. Pulsos disminuidos a la palpación. Se realiza índice tobillo-brazo (ITB) constatándose una enfermedad arterial obstructiva periférica leve, no diagnosticada con anterioridad (ITB: 0.76 en el miembro inferior derecho y ITB: 0.85 en miembro inferior izquierdo). Según la Escala Texas, este paciente se encontraría en el Estadio de Grado 3.

Resolución: se comenta el caso con su médico de cabecera, que tras acudir al domicilio, lo deriva directamente a la urgencia hospitalaria. Ese mismo día, el paciente es valorado por el servicio de vascular y una vez se le han realizado las pruebas pertinentes, es diagnosticado de osteomielitis avanzada, dictaminándose como tratamiento más conveniente la intervención quirúrgica para amputación hasta falange proximal. Dada la edad del paciente, la familia decide no intervenir y tratar la infección con antibioterapia y curas en el domicilio.

4 Discusión-Conclusión

La osteomielitis en el pie diabético se ha convertido en un importante desafío tanto en relación a su diagnóstico como a su tratamiento, relacionándose muchas de sus consecuencias con una valoración tardía, la demora en su derivación desde atención primaria o con un tratamiento mal indicado.

Es de vital importancia para nuestros pacientes el que se garantice una adecuada formación a los profesionales sanitarios en esta materia, protocolizando el abordaje de esta patología con el fin último de garantizar la calidad asistencial en todos los niveles.

5 Bibliografía

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2530016417300204>
2. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14787210.2020.1730177?journalCode=ierz20>
3. Duryea D, Bernard S, Flemming D, Walker E, French C. Outcomes in diabetic foot ulcer patients with isolated T2 marrow signal abnormality in the underlying

ing bone: should the diagnosis of "osteitis" be changed to "early osteomyelitis"?
Skeletal Radiol. 2017 [citado el 21 de febrero de 2020]; 46:1327-33 .

4. <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf>

Capítulo 12

IMPORTANCIA DE DETECTAR PRECOZMENTE AL ANCIANO FRÁGIL A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO

GALADRIEL RUIZ VILLALTA

MARTA MORÁN MERCHANTE

1 Introducción

España, país envejecido, contiene entre su población un alto porcentaje de ancianos frágiles no detectados, lo que supone un alto número de ingresos hospitalarios y un alto consumo de recursos socio-sanitarios evitables.

2 Objetivos

Dar a conocer, a través de un caso clínico, la necesidad actual y real de detectar de forma precoz al anciano frágil, para evitar y/o retrasar situaciones de dependencia, con el alto impacto que esto conlleva en el paciente, en las familias y el elevado coste socio-sanitario que supone no diagnosticarlos a tiempo.

3 Caso clínico

- Anciana de 86 años, viuda desde hace 1 año, que vive sola.
- Independencia para la actividad básica de la vida diaria pero que precisa ayuda para la realización de algunas actividades instrumentales de la vida diaria, con ayuda domiciliaria diaria.

- Hipertensión arterial diastólica. Ligera pérdida de visión y posible deterioro cognitivo leve no filiado.
- Todos ellos marcadores de fragilidad.

Sufre una caída que la lleva a estar durante 12 horas en decúbito supino, arrastrándose por el suelo en su intento fallido de buscar un lugar donde agarrarse para ponerse en pie. A consecuencia de esta situación, ingresa diagnosticada de Rabdomiólisis, lo que la lleva a estar varios días en reposo (con la importante pérdida de masa y fuerza muscular que esto supone en una persona envejecida) y pérdida funcional por dolor. Además a causa de la fricción y la humedad, puesto que en esas 12 horas en el suelo no pudo mantener la continencia, aparece una UPP grado II en el sacro.

Tras 17 días de estancia hospitalaria, al alta ingresa de forma temporal, según la evolución, en una residencia para intentar una recuperación similar a niveles de independencia previos.

4 Discusión-Conclusión

En este caso, como en otros muchos similares, si se hubiera detectado de forma precoz la situación de fragilidad de esta anciana, a través de los sistemas socio-sanitarios (Atención Primaria, Trabajo Social, etc.) no se hubiesen producido los hechos previamente detallados, evitando la situación de soledad, la caída, las 12 horas de estancia en el suelo, el ingreso hospitalario y la institucionalización al alta, así como la situación de dependencia de la anciana y los gastos económicos ocasionados.

Las medidas para haber evitado este caso hubieran ido desde adaptación de la vivienda (buena iluminación, retirar alfombras, objetos del suelo, etc.) televisión asistencia, y/ o ayuda domiciliaria 24 horas.

5 Bibliografía

1. Martín, I ; Gorroñoigoitia, A; Gómez, J; Baztán, JJe; Abizanda., P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Vol.42 Núm 7. páginas 388-393. España. Elsevier 2010.
2. López, B; Fluja, A; InfoGeriatría. Revista cuatrimestral nº 1. Profármaco. Ed. España 2011.

3. Abizanda, P; Alamo, C; Cuesta, F; Gómez, J; González, A; Matia, P; Rodriguez, L; Fragilidad y Nutrición en el Anciano. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. SEGG. Guía de la Buena Práctica clínica en Geriatria. Ed. España; 2014.

Capítulo 13

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES

SONIA ALVAREZ AMEZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la droga es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, pueda modificar una o varias de sus funciones” y más recientemente se define la droga de abuso como “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser auto administrada”.

Como define la OMS la adicción es una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda patológica de la recompensa y/o alivio a través del uso de una sustancia u otras conductas. Por lo tanto, al tratarse de una enfermedad el papel de enfermería durante todo el proceso del paciente es fundamental ya que es el enfermera el que está permanentemente en contacto con la persona, observando tanto su estado a nivel orgánico como su estado a nivel emocional.

2 Objetivos

Conocer las razones por la que los jóvenes consumen alcohol y otras drogas para poder prevenirlos y saber qué actuaciones o funciones como profesional hay que aplicar al paciente drogodependiente.

3 Metodología

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

4 Resultados

Entre muchas de las razones por la que los jóvenes consumen alcohol y otras drogas están la falta de supervisión de los padres, la ruptura de la estructura familiar tradicional, la influencia de los medios de comunicación, la búsqueda de diversión, el sentirse bien y la presión de amigos o compañeros.

Las estrategias para prevenir tanto el consumo de alcohol como de otras drogas entre los jóvenes han de ser diversas y globales. Si se pretende que sean efectivas, una iniciativa de prevención puede enseñar a los jóvenes habilidades para resistir la presión social teniendo en cuenta las influencias ambientales, como por ejemplo, la imagen del alcohol en los medios de comunicación, o los beneficios económicos que reporta la venta de otras drogas.

El papel del enfermero en la ayuda a la drogodependencia es indispensable, ya que cuando llega a nosotros este paciente está nervioso, asustado, triste, irascible, sabe que tiene un problema con los tóxicos, ha perdido el control, solo vive para su adicción y está derrotado. Entre muchas de sus funciones están:

- Recogida de muestras, cuyo fin es saber si el paciente sigue el programa o ha vuelto a consumir.
- Toma de constantes vitales, para valorar su estado nutricional, explicando los efectos que producen las sustancias consumidas.
- Profilaxis y curas.
- Promoción de la salud, se tratará el autocuidado, la autoestima y las habilidades sociales para que se reinserten en la sociedad.

Para tratar con estos pacientes, se deben emplear las técnicas propias de enfermería, complementadas con técnicas de comunicación terapéutica para ayudar a la persona durante todo el proceso de recuperación. Es necesario ser empático (comunicar al enfermo que aceptamos sus emociones y su situación esto le anima

a compartir su realidad), realizar la escucha receptiva y sobretodo acompañar al paciente ya que es una persona que debido al consumo de tóxicos ha llevado en los últimos tiempos una vida desorganizada a todos los niveles, por ello durante las consultas les ayudamos a restablecer o a aprender los hábitos de vida saludables.

5 Discusión-Conclusión

En la lucha contra la drogadicción, lo más importante de la comunidad es la prevención, se debe cooperar y apoyar a crear entornos para los jóvenes que no favorezcan el consumo de alcohol u otras drogas.

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 muy importante ya que, aparte de tratar la drogodependencia y supervisar el tratamiento, participan en las labores de cuidado y educación sobre las drogas y sus efectos. Tratando de evitar las recaídas y el éxito de las terapias.

El Plan Nacional sobre drogas es una iniciativa gubernamental destinada a coordinar y potenciar las políticas que, en materia de drogas, se llevan a cabo desde las distintas administraciones públicas y entidades sociales en España. Intenta promover una política de prevención que haga posible una disminución de la oferta y de la demanda de drogas. Busca fortalecer una red de centros para la asistencia y rehabilitación de personas con problemas derivados del consumo de drogas, impulsando su incorporación a la vida social, impulsar los programas y actividades que las distintas instituciones autonómicas, locales y organizaciones no gubernamentales realizan en este ámbito y finalmente, fomentar la responsabilidad y la participación de todos los ciudadanos.

6 Bibliografía

1. Roselló CC. Primeros auxilios en caso de sobredosis [Internet]. Centre Can Roselló: Clínica especializada en adicciones y patologías duales. 2011. Available from: <http://www.centroadiccionesbarcelona.com>
2. Constitución Española de 1978 Art. 1.1 4.
3. Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 y posteriores ampliaciones.

4. Anderson, d.J. (1981). perspectives on Treatment. usa: hazelden Foundation.
5. Barriguete, a. (1996). lo que el vino se llevó México: editorial diana, s.a. de c.v.
6. Brailowsky, s. (1995). las sustancias de los sueños. México, d.F.: Fondo de cultura económica.
7. Isaac, c. (1998). alma húmeda. una Fábula. México: ediciones Zarebska, s.a. de c.v.
8. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, dsm-iv (1995). España: masson, s.a.
9. Powel, d.J. (1993). clinical sup.

Capítulo 14

PREVENCIÓN E IDENTIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

SONIA ALVAREZ AMEZ

1 Introducción

Violencia de género es lo mismo que hablar de violación de Derechos Humanos. Es hablar de víctimas y hablar de agresores, es hablar de desigualdad. La Asamblea General de las Naciones Unidas, define la violencia de género 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"

Los profesionales sanitarios tienen una gran responsabilidad en la detección y actuación en los casos de violencia de género. La detección temprana permite realizar una intervención en fase inicial que es fundamental.

Siempre existe, algún momento, en que la mujer víctima de violencia de género acude a urgencias, consultas, o por el cuidado de hijos y personas mayores. Además, hay que tener en cuenta que cuando una mujer sufre violencia de género, suele acudir con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, en particular a Atención Primaria, Urgencias, Obstetricia y Ginecología y Salud Mental.

La relación de cuidado que se establece entre enfermeros y pacientes nos permite valorar de forma integral a la persona, su entorno familiar y social. La atención domiciliaria de enfermería se convierte en una oportunidad para la detección precoz. No obstante, en cualquier contacto con la paciente se puede y se debe explorar indicadores de sospecha de maltrato y actuar en consecuencia.

2 Objetivos

Saber identificar los indicadores de sospecha, para que puedan identificar precozmente este tipo de violencia y las pautas de actuación a llevar a cabo ante un posible caso de maltrato.

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 profesionales sanitarios en el desempeño de su trabajo deben de saber identificar estos indicadores fijándose:

1. Durante la consulta.

-Características de las lesiones.

-Actitud de la mujer.

-Actitud de la pareja.

2. Cuando el personal sanitario sospeche que una mujer puede ser víctima de maltrato, la situación de violencia se tratará de confirmar. En los antecedentes y datos de historia:

-Antecedentes de violencia.

-Antecedentes personales y hábitos de vida.

-Problemas gineco-obstétricos.

-Síntomas psicológicos.

- Aspectos sociales.
- Síntomas físicos frecuentes.
- Utilización de servicios sanitarios.
- Situaciones de mayor vulnerabilidad.
- Información de que la mujer está siendo víctima.

Las pautas de actuación ante un posible caso de maltrato tanto en el entorno sanitario como en una visita domiciliaria por parte del profesional sanitario sería:

1. El primer paso es intentar hablar con el paciente a solas.
2. Crear entre el profesional y el paciente un ambiente seguro, tranquilizador.
3. Garantizarle la confidencialidad.
4. Mostrar empatía, escucha activa, la mujer víctima de violencia de género no debe sentirse juzgada.
5. Informar a la víctima de todos los recursos disponibles.
6. Recordar que puede volver cuando quiera.
7. Atender las lesiones físicas y psíquicas en caso de que las haya.
8. Si la víctima no presenta lesiones que supongan un riesgo vital, pero requiere un Informe Médico Forense, es muy importante tener cuidado hasta la llegada de dicho médico. Si ha habido penetración oral o pérdida de conciencia, no debemos darle agua hasta que no se hayan tomado las muestras.
9. Es importante que nuestra actuación no destruya pruebas policiales. No lavarla, no administrarle sedantes orales, explicarles el porqué de nuestra actuación, informarles de que sólo aportando las pruebas podremos conseguir que la Justicia se haga cargo del agresor.
10. Por último, y más importante, no dejarla sola.

5 Discusión-Conclusión

La violencia de género debe ser un tema transversal en la formación de los enfermeros y sus especialidades. Se debe conocer las causas, formas de violencia, mecanismos, consecuencias, fases del proceso, etc., para permitirnos identificar los signos, síntomas y conductas que son indicadores de violencia de género.

Es imprescindible e importantísimo conocer los protocolos de actuación sanitaria ante la violencia de género de nuestro centro de trabajo, conocer los recursos disponibles para la atención integral a la mujer en situación de maltrato y sus derechos. La formación continuada es indispensable en violencia de género ya que nos puede aportar herramientas necesarias para prevenir y erradicar este tipo de violencia y para mejorar la intervención con estas mujeres.

La formación en técnicas de investigación cualitativa abre una puerta a la enfermería que, en los casos de violencia de género, puede ser de gran utilidad para seguir avanzando en el conocimiento sobre el tema. Se debe de implicar en este problema a toda la sociedad y a las Administraciones Públicas ya que la responsabilidad social es de todos, debido a que la violencia de género es una violación a los derechos fundamentales.

6 Bibliografía

1. https://www.boe.es/legislación/codigos.php?id=038_Codigo_Penal y legislación_complementaria
2. <https://www.interior.gob.es/>
3. <https://www.violencia de genero. Msssi.gob.es/home.htm>
4. <https://www.inmujer.gob.es/conoceDerechos/preguntas/delitos.htm#diferencia>
5. CABRERA ESPINOSA, MANUEL (2011) ¿Usted por qué pega? La violencia de género a través del maltratador: Editorial Académica Española.
6. ESPAÑA, MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2012). Protocolo común de actuación sanitaria ante la violencia de género Madrid: Gobierno de España.
7. PEREZ VIEJO, JESÚS M. y MONTALVO HERNÁNDEZ, ANA (2011) Violencia de género. Prevención, detección y atención.
8. BOSH, ESPERANZA Y FERRER, VICTORIA . A. (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje .En Revista Asparkia.
9. SAN SEGUNDO MANUEL (2016). A vueltas con la violencia. Una aproximación multidisciplinar.
10. SUÁREZ RAMOS, AMALIS (COORD), (2015). Protocolo Andaluz de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Junta de Andalucía.

Capítulo 15

ALZHEIMER Y AUTOCAUIDADO

SONIA ALVAREZ AMEZ

1 Introducción

Todos conocemos lo importante que es el diagnóstico precoz en la enfermedad de Alzheimer a la hora de implantar un tratamiento temprano, el cual se ha evidenciado como más eficaz en estadios iniciales. El profesional de enfermería será una herramienta importantísima a la hora de detectar los síntomas tempranos en el enfermo de Alzheimer.

La enfermería es uno de los grupos asistenciales que más horas dedican a la atención de la población mayor (realizan el mayor número de visitas domiciliarias, prestan el mayor porcentaje de las horas totales de cuidados, tienen una participación activa dentro del programa de atención al mayor en Atención Primaria, etc.).

2 Objetivos

- Ayudar a reforzar las habilidades que aún persisten y adaptar el entorno de forma que le resulte más cómoda su existencia.
- Fomentar el autocuidado del enfermo de Alzheimer.
- Fomentar la colaboración de la familia en el cuidado del enfermo y hacerles partícipes de su terapia multidisciplinar.

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 momento en el que la enfermera se encuentra ante la presencia de dificultad reiterativa para retener información nueva por parte del paciente de riesgo (el riesgo de padecer esta demencia aumenta progresivamente con la edad, siendo más frecuente en mujeres, en pacientes con aislamiento social y en aquellos que no hayan desarrollado actividades intelectuales frecuentes a lo largo de su vida), manejar labores complejas, resolver problemas, orientarse temporoespacialmente, uso del lenguaje empobrecido o reiterativo, etc.. Independientemente del ámbito de trabajo de la enfermera (Centro de Salud, Centros de Día, Hospitales de Día, Residencias, Domicilios, etc.), se deberán llevar a cabo las siguientes acciones:

- Confirmar indicios que puedan constatar la sospecha de enfermedad de Alzheimer utilizando diferentes instrumentos de diagnóstico pluriprofesional, como Test de minimenta o test de Barthel.
- También la verificación de la existencia de diagnósticos de enfermería típicos de los enfermos de alzheimer puede ayudar a la detección en fases iniciales.
- Indicar al enfermo y a sus familiares la conveniencia de que le sea realizado un estudio diagnóstico completo.
- Iniciar el protocolo administrativo para que pueda realizarse el proceso diagnóstico de manera rápida y eficaz (médico de cabecera, interconsulta especialidad neurología, valoración neurológica, diagnóstico diferencial, diagnóstico posible de Alzheimer).

La significativa prevalencia y la dependencia que llega a generar la enfermedad de Alzheimer, hacen que un amplio grupo poblacional se vea en la necesidad de cuidar a estos pacientes, teniéndose que adaptar, en las fases iniciales de la enfermedad, a una nueva forma de vida que inevitablemente repercute en el estado físico y psicológico del cuidado.

La intervención educativa será desarrollada por el equipo de atención primaria. La enfermera actuará como coordinadora de los distintos profesionales del equipo (trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.), a medida que vayan surgiendo nuevos problemas que requieran.

Importante: identificar los problemas, de planificar objetivos y actividades y de evaluar, posteriormente, los resultados obtenidos.

Metodología y plan de trabajo:

1. Valoración e identificación del déficit de autocuidado.
2. Intervención educativa: diagnósticos y actividades de enfermería. Una vez identificados los déficits de autocuidado, proponemos actividades dirigidas a la paciente, cuidador primario y familia, incluyendo los criterios de resultado para cada una de ellas.

1. Ansiedad.

Disminuirá su nivel de ansiedad mediante actividades dirigidas a la paciente:

- Realizar explicaciones sencillas acerca de lo que ocurre y lo que está pasando.
- Realizar sesiones de relajación.
- Fomentar la expresión de sus sentimientos.

2. Aislamiento social relacionado con cambios comportamentales.

Importancia de continuar con la rutina:

- Retomará las actividades sociales en las que participaba anteriormente.
- Estará motivado para realizar nuevas actividades de ocio.

Actividades:

- Averiguar los motivos que la indujeron a abandonar las actividades sociales que antes realizaba.
- Recomendar nuevas actividades que puedan resultar atractivas.

3. Riesgo de lesión relacionado con la falta de conciencia de peligros ambientales.

Actividades:

- Orientar al paciente sobre el ambiente que le rodea.
- Mantener un ambiente tranquilo y sin cambios importantes (mobiliario, utensilios, etc.).
- Acondicionar el hogar para evitar la desorientación.
- Tomar medidas de seguridad en el hogar (controlar utensilios que puedan dañarlo, instalar cerraduras en puertas y ventanas, etc.).
- Establecer rutinas en las actividades cotidianas.
- Pasear.

Teniendo en cuenta la sintomatología que se produce en esta fase inicial de la enfermedad, las características más importantes que presenta el enfermo y que afectan a la práctica enfermera son, tanto el desánimo para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) como el olvido de algunos factores que influyen en su ejecución. Esto produce un abandono del autocuidado personal y del rol habitual. Las actuaciones del profesional de enfermería en esta fase irán encaminadas hacia la facilitación en la ejecución de dichas actividades.

-Adaptación del entorno o formación del cuidador principal en dicho campo (disminuir los factores extrínsecos que favorecen la producción de accidentes y caídas y conseguir un ambiente protésico).

-Organización minuciosa de las AVD, fomentando su autonomía y participación activa, estableciendo rutinas secuenciadas siempre de la misma forma (esto facilita la ritualización de las AVD y que en estadios posteriores conserve la independencia el mayor tiempo posible, realizando una discreta vigilancia, no prestando nunca mayor ayuda de la necesaria y potenciando la toma de decisiones por parte del enfermo.

-Atención en la seguridad del enfermo (desplazamientos, conducción, peligros domésticos, etc)

-Fomento de la instauración de terapias cognitivas en centros especializados o en el propio domicilio por parte de los familiares/ cuidadores.

5 Discusión-Conclusión

La persona con Alzheimer mejorará su adaptación al entorno dentro de sus posibilidades cognitivas. Es importante que la familia conserve y esté concienciada de la importancia del mantenimiento de la rutina por parte del enfermo de Alzheimer en la medida que pueda desempeñar habilidades, o mantenerlas en lo posible en el tiempo.

6 Bibliografía

1. Paños Babin M, Valero Bris N, Caballero Grolimund E, Muñoz Cortés MJ, Martín Muñoz E, Rodríguez Paradinas MT, Ponce Salas B, et al. Intervención educativa con una paciente con enfermedad de Alzheimer en fase inicial. Nure investigation. 2005 [consultado 24 enero 2019]; 16(7). Disponible en: <http://www.nure.org>
2. Balbas Liaño VM. El profesional de enfermería y el alzheimer. Nure investigation [internet] 2005[consultado 24 enero 2019]; 13 (8). Disponible en: <http://www.nure.org>

//www.nure.org

3. Larrazabal Maruri A. Potencial terapéutico de los fármacos antidiabéticos en la enfermedad de Alzheimer. ADDY: Universidad del país vasco, 19 abril 2018 [consultado 25 enero 2019]. Disponible en: <https://addi.ehu.es>

Capítulo 16

NECESIDAD DE REALIZAR LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL EN EL ANCIANO

GALADRIEL RUIZ VILLALTA

MARTA MORÁN MERCHANTE

1 Introducción

El paciente anciano presenta unas características y circunstancias que lo diferencian del resto de la población. Esta situación supone la necesidad de realizar una Valoración Geriátrica Integral (VGI), para detectar de forma precoz, veraz y eficaz las situaciones anómalas en las que se encuentran las personas de edad avanzada.

Una de estas características es la presentación atípica de la enfermedad, es decir, que no se presenta como un diagnóstico bibliográfico. Así una neumonía, que suele presentarse con tos y fiebre en el adulto más joven, en el anciano, puede no presentarse con esos signos y síntomas y hacerlo a través de un Síndrome Confusional Agudo (SCA). Ocurre lo mismo con infecciones como las infecciones del tracto urinario (ITU), en la que el anciano no presenta la típica disuria y la infección se manifiesta través de un delirium o de una caída.

A veces están banalizadas, como ocurre con el dolor, que se atribuye a la edad restándole importancia. En muchas ocasiones su aparición es silente. También hay que mencionar la pluripatología, pues en el anciano las enfermedades no se

presentan solas, lo hacen de forma conjunta, creando sinergias negativas y provocando una alta comorbilidad. Además, para el anciano estas patologías pueden suponer una importante pérdida funcional, sin olvidarnos del impacto emocional que estas situaciones suponen y de las circunstancias de soledad y aislamiento a la que se ven sometidos.

Por todo lo previamente mencionado, es necesaria una valoración geriátrica integral, para poder implantar un correcto proceso de atención de enfermería, dentro de un equipo interdisciplinar, con la finalidad de diagnosticar al anciano, establecer tratamientos adecuados a sus necesidades, situándolo en el nivel sociosanitario correspondiente, mejorar su estado funcional y cognitivo, su calidad de vida, conocer sus recursos y apoyo socio-familiar y disminuir la mortalidad.

2 Objetivos

Revisar, mostrar y sintetizar la Valoración Geriátrica Integral para tener una visión clara, no solo de la necesidad de su realización en estos pacientes/usuarios, sino también de su estructura y su procedimiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

La valoración geriátrica integral (VGI), es una herramienta estructurada, dinámica e interdisciplinar, no estandarizada, que valora cuatro esferas: clínica, funcional, mental y social, que juntas crean la imagen veraz del anciano.

En la valoración de la esfera clínica, lo que cabe destacar es la realización de una buena anamnesis para detectar de forma rápida y veraz los diagnósticos (Dx) del anciano, realización y justificación de pruebas clínicas (radiografías, ecografías, analíticas, etc.), consumo de fármacos e historia nutricional. Todo esto teniendo

en cuenta las dificultades que se nos presentan durante la valoración, debido principalmente a los cambios propios del envejecimiento (dificultades de comunicación por déficits sensoriales o demencias, respuestas vagas, etc.) y las características de la aparición de las enfermedades en los mismos (atípica, silente, banalizada, pluripatologías, tendencia a cronicidad e incapacidad).

Dentro de esta esfera clínica, hay que destacar una serie de cuadros de alta prevalencia en el anciano, causantes en gran medida de pérdidas funcionales y dependencias, denominados síndromes geriátricos: inmovilidad, incontinencia, caídas, demencia, desnutrición, úlceras por presión (UPP), alteraciones de la vista y el oído, estreñimiento, etc., que suelen presentarse entrelazados o en forma de cascada. Así la inmovilidad o la humedad por incontinencia hacen al anciano más susceptible de la aparición de una UPP.

La valoración de la esfera funcional tiene como objetivo recoger información sobre la capacidad del anciano para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD).

La incapacidad funcional o dependencia, esta relacionada con altas tasas de mortalidad, consumo de fármacos, número de ingresos hospitalarios y estancias prolongadas, institucionalizaciones y alto consumo de recursos sociales. Es importante la necesidad de valorar esta esfera del anciano para fomentar aquellas actividades con potencial de mejora, sobretodo la deambulaci3n, para evitar altos niveles de dependencia del anciano que no solo provoca malestar en el paciente, sino una carga familiar y alto consumo de recursos.

Para la valoración de esta esfera se emplean diferentes escalas estandarizadas, pero las más empleadas en el trabajo diario son:

- Índice de Barthel o el índice de Katz para la realización de las ABVD.
- Índice de Lawton y Brody para la realización de AIVD.

En la valoración mental se incluyen el área cognitiva/conductual y la afectiva. La importancia de la valoración afectiva está en que existen altas tasas de trastornos psíquicos, de los cuales los principales son trastornos ansioso-depresivos, relacionados no solo con cambios en los neurotransmisores asociados a la edad o al sexo sino también a patologías como ACV, Parkinson o neoplasias, así como otras enfermedades crónicas, dolor y pérdidas funcionales. Para dicha valoración se emplean escalas como la de Yesavage o Hamilton, además de la informaci3n recogida durante la entrevista clínica con el paciente y cuidadores principales.

En lo referente a la valoración del área cognitiva, también se emplean escalas para su diagnóstico:

- Mini-mental State Examination de Folstein.
- Mini-examen cognoscitivo de Lobo.
- Test del reloj.
- Cuestionario de Pfeiffer.

Hay que hacer mención en este área sobre la existencia del Síndrome Confusional Agudo (SCA) o delirium y saber diferenciarla de un deterioro cognitivo, puesto que la mortalidad de los pacientes que presentan un SCA durante 30 o más días es del 7%. Para ello debemos conocer en terminología DSM IV el concepto de Síndrome confusional Agudo (SCA): "alteración del nivel de conciencia acompañada de trastornos cognitivos que se instaura en un periodo breve de tiempo y que tiende a ser fluctuante". El SCA se instaura de forma aguda a diferencia de una demencia que lo hace de forma insidiosa. El SCA fluctúa a lo largo del día, provocando alteración del nivel de conciencia en algunos casos, trastornos del patrón vigilia-sueño y alucinaciones, situaciones poco comunes en un deterioro cognitivo, sobretodo en fases iniciales.

A la valoración social muchas veces no le damos la relevancia que tiene, pero en este grupo de la población es de vital importancia, puesto que las situaciones sociales pueden superar las situaciones clínicas y provocar reingresos hospitalarios por las mismas causas, entrando en bucles de enfermedades nosocomiales, o terminar con institucionalizaciones prevenibles del paciente.

En este área nos interesa saber ¿dónde vive? es decir, si vive en su domicilio, en una residencia, ¿cómo vive? en relación a si la vivienda está adaptada a sus necesidades (escaleras, platos de ducha, etc.), ¿con quién vive y quién es su cuidador principal? En muchas ocasiones nos encontramos con cuidadores que son hermanos o cónyuges, de edades similares y que precisan casi los mismos cuidados que el anciano al que estamos valorando. De todo esto previamente detallado, se crea la necesidad de valorar este área de forma exhaustiva para detectar riesgos sociales, soledad e incluso malos tratos y ponerlo en conocimiento del equipo de trabajo social o de las instituciones competentes en cada caso.

También existen escalas de valoración para esta área como pueden ser:

- La escala de Gijón.
- Cuestionario Apgar familiar.
- Escala de relación sociofamiliar.
- Escala de sobrecarga del cuidador Zarit.

5 Discusión-Conclusión

Queda claramente reflejado que debido a las características del anciano, a sus cambios fisiológicos producidos por el paso del tiempo, a las condiciones en que se presentan sus enfermedades y las situaciones a las que están expuestos y sometidos en la sociedad, es necesaria realizar una VGI de forma exhaustiva, no dejando o marginando información que en el adulto joven e independiente obviamos porque suponemos que sus necesidades están cubiertas.

6 Bibliografía

1. San Joaquin, A. Fernández, E. Mesa, P. Garcia-Arilla, E. Sociedad española de Geriátría y Gerontología. Tratado de Geriátría para Residentes. Valoración Geriátrica Integral. Pag 59. Ed España. 2006.
2. González, P. Gutiérrez, J. Verdejo, C. Sociedad española de Geriátría y Gerontología. Manual del Residente en Geriátría. Ed. España 2011.
3. Cabrera, A. Menéndez, A, Fernández, V. Acebal, JV. Díaz, A. Salamea, A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Pag 434-440 Vol 23. Núm 7. Ed. España. Elsevier. 1999.
4. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical of mental disorders (4a.ed).
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
6. <https://www.scielo.org/es/>
7. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 17

PATOLOGÍAS INFECCIOSAS EN LA MUJER

RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA

1 Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son en la actualidad, un importante problema de salud pública tanto por la magnitud que alcanzan a nivel mundial (actualmente se encuentran entre las causas más frecuentes de morbilidad mundial con un marcado crecimiento en las últimas décadas), como por su elevada morbilidad entre la población joven, la que está en edad reproductiva y en los recién nacidos (por la transmisión perinatal, intrauterina, durante el parto o por la lactancia materna), además de por sus posibles complicaciones y secuelas (enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, embarazo ectópico, cáncer de cérvix, e incluso muerte) si no se realiza un diagnóstico y tratamiento exhaustivo del proceso.

2 Objetivos

- Comprender las principales ITS que afectan a la mujer.
- Definir los principales aspectos que las conforman.
- Conocer los tratamientos de las mismas.

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 término de ITS es más amplio que el anteriormente utilizado ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual) al abarcar no solo las infecciones de transmisión sexual, sino también por otras vías y pueden no tener aún manifestación clínica.

No siempre se pueden considerar un cuadro urgente en cuanto a su gravedad y necesidad de tratamiento inmediato. Sin embargo, son numerosas las pacientes que acuden a los servicios de urgencias por este motivo, dado lo florido del cuadro, la incomodidad de sus síntomas, las consideraciones sociales, el riesgo de contagio a su pareja sexual o el miedo en las embarazadas a las posibles consecuencias en el feto.

Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal bajo, sangrado vaginal, lesiones genitales y flujo vaginal excesivo o molesto, dependiendo del caso.

5 Discusión-Conclusión

El listado de las ITS se ha ido incrementando con el paso de los años, llegando a 30 tipos descritos en la actualidad. Se estima que, aproximadamente hay unos 500 millones de casos anuales de estas patologías. Existen diversos factores que condicionan su aparición:

- Sociales.
- Demográficos.
- De comportamiento personal.
- Institucionales.

Es muy importante la prevención y promoción de la salud para disminuir no solo los casos, sino también contribuir a mejorar la clínica de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Ortayli N, Ringheim K, Collins L, Sladden T. Sexually transmitted infections: Progress and challenges since the 1994. International Conference on Population and Development (ICPD) Contraception. 2014;90(6):S22–S31.
2. Johnson LF, Dorrington RE, Bradshaw D, Coetzee DJ. The role of sexually transmitted infections in the evolution of the South African HIV epidemic. *Trop Med Int Health*. 2012;17(2):161-8.
3. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), Programa Nacional de Control del VIH/SIDA/ITS. Informe de la situación epidemiológica del VIH/sida y sífilis Paraguay /Internet/. MSPyBS; 2013. [citado 12 Ago 2014]. Disponible en: <http://www.mcp.org.py>
4. Aguayo N. Estudio de prevalencia del VIH/Sífilis y comportamientos, prácticas y actitudes de las mujeres trabajadoras sexuales en el Paraguay 2011-2012 [Internet]. Asunción: Unidas en la Esperanza (UNES); 2012. [citado 7 May 2015]. Disponible en: http://www.pronasida.gov.py/images/documentos/mts_2011_2012.pdf.
5. Galban E, Benzaken AS. Situación de la sífilis en 20 países de Latino América y el Caribe: Año 2006. *DST-J bras Doenças Sex Transm*. 2007;19(3-4):166-72.
6. Mendoza L, Mongelos P, Páez M, Castro A, Rodríguez Riveros I, Gimenez G, et al. Human papillomavirus and other genital infections in indigenous women from Paraguay: a cross-sectional analytical study. *BMC Infect Dis*. 2013;13:531.
7. WHO. Reproductive health indicators. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva: WHO; 2006.
8. Rodríguez-Riveros MI, Insaurralde Alviso A, Páez M, Mendoza L, Castro A, Giménez G. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sífilis materna: Adolescentes embarazadas. Hospitales de referencia en Paraguay. 2008. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2012;10(1):76-84.
9. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Programa Nacional de Control del VIH/ITS. Estudio de prevalencia de sífilis y VIH en par-turientas y puérperas en el Paraguay 2012 [Internet]. PRONASIDA; 2012. [citado 1 mar 2015]. Disponible en: <http://www.pronasida.gov.py>
10. Páez M, Riveros MI. Situación epidemiológica de la sífilis materna y congénita en el sub sector público a nivel nacional, Paraguay - 2000-2004. *DST-J bras Doenças Sex Transm*. 2006;18(2):117-23.
11. Leguizamón R, Vega ME. Epidemiología de VIH/SIDA en el Hospital Nacional de Itauguá, Paraguay. *Rev. Nac. (Itauguá)*. 2012;4(1):27-33.
12. Centro Paraguayo de Estudios de Población. Encuesta nacional de demografía

- y salud se-xual y reproductiva 2008: Informe final [Internet]. Asunción: CEPEP; 2009. [citado 4 mar 2015]. Disponible en: <http://pdf.usaid.gov>
13. González-Pacheco I, Lartigue T, Vázquez G. Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adver-sas en la infancia y/o adolescencia e infeccio-nes de transmisión sexual. *Salud Ment.* 2008;31(4):261-70.
 14. Burchell AN, Winer RL, de Sanjosé S, Franco EL. Chapter 6: Epidemiology and transmission dynamics of genital HPV infection. *Vaccine.* 2006;24(suppl 3):S52-S61.
 15. Hildesheim A, Herrero R, Castle PE, Wacholder S, Bratti MC, Sherman ME, et al. HPV co-factors related to the development of cervical cancer: results from a population-based study in Costa Rica.. *Br J Cancer.* 2001;84(9):1219-26.
 16. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Principales resultados de pobreza y distribución del ingreso 2013 /Internet/. Fernando de la Mora: DGEEC; 2013. [citado 2 mar 2015]. Disponible en: <http://www.dgeec.gov.py>
 17. Aldama Valenzuela C, Prieto Pantoja JA, Hernández A. Oxitocina y síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética neonatal. *Ginecol Obstet Mex* 2010; 78 (12): 692-696.
 18. Antenatal care guide. Routine care for the healthy pregnant women. NICE. 2008.
 19. Asistencia a la gestante diabética (Guía Asistencial 2006, editada por el Grupo Español para el Estudio de la Diabetes y el Embarazo - GEDE) *Prog Obstet Ginecol* 2007; 50 (4):249-64.

Capítulo 18

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL

CLAUDIA MOLINA VILLÉN

1 Introducción

El caso clínico expuesto a continuación consistirá sobre el trasplante renal. La elección de este caso en concreto se debe a la relevancia tanto de la patología renal previa, a la intervención quirúrgica, así como la calidad de vida del paciente trasplantado. Los trasplantes renales se dan con relativa frecuencia en nuestro entorno como enfermeros, es por ello la necesidad de que como profesionales conozcamos las características de esta técnica, las complicaciones y los cuidados posteriores que necesitará el paciente para realizarlos o educarlos en ellos.

El siguiente caso se centrará en la calidad de vida del paciente que ya ha recibido el trasplante renal. La metodología del siguiente caso se fundamentará en la valoración del paciente mediante el uso de los patrones funcionales de M. Gordon y la taxonomía diagnóstica NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) junto con la valoración de resultados de enfermería NOC (Nursing Outcomes Classification) y la clasificación de intervenciones enfermeras NIC (Nursing Interventions Classification), consiguiendo así la aplicación del método científico al siguiente proyecto.

2 Objetivos

Elaborar de un plan de cuidados de enfermería, adaptado y basado en el método científico para el siguiente caso.

3 Caso clínico

Datos generales: paciente de 67 años, de Granada, jubilado, trabajaba en una ortopedia de la familia. Usuario de una residencia en Ceuta, convive con los demás usuarios de la residencia, es soltero sin hijos. Mantiene contacto con resto de familia una hermana y un hermano.

Antecedentes personales: diabetes tipo II, afectación dislipemia, IRC estadio 5 en hemodiálisis, retinopatía diabética, HTA, Valvulopatía periférica con amputación del 4º dedo pie izquierdo, enfermedad coronaria, pólipos en colon, miocardiopatía hipertensiva (cateterismo), anemia, edema macular, leucoma corneales, hipoacusia, trasplante de riñón, abuso de alcohol. Fractura de tibia y peroné intervenida quirúrgicamente.

Tratamiento farmacológico: Omeprazol 20, Magnesio, prednisona 5, Microfetato 500, Manidipino 10, Azopt colirio, ganford colirio, Bisiprolol 5, colirio antiedemas, Condensartan8, Lantus s/p, Novorapid 4 s/p, Sintrom 4mg s/p, Advagrat 3,5.

Situación actual: el paciente se encuentra en situación estable pero necesita ayuda con gran parte de las ABVD, debido a circunstancias como su ceguera e hipoacusia. La medicación está a cargo del equipo de la residencia. Se realizan curas periódicas con sistema PICO en la herida en pierna derecha tras la intervención, se mueve en silla de ruedas temporalmente por indicación médica, se traslada sin problemas solo en la residencia, pero fuera de ella necesita ayuda. Tiene controles periódicos de tensión, analíticas ordinarias, muestras de orina 24 horas por indicación de su nefrólogo. Todos los días sale de la residencia acompañado de algún otro usuario, consumo elevado de alcohol, no fuma. Control de la diabetes correcto. Hábitos dietéticos correctos. El fisioterapeuta de la residencia realiza con ejercicios de deambulación. El paciente muestra interés por sus procesos patológicos y conoce bastante la terminología médica por estudios superiores de medicina que no finalizó.

4 Discusión-Conclusión

Dentro de la valoración de enfermería, vamos a destacar varios patrones.

Patrón 1: Percepción- manejo de salud.

- Hábitos higiénicos: correctos.
- Vacunas: Sí.
- Alergias: No.
- Percepción de su salud: regular.
- Conductas saludables: alto conocimiento de las técnicas médicas e interés por sus procesos patológicos.
- Dieta: Sí (diabética).
- Existencia o no de hábitos tóxicos: consumo excesivo de alcohol, diariamente entre 3-5 copas de vino.
- Accidentes laborales, tráfico y domésticos: No.
- Ingresos hospitalarios: Sí.

Diagnósticos de enfermería (NANDA):

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188) manifestado por conductas de riesgo relacionado con abuso de alcohol.
- Gestión ineficaz de la propia salud (00078) manifestado por conflicto de decisiones relacionado con elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud.

Intervenciones (NIC):

- 4410 Establecimiento de objetivos comunes.
- 4470 Ayuda en la modificación de sí mismo.

Objetivos (NOC):

- 1603 Conducta de búsqueda de la salud.

Patrón 2: nutricional- metabólico.

- IMC: normal.
- Valoración de la alimentación: dieta a cargo de la residencia de mayores de la que es usuario. Basada en dieta equilibrada y contempla sus necesidades diabéticas.
- Valoración de problemas en la boca: sin problemas.
- Si tiene alteraciones bucales: algunas caries ya corregidas.
- Valoración de problemas para comer: no.
- Valoración de otros problemas que influyen en el patrón:
- Problemas digestivos: no.
- Intolerancias alimenticias:

- Alergias: No.
- Suplementos alimenticios y vitaminas: Hierro.
- Alteraciones de la piel: piel agrietada y seca en piernas ocasionada por diabetes.

Diagnósticos de enfermería (NANDA):

- Riesgo de deterioro de la función hepática (00178) manifestado por abuso de sustancias.
- Riesgo de infección (00004) manifestado por herida abierta en pierna derecha tras cirugía.

Intervenciones (NIC):

- Promoción de un cambio de conducta.
- Ayuda para dejar el alcohol.
- Acuerdo con el paciente.
- Educación sanitaria.
- Control de infecciones

Objetivos (NOC):

- Toma de decisiones.
- Control del riesgo: consumo de alcohol.
- Estado infeccioso.
- Curación de herida por segunda intención.

Patrón 3: eliminación.

Intestinal: Heces de consistencia sólida con color negro por consumo de suplementos de hierro, con un patrón regular de 4 veces en semana, sin molestias o incontinencia o Urinaria: micciones dentro de patrón normal, no presenta incontinencia. Orina con ligera espuma por proteinuria diagnosticada recientemente.

Patrón 4: actividad/ejercicio.

- Valoración del estado cardiovascular: frecuencia cardiaca o presión arterial: normal, ha de hacerse 3 controles semanales de la tensión por prescripción médica o Valoración del estado respiratorio: normal.
- Valoración de la movilidad: movilidad reducida, puede caminar pero tras operación en pierna prefiere desplazarse mediante una silla de ruedas, en la residencia los desplazamientos los realiza él mismo, en la calle necesita de ayuda para la movilidad.
- Actividades cotidianas: dificultad alta para la realización de la mayor parte de las actividades debido a ceguera. Las actividades son realizadas por los trabajadores de la residencia.

- Estilo de vida: sedentaria.
- Ocio y actividades recreativas: Sale al bar con algunos compañeros de la residencia.

Diagnóstico de enfermería (NANDA):

- Deterioro de la deambulación.

Intervenciones (NIC):

- Terapia de ejercicios: deambulación.
- Fomento del ejercicio.

Objetivos (NOC):

- Deambulación: caminata.

Patrón 5: sueño-descanso.

- El espacio físico: habitación individual, espaciosa con ventana alejada de las zonas comunes.
- El tiempo dedicado al sueño u otros descansos diurnos: patrón de sueño adecuado. Hora acostarse 22:00, hora levantarse: 7:30. Siestas diurnas ocasionalmente de pocos minutos.

Patrón 6: cognitivo-perceptivo.

- Nivel de consciencia y orientación: consciente y orientado.
- Nivel de instrucción: inicio de estudios superiores de medicina que abandonó para trabajar en una ortopedia de la familia.
- Si tiene alteraciones perceptivas por problemas de visión, audición, olfato, gusto o sensibilidad táctil: ceguera.
- Si tiene alteraciones de la conducta: Irritabilidad si no consigue lo que quiere.

Patrón 7: autopercepción- autoconcepto.

- Problemas con su imagen corporal: no.
- Problemas conductuales: cambios conducta debido abuso alcohol.
- Si se siente querido, cambios frecuentes del estado de ánimo, asertividad/pasividad, nerviosismo/ relajación: carácter correcto hacia los demás usuarios pero denota un comportamiento normalmente frío.

Patrón 8: rol-relaciones.

- Familia: hermana y sobrinos. Los ve con poca frecuencia.
- Con quién vive: convive en una residencia para personas mayores con una capacidad de 32 usuarios.
- Grupo social: amigos dentro de la residencia.

- Datos relativos a pérdidas, cambios, fracasos, conflictos, aislamiento social, comunicación, violencia: Pareja se suicida, principal desencadenante de abuso de alcohol.

Patrón 9: sexualidad y reproducción.

- Sexualidad: conductas de riesgo en anteriores relaciones sexuales, no comentarios de la actualidad.

Patrón 10: adaptación tolerancia al estrés.

- Cambios importantes en los dos últimos años, si ha tenido alguna crisis: ceguera irreversible, trasplante de riñón, operación en pierna derecha.

- Si utiliza medicinas, drogas o alcohol cuando está tenso: alcohol.

- Si tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza y si lo hace cuando es necesario: no, se muestra reservado.

Patrón 11: valoración y creencias.

- Si tiene planes de futuro importantes: no.

- Si está contento con su vida: se conforma.

- Pertenencia a alguna religión: no.

- Preocupaciones relacionadas con la vida y la muerte, el dolor o enfermedad: no.

5 Bibliografía

1. Pedregosa GT, Montoro CH, Magdalena Cuevas Fernández-Gallego RMJ, Nieves CBdl, valle JSRD. Cómo escribir un caso clínico en enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. Index enfermería. 2011; 20(1-2).
2. Rosa RJE, Durán SR, Castillo RF, Domenech RMN, Soto JAB. Actualización sobre enfermedad renal crónica y tratamiento renal sustitutivo Granada; 2008.
3. Medellín J, González GMC. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. Avances en Enfermería. 2014; 32(2).
4. Ley AP, Sangil IM, Hernández AD. Atención de enfermería a los pacientes con trasplante renal en el posoperatorio inmediato. Revista Cubana de Enfermería. 1995; 11(2).
5. De Oliveira AM, De Souza SR, Lopes de Oliveira B, Novaes García C. El enfermero asistencial y educador en una unidad de trasplante renal: un desafío. Enfermería Global. 2012; 11(27).

Capítulo 19

ENFERMERÍA PEDIÁTRICA EN CENTRO DE SALUD: PILAR FUNDAMENTAL

RAQUEL HERNÁNDEZ SIERRA

1 Introducción

Los enfermeros pediátricos se encargan de proporcionar atención médica a bebés, niños y adolescentes hasta los 16 años de edad. Aplican su conocimiento especializado para satisfacer las necesidades particulares de los niños. Pueden trabajar con los pacientes que tienen una enfermedad o lesión de duración variable, o con niños que tienen discapacidades. Los enfermeros pediátricos también trabajan en estrecha colaboración con las familias y cuidadores de los niños.

Como bien es sabido, entre las funciones principales de la enfermera destaca la promoción de la salud, y como siempre, la enfermera del centro de salud tiene aquí un papel importante siendo la figura encargada de proporcionar estos conocimientos a los más pequeños. Además de esto, hoy en día, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas como la diabetes infantil y la obesidad son dos de los grandes problemas de la salud pública en el mundo.

2 Objetivos

- Demostrar la importancia de la Enfermería Pediátrica Comunitaria.
- Conocer las funciones de dicho colectivo.

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 en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. También se ha consultado la página web de la AEP (Asociación Española de Pediatría).

4 Resultados

Una de las tareas fundamentales de toda enfermera, es la educación para la salud, y más si se trata de una enfermera pediátrica. La gran mayoría de los artículos encontrados, hacen referencia a la importancia que tiene la educación para la salud dirigida al personal docente del colegio y sobre todo a los padres de niños con diabetes u obesidad, ya que son estos los que pasan la mayor parte del tiempo con los niños y se ha demostrado que los planes de intervención son más eficaces si se trabaja en conjunto con la familia.

La función de los enfermeros pediátricos es diferente que la de los enfermeros de adultos en distintos aspectos.

- Deben tener en cuenta el impacto de su enfermedad o lesión en su desarrollo.
- Recogen más información a partir de señales no verbales.
- Tratan el estado físico del niño y también reducen la ansiedad y la confusión que puedan sentir cuando están enfermos o deben adaptarse a un entorno inusual para ellos.
- Trabajan en muchos lugares diferentes, incluyendo salas pediátricas de los hospitales generales, hospitales especializados, centros de día y clínicas pediátricas de salud. Algunos enfermeros pediátricos también visitan a los niños en sus propios hogares para tratarlos.
- Chequeo de la temperatura del niño.
- Asistencia al médico para examinar a los pacientes.
- Administración de medicamentos e inyecciones.
- Cura de las heridas y cambio de vendajes.

Tras la lectura y análisis de los artículos científicos elegidos, se puede afirmar que la enfermera pediátrica del centro de salud, es la figura idónea para la realización de los trabajos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre los más pequeños, así como de conseguir la adherencia al tratamiento en aquellos

que lo precisen. No obstante, todavía queda mucho por hacer, ya que a pesar de que la mayoría de los resultados obtenidos hablan muy bien de esta figura, hemos encontrado problemas que hacen que no llegue a desarrollar su trabajo de la manera óptima posible.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera pediátrica en el centro de salud es de gran importancia para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, así como para el tratamiento de las enfermedades crónicas y debería de implementarse su labor para fomentar la salud entre los más pequeños y así reducir el número de enfermedades en la edad adulta.

El principal problema observado, es la falta de personal, ya que, debido a la sobre concentración y envejecimiento de la población, se tiende a dar más relevancia a la enfermera comunitaria en los centros de salud, justificando esta acción con un descenso de la natalidad. También la falta de tiempo y recursos son un problema a la hora de llevar a cabo las intervenciones necesarias para una buena calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Laaoula AO. La enfermera pediátrica una necesidad sentida [Trabajo de fin de master]. Almería: Repositorio universidad de Almería; 2011.
2. López Langa N, González García N. Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de Enfermería* 2012;15(15):50-54.
3. Montoro A, Fernández P. La enfermera escolar. Opinión de los progenitores de niñas y niños que inician la escolarización. *Metas enfermería* 2017;20(10):50-59.
4. López Langa N, González Prieto N, López Gutierrez I. COMPETENCIAS PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR. 2015 Junio 24. *ENFERMERÍA ESCOLAR., LA SITUACIÓN HOY EN DÍA*. ISSN 1989-3884; 7.
5. San JoséMachí C. Enfermería escolar. 2014 Jan 1. Alba-Martín R. Prevalencia de obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria. *Enfermería Global* 2016 Apr 1;15(42):40-51.
6. Sabin MA, Kao K, Juonala M, Baur LA, Wake M. Viewpoint article: Childhood obesity –looking back over 50 years to begin to look forward. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2015 Jan;51(1):82-86.

Capítulo 20

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO CON ESCARLATINA

ALEJANDRA QUESADA NAVARRO

BEATRIZ IBAÑEZ ANDRÉS

SONIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ

MARÍA BELÉN ORTUÑO MARTÍNEZ

PABLO VIDAL NAVARRO

1 Introducción

La escarlatina es una enfermedad infectocontagiosa producida por el estreptococo beta hemolítico del grupo A (*Streptococcus Pyogenes*). Es causante de amigdalitis bacteriana, pero, además, libera unas toxinas que son las causantes de las típicas manchas rojizas en la piel que dan lugar al exantema generalizado. Presenta un espectro clínico que va desde el portador asintomático, hasta la enfermedad clínica y con un tratamiento adecuado, seguirá un curso benigno, pero si no se trata, puede derivar en complicaciones serias.

Aunque ha sido considerada una enfermedad peligrosa en la infancia, desde la aparición de la penicilina, es considerada como benigna. La incidencia de la escarlatina se creía baja, pero en la última década, se han identificado brotes de esta enfermedad en todo el mundo.

2 Objetivos

Establecer un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) unificado para escarlatina en niños.

3 Caso clínico

Presentamos a un niño de 3 años y 11 meses de edad que acude a su consulta de pediatría de su centro de salud de referencia con fiebre de 39,5 °C de más de 24 horas de evolución, odinofagia, cefalea, dolor abdominal, diarrea, náuseas y malestar general. Presenta también eritema en la mucosa oral y un exantema generalizado de textura áspera que se encuentra acentuado en cuello, axilas, fosa antero-cubital, pliegues inguinales y poplíteos.

Tras valoración pediátrica, se le diagnostica como escarlatina, recetándole Azitromicina de baja dosis (10 mg/Kg) durante 3 días y antipiréticos (paracetamol 100 mg/mL) y antiinflamatorios (ibuprofeno 40 mg/ mL) para paliar la sintomatología. Tras esto, el paciente pasa a la consulta de enfermería pediátrica para valoración y realización del proceso de atención de enfermería pertinente, el cual se realiza siguiendo los patrones funcionales de salud de M. Gordon.

1. Percepción- manejo de salud.

Déficit de autocuidado: Alimentación.

NIC:

- Ayuda en los autocuidados: alimentación. Administración de la dieta oral.
- Manejo de la nutrición. Progresión a dieta oral.
- Terapia de deglución. Prevención de la aspiración.

NOC:

- Estado nutricional adecuado.
- Deglución correcta.

Déficit de autocuidado: Baño/ Higiene.

NIC:

- Ayuda en los autocuidados: baño/ higiene. Higiene del paciente que requiere ayuda parcial (no encamado).

NOC:

- Cuidados personales de las actividades de la vida diaria, baño e higiene.

Déficit de autocuidado: Vestido/ Acicalamiento.

NIC:

- Ayuda en los autocuidados: vestir/acicalamiento.

NOC:

- Cuidados personales de las actividades de la vida diaria.

Déficit de autocuidado: Uso del WC.

NIC:

- Ayuda en los autocuidados: aseo.

- Ayuda en los autocuidados: baño/ higiene.

NOC:

- Cuidados personales de las actividades de la vida diaria, higiene y uso del inodoro.

Manejo inefectivo del régimen terapéutico.

NIC:

- Acuerdo con el paciente.

- Modificación de conducta.

- Enseñanza: proceso de enfermedad, procedimiento y tratamiento.

- Apoyo en la toma de decisiones. Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir por el paciente en su domicilio.

NOC:

- Conducta de cumplimiento.

- Conducta terapéutica.

- Conocimiento: régimen terapéutico.

- Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria.

Deterioro de la integridad cutánea.

NIC:

- Vigilancia de la piel.

- Cuidados de las heridas.

NOC:

- Curación de las heridas.

- Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

2. Nutricional - metabólico.

Deterioro de la mucosa oral.

NIC:

- Higiene de la boca.

- Vigilancia de la piel.

NOC:

- Integridad tisular: piel y membranas.

- Salud bucal.

Náuseas.

NIC:

- Manejo de las náuseas.

- Manejo de vómitos.

- Manejo de líquidos.

NOC:

- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.

- Hidratación.

- Nivel de comodidad.

Desequilibrio nutricional por defecto.

NIC:

- Manejo de los trastornos de la alimentación.

- Manejo de la nutrición. Progresión de la dieta oral.

NOC:

- Estado nutricional adecuado.

Deterioro de la deglución.

NIC:

- Terapia de deglución:

- Prevención de la aspiración.

- Progresión de la dieta oral.

NOC:

- Control de la aspiración.

- Estado de deglución.

Termorregulación ineficaz.

NIC:

- Valoración de la temperatura corporal.

- Cuidados de enfermería ante un paciente con fiebre.

NOC:

- Termorregulación.

Hipertermia.

NIC:

- Regulación de la temperatura.

- Valoración de la temperatura corporal.

- Cuidados de enfermería en la hipertermia.

NOC:

- Termorregulación.

Patrón respiratorio ineficaz.

NIC:

- Valoración de la frecuencia respiratoria.
- Valoración de la saturación de oxígeno.
- Normas generales en la fisioterapia respiratoria.
- Tos asistida.

NOC:

- Permeabilidad vías aéreas.
- Ventilación.

Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

NIC:

- Lavados nasales.

NOC:

- Permeabilidad vías aéreas.

3.Eliminación.

Diarrea.

NIC:

- Manejo de la diarrea.
- Manejo intestinal.
- Manejo de líquidos.

NOC:

- Eliminación intestinal.
- Hidratación
- Equilibrio electrolítico y ácido-base.

Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

NIC:

- Balance de líquidos.
- Administración de suero oral.

NOC:

- Equilibrio electrolítico y ácido – base.
- Equilibrio hídrico.
- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.
- Hidratación.

4. Actividad – ejercicio.

Intolerancia a la actividad.

NIC:

- Manejo de la energía.
- Ayuda en el autocuidado.

NOC:

- Conservación de la energía.
- Cuidados personales: Actividades de la Vida Diaria.
- Tolerancia de la actividad.

5. Sueño – descanso.

Dolor agudo.

NIC:

- Valoración del dolor.
- Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor.

NOC:

- Control del dolor.
- Nivel del dolor.
- Escala EVA adaptada a niños.

Deterioro del patrón del sueño.

NIC :

- Aumentar afrontamiento.
- Manejo de la energía. Cuidados de enfermería para favorecer el descanso del paciente.

NOC:

- Sueño.
- Descanso.

6. Cognitivo – perceptual.

Conocimientos deficientes.

NIC:

- Enseñanza: individual.
- Enseñanza: grupo.
- Enseñanza: dieta prescrita.
- Enseñanza: medicación prescrita.
- Enseñanza: proceso de enfermedad.

NOC:

- Conocimiento: régimen terapéutico.

- Conocimiento: medicación.

7. Auto percepción- autoconcepto.

Riesgo de baja autoestima situacional.

NIC:

- Potenciación de la autoestima.
- Aumentar el afrontamiento.

NOC:

- Autoestima.
- Resolución de la aflicción.

8. Rol – relaciones.

Déficit de las actividades recreativas.

NIC:

- Terapia del entretenimiento.
- Facilitar las visitas.

NOC:

- Participación en actividades de ocio.

9. Sexualidad- reproducción (no procede).

10. Adaptación- tolerancia al estrés.

Ansiedad.

NIC:

- Disminución de la ansiedad.
- Aumentar el afrontamiento.

NOC:

- Control de la ansiedad.
- Superación de problemas.

11. Valores- creencias.

Riesgo de sufrimiento espiritual.

NIC:

- Apoyo espiritual.
- Dar esperanza.

NOC:

- Bienestar espiritual.
- Esperanza.

4 Discusión-Conclusión

Tras administrarse la medicación prescrita durante los 3 días de tratamiento, el paciente comenzó a recuperarse notablemente, siendo necesario utilizar los antipiréticos y antiinflamatorios durante 3 días más. Se realizó una nueva entrevista en la consulta de enfermería pediátrica para valorar la obtención positiva de resultados del proceso de atención de enfermería administrado y podemos valorar positivamente que el paciente alcanzó dichos objetivos.

5 Bibliografía

1. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Haas M., Moorhead S. “Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC”. Ed. Mosby – Harcourt. Barcelona. 2002.
2. Guirao – Goris A., Camaño R., Cuesta A. “Diagnósticos de enfermería. Categoría, Formulación e Investigación”. Ed. Ediversitas. Valencia. 2001.
3. McCloskey J.C., Bulecheck G.M., “Clasificación de Intervenciones de Enfermería” 3ª Edición. Harcourt. Madrid. 2001.
4. Johnson M., Haas m., “Nursing Outcomes Classification (NOC)”. Mosby – Year Book. St. Louis. 1997.
5. Chávez Ramirez A.T., López Álvarez C.A., Rojas Amaya., “Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Escarlatina en niños” México: Secretaria de Salud. 2010.
6. Saleh Altamimi, Adli Khalil, Khalid A Khalaiwi, Ruth Hilner, Martin V Pusic, Mohammed A Al Otham. “Tratamiento antibiótico de corta duración versus estándar para la faringitis aguda estreptocócica en niños (Revisión Cochrane traducida) En: Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 2. Oxford.

Capítulo 21

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ANA BELEN MONTESERIN SUAREZ

ROCIO MENDEZ BLANCO

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una necrosis de la piel y tejido subyacente, generalmente ubicada sobre una prominencia ósea que provoca una disminución del aporte de oxígeno y nutrientes en esa zona a consecuencia de la combinación de la presión, la isquemia y las fuerzas tangenciales o de cizallamiento.

2 Objetivos

- Mejorar los conocimientos por parte del personal de enfermería sobre la prevención, valoración y tratamiento de las UPP.
- Definir las recomendaciones para la prevención de UPP.
- Identificar a los pacientes con riesgo de padecer UPP.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Una buena valoración de los riesgos mediante las escalas de Braden, Norton y Emina nos ayudará a identificar los factores de riesgo de los cuales, los más importantes son:

- Edad avanzada.
- Deterioro cognitivo.
- Deficiencia nutricional.
- Deterioro de la movilidad.
- Mal estado de la piel.
- UPP anteriores.

En cuanto a los cuidados de enfermería son:

- Revisión de la piel: hay que examinarla a diario para detectar la UPP en una fase temprana evitando que progrese a estadios más avanzados, prestando mucha atención al sacro, caderas y talones. La piel debe estar limpia y seca utilizando jabones que no la agredan. Se recomienda utilizar AGMO (ácidos grasos hiperoxigenados) que son una mezcla de ácidos grasos que han sido sometidos a procesos de hiperoxigenación que les confieren eficacia terapéutica.
- Manejo de la presión: para minimizar el efecto de la presión hay que mejorar la movilidad del paciente y realizar cambios posturales cada 2-3 horas si está encamado y si se puede mover por sí solo, cada 15 minutos.

Hay que intentar disminuir la fricción en los movimientos así como evitar que el paciente se apoye directamente sobre las lesiones.

- Soporte nutricional: es imprescindible para favorecer la cicatrización de las UPP un adecuado estado nutricional, y por ello, habrá que recurrir en ocasiones, a suplementos nutricionales formulados especialmente para pacientes con heridas crónicas. Muchas veces estos pacientes tienen dificultad para una correcta nutrición por tener problemas asociados (neurológicos, inapetencia, falta de piezas dentales, etc.).
- Educación sanitaria: será dirigida a familia, cuidadores y profesionales sanitarios. La responsabilidad de cuidar no debe recaer exclusivamente en una sola persona. Es función de enfermería transmitir a la persona cuidadora la formación

en el cuidado de la piel y vigilancia de la misma, alivio de la presión en las zonas de riesgo y ulceradas, así como el mantenimiento de un buen estado nutricional.

5 Discusión-Conclusión

Estas lesiones aparecen sobre todo en pacientes inmovilizados y constituyen un problema importante de salud pública por las alteraciones que produce en la calidad de vida de los pacientes. Se ha demostrado que la mayoría de las UPP podrían haber sido evitadas con un adecuado protocolo de prevención, el cual no solo debe realizarse a nivel hospitalario, sino también en el propio domicilio. Los profesionales de enfermería deben ser competentes, tener conocimientos en la materia y estar motivados a fin de actuar de la mejor forma posible para atender al paciente.

6 Bibliografía

1. Carralero MDM, ríos-Díaz J, Martínez-Fuentes J. Prevención de las úlceras por presión en pacientes terminales e inmovilizados seguidos por el equipo de soporte de atención domiciliaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42(5):263-70.
2. De Haro F, Flores ML. Evaluación de las sesiones educativas a personas cuidadoras realizadas por enfermería gestora de casos hospitalaria. *Gerokomos.* 2012;23(4):156-61.
3. Abad R, Gutierrez A, Ubis A. Gestión de cuidados de enfermería; manual de usuario OsaNAIA. Vitoria Gasteiz: Osakidetza, Subdirección de Enfermería; 2013.
4. Black JM, Cuddigan JE, Walko MA, Didier LA, Lander MJ, Kelpel MR. Medical device related pressure ulcers in hospitalized patients. *Int Wound J.* 2010;7(5):358-65.
5. Bergstrom N, Braden B, Kemp M, Champagne M, Ruby E. Predicting pressure ulcer risk: a multisite study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nurs Res.* 1998;47(5):261-9.

Capítulo 22

ROL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LOS ERRORES DE MEDICACIÓN

ANA BELEN MONTESERIN SUAREZ

ROCIO MENDEZ BLANCO

1 Introducción

La administración de medicación es una de las tareas que realiza enfermería que tiene un mayor riesgo, por lo que es muy importante garantizar la seguridad en dicho proceso. Cuando no hay una administración segura de los medicamentos puede ponerse en peligro la seguridad y la calidad de salud de los pacientes lo que puede conllevar a que aparezcan consecuencias irreparables.

Para que esto no ocurra es muy importante cumplir las cinco reglas de oro:

- Medicamento correcto.
- Paciente correcto.
- Dosis correcta.
- Hora correcta.

2 Objetivos

- Tener conocimientos y aptitudes necesaria para aplicar un fármaco al paciente.
- Saber la forma de actuar del fármaco en el organismo.

-Mejorar la salud del paciente tras la administración de un fármaco, favorecer su recuperación y tener en cuenta los efectos no deseados que este fármaco pueda tener sobre el paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre 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 errores de medicación pueden disminuir la calidad de vida del paciente, puede hacer necesario un incremento de la asistencia médica, provoca el ingreso hospitalario, prolonga la estancia e incluso puede conducir a la muerte del paciente. Un error de medicación puede originarse en cualquier estado durante el proceso en que se desarrolle, desde la prescripción de un medicamento hasta la administración al paciente. Los tipos de errores de medicación son:

- De prescripción: selección incorrecta de un fármaco, dosis, forma de dosificación, cantidad, vía de administración, pauta de administración o instrucciones de uso de un producto farmacéutico ordenado por un médico: prescripciones ilegibles u órdenes de medicación que conducen a error al alcanzar al paciente.
- De tiempo equivocado: administración de un medicamento fuera del intervalo predefinido desde su tiempo de administración tabulado.
- De fármaco no autorizado: administración de un fármaco a un paciente no autorizado por un prescriptor legítimo.
- De dosificación impropia: administración a un paciente de una dosis mayor o menor que la cantidad prescrita o la duplicación de dosis a un paciente.
- De forma de dosificación equivocada: administración a un paciente de un producto medicamentoso en una dosificación diferente a la prescrita.
- De técnica de administración equivocada: proceso inapropiado o técnica incorrecta en la administración de un medicamento.
- De deterioro del medicamento: administración de un fármaco en mal estado o para el cual la integridad de la forma de dosificación se ha visto comprometida.

- De monitorización: fallo al utilizar una clínica apropiada o datos de laboratorio, para un ensayo adecuado de la respuesta de un paciente a la terapia prescrita.
- De conformidad: comportamiento inapropiado del paciente consecuencia de la adhesión al régimen de medicación prescrito.
- Otros: cualquier otro error de medicación que no se incluya en ninguna de las categorías anteriores.

Las recomendaciones para la prevención de errores de medicación por parte del personal de enfermería son:

- Estimular la formación sobre las formas más adecuadas de administración de los medicamentos.
- Comprobar siempre la orden médica original con la hoja de administración de medicamentos.
- Estimular la informatización del registro de administración de medicamentos.
- Registrar la administración de medicamentos inmediatamente después de hacerla.
- Evitar administrar varias unidades del medicamento sin estar completamente seguras de que la dosis es correcta.
- Preparar correctamente el medicamento antes de administrarlo.
- Realizar control por dos personas capacitadas del cálculo de dosis y velocidad de administración de medicamentos intravenosos de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que los problemas y los orígenes de los errores de medicación son multidisciplinares y multifactoriales y la acción individual de uno de ellos de forma única resulta inusual como causa de un error de medicamento puesto que, normalmente, se precisa la combinación de una variedad de factores que contribuyan a la aparición del incidente.

La falta de conocimiento de nuevos fármacos, el uso de referencias bibliográficas incorrectas o desfasadas, los malos procedimientos de dispensación con una mala comprobación, factores del entorno como mala iluminación o las interrupciones, también pueden resultar factores que contribuyen a la aparición de errores.

6 Bibliografía

1. <http://www.sefh.es/normas-actualizadas/errores-medicación.htm>.

2. Fernandez-Llimos F. And Faus M:J(2003).Importance medicine-related problems as risk factors.he Lancet.Vol:362(11):1239.
3. Dean R.(1996).Medication errors:preventing the preventable.Topics in Drug Therapy.Vol.38(9).
4. Organización Mundial de la Salud(1997).Conferencia Internacional sobre la mejora del uso de medicamentos. Boletín de medicamentos esenciales, 23:6-12.

Capítulo 23

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CATÉTER VENOSO CENTRAL Y SU MANIPULACIÓN

PATRICIA VICENTE ARÉVALO

1 Introducción

Un catéter venoso central es aquel que llega o está cerca de la cavidad cardíaca o está dentro de uno de los grandes vasos (cavas, braquiocéfalicas, yugular interna, iliaca externa y femoral común) y que se usan para infusión, extracción de sangre o monitorización hemodinámica.

2 Objetivos

Conocer como enfermera cuáles son los factores de riesgo asociados a un catéter venoso central y su manipulación para así minimizar los riesgos en cuanto a la atención al paciente se refiere en un 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los posibles factores de riesgo son los siguientes:

- Una técnica defectuosa en la inserción del catéter.
- Realizar un defectuoso lavado de manos antes de la inserción y manipulaciones del catéter, contaminándose éste con los microorganismos presentes en la piel del personal sanitario.
- Hacer un uso inadecuado del material y ropa estéril durante la inserción y manipulación del catéter, que puede dar lugar a la contaminación del mismo con gérmenes presentes en el pelo, el calzado, la ropa, y las mucosas del personal sanitario, directamente o por circulación de estas en el aire.
- El número de días de cateterización, favoreciendo el tiempo la repetición de manipulaciones y la proliferación de colonias.
- El uso de la nutrición parenteral y de perfusiones ricas en lípidos, que sirven como caldo de cultivo idóneo de gérmenes.
- El número de luces del catéter, ya que a mayor número, más puertas de entrada, más conexiones.
- La acumulación de humedad alrededor del punto de inserción, con maceración de tejidos y creación de nuevos caldos de cultivo favorecedores de proliferación de colonias.
- Una excesiva manipulación del equipo de infusión, multiplicando las posibilidades de contaminarlo.
- La mala utilización de los equipos de infusión, falta de cuidado de que no queden restos de sangre en las llaves y los sistemas, favoreciendo la proliferación de gérmenes en esas acumulaciones de materia orgánica.
- El lugar de inserción del catéter: se he comprobado que se infectan más las vías centrales femorales y las yugulares que las subclavias, y las vías arteriales femorales y las pedias más que las radiales.
- El Rasurado de la piel antes de la inserción del catéter porque puede producir micro abrasiones que favorecen la proliferación de gérmenes.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido cuales son los factores de riesgo en cuanto a un catéter venoso central se refiere y su manipulación, para poner especial atención en estos puntos y evitar posibles errores e infracciones.

6 Bibliografía

1. Catéter central de acceso venoso- Autor web Instituto nacional del cáncer- disponible en <https://www.cancer.gov>
2. Complicaciones relacionadas con el catéter venoso central: factores de riesgo identificados en niños- Univadis Clinical Summaries Turk J Haematol. de David Reilly - 4 sept. 2015- disponible en <https://www.univadis.es>

Capítulo 24

¿CÓMO PREVENIR LA DERMATITIS DEL PAÑAL?

VERÓNICA ÁLVAREZ DÍAZ

1 Introducción

La dermatitis del pañal es un problema cutáneo que se desarrolla en la zona de piel cubierta por el pañal del bebé. Es un proceso irritativo e inflamatorio provocado por las condiciones de humedad, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias, como detergentes, perfumes u otros compuestos. Afecta entre el 7% y el 35% de los bebés y afecta por igual a ambos sexos y, en términos generales, se suele producir más frecuentemente entre los seis y los doce meses de edad. Del mismo modo, la incidencia de dermatitis de pañal es mayor en los niños con diarrea.

A pesar de que se desconoce la causa por la que se produce la irritación, se puede considerar que el agente irritativo no es único, sino que resulta de la mezcla de diferentes factores que influyen en el desarrollo del proceso, como la fricción, la oclusión, la humedad excesiva o el aumento del pH en la piel del área del pañal. Todo ello produce daño en la epidermis, que conduce a la pérdida de la función de barrera que ejerce la piel y provoca una mayor susceptibilidad a la irritación cutánea.

El papel que tienen las bacterias en este proceso aún no se ha determinado científicamente, pero una explicación posible es que transforman la urea en amonio y elevan el pH de la piel. Los síntomas principales que prueban la presencia de dermatitis del pañal son:

- Un sarpullido de color rojizo que se vuelve más grande a medida que pasa el tiempo.
- Diferentes áreas descamativas que se enrojecen en el escroto y el pene de los niños y en los labios y la vagina de las niñas.
- También es característica la aparición de granos, ampollas, úlceras o protuberancias grandes, además de llagas llenas de pus en algunos casos.

2 Objetivos

Conocer las principales medidas preventivas que se deben llevar a cabo para evitar la aparición de la dermatitis.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se realiza una revisión bibliográfica consultando diferentes artículos y páginas web, accediendo a las principales fuentes de datos: Pubmed, Medline y Scielo. Una vez seleccionada la información que más se ajustó a la temática a desarrollar se realiza un cribado de los datos más destacados.

4 Resultados

El abordaje de la dermatitis del pañal debe ir orientado tanto hacia la prevención como al tratamiento sintomático de las lesiones establecidas.

Profilaxis:

- Se aconseja realizar una buena higiene de la zona, que debe permanecer siempre seca y limpia. La limpieza de la zona se realizará con agua tibia o con un jabón neutro, desaconsejándose los perfumes.
- Se efectuarán cambios frecuentes de los pañales, e incluso en niños con episodios repetidos puede ser útil mantenerlos unas horas al día sin pañales, si es posible. Parece claro que el factor crucial en la prevención de la dermatitis del pañal parece ser el número de cambios de pañal al día.
- La maceración puede evitarse con polvos de talco o óxido de zinc, aunque estos polvos están desaconsejados en erosiones de la piel, pues podrían producirse granulomas por cuerpo extraño. No se utilizarán de modo profiláctico corticoides, antifúngicos ni antibióticos tópicos, por el riesgo de sensibilización. Se debe

aplicar, a cada cambio de pañal, un producto protector que aisle la piel del contacto con el pañal. Para este fin, son adecuadas las pastas al agua con óxido de zinc.

-Los pañales actuales desechables extra-absorbentes contienen un material absorbente en gel dentro del núcleo de celulosa. El material absorbente en gel es un poliacrilato sódico con uniones cruzadas, que tiene la capacidad de absorber varias veces su propio peso de orina. Además, posee una capacidad de tampón que reduce el pH elevado de la zona del pañal. Los pañales extra-absorbentes difieren, según los distintos fabricantes, en composición, cantidad y distribución del material en gel dentro del núcleo de celulosa.

En caso de que con estas medidas no sea suficiente y aparezca la dermatitis el tratamiento consistiría:

- En dermatitis moderadas o severas, la aplicación de corticoides tópicos de baja o moderada potencia reduce o elimina la inflamación. La absorción percutánea de los corticoides de aplicación tópica en la zona del pañal está incrementada por la oclusión.

-La sobreinfección por *Cándida albicans* es bastante frecuente, y muchos casos de dermatitis del pañal se benefician de la aplicación tópica de un antifúngico. En muchos casos, la asociación de un corticoide suave con un antifúngico tópico es de gran utilidad.

-Los antibióticos tópicos deben emplearse en caso de sobreinfección bacteriana demostrada, pues su valor profiláctico no está demostrado y su aplicación sobre piel irritada puede hacer empeorar el cuadro. Los preparados en polvos pueden actuar como astringentes, además de antibacterianos, y son útiles en la dermatitis perianal. Se ha preconizado la utilización aislada de mupirocina para la dermatitis del pañal.

5 Discusión-Conclusión

Este tipo de dermatitis es muy común en los bebés y sus causas son diversas (como se explica anteriormente). Se trata de un problema que alarma a los padres e incomoda a los bebés, pero que generalmente se cura con tratamientos simples y que en muchas ocasiones se puede evitar realizando las pautas anteriormente descritas.

6 Bibliografía

1. www.aeped.es
2. www.scielo.org
3. www.medlineplus.gov

Capítulo 25

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA: HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DIABÉTICOS

DAVID RIERA TOMÁS

ANA AGRELO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es la patología crónica más frecuente de la infancia, de incidencia muy baja en los primeros meses de vida, situándose su pico principal durante los 10-12 años de vida. Es secundaria a la destrucción autoinmune de las células β pancreáticas, lo que produce una insuficiente secreción de la insulina. Su comienzo suele ser de forma brusca y se caracteriza por la elevación de la glucosa en sangre, produciéndose así alteraciones en el metabolismo de las grasas, proteínas y glúcidos.

En cuanto a la prevalencia, es una enfermedad con un elevado índice de mortalidad y de morbilidad en países en vías de desarrollo y en países desarrollados, constituyendo un grave problema de salud. Las principales manifestaciones clínicas que suelen presentar los pacientes antes de un debut diabético son las siguientes: poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso.

Diagnóstico.

La Asociación Americana de Diabetes definió los siguientes criterios diagnósticos:

- Glucemia al azar igual o superior a 200 mg/dL y acompañada de los síntomas cardinales de la diabetes.
- Glucemia a las 2 horas de una sobrecarga oral con 75 gramos de glucosa igual o superior a 200 mg/dL. En el caso de los niños se administra 1,75 gramos de glucosa por Kg.
- Glucemia basal (en ayunas) igual o mayor a 126 mg/dL.
- Hemoglobina glicosilada (HbA1c) igual o superior a 6,5%.

El parámetro fundamental para el control glucémico es la hemoglobina glicosilada, la cual es una proteína sanguínea que refleja la media de glucemia plasmática en los últimos 90 días, por lo que proporciona una información más exacta de la situación de hiperglucemia crónica. Su principal ventaja es la de tener una menor variabilidad intraindividual que la glucemia basal y la sobrecarga oral de glucosa.

La presencia continua de la glucosa elevada en sangre puede producir diferentes complicaciones, por lo que es muy importante realizar el tratamiento correcto de la diabetes que se basa en una correcta dieta, un adecuado ejercicio físico, así como un tratamiento farmacológico.

La insulina, la dieta y el ejercicio físico constituyen los pilares fundamentales en el día a día de un niño diabético. Respecto a las recomendaciones dietéticas, los pacientes diabéticos deben estar sometidos a una terapia explicada por un enfermero experto en diabetes y deben de ser dietas individualizadas. El principal objetivo de una correcta alimentación es mejorar el control metabólico y reducir las complicaciones teniendo en cuenta las características individuales de cada paciente: posibilidades económicas del paciente, los gustos y la cultura característicos de cada grupo según las calorías y el reparto calórico fijado previamente y generar unas tablas en las que se puedan sustituir esos alimentos fijados de forma previa por otros alimentos. Estas equivalencias se pueden expresar en unidades de intercambio o en gramos. Una unidad de intercambio es la cantidad de alimento que contiene 10 gramos de uno de los nutrientes que producen energía (hidratos de carbono, lípidos o proteínas).

El reparto calórico ideal de un niño diabético debería ser similar al reparto calórico de un niño no diabético disminuyendo únicamente el aporte de hidratos de carbono. Los azúcares de absorción rápida deberían ser sustituidos por los azúcares de absorción más lenta y es recomendable realizar tres comidas princi-

pales (desayuno, comida y cena) y una ingesta extra a media mañana, merienda y antes de acostarse para proporcionar un aporte continuo de glucosa.

-Contenido calórico: el principal fundamento en cuanto al contenido calórico es alcanzar un peso corporal ideal. Los niños y adolescentes con bajo peso se verán obligados a incrementar el aporte calórico. Por el contrario, aquellos diabéticos que presenten normo peso solamente deberán realizar modificaciones en los casos en los que se pueda necesitar una elevación o una disminución del aporte calórico.

- Proteínas: deben aportar el 10% de las calorías totales.

- Grasas: deben aportar entre el 30-35% de las calorías totales.

- Hidratos de carbono: deben aportar entre el 50-60% de las calorías totales.

Se ha comprobado que los niños que están sometidos a una dieta mediterránea con aceite de oliva y frutos secos tienen una reducción en cuanto a los problemas cardiovasculares. Por otro lado, el otro pilar fundamental es el ejercicio físico o actividad física.

Una de las principales labores que realiza la enfermería desde atención primaria es la de la prevención de la Diabetes Mellitus, pero después de demostrar que son numerosos los beneficios que tiene realizar actividad física de forma continua, se deberían establecer también programas de prevención y promoción de la actividad física. A parte de mejorar el perfil metabólico, mejora el control de la glucosa en la sangre y proporciona un bienestar general a la vez que reduce en los niños las futuras apariciones de problemas cardiovasculares.

Antes de comenzar a hacer ejercicio es importante la ingesta de líquidos para prevenir la deshidratación y así mantener unos niveles normales de glucemia, ya que hay que compensar la entrada de líquidos con lo que se va a perder posteriormente con el sudor. A continuación, hay que realizar una sesión de unos 5-10 minutos de calentamiento de actividad aerobia para prevenir adecuadamente los pulmones, los músculos y el corazón. Se recomienda la realización de un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada separados en 3 días diferentes en una semana sin que haya más de dos días seguidos sin realizar actividad física.

En la diabetes mellitus tipo 1 no se produce secreción de insulina endógena, por lo que si hay una descompensación en la ingesta de hidratos de carbono se puede producir una hipoglucemia. Las últimas horas del día y la noche son los momentos en los que si se realiza ejercicio físico se suelen producir más hipoglucemias.

Actualmente, las dosis múltiples de insulina favorecen los ajustes en cuanto a la hora de poner las insulinas para los diferentes ejercicios físicos. Podemos decir que los pilares para una actividad física adecuada a las posibilidades de cada niño se relacionan entre el tipo y la intensidad de ejercicio físico y la administración de hidratos de carbono de absorción rápida. Es importante recalcar que el ejercicio físico hay que realizarlo de forma continuada a la vez que se sigue el tratamiento farmacológico porque en los casos en los que se está sin administrar las dosis correctas de insulina durante 12-48 horas, la realización de ejercicio físico puede producir en estos niños numerosas complicaciones empeorando así la hipoglucemia y dando lugar a la cetoacidosis diabética.

2 Objetivos

- Definir el efecto que produce la dieta y el ejercicio físico en pacientes con diabetes mellitus en edad pediátrica.
- Establecer los pilares fundamentales en el tratamiento no farmacológico de niños y adolescentes diabéticos.

3 Metodología

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica descriptiva es demostrar las mejores evidencias posibles para desarrollar este trabajo. La búsqueda se realiza entre septiembre de 2019 y febrero de 2020, seleccionando artículos de internet y artículos de revistas. Se han utilizado las siguientes bases de datos: Scielo, Elsevier. La búsqueda se inicia a través de las palabras clave: diabetes mellitus type 1, physical exercise, unidas por los operadores booleanos "and" y "or".

Los criterios de inclusión utilizados han sido los siguientes:

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos escritos en español, inglés o portugués.

Los criterios de exclusión utilizados han sido los siguientes:

- Artículos que tengan más de 5 años de antigüedad.
- Artículos que no reflejen que la dieta y el ejercicio físico son dos pilares fundamentales para la diabetes mellitus tipo 1.

Después de seleccionar las palabras clave se empezó la búsqueda de artículos en las diferentes bases de datos.

En la base de datos de Scielo, a través de las palabras clave utilizadas se han obtenido 76 artículos, de los cuales se han escogido 12, ya que tras leer el resto de los otros artículos no se ajustan al tema que se necesita. De esos 76 artículos se han descartado 28 por tener una antigüedad superior a 5 años y se han descartado otros 36 artículos por no estar relacionados con la diabetes mellitus tipo 1 o por estar en un idioma diferente a los referidos en esta revisión bibliográfica.

En Elsevier se introducen las palabras claves mencionadas anteriormente también con el filtro de endocrinología y metabolismo y la búsqueda refleja 27 artículos de los cuales se seleccionan 11. De estos 27 artículos se han descartado 7 por tener una antigüedad superior a 5 años y otros 9 artículos por estar escritos en un idioma diferente al español, inglés o portugués.

4 Resultados

Una revisión llevada a cabo por enfermeros del Servicio de Salud de Castilla y León, González MA. et al observa que la educación diabetológica mejora el índice de masa corporal, el peso, la tensión arterial y el control de la glucemia.

Una revisión por Pimentel JA. et al evalúa el efecto a largo plazo de la educación diabetológica. Se puede observar que las sesiones grupales permiten que los pacientes adquieran conocimientos y comportamientos que permitan mejorar su calidad de vida y prevenir también las complicaciones cardiovasculares del paciente diabético.

Según la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria se observa que no hay diferencias en cuanto a los objetivos nutricionales entre las personas sanas y las personas diabéticas. La diferencia radica en cómo llevar a cabo esa práctica alimentaria. Esta es la razón por la que el equipo multidisciplinar debe realizar planes de alimentación individualizados atendiendo a las condiciones de cada paciente adaptándolas a sus hábitos y posibilidades. El principal objetivo de esta educación diabetológica individualizada reside en cambiar los hábitos en la nutrición de estos pacientes para mejorar así su control metabólico y reducir las complicaciones cardiovasculares, teniendo en cuenta las posibilidades económicas de la familia, los estilos de vida, sus gustos y su cultura.

Otro de los pilares en la diabetes mellitus en niños es el ejercicio físico. La mayoría de los artículos coinciden en que el ejercicio físico debe ser individualizado para cada paciente teniendo en cuenta sus enfermedades asociadas, el sexo, la edad y los niveles de glucemia. Los pacientes que tengan unos niveles de glucemia que

entren como factor de riesgo deben realizar ejercicios físicos menos intensos al principio y de una corta duración e ir incrementando tanto la intensidad como la duración con el paso del tiempo. Los pacientes con enfermedades asociadas también deben seguir la misma norma en cuanto a la realización de actividades físicas.

Uno de los artículos seleccionados afirma que los ejercicios de fuerza de las extremidades superiores junto con el tronco aumentan la tensión arterial por lo que estos ejercicios están desaconsejados en niños y adolescentes que tengan niveles altos de tensión arterial.

Tres artículos coinciden en que los ejercicios de resistencia con pequeñas cargas no están contraindicados en estos pacientes pero los ejercicios principales y más recomendados son los ejercicios aerobios. Algunos de los beneficios que aportan son los siguientes: mejoran el control metabólico, retrasan la aparición de enfermedades cardiovasculares y mejoran la calidad y la esperanza de vida. Estos artículos también destacan que la realización de ejercicio físico no está exenta de riesgos, siendo la hipoglucemia la complicación más frecuente en estos pacientes a la hora de realizar ejercicio físico. Ésta puede ser prevenida más fácilmente ajustando el régimen terapéutico. Estos artículos también hablan de otras dos cuestiones importantes: el ejercicio físico puede prevenir la aparición de la enfermedad en los niños que no son diabéticos y los deportes extremos no están recomendados en los pacientes con diabetes mellitus.

Otro artículo también resalta la importancia de intercalar períodos de alta intensidad de ejercicio entre períodos de baja intensidad de ejercicio. El ejercicio puede realizarse tanto de forma individual cuando a uno le apetezca y tenga ganas como de forma competitiva practicando y compitiendo en un deporte determinado. Ambas formas disminuyen la morbimortalidad asociada a complicaciones de la diabetes mejorando la calidad de vida de los pacientes pediátricos con Diabetes Mellitus Tipo 1. Este artículo resalta que los mejores tipos de actividad física son aquellos en los que se sigue un aumento progresivo del esfuerzo físico y en un tiempo prolongado del estímulo. Estos deportes pueden ser individuales como el judo, atletismo o ciclismo, y colectivos como el fútbol, balonmano y voleibol. Es importante que los niños no hagan un deporte que no les guste, ellos deben tener la oportunidad de elegir aquel que más les guste y del objetivo que quieran alcanzar en cuanto al ejercicio, teniendo en cuenta también sus habilidades en un determinado deporte u en otro. Por último, cabe destacar que este artículo resalta que para reducir la aparición de la hipoglucemia hay que realizar ejercicios

de intensidad moderada, mientras que para reducir la hiperglucemia los ejercicios que hay que realizar son aquellos en los que la actividad física sea de alta intensidad.

Otro artículo demostró en niños con diabetes mellitus tipo 1 que la combinación de ejercicio aerobio y ejercicio de resistencia mejora el perfil lipídico, la fuerza muscular y la capacidad cardiorrespiratoria. Finalmente, acabó ese estudio resaltando que ningún niño de los sometidos a dicho estudio presentó hipoglucemia.

Una gran parte de los artículos relacionados con la realización de ejercicio físico hacen hincapié en que los niveles de HbA1c mejoran tras hacer actividades físicas de forma regular sin que exista la necesidad de disminuir el peso. Otros artículos también señalan que la realización de ejercicio físico regularmente mejora los niveles de glucemia sin que exista en este caso tampoco la necesidad de que se produzca una pérdida de peso. La contracción muscular aumenta con el ejercicio físico ya que aumenta el transporte de glucosa por todo el organismo y el músculo utiliza una cantidad mayor de glucosa favoreciendo de esta forma el metabolismo basal.

Pese a que la diabetes mellitus que afecta principalmente a los niños es la diabetes mellitus tipo 1 también hay niños que sufren diabetes mellitus tipo 2. Concretamente en 5 de los artículos utilizados se observa una mejora de los niveles de HbA1c y glucemia basal en niños con diabetes mellitus tipo 2 tras la realización de ejercicio físico. En uno de estos 5 artículos se realizó un estudio dividiendo a los pacientes en 2 grupos, unos realizaban ejercicio físico y los otros no. Se observó que los pacientes que habían realizado actividad física con una intensidad y una duración determinada durante 6 meses tenían unos mejores niveles de HbA1c que los que no habían realizado dicho ejercicio físico. Junto con este ejercicio físico también llevaban a cabo unos hábitos dietéticos oportunos. En cuanto a los niveles de glucemia basal se observó también una mejoría en el grupo de pacientes que habían realizado ejercicio físico y no hubo cambios significativos en el otro grupo. También hay otros artículos que mencionan que el ejercicio físico es bueno y necesario para estos pacientes pero no hablan de las mejoras en los niveles de HbA1c y de la glucemia basal.

En estos pacientes la combinación de ejercicio físico y ejercicio de fuerza proporciona mayores ventajas que si se realiza dicho ejercicio de forma independiente. Existen 3 artículos que destacan que los ejercicios realizados de forma independiente producen un incremento del transporte de la glucosa, siendo ésta repartida

por todo el organismo, mientras que los ejercicios aeróbicos y de fuerza para diabéticos proporcionan un mejor estado físico aumentando la masa muscular del paciente y por consiguiente permiten al paciente realizar posteriormente ejercicio físico con un mayor rendimiento. En uno de estos 3 artículos se realizó un estudio en el que se separaban 3 grupos de pacientes. El primer grupo de pacientes era sometido a ejercicio por separado, el segundo grupo era sometido a ejercicio combinado y el tercer grupo no era sometido a ningún tipo de ejercicio. El estudio tuvo la duración de 24 semanas y el ejercicio se realizaba unos 3 días por semana. Una vez finalizados los 6 meses se observó que los pacientes sometidos a un ejercicio combinado obtenían unos mejores niveles de HbA1c y niveles de glucemia basal.

Es de vital importancia la regularidad en el ejercicio físico ya que si no se realiza de forma regular los resultados serán a corto plazo y se irán perdiendo mientras que si se realizan de forma regular los beneficios en estos pacientes también aumentarán.

Los niños que presentan obesidad y realizan ejercicio físico también tienen unos mejores niveles de glucemia basal tal y como podemos ver un artículo publicado por un profesor de la Facultad de Medicina de León. Estos pacientes obtienen unos mejores niveles de glucemia tras la realización durante 6 meses de ejercicio aeróbico en bicicleta. Mejoran sus propios niveles respecto a cuándo no habían realizado estos ejercicios en bicicleta. Sin embargo, este mismo estudio se ha realizado con niños también diabéticos pero no obesos y se ven mejorías mucho mayores respecto a sus anteriores niveles de glucemia, por lo que los niveles mejoran más en los niños no obesos que en los niños que presentan obesidad. Además de mejorar los niveles de glucemia también mejoran los niveles de HbA1c en los niños obesos y en los que no presentan obesidad de ningún tipo.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la combinación del ejercicio físico aeróbico y el ejercicio de fuerza se observó que proporciona mayores beneficios que el realizar la actividad física de forma independiente en 3 de los artículos seleccionados mientras que en el resto de los artículos no se relaciona la realización de ejercicio físico combinado con el aporte de un mayor número de ventajas.

Hay 4 artículos que relacionan una mejoría en los niveles de glucemia basal y HbA1c en los pacientes pediátricos que realizan ejercicio físico. Por otro lado, el

resto de artículos no proporcionan una relación entre estos 2 parámetros. Existen varios artículos que no reflejan que la realización del ejercicio físico debe ser personalizado para cada paciente y debe ser individualizado mientras que hay 4 artículos que dicen lo contrario, ya que hay que tener en cuenta el sexo, la edad, la glucemia basal y las posibles enfermedades asociadas.

Únicamente existe un artículo que refleje la importancia de una correcta educación diabetológica relacionada con la disminución de HbA1c. El resto de artículos relacionan una buena educación diabetológica con el ejercicio físico pero no con la disminución de los niveles de HbA1c. En este mismo ámbito nos encontramos un artículo que dice el grupo que recibió educación diabetológica no disminuye su nivel de HbA1c, justo lo contrario que el resto de artículos. Este artículo se basa en que esta educación que se implanta se base más en la práctica y menos en la teoría con actividades más participativas. La educación diabetológica mantiene niveles adecuados de glucemia basal, HbA1c, IMC, colesterol, etc.

Uno de los pilares en estos pacientes es el tratamiento farmacológico y este artículo también hace referencia a que la educación diabetológica influye de forma positiva en el cumplimiento del tratamiento en estos niños diabéticos. Por otro lado, la revisión realizada por Márquez Et al no nos ofrece los mismos resultados ya que estos autores no ven diferencias que sean significativas en cuanto al control metabólico, el IMC, la tensión arterial sistólica y diastólica.. Una de sus suposiciones para dar estas aclaraciones es el número tan pequeño de estudios analizados y el gran número de limitaciones que se han puesto.

En cuanto a la educación diabetológica en el sistema sanitario español cabe decir que ha empeorado en estos últimos años ya que existen un menor número de profesionales de enfermería encargados en estos temas, lo que impide mejorar y atender el estado de salud de algunos pacientes en este ámbito específico.

Pese a que son muchos los artículos que nos dicen que es muy importante la realización de ejercicio físico en los pacientes pediátricos con diabetes mellitus, solamente hay un artículo que nos diga que es importante realizar esta actividad física de forma regular en cuanto a duración e intensidad, ya que el resto de artículos no nos habla de intensidad y frecuencia de dicho ejercicio físico.

La actitud del niño por aprender y comprender junto con la participación de sus familiares en los programas educativos son un factor clave en el desarrollo de la enfermedad del niño ya que cuanto mayor sean los conocimientos de la familia a cerca de la enfermedad mejor va a poder llevarla a cabo el niño. Uno

de los artículos de la revista Diabetes Voice nos permite confirmar que los niños cuyas familias tienen unos mejores conocimientos acerca de cómo llevar a cabo la enfermedad tienen un mayor control sobre la diabetes si los comparamos con personas y familias que estén menos formadas.

En el Hospital Universitario de Fuenlabrada se realizó un estudio en el que había 2 grupos de pacientes pediátricos diabéticos. El primer grupo había sido educado diabetológicamente antes de su debut diabético mientras que el segundo fue educado diabetológicamente después de su debut diabético. Los resultados determinaron que “los días de ingreso se redujeron de 12 a 9 días y las complicaciones disminuyeron un 41,2% dentro de los 6 meses posteriores al alta”. Pero también hay que decir que no todos los estudios mejoraron la variable del control glucémico ya que después de realizar un estudio en Londres en el año 2014 se determinó que después de proporcionar un programa educativo en jóvenes, los niveles de glucemia no mejoraron.

A la hora de hablar de la duración del ejercicio físico también hay contradicciones. Hay un artículo que nos recomienda realizar ejercicio físico 2 veces a la semana el ejercicio de fuerza y un día a la semana el ejercicio aeróbico. Por otro lado, hay otro artículo que nos dice que hay que realizar ejercicio aeróbico todos los días de la semana mientras que el ejercicio de fuerza se debe realizar únicamente 3 o 4 días a la semana. Otros artículos dicen que el ejercicio aeróbico se debe alternar cada hora con ejercicios de fuerza. Existe otro estudio que nos refleja que para conseguir unos niveles adecuados de HbA1c hay que realizar 30 minutos de ejercicio aeróbico durante 5 días a la semana y 3 días a la semana ejercicio de fuerza. Por último, hay otro artículo que nos dice que la duración e intensidad deben ir al gusto del paciente incrementando poco a poco la intensidad y duración del ejercicio.

En cuanto a la alimentación de estos pacientes hay un artículo del Hospital Universitario de Valencia que se contradice en las recomendaciones nutricionales para la población diabética dependiendo de qué sociedad sea la que establezca estas recomendaciones. Se habla de 3 sociedades principalmente: Asociación Americana de la Diabetes, Sociedad Europea de la Diabetes y Sociedad Española de la Diabetes.

En primer lugar, la Asociación Americana de la Diabetes recalca que estos pacientes deben realizar ejercicio físico, el aporte de hidratos de carbono debe estar entre el 60-70%, no deben tener un índice glucémico bajo, se les debe restringir el azúcar e individualizar la grasa, deben comer pescado 2 o más veces a

la semana y el aporte de sodio debe ser inferior a 3 gramos/día.

En segundo lugar, la Sociedad Europea de la diabetes señala que estos pacientes deben incrementar la realización de ejercicio físico, el aporte de hidratos de carbono debe de estar entre el 50-60%, deben tener un índice glucémico bajo, el aporte de azúcar debe ser inferior al 10% y el de grasa debe estar situado entre el 20 y el 35%, deben comer pescado una o más veces a la semana y el aporte de sodio debe de ser inferior a 6 gramos / día.

6 Bibliografía

1. González Casado I. Diabetes tipo 1: el pediatra y los nuevos tratamientos. *Rev Pediatr Aten Primaria* [Internet] 2014 [citado 12 Ene 2018] 11 (16) 205-215. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000600006
2. Borrás Pérez MV., Hernández I., López Siguero J.P. Diagnóstico diferencial de la hipoglucemia en el niño. *Protoc diagn ter pediatr.* [Internet] 2014 [citado 16 Ene 2018] 1, 141-149. Disponible en: <https://www.aeped.es>
3. Barrio Castellanos R., Ros Pérez P. Insulinoterapia en la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica. *Protoc diagn ter pediatr.* [Internet] 2013 [citado 10 Ene 2018] 1(1) 65-75. Disponible en: <https://www.aeped.es>
4. Daneman D. Type 1 diabetes. *The Lancet.* [Internet] 2015 [citado 20 Oct 2017] 367. 847-858. Disponible en : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673606683414>
5. The diabetes control and complications trial research group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of longtem complications In *Insulin-dependent diabetes mellitus.* *N Engl J Med.* [Internet]. 2013 [citado 18 Oct 2017]; 329(4): 977-986. Disponible en: <https://www.nejm.org>
6. Generalitat de Catalunya. Department de Salut. Butilleti de Farmacovigilancia de Catalunya. 2013; 11 (1): 1-3.
7. Blanco CF., Anzoátegui R., de Souza C., Rolón MA. Consenso de diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adolescentes. *Pediatr.* [Internet] 2015 [citado 29 Dic 2017] 38 (2) 130-137. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py>
8. Federación Internacional de Diabetes. *IDF Diabetes Atlas, sexto edn.* Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes, 2013.
9. Asociación Americana de la Diabetes. *Diabetes Care In the School and Day Care Setting.* *Diabetes care* 2013, 36 (Suppl1): S76-S78.

10. Robbins JM, Thatcher GE, Webb DA, Valdmanis VG. Nutritionist visits, diabetes classes, and hospitalization rates and charges: the Urban Diabetes Study. *Diabetes Care* 2014; 31: 665-660 [Pubmed].
11. Pilar Matia Martin, Edurne Lecumberri Pascual y Alfonso L. Calle Pascual. Nutrición y síndrome metabólico. *Rev Esp Salud Pública*. 2012; 81 (5): 489-505.
12. Márquez Arabia JJ, Suárez GR, Márquez Trochez J. El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 1. *Revista argentina de endocrinología y metabolismo*. 2012; 48(4): p. 203-212.
13. Gómez Zorita S, Urdampilleta A. El GLUT: efectos de la actividad física y aspectos nutricionales en los mecanismos de captación de glucosa y sus aplicaciones en la diabetes tipo 1. *Avances en diabetología*. 2012; 28(1): p. 19-26.
14. Lange K1, Kleine T, Danne T. Initial education for parents of children with diabetes: effort and outcomes in children and parents. *Dtsch Med Wochenschr* [Internet] 2011 [citado 22 Ene 2018];136 (21):[1106-10]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
15. MCV Hoey H. Capacitar a niños con diabetes y a sus padres. *Diabetes Voice* [Internet] 2014 [citado 15 Ene 2018]; 49: [25-27]. Disponible en : http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_269_es.pdf
16. García R, Suárez R. Eficacia de un seguimiento a largo plazo con educación interactiva en diabéticos tipo 1. *Rev Cubana Endocrino* [Internet]. 2016 [citado 25 Ene 2018]; 17(3) [16]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
17. William H Lamb. Pediatric Type 1 Diabetes Mellitus [Internet] Ed. Medscape Drug Reference , 1 Mayo 2018 [citado 7 Mayo 2018] Disponible en : <https://emedicine.medscape.com/article/919999-overview>
18. Mascarenhas L.P. Physical exercise in type 1 diabetes: recommendations and care. *Rev. Educ. Fis.*[Internet] 2016 [citado 11 Nov 2017] 22(4). Disponible en : <http://www.scielo.br>
19. Velasco Manrique M.V., Gómez Cabello A., González Agüero A. Adiposidad en niños y adolescentes con diabetes tipo 1: situación actual y controversias. *Nutr. Hosp.* [Internet] 2014 [citado 7 Nov 2017] 30(6)1211-1217. Disponible en: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/7878.pdf>
20. Lopes Souto D, Paes de Miranda M. Physical exercises on glycemic control in type 1 diabetes mellitus. *Nutr. Hosp.* [Internet] 2015 [citado 15 Ene 2018] 26(3)425-429. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21892557>
21. Montilla M, Mena N, López A. Efectividad de la educación diabetológica sistematizada en niños que debutan con Diabetes Mellitus tipo 1. *Index Enferm* [Internet] 2012 [citado 15 Ene 2018]; 21(1-2): [18-22]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>

22. Christie D, Thompson R, Sawtell M, Allen E, Cairns J, Smith F, et al. Structured, intensive education maximising engagement, motivation and long-term change for children and young people with diabetes: a cluster randomised controlled trial with integral process and economic evaluation - the CASCADE study. *Health Technol Assess* [Internet] 2014 septiembre- octubre [citado 17 Ene 2018]; 46(5). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>
23. H. Quirk, H. Blake, R. Tennyson, T. L. Randell and C. Glazebrook. Physical activity interventions in children and young people with Type 1 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. *Diabet. Med.* [Internet]. 2014 [citado 20 Ene 2018]. Disponible en :<https://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Capítulo 26

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS EN EDAD PEDIÁTRICA

DAVID RIERA TOMÁS

ANA AGRELO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La administración de insulina es vital para los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1. Para un tratamiento eficaz y seguro hay que utilizar insulinas que se ajusten lo más posible a la secreción fisiológica para evitar tanto hiperglucemias como hipoglucemias. El páncreas del niño diabético es incapaz de generar insulina por lo que el tratamiento con insulina puede durar toda la vida.

La insulina se administra de forma subcutánea en el muslo, abdomen, glúteos y deltoides, siendo el abdomen el lugar donde más rápido se produce su absorción.

Clasificación de la insulina:

1. Según su origen:

-Insulina humana: se denomina así ya que su molécula es idéntica a la humana.

-Análogos de la insulina: son derivados de la insulina humana en los que se han cambiado de posición alguno de sus aminoácidos con el fin de mejorar el perfil fisiológico de la secreción de insulina.

2. Según su vida media:

- Insulinas de acción ultrarrápida: se caracterizan por tener un comienzo de acción más rápido pero una menor duración que la insulina regular. Tiene un aspecto transparente claro y se puede administrar antes o después de las comidas.
- Insulinas de acción rápida (soluble o regular): se pueden administrar por vía intravenosa y tanto el comienzo de acción como su pico son más tardíos que en caso anterior. Tiene un aspecto transparente claro y se administra 30 minutos antes de las comidas.
- Insulinas de acción intermedia: se utilizan para el control basal de la glucemia. Solamente se pueden administrar por vía subcutánea y tienen un aspecto claro. Se administran 2-3 veces al día.
- Insulinas de acción lenta, retardada o prolongada: tienen un aspecto transparente claro y se administran en dosis única cada 24 horas siempre a la misma hora. Pueden utilizarse con otros tipos de insulina, pero no deben mezclarse con ellas, debido al riesgo de precipitación.
- Insulinas mixtas o bifásicas: son combinaciones de dosis fijas de insulina rápida o ultrarrápida e insulina intermedia.

El régimen terapéutico más utilizado en la diabetes mellitus tipo 1 se caracteriza por el uso de una insulina lenta o basal junto con 3 inyecciones de insulina prandial, cuya dosis se tiene que ajustar según el contenido de hidratos de carbono de las mismas.

En ocasiones, suele existir una fase llamada luna de miel, donde existe una cierta recuperación de secreción insulínica en la que son necesarias dosis reducidas de insulina basal e incluso no administrar insulina rápida.

En la actualidad y en los últimos años uno de los principales avances en el tratamiento farmacológico de la diabetes ha sido el desarrollo de la bomba de infusión de insulina (BI), también denominada Infusión Subcutánea Continua de Insulina (ISCI).

Se tratan de unos dispositivos de pequeño tamaño, portátiles, que permiten implantar un equipo de infusión a nivel del tejido subcutáneo para infundir insulina ultrarrápida o rápida durante las 24 horas del día. Con esta administración se pretende conseguir un mejor control metabólico, así como reducir el riesgo de hipoglucemias. La insulina se puede administrar de 2 formas:

- Línea basal: para cubrir las necesidades de insulina que controlan la producción endógena de glucosa en los períodos nocturnos y pre-prandiales.
- Bolus: se programa dependiendo de las necesidades de cada paciente manteniendo la misma perfusión hasta que el equipo sanitario o el propio paciente

hagan modificaciones para corregir la línea basal.

La selección de los pacientes que van a estar con estas bombas de infusión debe ser adecuada por lo que es importante proporcionarles una información verdadera e informarles sobre las limitaciones que van a tener que llevar a cabo con estas bombas de infusión. Es importante hacer una reunión grupal para los candidatos a las BI para explicar todo el funcionamiento y cómo se va a llevar a cabo dicho procedimiento. Después de esta reunión un 15% de pacientes rechazan este tratamiento.

Principalmente estas bombas de insulina están previstas para diferentes grupos de personas:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 con un valor alto de la HbA1C.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que tengan fluctuaciones grandes de la glucosa en la sangre.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que sean incapaces de alcanzar niveles normales de glucemia mediante diversas inyecciones al día.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 con hipoglucemias repetidas o inadvertidas.
- Niños menores de 5 años.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que tengan dolor producido por las agujas.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que necesiten una mayor flexibilidad en el horario de las comidas.
- Algunos pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 1 que tengan complicaciones de la diabetes.

Para la colocación de estas bombas de insulina no es necesario el ingreso hospitalario. Se colocan de forma ambulatoria, siendo muy importante el trabajo multidisciplinar entre medicina y enfermería para rentabilizar los esfuerzos de la mejor manera posible. Una vez colocada la bomba el paciente debe realizar el mayor número posible de glucemias con memoria para poder volcar los resultados de esas glucemias y analizar así las tendencias de dichos perfiles lipídicos. La falta de seguridad y un incremento del riesgo es lo que hace que en muchos niños estas bombas se utilicen únicamente de forma nocturna. El grupo en el que peores resultados se obtienen son los preadolescentes (12 años).

Ventajas e inconvenientes de los la ISCI:

1. Ventajas:

- Mejoran el control glucémico.
- Mejoran la hemoglobina glicosilada.

- Disminuyen el número de hipoglucemias.
 - Aumentan la calidad de vida.
 - Evitan niveles altos de glucosa en sangre al levantarse (fenómeno del amanecer).
 - La insulina siempre va con uno mismo.
 - Después de hacer ejercicio se puede utilizar una velocidad de infusión más baja.
2. Inconvenientes:
- El tratamiento con las BI es más costoso que la terapia con jeringas, por lo que tienen un mayor coste a corto plazo.
 - Es importante reflejar la ingesta de comidas, por lo que los padres deben estar al tanto de todo lo que sus hijos ingieren.
 - Como complicación principal está la hiperglucemia que posteriormente puede derivar en una cetoacidosis diabética.
 - Las personas que no han aceptado aún su enfermedad se pueden sentir incómodas ante las preguntas de la gente de porque llevan una bomba de insulina (sobre todo en lugares públicos en la estación de verano).
 - El lugar de inserción del catéter es susceptible de que se produzcan reacciones o infecciones.

2 Objetivos

- Establecer los pilares fundamentales en el tratamiento de niños y adolescentes diabéticos.
- Determinar las ventajas e inconvenientes de ISCI en niños y adolescentes.

3 Metodología

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica descriptiva es demostrar las mejores evidencias posibles para desarrollar este trabajo. La búsqueda se realiza entre septiembre de 2019 y febrero de 2020, seleccionando artículos de internet y artículos de revistas. Se han utilizado las siguientes bases de datos: Scielo y Pubmed. La búsqueda se inicia a través de las palabras clave: diabetes mellitus type 1, insulin pumps, unidas por los operadores booleanos "and" y "or".

Los criterios de inclusión utilizados han sido los siguientes:

- Artículos publicados en los últimos 5 años.
- Artículos pertenecientes al bloque de endocrinología y metabolismo.
- Artículos relacionados con el tema de interés.
- Artículos escritos en español inglés o portugués.

Los criterios de exclusión utilizados han sido los siguientes:

- Artículos que tengan más de 5 años de antigüedad.
- Artículos que hablen de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Después de seleccionar las palabras clave se empezó la búsqueda de artículos en las diferentes bases de datos.

En la base de datos de Scielo, a través de las palabras clave utilizadas se han obtenido 85 artículos, de los cuales se han escogido 6, ya que tras leer el resto de los otros artículos no se ajustan al tema que se necesita. De esos 85 artículos se han descartado 10 por estar en un idioma diferente al castellano, inglés o portugués y otros 69 por tener una antigüedad mayor a los 5 años.

En la base de datos de PubMed con las palabras clave seleccionadas para realizar la revisión bibliográfica aparecen 99 artículos, de los cuales tras la lectura del resto se deciden coger 10 de ellos, rechazando el resto de los artículos. De esos 99 artículos se han descartado 89 de ellos por no cumplir los criterios de inclusión necesarios para formar parte de esta revisión bibliográfica.

4 Resultados

La diabetes de forma descontrolada o no diagnosticada puede ser la principal causa de complicaciones tanto crónicas como agudas.

1. Complicaciones agudas:

-Hipoglucemia: constituye la complicación aguda más frecuente, además de ser la más temida por los familiares de los pacientes. Por ello, el principal objetivo es mantener un buen control metabólico sin presentar hipoglucemias. En el momento del pico de acción de la insulina hay que evitar la realización de ejercicio. También son causas de hipoglucemia el saltarse alguna comida tras la administración de insulina o la administración errónea de la misma. La hipoglucemia suele aparecer cuando los niveles de glucosa en sangre son inferiores a 60-70 mg/dL. La triada de Whipple determina la hipoglucemia: niveles bajos de la glucosa en plasma, síntomas de hipoglucemia y la mejoría de los síntomas al producir un aumento de la glucemia. Es muy importante conocer los síntomas de la hipoglucemia, no solo por parte de los niños, sino también por parte de las personas de su entorno. Los síntomas principales son: cefalea, mareo, somnolencia, visión borrosa, temblor, palidez, nerviosismo, etc. El mejor tratamiento para evitar la hipoglucemia es una correcta educación diabetológica. En los casos de hipoglucemia no grave hay que tomar unos 20 gramos de glucosa en forma de

zumo o bebidas azucaradas y repetir la toma al cabo de unos 15-20 minutos si no han cedido los síntomas. Esta cantidad de glucosa tiene un efecto transitorio de menos de 2 horas por lo que hay que estar pendiente de que no se repita el fenómeno. En los casos de hipoglucemia grave lo más efectivo es la glucosa intravenosa. En estos casos el paciente no está en condiciones de actuar por sí mismo por lo que las personas del entorno del niño son las encargadas de la administración de glucagón subcutáneo o intramuscular, ya que en los sitios donde se suelen producir las hipoglucemias no se tiene glucosa intravenosa. En casos como estos está contraindicado totalmente la administración de glucosa por vía oral debido al riesgo de aspiración.

-Cetoacidosis diabética: es considerada la complicación aguda hiperglucémica más importante. Se asocia a un debut de la diabetes mellitus tipo 1 o a la omisión de dosis de insulina. Se produce cuando el organismo utiliza los lípidos en vez de la glucosa para la producción de energía formándose así los cuerpos cetónicos que son productos ácidos. Si la situación continúa se puede producir una acidosis metabólica. El diagnóstico de la cetoacidosis diabética viene determinado por 3 parámetros principales:

A. Glucemia mayor o igual a 250 mg/dL.

B. Presencia de cuerpos cetónicos en sangre u orina (cetonemia y cetonuria).

C. Acidosis metabólica.

Los principales síntomas son poliuria, polidipsia, pérdida de peso, vómitos, náuseas y aliento con olor a manzana. En los casos más severos se produce deshidratación y la llamada respiración de Kussmaul, caracterizada por taquipnea profunda e hiperventilación). El tratamiento principal está basado en hidratación energética, insulina y la administración de potasio.

2. Complicaciones crónicas:

-Retinopatía diabética: la prevalencia en pacientes juveniles es del 50-65% y es la primera causa de ceguera en los países industrializados. Supone daños en los vasos sanguíneos de la retina por lo que los niños deben realizar una visión ocular al menos una vez al año. El tratamiento está basado en la prevención.

-Nefropatía diabética: supone la causa más frecuente de insuficiencia renal. Los niños deben realizar una revisión renal para controlar la albúmina en orina.

-Neuropatía diabética: deterioro del sistema neurológico a consecuencia de niveles altos de glucemia que producen isquemia. La exploración de esta complicación se realiza a partir de los 5 años del diagnóstico en caso de la existencia de la diabetes mellitus tipo 1.

-Pie diabético: es la principal causa de amputación del miembro inferior de origen no traumático. Hay que adoptar diferentes medidas para su prevención: adecuado

control metabólico, revisarse los pies todos los días, lavarse los pies todos los días con jabón no irritante y agua tibia y secarlos bien sin frotar demasiado, cortarse las uñas, elegir un calzado adecuado, no andar nunca descalzo y utilizar calcetines de algodón.

Una de las mayores complicaciones de la diabetes y de las enfermedades de larga evolución es la de seguir las indicaciones que los profesionales de la salud proporcionan, así como mantener el tratamiento.

Para que los niños diabéticos disfruten de una mejor calidad de vida es importante prevenir las complicaciones agudas y crónicas para lo cual hay que conseguir un buen control metabólico llevando así una correcta adherencia al tratamiento que está pautado.

Todos los artículos que he utilizado para realizar esta revisión bibliográfica coinciden en que el tipo de diabetes que más afecta a los niños y adolescentes es la Diabetes Mellitus Tipo 1. Es una enfermedad autoinmune que requiere una terapia con insulina principalmente en estos niños para sobrevivir.

Un estudio del Servicio de Endocrinología del Hospital Universitario de la Paz reconoce que el tratamiento con múltiples dosis de insulina o con las bombas de perfusión de insulina reduce las complicaciones vasculares de los niños y mejora su control glucémico. También recalca que el manejo de esta enfermedad no se centra únicamente en la insulina sino que la educación diabetológica también forma parte de éste ya que debe haber un equipo multidisciplinar que enseñe tanto al niño como a sus familiares a llevar a cabo esta situación con un correcto autocontrol.

La principal complicación que se produce en los niños es la hipoglucemia cuando las cifras de glucosa en sangre son inferiores a 45 mg/dL. Sin embargo, todos los artículos coinciden en que ésta no es la complicación más grave, sino que la complicación más grave es la cetoacidosis diabética que además muchas veces supone el debut de la diabetes mellitus.

Otro de los estudios que he utilizado para realizar esta revisión bibliográfica es el de Alves D. et al, en el cual se realizó un ensayo clínico con 62 pacientes, repartidos de la siguiente manera: 34 para el grupo control y 28 para el grupo de intervención. Ambos grupos tenían sesiones educativas cada 3 meses en la consulta de su centro de salud, pero solamente los participantes del grupo control tuvieron a parte 12 sesiones educativas durante 6 meses. Finalmente y con una clara diferencia se observó que el grupo de intervención obtuvo unos mejores

resultados en comparación con el grupo control.

Los familiares suponen un pilar fundamental en cuanto a las complicaciones crónicas que sufren los niños diabéticos. El estudio de Alcazar M. et al realizó una intervención comunitaria en 47 familias de pacientes diabéticos para formarles adecuadamente. Se les realizó una encuesta antes y después de las intervenciones para comprobar si había mejoría en sus conocimientos o no ya que es muy importante que las personas cercanas a los pacientes que padecen esta enfermedad estén formadas. Se realizaron 6 sesiones y se observó que antes de las sesiones solamente 19 personas aprobaron la encuesta mientras que después de las sesiones las encuestas fueron aprobadas por el 100% de los familiares. En estas sesiones se instruyó a los pacientes de la importancia del apoyo que le tienen que dar a los pacientes diabéticos ya que así pueden reducir sus complicaciones y mejorar su control metabólico, lo cual se vio reflejado también en este estudio ya que después de la intervención justo el doble de personas apoyaban a sus familiares.

Los niños que presentan obesidad y realizan ejercicio físico también tienen unos mejores niveles de glucemia basal tal y como podemos ver un artículo publicado por un profesor de la Facultad de Medicina de León. Estos pacientes obtienen unos mejores niveles de glucemia tras la realización durante 6 meses de ejercicio aeróbico en bicicleta. Mejoran sus propios niveles respecto a cuándo no habían realizado estos ejercicios en bicicleta. Sin embargo, este mismo estudio se ha realizado con niños también diabéticos pero no obesos y se ven mejorías mucho mayores respecto a sus anteriores niveles de glucemia, por lo que los niveles mejoran más en los niños no obesos que en los niños que presentan obesidad. Además de mejorar los niveles de glucemia también mejoran los niveles de HbA1c en los niños obesos y en los que no presentan obesidad de ningún tipo.

En cuanto a los infusores subcutáneos de insulina se realizó un estudio en la población de Aragón en el que participaron 35 pacientes pediátricos diagnosticados con diabetes mellitus tipo 1. Se observó que las cifras de HbA1c no disminuyen significativamente pero los pacientes pediátricos se encuentran más satisfechos con esta terapia.

Otro estudio realizado en Madrid en el que participaron 90 pacientes diabéticos nos permite observar que la terapia con ISCI producen una disminución en el número de hipoglucemias producidas y los niños han obtenido una mejoría en la calidad de vida debido a la flexibilidad que les produce la terapia con infusores subcutáneos de insulina.

5 Discusión-Conclusión

Como ya se ha dicho, los infusores subcutáneos continuos de insulina son un gran avance en el tratamiento de estos pacientes, pero también hay discrepancias en cuanto a su favoritismo en comparación con las múltiples dosis de insulina. En los niños y adolescentes se obtienen mejores niveles de HbA1c con los ISCI disminuyendo el riesgo de hipoglucemia y mejorando la calidad de vida de dichos pacientes en comparación con las múltiples dosis de insulina. Sin embargo, en los niños prepuberales se ha demostrado que los niveles de HbA1c no mejoran con los ISCI. Por otro lado, un estudio realizado por García et al nos destaca que con los ISCI si mejoran los niveles de HbA1c, principalmente en varones y en los primeros 7 años de vida. Estos estudios son realizados durante los primeros años de vida por lo que no podemos saber si posteriormente se producen mejorías en cuanto la adhesión al tratamiento.

Sea cual sea la terapia, el autocontrol glucémico es un factor importante en la mejoría de los niveles metabólicos. Algunos artículos asocian el cambio de las múltiples dosis de insulina a ISCI con un descenso del peso del niño, mientras que otros artículos no ven relación alguna entre estos 2 factores. Los artículos que afirman que con los infusores subcutáneos de insulina se reduce el peso dicen que es debido a un mejor aprovechamiento de los nutrientes que se ingieren. Las dosis de insulina también disminuyen en el cambio de las múltiples dosis de insulina a los infusores subcutáneos de insulina, debido a una mejor biodisponibilidad de la insulina.

En un estudio publicado por García et al se han recogido datos de bombas de insulina de 1041 pacientes menores de edad de 16 países de Europa. Este estudio nos dice que los preescolares tienen unos mejores niveles metabólicos en comparación con los adolescentes. Sin embargo, en cuanto al tiempo que se lleven usando los ISCI los niveles metabólicos van disminuyendo a partir del año y medio de su uso.

La calidad de vida es igual en los niños tratados con múltiples dosis de insulina y los tratados con ISCI según todos los artículos consultados, pese a que es un factor muy difícil para medir en niños en edad pediátrica. Por eso hay un estudio publicado por Beisti et al que dice que en cuanto a los padres de los niños son las madres las que presentan un mayor estrés al comienzo del uso de las bombas de insulina en sus hijos. Pese a esto todos los padres decidieron seguir con el uso de estas bombas tras el ensayo realizado inicialmente.

Los niños de todas las edades junto con sus padres están satisfechos con el uso de estos infusores debido a los buenos resultados proporcionados. La edad no importa para el comienzo de esta terapia según un gran número de endocrinólogos pediátricos.

Uno de los principales factores en la reducción de la HbA1c es el número de bolos diarios alcanzándose unos mejores niveles de HbA1c con un aumento en el número de bolos al día. Este grupo de profesionales concluyeron su estudio afirmando que "el futuro de los infusores subcutáneos de insulina reside en la capacidad de monitorizar de forma continua los niveles de glucemia y administrar de forma concomitante insulina acorde a estos niveles de forma automática. Reduciendo así al máximo el número de inyecciones y mejorando el control metabólico".

Como conclusiones de esta revisión bibliográfica podemos afirmar:

- Los tres pilares fundamentales en el tratamiento de los niños y adolescentes diabéticos son la insulina, el ejercicio físico y una alimentación saludable.
- La principal complicación que se produce en niños diabéticos es la hipoglucemia, que se puede prevenir con la realización de ejercicio físico de forma regular.
- Los sistemas subcutáneos continuos de insulina mejoran el perfil glucémico, previenen las hipoglucemias y aumentan la calidad de vida en los niños y adolescentes diabéticos.

6 Bibliografía

1. Barrio Castellanos R., Ros Pérez P. Insulinoterapia en la diabetes tipo 1 en la edad pediátrica. *Protoc diagn ter pediatr*. [Internet] 2013 [citado 10 Ene 2018] 1(1) 65-75. Disponible en: <https://www.aeped.es>
2. E. Vicens-Calvet. Beneficios del ejercicio físico en la diabetes infantil y juvenil. *Diabéticos: Presente y futuro*. 2014; (59): 14-17.
3. Mallk, Falsal S.; Taplin, Craig E. Insulin Therapy In Children and Adolescents with Type 1 Diabetes. *Pediatric Drugs*. 2014: 1-10 Pubmed.
4. Pérez María C. Aprendizaje en Conteo de Hidratos de Carbono en Niños Diabéticos Atendidos en el Hospital Interzonal de Agudos "Sor María Ludovica" de La Plata. *Diaeta* [Internet]. 2014 [citado 22 Ene 2018]; 32(148): [39-42]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar>
4. Gabaldón M.J., Montesinos E. Dietoterapia en la diabetes tipo 1 y tipo 2. *Generalidades*. *Av.Diabetol* [Internet]. 2016 [citado 16 Dic 2017] 22 (4)

- 255-261. Disponible en: <http://www.avancesendiabetologia.org/gestor/upload/revistaAvances/22-4-3.pdf>
5. H. Quirk, H. Blake, R. Tennyson, T. L. Randell and C. Glazebrook. Physical activity interventions in children and young people with Type 1 diabetes mellitus: a systematic review with meta-analysis. *Diabet. Med.* [Internet]. 2014 [citado 20 Ene 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
6. Egaña Zunzunegui N, et al. Debut de diabetes mellitus en paciente joven: ¿diabetes tipo 1? *Endocrinol Nutr.* [Internet] 2012 [citado 16 Oct 2017] 59 (4) 275–276. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
7. <http://www.analesdepediatria.org/es-bombas-insulina-una-alternativa-el-articulo-13062597>
8. Beisti Ortego A., Rodríguez M., Ferrer M., Perales J.I., Abió S., Lou G. In-fusores subcutáneos continuos de insulina: resultados a medio plazo en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 1. *Rev Esp Endocrinol Pediatr* [Internet]. Jul.2016 [citado 15 Ene 2018] 7: 31-37. Disponible en: <http://www.endocrinologiapediatrica.org>
9. García García E., Lafuente Robles N., Ramos Lao J., Talavera López I., Moreno Puertas C. Tratamiento con infusión continua de insulina en niños. *Endocrinol. Nutr.*[Internet] 2013 [citado 12 Nov 2017] 52(8) 399-403.
10. León Mazón MA, Araujo Mendoza GJ, Linos Vázquez ZZ. Eficacia del programa de educación en diabetes en los parámetros clínicos y bioquímicos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2012; 51(1):74-79.
11. Castell Abat C, Lloveras Vallès G. El estudio prospectivo inglés sobre diabetes (UKPDS): importantes respuestas, pero persisten muchas preguntas. *Elsevier* [Internet]. 2009 [citado 14 Nov 2017]; 46(2):53. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
12. William H Lamb. *Pediatric Type 1 Diabetes Mellitus* [Internet] Ed. Medscape Drug Reference , 1 Mayo 2018 [citado 7 Mayo 2018] Disponible en : <https://emedicine.medscape.com/article/919999-overview>
13. Mascarenhas L.P. Physical exercise in type 1 diabetes: recommendations and care. *Rev. Educ. Fis.*[Internet] 2016 [citado 11 Nov 2017] 22(4). Disponible en : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-65742016000400223
14. Hermoso López F. Protocolos de Endocrino-Metabolismo. Tratamiento de la cetoacidosis diabética en el niño y adolescente. *Bol Pediatr.* [Internet] 2013 [citado 15 Ene 2018] 46 (SUPL. 1) 61-68. Disponible en: <http://www.sccalp.org>
15. Blanco CF., Anzoátegui R., de Souza C., Rolón MA. Consenso de diagnóstico y tratamiento de la cetoacidosis diabética en niños y adolescentes. *Pediatr.* [Internet] 2015 [citado 29 Dic 2017] 38 (2) 130-137. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py>

Capítulo 27

BACTERIEMIA POR STREPTOCOCCUS BOVIS Y SU RELACIÓN CON EL ADENOCARCINOMA DE COLON

VIRTUDES OTERO SÁNCHEZ

JOSÉ JORGE SANCHEZ FERNANDEZ

1 Introducción

Streptococcus bovis (*S. bovis*) es una bacteria clasificada como un coco gram positivo, anaerobio facultativo, catalasa negativo y oxidasa negativo; caracterizado por expresar en su superficie el antígeno D de Lancefield, que hidroliza la esculina y crece en presencia de bilis.

Existen varios subtipos de *S. bovis*. En primer lugar tenemos el *S. bovis* biotipo I, donde se encuentran las dos subespecies de *Streptococcus gallolyticus*: este biotipo se caracteriza por fermentar el manitol y por tener β -glucuronidasa. Existen también el biotipo II/1 conformado por *S. lutetiensis* y *S. infantarius*, que no fermenta el manitol y tampoco tiene β -glucuronidasa; y el biotipo II/2, donde se encuentra *S. pasteurianus*, que no fermenta el manitol pero sí tiene β -glucuronidasa.

S. bovis constituye habitualmente entre un 5 y un 16% de la microbiota intestinal humana, pudiendo encontrarse también de forma menos frecuente y en menor número en aparato urinario, árbol biliar y orofaringe.

2 Objetivos

Analizar la relación existente entre las endocarditis y bacteriemias producidas por *S. bovis* y el adenocarcinoma de colon.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de la literatura existente, consultando documentos, revisiones sistemáticas y artículos científicos. Se buscó información fundamentalmente en las páginas web de Pubmed y Uptodate, empleando como criterio de inclusión el que los artículos estuviesen en español o en inglés. Como criterio de exclusión eliminamos los casos únicos y las opiniones de expertos. De entre todos los artículos preseleccionados se extrajo la información más relevante, que fue recopilada, comparada y empleada para la elaboración de esta revisión.

4 Resultados

Se ha observado una incidencia de adenomas y adenocarcinomas de colon en los pacientes que han presentado bacteriemia y/o endocarditis por *S. bovis* de entre un 6% y un 67%. También, en porcentajes más reducidos, se han encontrado cánceres en otras localizaciones digestivas, localizaciones extradigestivas y otras enfermedades no tumorales.

Refiriéndonos al *S. bovis* biotipo I, la asociación entre la bacteriemia causada por dicho biotipo y la posterior endocarditis es del 94%. Al mismo tiempo, la asociación entre la bacteriemia causada por el biotipo I y la aparición de cáncer de colon es del 71%.

En lo que atañe al *S. bovis* biotipo II, la asociación entre la bacteriemia por dicho biotipo y la aparición de endocarditis es del 18%; mientras que la asociación entre la bacteriemia causada por el mismo y la aparición de cáncer de colon es del 17%.

Es interesante observar que, en individuos sanos, el porcentaje de microbiota que supone el *S. bovis* oscila entre el 2.5 y el 16%, mientras que en individuos que padecen cáncer de colon el porcentaje de microbiota que supone dicha bacteria oscila entre el 12.5% y el 80% (es decir, cinco veces superior).

5 Discusión-Conclusión

Parece ser que, ante cualquier lesión intestinal que provoque una alteración mecánica del tránsito (como un pólipo o un tumor), *S. bovis* actúa degradando esa materia fecal tan rica en carbohidratos y taxanos, de forma que prolifera mientras los polifenoles alimentarios inhiben la proliferación del resto de microorganismos. Si aparece cualquier alteración en el epitelio intestinal, existe la posibilidad de que ocurra una traslocación por *S. bovis*, lo que derivaría en una bacteriemia que muy frecuentemente termina originando una endocarditis.

Está aún bajo estudio la relación causal entre *S. bovis* y el cáncer de colon, pues no se sabe con certeza si la proliferación de *S. bovis* es causa o consecuencia del proceso oncológico. Lo que sí se conoce es que la proliferación de *S. bovis* va asociada a una serie de alteraciones fisiológicas en el hospedador (inflamación, linfoproliferación e inducción de hormonas que incrementan la proliferación). También producen metabolitos tóxicos y tienen mecanismos de daño directo sobre las células.

En lo referente al tratamiento, las penicilinas siguen siendo el tratamiento de elección, asociando inicialmente un aminoglucósido (frecuentemente gentamicina 1mg/kg cada 8h por vía intravenosa o intramuscular). Pueden emplearse, como alternativas, la ceftriaxona (2g al día por vía intravenosa) o la netilmicina. En caso de alergias a β -lactámicos puede emplearse rifampicina o vancomicina.

Hay que recordar que *S. bovis* presenta una elevada tasa de resistencias a tetraciclinas (78%), macrólidos (59%), clindamicina (50%), eritromicina (45,6%) y otras en menor porcentaje a antibióticos como estreptomina, kanamicina, clindamicina, telitromicina y quinolonas antiguas.

6 Bibliografía

1. Beatriz Romero-Hernández, Rosa del Campo y Rafael Cantón; *Streptococcus bovis*, situación taxonómica, relevancia clínica y sensibilidad antimicrobiana; Hospital Universitario Ramón y Cajal e Instituto Ramón y Cajal; 2013. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/bacteriologia/ccs-2011-bacteriologia1.pdf>
2. C. Amado, M.J. Hidalgo, C. Sedano, A. Hebel, L. Porte, S. Braun, J. Dabanch, A. Fica; Bacteriemias por *Streptococcus gallolyticus* y su relación con patología crónica o hepatobiliar y endocarditis; Hospital Sierrallana Cantabria; 2015.

Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182015000500009

3. Microbewiki; Streptococcus bovis; 2013. Disponible en: https://microbewiki.kenyon.edu/index.php/Streptococcus_bovis

4. Bruno Hoen, MD, PhD; Infections due to group D streptococci (Streptococcus bovis/Streptococcus equinus complex); 2019; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/infections-due-to-group-d-streptococci-streptococcus-bovis-streptococcus-equinus-complex?search=streptococcus%20gallolyticus%20and%20colon&source=search_result&selectedTitle=1150&usage_type=default&display_rank=1

5. Finlay A Macrae, Johanna Bendell; Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer; 2020; Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer?search=streptococcus%20bovis%20and%20colorrectal&source=search_result&selectedTitle=2150&usage_type=default&display_rank=2

Capítulo 28

PLAN DE CUIDADOS: VALORACIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

CAYETANA ARIAS ARIAS

MARÍA ANTONIA GARCÍA RODRÍGUEZ

MARÍA ARIAS FERNÁNDEZ

INÉS ALONSO LINARES

1 Introducción

En los últimos años se ha producido un incremento de la cronicidad de la población, motivada por el progresivo envejecimiento de la misma y los múltiples avances en la medicina, que han permitido aumentar la esperanza de vida en multitud de patologías. La atención a los crónicos domiciliarios, tanto desde la esfera hospitalaria como desde la propia atención primaria, supone un verdadero reto para los profesionales, que dejan de centralizar su labor en los hospitales y centros de salud. Esto surge de la necesidad de dar respuesta a las necesidades socio-sanitarias de nuestros pacientes, desde una perspectiva de atención integral y teniendo siempre presente, que el mejor lugar para una adecuada valoración de la persona, y por tanto, de su correcto seguimiento, es su medio habitual.

El plan de cuidados de enfermería es un instrumento que ayuda a registrar la situación del paciente, los resultados que se esperan conseguir, las estrategias y

planes a seguir y la evaluación final de todo ello. Las Taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la NOC (Nursing Outcomes Classification) y la NIC (Nursing Interventions Classification) y la han hecho posible la unificación del lenguaje en esta materia y también la estandarización de los cuidados.

La relación entre los diagnósticos NANDA, los criterios de resultados NOC y las intervenciones NIC, constituyen la relación entre el problema, real o potencial, que ha sido detectado y las variables de este problema que se intentan resolver o controlar a través de intervenciones enfermeras y sus actividades.

Nuestro objetivo es establecer una adecuada valoración biopsicosocial focalizada, junto a un plan de cuidados ajustado a la situación del paciente crónico domiciliario complejo, basándonos en una clasificación por dominios.

2 Objetivos

Conocer cómo realizar la valoración del paciente crónico complejo en la atención primaria.

3 Caso clínico

Varón de 57 años, dependiente para todas las ABVD, excepto alimentación (consigue llevarse a la boca el alimento). Dependiente también para las AIVD. Paraplejía. Incontinente total. Vida cama-sillón. Se desplaza en el domicilio con silla de ruedas. Riesgo de caídas aumentado. Deterioro cognitivo relacionado con secuelas de ACV de repetición. Presenta muchas dificultades en la comunicación expresiva y un enlentecimiento importante en la respuesta verbal.

Vivienda con escaleras de acceso que impide que pueda salir a la calle, domicilio habilitado. Convivencia con la mujer de su hermano (ingresado en prisión actualmente), un sobrino y su madre (paliativa). Aparentemente, buen apoyo familiar. No cuenta con ayuda profesional a domicilio.

Causas que motivan la atención:

Caso real. Paciente catalogado como crónico domiciliario que precisa de valoración de su estado de salud actual. Sólo se deberían incluir en el plan de cuidados los diagnósticos que vayan a trabajarse.

Antecedentes destacables:

- Paraplejia.
- Secuelas ACV.
- Hepatitis C crónica.
- Hepatitis B crónica.
- Dependencia a drogas.
- Enfermedad por VIH, SIDA.

Antecedentes personales:

- Insuficiencia valvular tricuspídea.
- Encefalopatía no especificada.
- ICTUS izquierdo.

No RAMs Conocidas

Constantes vitales

- Presión arterial: 130/80.
- Frecuencia cardíaca: 70.
- Saturación de oxígeno: 96%.
- Frecuencia respiratoria: 16.

Valoración de patrones y plan de cuidados individualizado:

Al llegar al domicilio el paciente se encuentra en la sala de estar, en su silla de ruedas, acompañado de una hermana y su cuñada.

Patrón 1: promoción de la Salud.

Percepción subjetiva del estado de salud: regular.

Actitud estado de salud. rebeldía.

Problemas de salud desde última visita: no.

Control de salud: revisiones: sí, con su médico y enfermera de atención primaria (a domicilio). Además de especialidades (cardiología y neurología principalmente)

Conoce su tratamiento: no.

Adherencia terapéutica: buena. su familia se encarga de darle la medicación sin dificultades. Test de Morinsky-Green-Levin: cumplidor.

Efectos secundarios con la medicación: no.

Polimedicado.

Hábitos tóxicos:

Tabaco: exfumador de 5 años.

Alcohol: ex bebedor. Actualmente abstemio.

¿Consume drogas?: ex-consumidor. Actualmente no.

Estado vacunal: incompleto (no quieren vacunación antigripal ni neumocócica).

Resultado del patrón 1: alterado

Diagnóstico: gestión ineficaz de la propia salud.

CD: historia de falta de conductas generadoras de salud.

FR: falta de percepción de beneficios+ estrategias de afrontamiento ineficaces.

NOC: conducta de cumplimiento + conocimiento proceso de enfermedad.

NIC: enseñanza individual- Actividades: valorar las necesidades de enseñanza, valorar el nivel de conocimientos, reforzar las conductas adecuadas.

Proporcionar seguridad- Actividades: comentar la experiencia emocional con el paciente, apoyar el uso de mecanismos de defensa.

Aceptación y ánimo- Actividades: fomentar las actividades sociales y comunitarias, utilizar un enfoque sereno de reafirmación.

Diagnóstico: riesgo de infección.

FR: inmunidad adquirida inadecuada.

NOC: estado inmune completo.

NIC: manejo inmunización: vacunación.- Actividades: informar al paciente de las inmunizaciones, informar sobre efectos adversos y administrar vacuna cuando proceda.

Comentarios: se anima al paciente a responsabilizarse de su autocuidado, dentro de sus posibilidades. Se trabajan percepciones erróneas sobre vacunación.

Patrón 2: nutricional- metabólico.

¿Alguna dieta especial?: no.

Alimentación: adecuada.

Consumo de líquidos: 1-2 litros diarios.

Suplementos: no.

Apetito: conservado.

Dificultades en la alimentación: sí, episodios ocasionales de disfagia a líquidos.

Estado de la piel: hidratada.

Alteración de la piel: sí, lesiones por rascado en ambas EEII a la altura del gemelo (no complicadas y en proceso de cicatrización).

UPP: no.

Presencia de edemas: no.

Higiene: parcialmente inadecuada. Ropa sucia.

Estado de las uñas: mal cortadas.

Resultado patrón 2: alterado.

Diagnóstico: Deterioro de la deglución

FR: Deterioro neuromuscular

CD: Atragantamiento previo a la deglución

NOC: Buen estado de deglución. Fase oral.

NIC: Terapia de deglución- Actividades: observar si hay signos y síntomas de aspiración, uso de espesantes, ayudar al paciente a sentarse en una posición adecuada, colaborar con los miembros del equipo de cuidados, proporcionar cuidados bucales si es necesario.

Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea.

FR: factor mecánico.

CD: alteración de la integridad de la piel.

NOC: curación de las heridas por segunda intención.

NIC: cuidados de la piel- Actividades: asegurar la realización de cambios posturales cada 1-2 horas, control de las características de la lesión, limpieza de las lesiones con soluciones no tóxicas y aplicación de tratamiento tópico según convenga.

Comentarios: disfagia ocasional. Reforzamos medidas posturales. Cuando bebe con pajita no tiene ningún problema. Les menciono también la posibilidad de utilizar botella con boquilla.

Patrón 3: eliminación.

Intestinal: no. Heces de características y frecuencia normal.

Estreñimiento: no.

Urinario: orina de características y frecuencia normal.

Otros problemas: incontinencia total (urinaria y fecal).

Dieta especial o uso de ayudas: no.

Resultado patrón 3: alterado.

Diagnóstico: Deterioro de la eliminación urinaria.

FR: multicausalidad. Alteración de la función cognitiva y neuromuscular.

CD: incontinencia urinaria.

NOC: manejo efectivo de la eliminación urinaria.

NIC: cuidados de la incontinencia urinaria. Actividades: explicar la etiología del problema y el fundamento de las intervenciones, controlar periódicamente

la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color. Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares y uso de absorbentes.

Diagnóstico: incontinencia fecal.

FR: multicausalidad. Alteración de la función cognitiva y neuromuscular.

CD: incontinencia fecal. Falta de atención a la urgencia de defecar.

NOC: manejo efectivo de la eliminación intestinal

NIC: cuidados de la incontinencia intestinal- Actividades: lavar la zona perianal con jabón y agua, vigilancia de la piel y proporcionar pañales.

Manejo intestinal- actividades: obtener un estimulante de las heces si procede, tomar nota de último movimiento intestinal, disminuir la ingesta de alimentos que formen gases e instruir al paciente sobre alimentos con alto contenido en fibra. Evaluar el perfil de medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

Patrón 4: actividad-reposo.

Movilidad: problema. Pareplejia. Pérdida de fuerza en EEII. Mantiene fuerza en miembros superiores.

Actividad física: vida Cama- sillón. Inactivo.

Escala de Braden: 15 puntos. Paciente de alto riesgo.

Índice de Barthel: 10-100. Dependencia total.

Tos ineficaz: no.

Oxigenoterapia: no.

Situación laboral: desempleado.

Actividades de ocio: sí. Ver la televisión, escuchar música, hacer cuadernillos de actividades, jugar con el perro, etc.

Resultado de patrón 4: alterado.

Diagnóstico: deterioro de la movilidad.

FR: deterioro neuromuscular o musculoesquelético.

CD: limitación de la habilidad para las habilidades motoras groseras y finas.

NOC: movimiento articular activo.

NIC: terapia de ejercicios: movilidad articular- actividades: colaborar con el fisioterapeuta en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, determinar el nivel de motivación del paciente, explicar al paciente/familia el objeto y el plan de ejercicios, determinar el progreso ante la meta fijada y dar apoyo positivo al realizar los ejercicios establecidos.

Apoyo al cuidador principal- actividades: determinar el nivel de conocimientos del cuidador y la aceptación de su papel, aceptar expresiones de emoción negativa, proporcionar información y apoyo sanitario y promover una red social de cuidadores.

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño/higiene.

FR: debilidad+ deterioro muscular.

CD: deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.

NOC: proporcionar aseo.

NIC: ayuda con el autocuidado baño/higiene- Actividades: ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia, ayudar con el aseo y la higiene, facilitar que el paciente se cepille los dientes, si es el caso. Ajustar el contenido de la enseñanza de acuerdo con las capacidades, colocar al paciente de forma que se facilite la comodidad, evitar exponer la piel y mucosas a factores irritantes, incluir a la familia.

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: vestido.

FR: deterioro musculoesquelético+ alteración de la función cognitiva.

CD: deterioro de la habilidad para ponerse la ropa inferior y superior del cuerpo.

NOC: vestido.

NIC: ayuda en el autocuidado vestido- actividades: disponer de las prendas del paciente en un lugar accesible, ayudar con los cordones, botones y cremalleras, mantener la intimidad mientras se le viste.

Diagnóstico: riesgo de disfunción neurovascular periférica.

FR: inmovilización + obstrucción vascular.

NOC: mejorar estado circulatorio.

NIC: cuidados circulatorios en la insuficiencia venosa- actividades: EEII elevadas, utilizar dispositivos como medias de compresión, mantener la movilización).

Diagnóstico: riesgo de caídas.

FR: deterioro de la movilidad física + disminución de la fuerza en las extremidades inferiores.

NOC: prevención de caídas.

NIC: manejo ambiental: seguridad- actividades: identificar déficit cognoscitivo o físico que puedan aumentar el riesgo, identificar las características del ambiente que pueda aumentar la posibilidad de caídas (pisos resbaladizos, iluminación etc. Mantener un buen estado de los dispositivos de ayuda, coparticipación familiar.

Diagnóstico: riesgo de úlceras por presión.

FR: deterioro de la circulación+ disminución de la movilidad + presión sobre prominencia ósea.

NOC: integridad tisular: piel y membranas mucosas.

NIC: cambios de posición.

Manejo de presiones- actividades: Vestir al paciente con prendas no ajustadas. Almohadillar los bordes, colocar al paciente en un colchón/cama terapéutica, observar si existen zonas de la piel enrojecidas y aplicar protectores de talones si fuera necesario.

Manejo dieta- actividades: vigilar el estado nutricional, determinar las preferencias alimentarias, fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida, fomentar el aumento de proteínas, hierro y vitamina C, si procede. Incluir a la familia.

Comentarios: ha perdido mucha fuerza en EEII tras finalizar la rehabilitación. La familia y el paciente refieren no saber qué ejercicios pueden hacer y cuales son aconsejables para él. Enseño terapia de ejercicios fáciles para ganar fuerza muscular en miembros inferiores colaborar en las movilizaciones o incluso poder utilizar el WC (micciones programadas). Se compromete a realizarlos.

Patrón 5: sueño-descanso.

Problemas de sueño: no.

Número de horas: 8.

Siesta: no.

Descansado al levantarse: sí.

Nivel de energía durante el día: bueno, dadas las circunstancias.

Resultado patrón 5: normal.

Patrón 6: cognitivo- perceptivo.

Alteración cognitivas: no.

Dolor: no.

Alteración de la conciencia: sí. Periodos de desconexión con la realidad.

Test de Pfeiffer: 6 puntos. Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro. A pesar de esto, en este caso, la valoración es especialmente difícil dado que el paciente tiene muchas dificultades pero las respuestas son coherentes y pertinentes.

Dificultad de comprensión: no se objetiva.

Alteración de la conducta: sí. Se muestra intranquilo.

Habla clara: no.

Resultado patrón 6: alterado.

Comentarios el paciente no lo verbaliza pero se muestra impotente e irascible ante la incapacidad de expresarse correctamente. Animo a tomárselo con calma y a buscar un método de comunicación que le resulte más sencillo de cara a sentirse seguro ante una “urgencia” (un tablero con dibujos básicos, sobre todo enfocado a peticiones, podría ser una opción).

Patrón 7: autocontrol-autoconcepto.

Ansiedad: no.

Temor o preocupación: sí, aunque no la identifica claramente. Importante labilidad emocional. Parece guardar relación con la impotencia que le genera su proceso.

¿Satisfecho consigo mismo? no parece.

¿Triste o desganado?: sí.

Expectativas respecto a su enfermedad: cree que puede mejorar en la fuerza. Se muestra colaborador y cumplidor con las recomendaciones de ejercicio físico.

Autoestima: mala.

Resultado patrón 7: alterado.

Diagnóstico: impotencia.

FR: régimen terapéutico complejo.

CD: dependencia+ frustración por la incapacidad para realizar actividades previas+ sentido de control insuficiente + sentimientos negativos abrumadores.

NOC: autocontrol de la depresión+ cambiar creencias sobre salud: percepción de recursos.

NIC: control del estado de ánimo- actividades: escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Identificar la ira, la frustración y la rabia. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad.

Apoyo en la toma de decisiones- actividades: establecer comunicación con el paciente y remitir a grupos de apoyo, si procede.

Comentarios: el perder independencia es algo que parece preocuparle mucho. No le gusta lo que ve. Refuerzo todo lo que ha conseguido hasta el momento.

Patrón 8: rol-relaciones.

Convivencia: vive con la mujer de su hermano (ingresado en prisión actualmente), un sobrino y su madre (paliativa por proceso oncológico, en seguimiento por la unidad de cuidados paliativos).

Relaciones familiares: la familia le apoya y cuida. Problemas con el hermano que está ingresado en prisión.

Relaciones con amigos: no tiene.

Cuidadora principal: mujer de su hermano.

Sobrecarga de la persona cuidadora: de riesgo. Al interrogarle, ella nos comenta que lo lleva bien, que recibe bastante ayuda del resto de la familia pero que con lo de su marido a veces la situación la supera.

¿Ha realizado algún taller de cuidadoras?: no. Se lo ofrecemos pero nos comenta que no le van esas cosas, que ella está bien y que si lo necesita, acudiría.

Observaciones: es auxiliar de enfermería.

Resultado del patrón 8: alterado.

Diagnóstico: procesos familiares disfuncionales.

FR: antecedentes familiares de abuso de sustancia.

CD: ocasiones especiales centradas en el uso de sustancias+ alteración de dinámicas familiares.

NOC: afrontamiento de los problemas de familia.

NIC: estimulación de la integridad familiar- actividades: escuchar a los miembros de la familia, establecer una relación de confianza con ellos, determinar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad, averiguar el grado de culpabilidad que pueda sentir la familia, determinar las relaciones familiares típicas, ayudar a la familia en la resolución de conflictos, ayudar a la familia a mantener relaciones positivas, remitir a la familia a grupos y terapias de apoyo.

Comentarios: el paciente no parece alterado por el proceso de su madre. En este sentido, está tranquilo. Cecilia, su cuñada, sí verbaliza en un momento dado que está un poco saturada con toda la situación pero cuando mencionamos el reparto de tareas reconoce que tiene apoyos y que le gusta mucho cuidar a las personas. Al hablar de su marido, sí reconoce llevarlo peor. Insisto en lo que podría aportarle asistir a las reuniones de cuidadoras del centro de salud pero no parece estar interesada en este momento. Recuerdo que estaremos allí si en algún momento lo necesita.

Patrón 9: sexualidad.

Actividad sexual: no

Implicaciones en su vida: aceptación.

Resultado del patrón: alterado pero no se va a trabajar. El paciente refiere llevar muchos años así y tenerlo muy asumido. No es un tema prioritario para él.

Patrón 10: adaptación tolerancia al estrés.

¿Cambios importantes en su vida en los últimos 2 años?: no.

Manejo de situaciones difíciles: regular. Dificultad en el manejo y afrontamiento de situaciones complicadas. Varios episodios de llanto durante la valoración. La familiar nos comenta que se pasa el día así. Parecen relacionarse con la impotencia ante su situación actual y con el recuerdo de su vida pasada (según refiere el sobrino). Él no nos dice nada. No obstante, el sufrimiento espiritual es característico de su enfermedad y agravado, en este caso, por su contexto.

Tipo de ayuda: familiar y profesional.

¿Sospecha de malos tratos?: no.

Personas disponibles con las que pueda hablar: sí, familiares.

Ayudas para la relajación: no.

Resultado del patrón 10: alterado.

NANDA:

Diagnóstico: deterioro de la regulación del estado de ánimo.

FR: deterioro del funcionamiento social + deterioro funcional + enfermedad crónica.

CD: actitud triste + autoestima afectada + irritabilidad.

NOC: equilibrio emocional + autocontrol de la depresión.

NIC: control del estado de ánimo- actividades: evaluar el estado del ánimo inicialmente y con regularidad, administrar medicamentos estabilizadores del ánimo, vigilar el cumplimiento del régimen terapéutico, ayudar al paciente a mantener un ritmo normal de sueño/vigilia, animar al paciente a que adopte un papel activo y darle la oportunidad de hablar a cerca de sus sentimientos y emociones.

Comentarios: Insisto mucho en la importancia de tomarse las cosas con calma y no acelerarse. También en que busque algo que pueda despistarlo cuando se angustia o se siente mal (una canción, realizar ejercicios, una visualización, avisar a un familiar).

Patrón 11: Valoración creencias.

El paciente no procesa ninguna religión ni cuenta con creencias en particular que le ayuden a sobrellevar la situación.

Resultado del patrón: normal

4 Discusión-Conclusión

La valoración por dominios y el plan de cuidados constituyen un instrumento fundamental en el abordaje del paciente crónico domiciliario por parte de los profesionales de enfermería de Atención Primaria, permitiendo establecer un lenguaje común y unas intervenciones estandarizadas, que nos ayuden a tomar buenas decisiones y a conseguir unos resultados ajustados a las necesidades percibidas.

5 Bibliografía

1. Thoroddsen A, Ehrenberg A, Sermeus W. A survey of nursing documentation, terminologies and standards in European countries. PMC [Internet] 2012 [consultado el 2 de enero de 2020]; NI 2012; 406. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
2. Taghavi Larijani T, Saatchi B. Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. Nurs Open [Internet] 2019 [consultado el 27 de enero de 2020]; 6(2):612-619. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
3. Tamayo Izquierdo R et al. (5). Independencia física en pacientes parapléjicos. Elsevier [internet] 2002 [consultado el 2 de febrero de 2020]; 36-1(155-161). Disponible en: <https://www.elsevier.es>
4. Gencbas D, Bebis H, Cicek H. Evaluation of the Efficiency of the Nursing Care Plan Applied Using NANDA, NOC and NIC Linkages to Elderly Women with Incontinence Living in a Nursing Home: A Randomized Controlled Study. Int J Nurs Know [Internet] 2018 [consultado el 27 de enero de 2020]; 29(4):217-226. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com>

Capítulo 29

LA ENFERMERA GESTORA DE CASOS EN PACIENTES CRÓNICOS

TAMARA DEL RÍO RODRÍGUEZ

LAURA VEGA NAREDO

1 Introducción

En nuestro país la tasa bruta de mortalidad es mayor que la de natalidad, siendo el crecimiento natural negativo y el crecimiento total cercano, e incluso inferior a cero. El patrón epidemiológico en la actualidad está representado por las patologías crónicas, definidas por ser de larga duración y de progresión lenta, causantes de mortalidad prematura, limitando la calidad de vida de las personas afectadas, provocando efectos económicos y psicosociales importantes en la sociedad.

Para afrontar el reto de la cronicidad surgen modelos teóricos a nivel internacional basados en estudios previos, estrategias, programas y servicios bien documentados y de los que han emanado intervenciones lo que ha conllevado su desarrollo en muchos sistemas de salud en el mundo. Estos modelos se centran en el paciente para proporcionarle una atención integral con una perspectiva social incluyendo actividades preventivas y proactivas.

Hay modelos, centrados en la población en su conjunto, sus necesidades, apostando por una intervención diferenciada y ajustada para cada grupo poblacional. Entre ellos, la Pirámide de Kaiser identifica tres niveles de intervención, según el nivel de complejidad del paciente crónico. En interpretaciones posteriores, en este modelo, se ha incluido la promoción y prevención, que ocupa la base de la

pirámide de población. La principal idea que introduce la pirámide es una clasificación de la población según su grado de complejidad, donde debemos destacar el abordaje que realiza la enfermera familiar y comunitaria en cada escalón de complejidad.

Estos modelos han servido como base teórica para desarrollar políticas y programas de atención a los crónicos. En el año 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó *Preventing Chronic Diseases, a Vital investment* donde recomendaba a todos los sistemas de salud a adoptar medidas para afrontar el reto de la cronicidad. Entre los objetivos, destacaba la importancia de prestar una asistencia sanitaria, social, integrada y multidisciplinar, promoviendo la prevención y la promoción de la salud, implicando al paciente mediante el apoyo y la educación sanitaria. Para ello, se insistía en la necesidad de una buena gestión para administrar bien los recursos manteniendo así un sistema sostenible y eficiente.

La Unión Europea, elaboró el documento *Innovative Approaches for Chronic Diseases in Public Health and Health Care Systems* en el año 2010 en el que propone actuar mediante una atención sanitaria donde se promueva la autonomía y la calidad de vida, evaluar los factores de riesgo, crear programas de prevención y promoción de la salud, investigar sobre las enfermedades crónicas, recogida de datos respecto a la prevalencia, incidencia, factores de riesgo y consecuencias de estas patologías.

En España aparece la necesidad de reorientar nuestro sistema sanitario. Esto lleva a una aceptación del fracaso reflejado en los fallos en la continuidad de cuidados, reingresos hospitalarios evitables, descoordinación entre la Atención Primaria y Especializada etc. Según los modelos de referencia internacionales y en las recomendaciones de la OMS, las diferentes Comunidades Autónomas han desarrollado sus propias estrategias.

La primera iniciativa para el abordaje de la cronicidad llevada a cabo en España fue en 2010, cuando se publicó la “Estrategia para afrontar el resto de la cronicidad en Euskadi” donde se propone qué hacer y cómo avanzar en la dirección de la transformación del sistema de salud. Destaca la definición e implementación de competencias avanzadas en Enfermería, donde se recoge la figura de la enfermera gestora que previamente se dio a conocer en Canarias en el año 1999.

Posteriormente, al inicio del proyecto del servicio vasco de salud, en el año 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España publicó *La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema de Nacional de Salud*, que

marca objetivos y recomendaciones para orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral.

Después se desarrollaron otros programas, como la Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos, el Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana o el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas, el Principado de Asturias ha puesto en marcha la Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias, bajo el subtítulo de Personas sanas, poblaciones sanas.

Se han creado planes para el desarrollo de competencias en práctica avanzada de enfermería, y se han creado figuras diferentes, la enfermera gestora de casos y/o enfermera de enlace, definiéndolas por su papel clave en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, autocuidado y empoderamiento de los pacientes con enfermedades crónicas y la continuidad de cuidados.

En general, se utiliza el término enfermera gestora de casos para referirse a la profesional que constituye un eslabón entre la Atención Primaria y la Especializada; normalmente es una enfermera de Atención Primaria que trabaja en la identificación y seguimiento de los pacientes con alta complejidad facilitando la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores para conseguir una atención integral más eficaz de las necesidades de salud de estos pacientes. Mientras que la enfermera de enlace, normalmente desde la atención hospitalaria, se encarga de la identificación de los pacientes crónicos de mayor complejidad, coordinando la continuidad de los cuidados con los recursos extra-hospitalarios.

Según la Sociedad Americana de Gestión de Casos, la gestión de casos se define como “proceso de colaboración mediante el cual se valoran, planifican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades en salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover los resultados de calidad y coste-efectivos”.

La gestión de casos, es un método de trabajo para la resolución de problemas complejos, que puede adaptarse a muchos tipos de poblaciones diana como son: personas en situación de alto riesgo, con elevado coste y aumento en el consumo de los recursos, por lo que se pretende dar continuidad asistencial, informar y

ayudar en su propia salud a pacientes y cuidadores involucrándolos en su salud, proporcionando unos servicios y recursos adecuados.

Esta alternativa de gestión ha sido llevada a cabo por numerosos profesionales como son médicos, trabajadores sociales, aunque siempre han predominado las enfermeras. En el caso de los pacientes crónicos, este tipo de gestión supone asegurar la integridad y continuidad de su atención debido a la complejidad del paciente, de los numerosos recursos y niveles asistenciales que requiere, por ello resulta tan beneficioso la intervención desde este proceso. Para ello, requiere una buena organización y coordinación de todos los profesionales.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Explicar el papel de la enfermera gestora de casos en la atención de pacientes crónicos en España, nivel de implantación y resultados obtenidos.

Objetivos secundarios:

-Conocer las principales características de las estrategias de atención a la cronicidad en España.

-Definir la figura de la Enfermera Gestora de Casos y sus antecedentes.

-Desglosar el nivel de desarrollo de la gestión de casos en España y sus resultados.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda general, con el objetivo de buscar información general acerca de las enfermedades crónicas y del papel de la enfermera gestora de casos.

Una vez, concretado el tema y los objetivos se realizaron varias revisiones exhaustivas acerca de la enfermera gestora de casos, la enfermera de práctica avanzada con el propósito de conocer su función, su historia, su situación actual en las diferentes Comunidades Autónomas Españolas, así como a nivel internacional.

Se utilizaron los siguientes Descriptores En Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH): enfermedad crónica/chronic disease, manejo de caso/case management, enfermería de practica avanzada/ advanced practice nursing, gestión de recursos/ Resources Management, rol de la enfermera/nurse's role. También se acoto la búsqueda con el uso de operadores booleanos como AND, NOT o OR.

Para la búsqueda se utilizaron fuentes primarias, entre las que se encuentran revistas como Enfermería Clínica, Metas de Enfermería, Enfermería en Desarrollo, Gaceta Sanitaria, Clinical Key, Salud Pública y páginas web como Instituto Nacional de Estadística(INE), Organización Mundial de la Salud (OMS), Astursalud, Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad, las de Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas para la búsqueda de estrategias de cronicidad. También se realizó búsqueda en bases de datos como Pubmed, Cochrane, Elsevier, Scielo, Cuiden, Dialnet, Nure

Para la elección de las publicaciones que posteriormente se citaran se realizó una previa lectura del resumen, del desarrollo y de los resultados para verificar que aportaba relación e información con el tema a tratar.

Entre los criterios de inclusión se ha priorizado sobre artículos, aunque también se han incluido revisiones hechas por otros autores, documentos nacionales e internacionales, estudios etc. En cuanto, al idioma se ha elegido en lengua castellana o inglesa, con una antigüedad respecto a la fecha de publicación preferente de 5 años, aunque finalmente se han incluido de hasta 10 años por relevancia para el trabajo.

Finalmente, para la realización de esta revisión se han utilizado 29 documentos.

4 Resultados

El objetivo de este trabajo es conocer la situación actual de la enfermera gestora de casos en el abordaje de la cronicidad en España, a través de la revisión de su nivel de implantación y de los resultados alcanzados por las mismas. Se ha explicado como esta preocupación ha llevado a elaborar y poner en marcha estrategias de intervención en el Sistema Nacional de Salud, que tienen como principales características una serie de elementos comunes, como la definición de papeles innovadores y la creación de nuevas figuras de profesionales. Las competencias de práctica avanzada en enfermería y la implantación y el desarrollo de la gestión de casos son fruto de estas políticas que se están llevando a cabo en los distintos Servicios de Salud (9, 26).

Se han identificado un total de 29 artículos, en todos ellos se ha evidenciado que el envejecimiento de la población y la alta prevalencia de las enfermedades crónicas requieren una respuesta diferente a la que se le estaba dando. La gestión de casos, puede ser una práctica que mejore la efectividad y la eficiencia de las inter-

venciones dirigidas al control de las enfermedades crónicas, favoreciendo la continuidad de cuidados y la coordinación de los recursos sociales y sanitarios. Los estudios llevados a cabo en otros países muestran que la figura de la enfermera gestora de casos ha conseguido unos buenos resultados cuando se ha evaluado su actividad (27).

En España, tenemos ya la experiencia de la implantación de esta figura desde hace algunos años, especialmente en Cataluña y Andalucía. Parece que esta sea una apuesta de los distintos Servicios de Salud, al menos sobre el papel. El desarrollo desigual de las figuras de la enfermera gestora de casos en las diferentes Autonomías es la consecuencia de la descentralización sanitaria y también, probablemente, por las dificultades para definir sus competencias y la formación que permita el desarrollo de estas competencias. El desarrollo de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria puede contribuir a calificar este tema (28).

Su formación y competencia profesional, por tanto, no están claras. Además, el colectivo enfermero está enfrentado ante el desarrollo de estas nuevas figuras, así como de las especialistas, también otros miembros del equipo asistencial no reconocen este tipo de trabajo viéndolo como una amenaza en la autonomía de las enfermeras y se oponen a ello, como es el caso de los trabajadores sociales (26).

En cualquier caso, a pesar de la poca investigación que se ha llevado a cabo hasta el momento, los resultados obtenidos en España son muy positivos. Algunas claves para el éxito de las intervenciones pueden ser una formación adecuada, unas competencias claras, autoridad para ejercer las mismas e integrar las intervenciones en programas amplios de atención a los crónicos que incluyan otros elementos, como el empoderamiento de los pacientes y sus familias, la proactividad en la atención a los enfermos más frágiles y la priorización de la promoción y la prevención dentro de un enfoque poblacional (29).

Además, se debería definir un marco de actuación para la enfermería de práctica avanzada. Se han ido implementado la enfermera gestora de casos y se ha ido incorporando intervenciones consideradas por el Consejo Internacional de Enfermeras de practica avanzada dando nuevos roles como respuesta a la demanda en cronicidad, pluripatología, fragilidad y envejecimiento. Es necesario que se establezca un marco normativo que defina su perfil, requerimientos, responsabilidades y ámbito de actuación.

5 Discusión-Conclusión

Se han desarrollado modelos teóricos para hacer frente a la cronicidad a nivel mundial, de los cuales han derivado nuevas intervenciones en los sistemas de salud, entre ellos el español:

- Destaca el papel de la enfermera en las políticas que se han establecido. Se han desarrollado competencias en práctica avanzada de enfermería y se han creado nuevos papeles como la enfermera gestora de casos y/o enlace.
- La gestión de casos, es un método de trabajo para la resolución de problemas complejos, que pretende dar continuidad asistencial, informar y ayudar en su propia salud a pacientes y cuidadores involucrándolos en su salud, proporcionando unos servicios y recursos adecuados.
- Existen evidencias recogidas en varios estudios que demuestran y evalúan el impacto de la figura de la Enfermera Gestora de Casos en otros países, concluyendo que esta figura es efectiva y eficiente.
- En España, todavía no existe un papel muy definido en lo que se refiere a las funciones, formación y roles que tiene la enfermera gestora de casos.
- Las investigaciones encontradas han demostrado que la inclusión de la enfermera gestora de casos en los programas de atención a de pacientes crónicos favorecen la provisión de los recursos garantizando la continuidad de los cuidados en pacientes dependientes que precisaban atención domiciliaria, permitiendo una reducción de la sobrecarga del cuidador y una reducción de los reingresos, y mejorando la calidad de vida de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2012; [acceso 5 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
2. Espallargues Mireia, Serra-Sutton Vicky, Solans-Domènech Maite, Torrente Elena, Moharra Montse, Benítez Dolors. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 7 de julio de 2016 [acceso 7 de octubre de 2018]; 90:1-16. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. 2014; [Internet]. [acceso 7 de octubre de 2018] Disponible en: <http://apps.who.int>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de

- Salud en España. 2014; [Internet]. [acceso 8 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.msssi.gob.es>
5. Instituto Nacional de Estadística(INE). España en cifras en 2016; [Internet]. [acceso 11 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.ine.es>
 6. Instituto Nacional de Estadística(INE). Estado de salud: enfermedades crónicas. [Internet]. [acceso 5 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p420/a2014/p01/l0/&file=02008.px&L=0>.
 7. Moreno Cidoncha, MA. Enfermería, cronicidad e investigación en Osakidetza. Febrero 2014;68; [Internet]. [acceso 5 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/658/647>.
 8. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Informe de evaluación de tecnologías sanitarias. nº39. Madrid 2003; [Internet]. [acceso 25 de octubre de 2018] Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es>
 9. Sánchez Martín I. Cronicidad y complejidad: nuevos roles en Enfermería. Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico. 2014 25 de enero de 2014; Rev Enfermería Clínica 24(1):79-89. [Internet]. [acceso 25 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.elsevier.es>
 10. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Declaración de Sevilla. 2011.
 11. Miguelez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. 2014 27 de diciembre de 2014;24(1):5-11; [Internet]. [acceso 11 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
 12. Bohigas Santasusagna, Lluís. Sociedad Española de Directivos de Salud. La atención a la cronicidad. [Internet]. [acceso 11 de noviembre de 2018] Disponible en: https://www.sedisigloxxi.es/IMG/article_PDF/article_a286.pdf.
 13. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia para la atención de personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. mayo de 2013; [Internet]. [acceso 8 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.faecap.com>
 14. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria. Plan de atención a la Cronicidad de Cantabria. 2015; [Internet]. [acceso 15 de octubre de 2018] Disponible en: <http://saludcantabria.es>
 15. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. Estrategia de abordaje a a cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. 2015; [Internet]. [acceso 5 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org>

16. Batres Sicilia JP, Álvarez Tello M, Gallardo Santos P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. 2009; [Internet]. [acceso 5 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://apps.elsevier.es>
15. Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. Form Med Contin Aten Prim (FMC). 2005; [Internet]. [acceso 15 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://www.upf.edu>
17. Campo Jurado J, Anglada Dilme MT, Canet Ponsa M. Implementación de un modelo integrado de enfermería de enlace: un estudio descriptivo. 2008;18(5):253-61. [Internet]. [acceso 30 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.elsevier.es>
18. Valverde Jimenez M, López Benavene Y, Hernandez Corominas MÁ. Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: un año de puesta en marcha del programa. 2014; [Internet]. [acceso 10 de noviembre de 2018] Disponible en: <http://revistas.um.es>
19. Morales Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. 2013; [Internet]. [acceso 15 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
20. Appleby C, Camacho Bejarano R. Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermería de Práctica Avanzada en la cronicidad. Aprendiendo de las experiencias. 2014; [Internet]. [acceso 16 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
21. You E, Dunt Dr D,C. Case managed community aged care: what is the evidence for effects on service use and cost? J Aging Health 2013 Oct; 25 (7):1204142.doi.10.1177/0898266431.Epub2013.
22. CorineH.M, Latour,Bosmans E, Judith. Cost-effectiveness of a nurse-led case management intervention in general medical outpatients compared with usual care: An economic evaluation alongside a randomized controlled trial. 2007. Journal of Psychosomatic Research Volume 62, Issue 3, March 2007, Pages 363-370; [Internet]. [acceso 20 de octubre de 2018] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com>
23. Vogler S, Davidson A, Crane L. Can Paraprofessional home visitation enhance early intervention service delivery? 2002. Developmental and Behaviour Pediatrics, vol 23.
24. Miller R, Newcomer,Robert, Fox, Patrick. Effects of the medicare Alzheimer's disease demonstration on Nursing home entry. [Internet]. [acceso 25 de octubre de 2018] Disponible en: <https://www.cms.gov>
25. Titova E, Steinshamn S. Long term effects of a integrated care intervention

on hospital utilization in patients with severe COPD: a single centre controlled study. [Internet]. [acceso 26 de octubre de 2018] Disponible en <http://respiratory-research.biomedcentral.com>

26. Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. 2012; Rev Metas de Enfermería15(6):26-32.

27. Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Estrategia del Servicio Murciano de la Salud; [Internet]. [acceso 15 de noviembre de 2018] Disponible en: <https://murciasalud.es/recursos/ficheros/255748-estrategia2015murciasalud.pdf>.

28. Vega Ramírez F, Granados Gámez G, López Liria R. La satisfacción de las enfermeras gestoras de casos en la provincia de Almería. 2013; Rev Inquietudes 46:17-23.

29. Morales Asencio JM. Barreras para la implementación de modelos de práctica avanzada en España. 2012; Rev Metas de Enfermería15(6):26-32.

Capítulo 30

NECESIDADES NUTRICIONALES EN PACIENTES DIALIZADOS

CRISTINA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La insuficiencia renal es una enfermedad en la cual los riñones dejan de funcionar y no pueden eliminar los desechos ni el agua procedente de la sangre, o mantener el equilibrio de estas en el cuerpo. Existen dos tipos de insuficiencia renal:

-Insuficiencia renal aguda: “síndrome clínico, secundario a múltiples etiologías, que se caracteriza por un deterioro brusco de las funciones renales, que altera la homeostasis del organismo, se asocia con frecuencia con un descenso de la diuresis y tiene como expresión común un aumento de la concentración de los productos nitrogenados en sangre”.

-Insuficiencia renal crónica: “pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable, a veces incluso de años, expresada por una reducción del aclaramiento de creatinina estimado $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.”

Cuando el riñón deja de funcionar, se sustituyen sus funciones mediante hemodíálisis o diálisis peritoneal. La hemodíálisis es una técnica extracorpórea mediante la cual la sangre va a una máquina que contiene filtros que eliminan las toxinas del organismo. Por otro lado, la diálisis peritoneal utiliza la membrana peritoneal como filtro para la depuración. Se instila líquido de diálisis que saldrá al exterior mediante el catéter y el sistema de diálisis.

2 Objetivos

- Conocer las diferencias entre las necesidades dietéticas de personas dializadas y no dializadas.
- Advertir las carencias que pueden aparecer en una dieta inadecuada.
- Mostrar ejemplos de dieta para personas en diálisis.

3 Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, transversal y no experimental sobre las necesidades nutricionales en pacientes dializados. Para la realización del mismo se efectúa una búsqueda bibliográfica. Para ello se utilizó el metabuscador Google Académico, bases de datos como Dialnet y Elsevier y revistas científicas.

4 Resultados

Para personas sanas con una media de edad entre los 25 y los 55 años son:

- Mujeres: 1600-2000 cal/día.
- Hombres: 2000-2500 cal/día.

Las recomendaciones nutricionales para pacientes sometidos a hemodiálisis varían según la edad y la actividad física realizada. Los mayores de 60 años deberían consumir 30-35 kcal/kg peso/día y a los menores de 60 años les corresponden 35 kcal/kg peso/día.

Los pacientes que requieran hemodiálisis deben controlar la ingesta de ciertos minerales como puede ser el aporte de potasio, de sodio, fósforo o sodio:

- Potasio: tiene como principal vía de eliminación el riñón por lo que en este tipo de pacientes puede acumularse y provocar arritmias cardíacas. Los expertos recomiendan un aporte de no más de 2gr en la dieta. Los alimentos que se deben evitar son: frutas desecadas, frutos secos, salsas de tomate, mermeladas.
- Fósforo: está presente en gran cantidad de alimentos por lo que disminuir su consumo en la alimentación es difícil. No se debe superar la cantidad de 1,2g/día de este mineral. Los alimentos ricos en fósforo y que hay que limitar son: leche y derivados, cereales integrales, legumbres y leguminosas.
- Calcio: en este tipo de dietas las necesidades de calcio están aumentadas por la baja absorción intestinal que se produce, sin embargo el consumo debe ser moderado ya que los alimentos ricos en calcio también lo son en fósforo. La cantidad de calcio permitida está entre 1,5- 2 gr/día.

-Sodio: un aporte excesivo de este mineral supondría el incremento de la tensión arterial o un aumento del consumo de líquidos. Con el fin de prevenir lo citado anteriormente se deberá eliminar el sal de la dieta así como disminuir el consumo de: embutidos, productos ahumados, alimentos en conserva, quesos, aceitunas, platos congelados preparados, etc.

Desgaste proteico energético (DPE).

En pacientes con problemas de insuficiencia renal no se habla de malnutrición sino de “desgaste proteico energético”. Las principales causas de Desgaste Proteico Energético según la Sociedad Internacional de Nutrición Renal y Metabolismo son:

-Restricciones dietéticas.

-Pérdida de nutrientes en el líquido de diálisis y aumento del catabolismo: durante el proceso de diálisis no solo se eliminan toxinas urémicas sino que también hay pérdidas de aminoácidos, péptido y vitaminas solubles en agua. Existen pérdidas poco significativas de zinc, hierro o magnesio, aunque en ocasiones existe deficiencia de algún mineral.

-Inflamación relacionada con la diálisis: los factores que influyen son: tipo de diálisis, reflujo del dializado, frecuencia y duración de la diálisis, membranas y soluciones bioincompatibles, complicaciones del catéter, sobrecarga de líquidos.

-Pérdida de la función renal residual: esta alteración está relacionada con la reducción de la ingesta calórica, proteica y de micronutriente y a un aumento de la inflamación y del metabolismo basal. Por el contrario, si se mantiene la función renal residual el estado nutricional mejora, disminuye la necesidad de eritropoyetina e incluso mejora la calidad de vida.

Modelo de dieta para diálisis:

1. Desayuno.

-100ml de leche semidesnatada.

-Descafeinado.

-Azúcar.

-60gr de pan blanco.

-Aceite o mantequilla.

-Fruta (pera).

2. Comida.

-Verdura con patata hervida y aliñada con aceite de oliva.

-Pescado blanco a la plancha.

-Pan blanco.

-Fruta natural.

3. Merienda.

-Infusión.

-Azúcar.

-Pan.

4. Cena.

-Pasta con verduras a la plancha.

-Pan blanco.

-Fruta natural.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes sometidos a procesos de diálisis tienen necesidades nutricionales diferentes a las personas sanas. Deben seguir una dieta especial con restricción de ciertos minerales que de no llevarse a cabo supondrían un perjuicio para el paciente. Estas limitaciones junto con factores propios del proceso conllevan a un alto porcentaje de desnutrición.

6 Bibliografía

1. Diccionario de cáncer [Internet]. National Cancer Institute. [acceso 18 Marzo 2020]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/insuficiencia-renal>
2. Arrieta J, Cases A, Gómez Campderá F, Maduell F, Marín R, Navarro J et al. Guías SEN ACTUACIÓN EN EL FRACASO RENAL AGUDO [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Nefrología; 2007 [acceso 18 Marzo 2020]. Disponible en: http://enefro.org/modules/webstructure/files/guia_fra.pdf?check_idfile=2876
3. Gómez Carracedo A, Arias Muñana E, Jiménez Rojas C. Insuficiencia Renal Crónica [Internet]. [acceso 18 Marzo 2020]. Disponible en: <https://www.segg.es/download/tratadogeriatría/PDF>
4. Fernández Lucas M, Teruel Briones J. Técnicas de Hemodiálisis [Internet]. Nefrología al día; 2020 [acceso 18 Marzo 2020]. Disponible en: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-tecnicas-hemodialisis-267>
5. Trujillo Campos C. DIÁLISIS PERITONEAL: CONCEPTO, INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES [Internet]. Málaga: Revista SEDEN; [acceso 18 Marzo 2020]. Disponible en: <https://www.revistaseden.org>
6. Carbajal Azcona Á. Manual de Nutrición y Dietética [Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2013 [acceso 18 Marzo 2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/22755/1/Manual-nutricion-dietetica-CARBAJAL.pdf>

7. Baquerizo Zevallos S. MANEJO NUTRICIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS” [Internet]. Ecuador: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2010 [acceso 18 Marzo 2020]. Disponible en: <http://192.188.52.94:8080/bitstream/3317/985/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-2.pdf>
8. COBO JARAMILLO M. DETERMINANTES DE MALNUTRICIÓN EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS: EFECTO DE LA SUPLEMENTACIÓN PROTEICA ORAL INTRADIÁLISIS [Internet]. Madrid: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID; 2016 [acceso 18 Marzo2020]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/47164/1/T39822.pdf>

Capítulo 31

PIE DIABÉTICO

CRISTINA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La diabetes es un grupo de enfermedades endocrinometabólicas caracterizadas por la hiperglucemia, debida fundamentalmente a un déficit, absoluto o relativo, de insulina o a una alteración de su utilización. La diabetes se puede clasificar en: diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 diabetes gestacional, diabetes Mody y Lada. Estudios demuestran que el mayor porcentaje de diabetes corresponde al subtipo 2, que implica la resistencia de tejidos periféricos a la acción de la insulina y su secreción inadecuada.

Existen diferentes tipos de diagnóstico. El método que más se utiliza es la realización de una glucemia plasmática al azar mayor o igual a 200mg/dl + síntomas cardinales. Luego tenemos una glucemia plasmática en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl o una glucemia mayor o igual a 200 mg/dl a las 2 horas de una SOG. Por último, tenemos una hemoglobina glicosilada mayor o igual a 6,5%. En el caso de la diabetes gestacional se realizará el Test de O'Sullivan entre las 24-28 semanas y se repetirá a las 32-36 semanas si existen factores de riesgo. Los síntomas que presenta un paciente con diabetes son: polifagia, poliuria, polidipsia, adelgazamiento y debilidad.

Sin un tratamiento adecuado la diabetes puede ocasionar una serie de complicaciones a nivel de todo el cuerpo, especialmente, en riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos. Algunos ejemplos son: cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar no cetósico, hipoglucemia, cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica, neuropatía diabética, nefropatía diabética, retinopatía diabética o pie diabético entre otros.

2 Objetivos

- Conocer los factores de riesgo, los métodos diagnósticos del pie diabético y posibles complicaciones.
- Profundizar en los cuidados que esta patología precisa.

3 Metodología

Se trata de un estudio descriptivo, cualitativo, transversal y no experimental sobre el pie diabético. Para la realización del mismo se efectúa una búsqueda bibliográfica. Para ello se utilizó el metabuscador Google Académico, bases de datos como: Dialnet, Elsevier, Scielo y revistas científicas.

4 Resultados

El pie diabético es un conjunto de síndromes en los que la existencia de neuropatía, isquemia e infección provocan alteraciones tisulares o úlceras secundarias a microtraumatismos, ocasionando una importante morbilidad que puede conllevar a amputaciones. Existen un gran número de factores que contribuyen a la aparición de esta patología entre los que destaca:

- Enfermedad vascular periférica establecida.
- Neuropatía periférica.
- Deformidades en el pie.
- Presión plantar elevada.
- Callosidades.
- Historia de úlceras previas.
- Amputación previa.
- Tabaquismo.
- Edad avanzada o tiempo de evolución de enfermedad superior a 10 años.
- Movilidad articular disminuida.
- Mal control metabólico.
- Calzado no adecuado.
- Higiene deficiente de pies.
- Nivel socioeconómico bajo.
- Alcoholismo, aislamiento social.

Las manifestaciones clínicas son:

- Úlceras.

- Pie artropático o artropatía de Charcot.
- Necrosis digital
- Celulitis y linfangitis.
- Infección necrotizante de tejidos blandos.
- Osteomielitis

A lo largo del mundo se han desarrollado diferentes clasificaciones:

- Clasificación Texas: clasifica las úlceras en relación a la profundidad y a la existencia de infección/isquemia
- Clasificación SAD: valora tamaño (área, profundidad), infección, arteriopatía y denervación.
- Clasificación PEDIS: tiene en cuenta cinco parámetros relevantes para la elaboración de proyectos de investigación. Son: irrigación, extensión, profundidad, infección y sensibilidad
- Clasificación Wagner: es la más utilizada. Se basa en la profundidad, presencia de osteomielitis o gangrena y la extensión de la necrosis tisular.

Exploración y diagnóstico:

- Historia clínica: duración de la enfermedad, control glucémico, estado nutricional, tratamiento farmacológico, etc.
- Historia clínica del pie: tipo de calzado utilizado, deformidades, infecciones previas, síntomas neuropáticos, síntomas de claudicación
- Historia clínica de las heridas: localización, duración, recurrencia, infección, cuidado de las heridas, trauma previo, pie de Charcot previo o activo.
- Exploración física: evaluación dermatológica y osteomuscular, exploración neurológica (Monofilamento de Semmes-Weinstein), exploración vascular (índice Tobillo/Brazo, ecografía Doppler), evaluación de la infección

Cuidados del pie diabético:

El abordaje de esta patología debe ser multidisciplinar e incluir al paciente. La inclusión de este último debe ser mediante la educación sanitaria proporcionada por la enfermera. Recomendaciones para el paciente:

- Inspeccionar a diario el pie.
- Examinar los zapatos antes de ponértelos.
- Cambiar los calcetines y zapatos diariamente. Revisar el interior de los zapatos.
- No andar descalzo. Llevar zapatos con calcetines.
- No utilizar bolsas de agua o almohadillas eléctricas para calentar los pies.
- Cortar las uñas de forma recta.
- Lavar los pies con agua (no más de 37°C) y jabón. Secar la piel entre los dedos muy bien.

- Aplicar crema hidratante.
- Acudir a profesionales sanitarios para cortar los callos.
- Informar a un profesional sanitario ante la presencia de una ampolla o corte.

Curas según el Modelo Wagner:

A. Estadío 0:

- Uso de cremas para hidratar la piel.
- Uso de piedra pómez para eliminar durezas.
- Uso de plantillas para las deformidades óseas.
- Retirar callos por podólogos.
- Evitar la humedad del pie.
- Uso de zapatos que no compriman los dedos.

B. Úlcera grado 1:

- Reposo del pie afectado durante 3-4 semanas.
- Lavado con solución salina de la lesión.
- Acudir a realizar las curas cada 24-48 horas.
- Hidratar la piel periulceral con ácidos grasos hiperoxigenados.

C. Úlcera tipo 2:

- Mantener el pie afecto en reposo.
 - Vigilar la presencia de signos de infección, exploración interna de la úlcera.
 - Lavar la lesión con solución salina fisiológica al 0'9%.
 - Desbridamiento quirúrgico o cortante de esfacelos y de tejido necrótico.
 - Realizar curas cada 24-48 horas. Uso de apósitos de plata en caso de infección.
- Si la lesión es muy exudativa se utilizarán alginatos e hidrocoloides.

D. Úlcera grado 3:

- Desbridamiento quirúrgico.
- Tratamiento con antibióticos.

E. Úlcera grado 4:

- Presencia de gangrena en los dedos del pie el paciente será enviado al servicio de Cirugía Vascular para valoración y búsqueda de tratamiento.

F. Úlcera grado 5:

- Amputación por gangrena de todo el pie.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es una enfermedad que si no se controla puede provocar grandes complicaciones en todo el cuerpo. Una de las principales y que se muestra de manera silenciosa es el pie diabético.

El pie diabético es el resultado de una serie de fenómenos que provocan la formación de úlceras. Estas tardan más en curar dado el estado del organismo del paciente. Antes que el tratamiento es importante la prevención. Para ello, la enfermera, tiene un papel importante, dando al paciente la educación sanitaria adecuada el paciente. El tratamiento se basa en un calzado adecuado, prevenir las infecciones de las úlceras ya formadas y evitar la gangrena y la amputación del pie.

6 Bibliografía

1. Rojas de P., Elizabeth, Molina, Rusty, Rodríguez, Cruz, DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA DIABETES MELLITUS. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo [Internet]. 2012;10(1):7-12[acceso 19 marzo 2020] Disponible en: <https://www.redalyc.org>
2. Ortega Millán C. Las otras complicaciones de la diabetes mellitus. Diabetes Práctica[Internet] 2014;05(03):97-144.; [acceso 19 Marzo 2020]. Disponible en: <http://www.diabetespractica.com>
3. González de la Torre Héctor, Mosquera Fernández Abián, Quintana Lorenzo M.^a Luana, Perdomo Pérez Estrella, Quintana Montesdeoca M.^a del Pino. Clasificaciones de lesiones en pie diabético: Un problema no resuelto. Gerokomos [Internet]. 23(2): 75-87;. [acceso 2020 marzo 2020] Disponible en: <http://scielo.isciii.es>
4. Del Castillo Tirado Rosa-Ana, Fernández López Juan Antonio, del Castillo Tirado Francisco Javier. Guía de práctica clínica en el pie diabético. Archivos de Medicina [Internet] 2014Vol. 10 No. 2:1 doi: 10.3823/1211;. [acceso 2020 marzo 2020] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es>
5. A. Boada. Lesiones cutáneas en el pie diabético. Actas Dermo-Sifiliográficas (English Edition) [Internet]. 2012;7 (5); Vol 103:348-356;. [acceso 20 marzo 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com>
6. Rincón, Yorgi, Gil, Víctor, Pacheco, Julio, Benítez, Isabel, Sánchez, Miguel, Grupo de Trabajo Unidad de Endocrinología. Mérida-Venezuela (ENDO-MER)., , EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DEL PIE DIABÉTICO.. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo [Internet]. 2012;10(3):176-187. [acceso 20 marzo 2020].Disponible en: <https://www.redalyc.org>

Capítulo 32

ENFERMERÍA COMUNITARIA: PLAN DE CUIDADOS PACIENTE CON ALZHEIMER

MIRIAM MOYA ESPINOSA

MARÍA BELTRÁN RODRÍGUEZ

ANA MARÍA LICERÁN PERALBO

1 Introducción

En nuestra consulta de enfermería de Atención Primaria recibimos un paciente con Alzheimer, por ello, antes de comenzar el plan de cuidados, hacemos una introducción sobre dicha enfermedad.

¿Qué es?

El Alzheimer es una alteración neurodegenerativa primaria, que suele aparecer a partir de los 65 años, aunque también puede presentarse entre gente más joven. Cuando una persona padece la enfermedad de Alzheimer, experimenta cambios microscópicos en el tejido de ciertas partes de su cerebro y una pérdida, progresiva, pero constante, de una sustancia química, vital para el funcionamiento cerebral, llamada acetilcolina. Esta sustancia permite que las células nerviosas se comuniquen entre ellas y está implicada en actividades mentales vinculadas al aprendizaje, memoria y pensamiento.

Causas.

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. Algunos de los elementos que pueden aumentar las probabilidades de padecer esta patología son:

1. 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.
2. Sexo: las mujeres lo padecen con más frecuencia, probablemente, porque viven más tiempo.
3. Razas: afecta por igual a todas las razas.
4. 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 Alzheimer presentan antecedentes familiares.
5. 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 nicestrina activaría la producción del amiloide beta.
6. 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.

Síntoma del Alzheimer.

En un principio, surgen pequeñas e imperceptibles pérdidas de memoria, pero con el paso del tiempo, esta deficiencia se hace cada vez más notoria e incapacitante para el afectado, que tendrá problemas para realizar tareas cotidianas y simples, y también, otras más intelectuales, tales como hablar, comprender, leer, o escribir. Dependiendo de la etapa en que se encuentre el paciente, los síntomas son diferentes:

1. Estadio leve: el daño de la enfermedad todavía pasa desapercibido, tanto para el paciente, como para los familiares. El enfermo olvida pequeñas cosas, como dónde ha puesto las llaves, o tiene alguna dificultad para encontrar una palabra. En esta etapa todavía puede trabajar o conducir un coche, aunque es posible que empiece a experimentar falta de espontaneidad, de iniciativa y ciertos rasgos depresivos. La capacidad de juicio se reduce y tiene dificultad para resolver nuevas situaciones y organizar actividades. Pueden aparecer signos de apatía y aislamiento y cambios de humor.

2. Estadio moderado: la enfermedad ya resulta evidente para familia y allegados. El paciente presenta dificultades para efectuar tareas como hacer la compra, seguir un programa de televisión, o planear una cena. Ya no es sólo una pérdida de memoria, sino también de capacidad de razonamiento y comprensión. En esta etapa, el deterioro avanza con bastante rapidez y los afectados pueden llegar a perderse en lugares familiares. Además se muestran visiblemente apáticos y deprimidos.

3. Estadio grave: todas las áreas relacionadas con la función cognitiva del paciente se encuentran afectadas. Pierde la capacidad para hablar correctamente, o repite frases inconexas una y otra vez. No puede reconocer a sus familiares y amigos; ni siquiera se reconocen a ellos mismos ante un espejo. La desorientación es constante. Los pacientes más graves se olvidan de andar y sentarse y, en general, pierden el control sobre sus funciones orgánicas. Se olvidan de hechos recientes y lejanos. Permanecen horas inmóviles sin actividad, y generalmente no pueden andar. Dejan de ser individuos autónomos y necesitan que les alimenten y les cuiden. Gritan, lloran o ríen sin motivo y no comprenden cuando les hablan. En su etapa más grave surgen rigideces y contracturas en flexión, permanecen en mutismo y pueden llegar a presentar trastornos deglutorios. Muchos de ellos acaban en estado vegetativo.

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.

Diagnósticos.

La enfermedad se diagnostica con datos recabados sobre los problemas del paciente de memoria y aprendizaje, para llevar adelante la vida cotidiana y preguntando a familiares o personas que conviven con el supuesto enfermo. Los análisis de sangre y orina descartan otras posibles enfermedades que causarían demencia

y, en algunos casos, también es preciso analizar fluido de la médula espinal.

Entre las pruebas más empleadas para observar los cambios que esta enfermedad produce en el cerebro destaca la resonancia magnética (RM), la tomografía por emisión de positrones (conocida por su acrónimo inglés, PET) y una combinación de ambas.

Con la RM, se visualiza la forma y estructura del cerebro. Con la PET se pueden detectar los primeros cambios en el tejido cerebral, incluso antes de que aparezcan los síntomas visibles (como el deterioro de la memoria).

Tratamiento.

La enfermedad de Alzheimer es una patología de evolución lenta. Desde que aparecen los primeros síntomas hasta que se inicia una etapa de mayor gravedad pueden pasar años, dependiendo de cada persona, entre 5 y 20. Por el momento no existe ningún tratamiento que revierta el proceso de degeneración que comporta esta enfermedad. Sin embargo, sí se dispone de algunos fármacos que pueden retrasar, en determinadas etapas de la enfermedad, la progresión de la patología.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Constituir un plan de cuidados para la atención a pacientes con Alzheimer.

Objetivos secundarios:

-Individualizar y cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

-Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y su entorno.

-Resolver los problemas y prevenir la evolución de la enfermedad.

3 Metodología

La metodología para la realización de este capítulo se basa en una búsqueda bibliográfica para el conocimiento de la enfermedad para la que vamos a realizar el Plan de Cuidados. Esta búsqueda se ha llevado cabo entre enero y febrero de 2020.

Posteriormente, se realiza el Plan de Cuidados o Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este PAE 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.

4 Resultados

Un plan de cuidados consta de cinco etapas:

1. Valoración.
2. Diagnóstico.
3. Planificación.
4. Ejecución.
5. Evaluación.

1. Valoración.

Las actividades en las que se centra esta etapa son:

- Recogida de información sobre el paciente, con el objetivo de identificar los problemas de salud reales o potenciales.
- Los datos se recogen sistemáticamente en esta fase, mediante la observación y la entrevista.
- La valoración es una labor continua que comienza en el momento del primer contacto con el paciente y continúa a lo largo de todo el proceso.

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras; es decir, la valoración del paciente para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración, dentro del proyecto, se ha optado por utilizar una herramienta que pueda ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Así se eligió la propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982). Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

La valoración por Patrones Funcionales enfoca su atención sobre 11 áreas (o patrones) con importancia para la salud de los individuos.

Los 11 patrones son:

- Patrón de Percepción-control de salud.
- Patrón de Nutrición.
- Patrón de Eliminación/ Función excretora.
- Patrón Actividad-Ejercicio.
- Patrón Descanso-Sueño.
- Patrón Perceptivo-Cognitivo.
- Patrón Auto percepción-Autoconcepto.
- Patrón Relación-Rol.
- Patrón Adaptación - tolerancia al estrés.
- Patrón Sexualidad-Reproducción.
- Patrón Valores-Creencias.

Nombre: XXX XXX XXX

Fecha nacimiento: 25/08/1959

DNI: XXX

Nº seguridad social: XXX

Nº historial: XXX

Domicilio: XXX

Municipio: Jaén

Nº teléfono: XXX

Sexo: Femenino

Nacionalidad: Española

Antecedentes: Su madre padeció una larga enfermedad de esclerosis múltiple y su padre de Alzheimer (ella sola se ocupaba de los dos)

Operaciones: A los 18 años tuvo una operación de rodilla.

Enfermedades recientes: Ninguna

Alergias: Látex.

La paciente viene acompañada por su hija y su marido, ya que algunas veces no sabe explicar exactamente lo que le pasa.

Patrón 1: percepción-control de la salud.

Este Patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a

la población, etc), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc).

En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Patrón 2: nutricional- metabólico.

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

Patrón 3: función intestinal.

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Patrón 4: actividad- ejercicio.

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Patrón 5: sueño- descanso.

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Patrón 6: cognitivo- perceptual.

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Patrón 7: autopercepción- autoconcepto.

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad

y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

Patrón 8: roles- relaciones.

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Patrón 9: sexualidad- reproducción.

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Patrón 10: adaptación- tolerancia al estrés.

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Patrón 11: valores- creencias.

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

2. Diagnósticos:

A. Deterioro del mantenimiento del hogar.

Definición: incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro que promueva el crecimiento.

-Valoración (signos y síntomas).

Temperatura doméstica inadecuada.

Falta de ropa de vestir.

Entorno desordenado.

-Factores de riesgo

Enfermedad.

Deterioro del funcionamiento.

Falta de conocimientos.

B. Deterioro de la deglución.

Definición: funcionamiento anormal del mecanismo de la deglución, asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

-Valoración (signos y síntomas).

Falta de masticación.

Alargamiento de las comidas con un menor consumo de alimentos.

Degluciones múltiples.

-Factores de riesgo.

Problemas con la conducta alimentaria.

Malnutrición de proteínas-energía.

C. Riesgo de desequilibrio nutricional.

Definición: riesgo de aporte de nutrientes que excede las necesidades metabólicas.

-Valoración (signos y síntomas).

Concentrar la toma de alimentos al final del día.

Comer en respuesta a claves externas.

Observación del uso de alimentos como medida de bienestar.

-Factores de riesgo.

Deterioro neurológico.

Dieta absoluta prolongada.

D. Trastornos del patrón del sueño.

Definición: interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y calidad del sueño debidas a factores externas.

-Valoración (signos y síntomas).

Cambio en el patrón normal del sueño.

Insatisfacción con el sueño.

Disminución de la capacidad para funcionar.

-Factores de riesgo.

Sujeciones físicas.

Compañero de sueño.

Ruidos.

E. Trastornos de la percepción sensorial.

Definición: cambio en la cantidad o en el patrón de los estímulos que percibe acompañado por una respuesta disminuida, exagerada, distorsionada o deteriorada a los mismos.

-Valoración (signos y síntomas).

Cambio en el patrón de la conducta.

Cambio en las respuestas usuales a los estímulos.

Falta de concentración.

-Factores de riesgo.

Estrés psicológico.

F. Patrón sexual ineficaz.

Definición: expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad.

-Valoración (signos y síntomas).

Alteración en las relaciones con la persona significativa.

Informe de cambios en la actividad sexual.

-Factores de riesgo.

Falta de modelo de rol.

3. Planificación.

-Deterioro del mantenimiento del hogar.

A. NOC: Ambiente seguro del hogar.

Definición: disposiciones físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar daño o lesión física en el hogar.

Indicadores.

Guarda de forma segura los medicamentos para prevenir su uso accidental.

Uso de un sistema de alarma personal.

Reorganización del mobiliario para reducir riesgos.

NIC: Manejo ambiental: seguridad. Actividades.

Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.

Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar),

NIC: Asistencia en el mantenimiento del hogar. Actividades.

Determinar las necesidades de mantenimiento en casa del paciente.

Implicar al paciente/familiar en la decisión de las necesidades de mantenimiento en casa.

B. NOC: Ejecución del rol.

Definición: congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.

Indicadores.

Capacidad para cumplir las expectativas del rol.

Ejecución de las conductas de rol social.

Descripción de los cambios conductuales con la enfermedad o la incapacidad.

NIC: Potenciación de roles. Actividades.

Ayudar al paciente a identificar los diversos papeles en la vida.

Facilitar la oportunidad al paciente de que practique el rol con nuevas conductas.

NIC: Apoyo al cuidador principal. Actividades.

Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.

Determinar la aceptación del cuidador en su papel.

-Deterioro de la deglución.

A. NOC: Estado de deglución.

Definición: tránsito seguro de líquidos y/o sólidos desde la boca hacia el estómago.

Indicadores.

Capacidad de masticación.

Esfuerzo deglutorio aumentado.

Estudio de la deglución.

NIC: Vigilancia. Actividades.

Determinar los riesgos de salud del paciente.

Preguntar al paciente por la percepción sobre su estado de salud.

NIC: Alimentación. Actividades.

Identificar la dieta prescrita.

Prestar atención al paciente durante la alimentación.

B. NOC: Prevención de la aspiración.

Definición: acciones personales para evitar el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.

Indicadores.

Identificar factores de riesgo.

Evita factores de riesgo.

Selecciona comidas según su capacidad deglutoria.

NIC: Precauciones para evitar la aspiración. Actividades.

Vigilar el nivel de consciencia, reflejo de tos, reflejo de gases y capacidad deglutoria.

Alimentación en pequeñas porciones.

NIC: Identificación de riesgos. Actividades.

Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual.

Planificar las actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el individuo/grupo.

-Riesgo de desequilibrio nutricional.

A. NOC: Control del peso.

Definición: acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo.

Indicadores.

Supervisa el peso corporal.

Come en respuesta al hambre.

Selecciona comidas y aperitivos nutritivos.

NIC: Manejo de la nutrición. Actividades.

Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales.

Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos

NIC: Manejo del peso. Actividades.

Tratar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.

Animar al individuo a consumir las cantidades diarias adecuadas de agua.

B. NOC: Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.

Definición: cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.

Administración de líquidos NPT (nutrición parenteral total).

NIC: Modificación de la conducta. Actividades.

Determinar la motivación al cambio del paciente.

Elegir refuerzos que tengan sentido para el paciente.

NIC: Enseñanza: dieta prescrita. Actividades.

Evaluar el nivel de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita.

Enseñar al paciente a planificar las comidas adecuadas.

-Trastorno del patrón de sueño.

A. NOC: Bienestar personal.

Definición: alcance de la percepción positiva del estado de salud y de las circunstancias vitales propias.

Indicadores.

Ejecución de roles usuales.

Satisfacción con la capacidad de relax.

Satisfacción con la vida espiritual.

NIC: Fomento del ejercicio. Actividades.

Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según la tolerancia.

Planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía.

NIC: Manejo de la energía. Actividades.

Preparar al paciente en técnicas para evitar lesiones durante el ejercicio.

Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.

B. NOC: Nivel de comodidad.

Definición: alcance de la percepción positiva de comodidad física y psicológica.

Indicadores.

Control del síntoma.

Vida espiritual.

Nivel de independencia.

NIC: Manejo de la medicación. Actividades.

Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo.

Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse.

NIC: Disminución de la ansiedad. Actividades.

Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.

Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.

-Trastorno de la percepción sensorial.

A. NOC: Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales.

Definición: capacidad de los nervios craneales para transmitir impulsos sensitivos y motores.

Indicadores.

Movimiento lingual.

Reflejos oculares.

Habla.

NIC: Monitorización neurológica. Actividades.

Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, humor, afectos y conductas.

Comprobar el nivel de orientación.

NIC: Vigilancia: seguridad. Actividades.

Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.

Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del paciente que puedan conducir a una conducta insegura.

B. NOC: Autocontrol del pensamiento distorsionado.

Definición: autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.

Indicadores.

No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes.

Interacciona con los demás de forma apropiada.

Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico.

NIC: Manejo de ideas ilusorias. Actividades.

Vigilar el estado psíquico del paciente.

Mantener una rutina diaria coherente.

NIC: Reestructuración cognitiva. Actividades.

Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad.

Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo.

-Patrón sexual ineficaz.

A. NOC: Autoestima.

Definición: juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Indicadores.

Aceptación de las propias limitaciones.

Nivel de confianza.

Mantenimiento del cuidado/higiene personal.

NIC: Potenciación de la autoestima. Actividades.

Observar las frases del paciente sobre su propia valía.

Animar al paciente a identificar sus virtudes.

NIC: Asesoramiento. Actividades.

Demostrar simpatía, calidez y autenticidad.

Favorecer la expresión de sentimientos.

B. NOC: Identidad sexual.

Definición: reconocimiento y aceptación de la propia identidad sexual.

Indicadores.

Establece límites sexuales personales.

Refiere relaciones íntimas saludables.

Refiere funcionamiento sexual saludable.

NIC: Asesoramiento sexual. Actividades.

Discutir el efecto de la medicación sobre la sexualidad.

Dar seguridad de que las prácticas sexuales actuales o las nuevas son saludables.

NIC: Aumentar el afrontamiento. Actividades.

Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

5 Discusión-Conclusión

El Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que da lugar a cambios microscópicos en el tejido de ciertas partes de su cerebro y una pérdida, progresiva, pero constante, de una sustancia química, vital para el funcionamiento cerebral, llamada acetilcolina. Esta sustancia permite que las células nerviosas se comuniquen entre ellas y está implicada en actividades mentales vinculadas al aprendizaje, memoria y pensamiento. Por esto, es muy importante una detección precoz de los síntomas para poder actuar desde su aparición temprana.

El personal de enfermería representa un papel fundamental en la asistencia y asesoramiento tanto del paciente con Alzheimer como de su familia y entorno. La importancia de un Plan de Cuidados es poder actuar de forma individualizada en cada caso, para poder llevar a cabo un cuidado más humano.

6 Bibliografía

1. Dis Mon. Alzheimer Disease. 2010 September; 56(9): 484–546. doi:10.1016/j.disamonth.2010.06.001
2. Ricardo F, Allegri R, Arizaga C, Bavec L, et al. Enfermedad de Alzheimer: Guía de Práctica Clínica. Neurología Argentina. Volumen 3. Issue 2, April-June 2011, Pages 120-137.
3. Serrano-Pozo A., Frosch M., Masliah E., Hyman B. Neuropathological Alterations in Alzheimer Disease. Cold Spring Harb Perspect Med 2011;1:a006189.
4. Mayeux R., Stern Y. Epidemiology of Alzheimer Disease. Cold Spring Harb Perspect Med 2012;2:a006239.
5. Huang Y., Mucke L. Alzheimer Mechanisms and Therapeutic Strategies. Volume 148, Issue 6, 16 March 2012, Pages 1204-1222.
6. Tanzi R.E. The Genetics of Alzheimer Disease. Cold Spring Harb Perspect Med 2012;2:a006296.
7. Ruiz de Sánchez C., Nariño D., Muñoz Cerón J.F. Epidemiología y carga de la Enfermedad de Alzheimer. Acta Neurol Colomb Vol. 26 No. 3 Suplemento (3:1) Septiembre 2010.
8. Córdoba C., M.A.; Granados Latorre, F.J; Buitrago Mariño A.M. Sobrecarga en cuidadores de pacientes con demencia tipo Alzheimer. Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 6, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 35-45 Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia.
9. NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación Elsevier. Madrid. 2018-2020.
10. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Madrid-España. Elsevier. 2018.
11. Clasificación de Intervenciones (NIC). Madrid. Elsevier. 2018.

Capítulo 33

LAVADO DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO

SUSANA DIAZ DIAZ

M^a PILAR RUIZ CRESPO

VERONICA PULIDO LOBERA

ANA MARGARITA HERNANDEZ SANCHEZ

1 Introducción

El lavado de manos es la medida más importante para prevenir y reducir infecciones hospitalarias también llamadas infecciones nosocomiales. Se trata de una frotación vigorosa de las manos enjabonadas con su posterior aclarado con abundante agua y secado para eliminar suciedad, materia orgánica, flora transitoria y resistente, en cada caso:

- Flora resistente (colonizante): se dice de los microorganismos que se encuentran en la piel habitualmente. No se eliminan fácilmente solamente por fricción.
- Flora transitoria (contaminante o no colonizante): microorganismos que contaminan la piel sin encontrarse en ella habitualmente.

Son el origen de la mayoría de las infecciones hospitalarias ya que se transmiten con mucha facilidad. Una alternativa a tener en cuenta en la higiene de manos es el uso de soluciones alcohólicas.

2 Objetivos

Conocer procedimientos de higiene de manos para la prevención y control de infecciones hospitalarias así como su técnica, sus materiales y sus finalidades.

3 Metodología

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

4 Resultados

Se diferencian 3 técnicas de lavado de manos:

1. Lavado rutinario higiénico:

Se realiza con jabón común, preferentemente líquido en dispensador desechable con dosificador. Su duración no debería durar menos de 15 segundos. Su objetivo es eliminar la suciedad, la materia orgánica y la flora transitoria de las manos. Su técnica consiste en humedecer las manos, preferiblemente con agua tibia ya que caliente favorece la aparición de dermatitis y aplicar el jabón. Frotar las manos palma con palma, sobre dorsos, espacios interdigitales y muñecas durante al menos 10 minutos. Posteriormente se aclara con abundante agua y secar con toallas de papel. Este tipo de lavado esta indicado en los siguientes casos:

- Antes y después del contacto con el paciente.
- Entre 2 procedimientos con el mismo paciente, si hay posibilidad de contaminación
- Después de quitarse los guantes ante cualquier técnica

2. Lavado antiséptico asistencial.

Se realiza con jabón líquido con antiséptico de amplio espectro microbiano (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%). En este caso la finalidad es eliminar la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria y parte de la resistente, consiguiendo cierta actividad de microbiana residual. Esta técnica tiene rápida acción y no es irritable. Se realiza igual que el lavado higiénico,

solo que cambiando el tipo de jabón. Se utiliza también dispensadores desechables con dosificador y se secan las manos con toallas de papel desechables. Sus indicaciones están dirigidas a las siguientes técnicas:

- Antes y después de realizar técnicas invasivas
- Antes y después de estar en contacto con pacientes de los que se sospeche están infectados.
- Antes de tener contacto con pacientes inmunocomprometidos.

3. Lavado quirúrgico.

Este lavado está limitado a integrantes del equipo quirúrgico antes del ingreso al quirófano. Se utiliza siempre jabón antiséptico, al igual que en el anterior lavado nombrado anteriormente. Su finalidad es eliminar la flora transitoria, así como el máximo posible de la flora resistente de las manos. Requiere un alto grado de asepsia y un efecto residual. La técnica consiste en aplicar el jabón antiséptico y realizar un lavado exhaustivo de manos mecánico de manos y antebrazos limpiando con un cepillo desechable debajo de las uñas. El lavado se debe realizar desde los dedos hasta los codos. Se aclara con abundante agua, y se repite el proceso durante al menos 2 minutos más. El secado de las manos debe ser por aplicación, no frotar, con toalla desechable estéril. Sus indicaciones:

- Antes de intervenciones quirúrgicas.
- Antes de cualquier maniobra invasiva que requiera alto grado de asepsia.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es un procedimiento muy básico que reduce las infecciones nosocomiales ya que lavarse las manos durante 30 segundos puede llegar a reducir las bacterias de las manos en un 90%. Los profesionales sanitarios deben estar concienciados en la importancia que conlleva este acto. Se considera un gran desafío establecer cambios actitudinales en el personal por la gran importancia y repercusión que conlleva la higiene de manos.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Estudio EPINE-EPPS 2013. Estudio de Prevalencia de las Infecciones Nosocomiales en España. Informe global de España (Resumen); 2013 May-Jun. 38 p.
2. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud: Resumen. Primer Desafío Global de Seguridad del

Paciente. Una Atención Limpia es una Atención Segura. Génova (Suiza); 2009 Jul. 80 p.

3. Infección nosocomial | Higiene de manos. 2005; [33páginas]. Disponible en: www.higienedemanos.org/node/4

Consultado enero 5, 2010.

4. Owens CD, Stoessel K. Surgical site infections: epidemiology, microbiology and prevention. J Hosp Infect. 2008; 70(Suppl 2):3-10.

Capítulo 34

PROTOCOLO DE ATENCIÓN ANTE LA SOSPECHA DE TUBERCULOSIS

CRISTINA CAMPO GEIJO

KATIA MARTINEZ LOPEZ

1 Introducción

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa provocada por un bacilo, que se transmite a través del aire y que se caracteriza por la formación de tubérculos o nódulos en los tejidos infectados. Puede afectar a diferentes órganos del cuerpo, en especial a los pulmones, produciendo tos seca, fiebre, expectoraciones sanguinolentas y pérdida de peso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en la actualidad el 30% de la población mundial tiene tuberculosis latente; además, de ese porcentaje se calcula que el 10% desarrollará una tuberculosis activa.

2 Objetivos

- Alcanzar el acceso universal a la atención de alta calidad para todos los pacientes con tuberculosis.
- Reducir el sufrimiento humano y la carga socioeconómica asociadas a la tuberculosis.
- Proteger a las poblaciones vulnerables de la tuberculosis.
- Apoyar el desarrollo de nuevas herramientas y facilitar su uso efectivo y oportuno.

- Proteger y promover los derechos humano en la prevención, atención y control de la tuberculosis.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de informes de la Organización Mundial de la Salud en el año 2018 y 2019.

4 Resultados

Ante un caso de tuberculosis la medida más eficaz para evitar el contagio es:

- Que el enfermo tome la medicación con la máxima exactitud y constancia, bajo la supervisión de su médico.
- El enfermo deberá taparse la boca y las fosas nasales al toser o estornudar.
- No deberá escupir en el suelo.
- Si expectora o elimina mucosidad, ésta debe ser recogida en un pañuelo desechable que hay que eliminar convenientemente.
- En función de la evolución, se dejará de asistir al trabajo durante 4-6 semanas, ampliándose a 8 cuando la profesión del enfermo sea de trato directo con el público.
- El enfermo no deberá situarse nunca cerca de un ventilador o de cualquier otro sistema de refrigeración.
- No es necesario ninguna medida respecto a la vajilla, cama, ropas del enfermo. Si bien es conveniente una habitación soleada.

5 Discusión-Conclusión

La más efectiva forma de prevención de la tuberculosis es el diagnóstico precoz y el tratamiento con esquemas terapéuticos adecuados de todos los casos para cortar la cadena de transmisión. La vacunación tiene gran importancia para prevenir las formas progresivas y graves de la enfermedad, principalmente la meningitis tuberculosa y la tuberculosis miliar.

6 Bibliografía

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

Capítulo 35

EL TCAE EN LOS CUIDADOS DE LA DEPRESIÓN

MARIA BEDELINA GRANDA ARIAS

SONIA GUTIERREZ RODRIGUEZ

1 Introducción

La depresión es una enfermedad mental (en ocasiones crónica) con una prevalencia del 10%, y que constituye un importante problema de salud pública en la actualidad. Se enmarca dentro de los trastornos del estado de ánimo y en muchas ocasiones se encuentra sin diagnosticar.

Es muy importante que, desde la enfermería, se identifique esta alteración de la salud y se proporcionen los cuidados adecuados.

Siguiendo los patrones funcionales de salud, se deben valorar todos los aspectos:

- Percepción/manejo de la salud: prevención de consumo de sustancias nocivas, aumentar los sistemas de apoyo, mediación en conflictos, etc.
- Adaptación/tolerancia al estrés: disminuir la ansiedad, terapia familiar, potenciar la seguridad en sí misma.
- Autoconcepto: potenciar la autoestima, manejo ambiental de seguridad, evitar autolesiones, potenciar la imagen corporal...
- Actividad/ejercicio: manejo de la medicación, fomento de las actividades de ocio, ayuda con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, etc.

Estos son algunos de los puntos clave, sin embargo, resulta esencial una buena relación entre la enfermera y el paciente-familia para poder llevar a cabo un cuidado integral y beneficioso para la persona que sufre el trastorno.

2 Objetivos

- Contextualizar la depresión dentro de los trastornos mentales .
- Conocer la dinámica que se establece entre las personas que tienen la responsabilidad familiar del cuidado del paciente depresivo y especialmente de las relaciones entre la persona que cuida y la que es cuidada por un trastorno depresivo.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda bibliográfica en bases de datos de ciencias de la salud como Cochrane, Pubmed, Google Scholar, Scielo, etc., en el mes de febrero de 2019. Se tienen en cuenta los artículos que cumplen los criterios de inclusión. Como criterios de exclusión, sólo se seleccionan aquellos referidos a adultos y sin otros trastornos mentales diagnosticados. Se utilizan descriptores como: depresión, trastorno del estado de ánimo y cuidados de enfermería.

4 Resultados

Los trastornos depresivos pueden provocar que uno se sienta agotado, inerte y sin esperanzas. Dichos pensamientos y sentimientos negativos hacen que algunas personas se sientan a punto de abandonar la batalla. Es importante comprender que esos puntos de vista negativos son parte de la depresión y que posiblemente no reflejen fielmente la situación.

Organización familiar en el proceso de cuidar y rol del cuidador. Con relación al cuidado de una persona con un trastorno depresivo, en la mayoría de los casos se observa que la atención en los aspectos físicos o prácticos está diversificada con relación a los aspectos más relacionales o emocionales. Habitualmente se establece una pauta de una persona que asume los aspectos prácticos -actividades de la vida diaria que a causa de la depresión la persona no puede realizar, como comprar el pan, fregar el suelo, el cuidado de los hijos, etc. y otra persona que está a su lado, la escucha, la distrae, va con ella de paseo o al médico, o sea le proporciona un soporte afectivo-emocional. Este esquema se observa con mayor nitidez cuando la persona depresiva es una mujer, habitualmente es consolada, escuchada y comprendida por otra mujer, aunque la paciente enferma viva en pareja, esté casada y los aspectos prácticos los asuma el marido/compañero, especialmente en los casos en que éste no tiene una vida laboral activa.

Siendo diferentes los casos de la muestra, se detecta cierta relación entre el rol familiar de la persona tratada por depresión y el rol familiar de la persona que tienen la responsabilidad de su cuidado.

Hierba de San Juan. Uno de los tratamientos alternativos más estudiados para los síntomas depresivos es la hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*). Es un producto botánico que se emplea ampliamente en Europa para el tratamiento de la depresión entre leve y moderada, y que actualmente se está estudiando en los Estados Unidos. La hierba de San Juan se vende sin prescripción médica en los Estados Unidos como suplemento nutritivo.

Se promociona como una manera natural de mejorar el estado de ánimo, en el tratamiento de la depresión entre leve y moderada. Los investigadores la están estudiando para determinar si provoca menos efectos secundarios, o menos intentos, que los fármacos antidepresivos.

Sin embargo, aún existen dudas de que la hierba de San Juan realmente logre el efecto que prometen sus partidarios. En lo que se refiere a los fármacos que se venden sin prescripción médica en Estados Unidos, no existen criterios establecidos con respecto a la cantidad del ingrediente activo que debe poner cada empresa en sus productos, ni sobre la dosis adecuada para personas específicas.

Trastorno afectivo estacional. Los cuidadores que se ponen melancólicos cuando se ven confinados en la casa, o en los días grises del invierno, tal vez padezcan del trastorno afectivo estacional (Seasonal Affective Disorder - SAD), también conocido como depresión invernal. Según cambian las estaciones, se van produciendo variaciones en nuestros relojes biológicos internos o ritmos circadianos, en parte como respuesta a los cambios en el ciclo solar. Esto puede hacer que nuestros relojes biológicos pierdan la sincronía con la actividad diaria. Las personas que padecen del SAD experimentan dificultades para ajustarse a la disminución de la luz solar durante los meses de invierno. Los síntomas de este trastorno son más pronunciados en enero y febrero, cuando los días son más breves. El SAD suele diagnosticarse incorrectamente como hipotiroidismo, hipoglicemia, mononucleosis infecciosa u otros trastornos virales.

El ejercicio físico. Se ha comprobado que el ejercicio físico reduce los efectos de la depresión. El caminar tres veces a la semana de 30 a 45 minutos ayuda a reducir o aliviar los síntomas depresivos. No se sabe a ciencia cierta si la actividad física impide el inicio de la depresión o si sólo contribuye a modificar sus efectos. Suele ser difícil para los cuidadores programar tiempo para el ejercicio físico.

Muchas veces se considera como una actividad de "valor añadido", algo que se hace cuando ya esté hecho todo lo demás. Trate de incluirlo en la lista de "tareas por hacer". Puede pedirle a una amistad que le acompañe a caminar una vez por semana, como un regalo especial, o pedirle al médico que le prescriba las caminatas o la incorporación a un centro de ejercitación. Todas las investigaciones muestran que el ejercicio periódico contribuye a la buena salud.

El Instituto Nacional de Salud Mental sugiere las siguientes recomendaciones para enfrentar la depresión:

- Fíjese objetivos realistas tomando en cuenta la depresión y sólo asuma un grado razonable de responsabilidad.
- Desglose las tareas grandes en eslabones más pequeños, fíjese algunas prioridades y haga lo que pueda en la medida en que pueda.
- Trate de conversar con otras personas y de confiar en alguien; por lo general eso es mejor que estar solo y ocultar lo que uno siente.
- Participe en actividades que le hagan sentir mejor, como el ejercicio físico ligero, ir al cine o a un espectáculo deportivo, o asistir a encuentros comunitarios de carácter religioso o social.
- Tenga en cuenta que su estado de ánimo mejorará gradualmente, no de inmediato. La mejoría toma tiempo.
- Es recomendable que posponga las decisiones importantes hasta que se haya disipado la depresión. Antes de tomar una decisión importante, cambiar de empleo, casarse o divorciarse, converse sobre ello con otras personas que le conozcan bien y que tengan una visión más objetiva de su situación.
- Pocas veces desaparece súbitamente la depresión por un acto de voluntad. Pero sí es posible sentirse un poco mejor cada día que pasa.
- Recuerde: las ideas positivas ocuparán el lugar de los sentimientos negativos que forman parte de la depresión. El pensamiento negativo irá cediendo en la medida en que la depresión responda al tratamiento.
- Permita que sus familiares y amistades le ayuden.

Si obtiene la ayuda directa de otras personas para atender a su ser querido, con el fin de que usted disfrute de un tiempo de descanso, si recibe el apoyo positivo de los demás, si se imbuye de ideas positivas y participa en actividades recreativas, todo ello contribuirá a aliviar la depresión. Asista a las clases y los grupos de apoyo disponibles a través de las organizaciones de apoyo a los cuidadores, pues en ellos aprenderá o practicará estrategias eficaces para la solución de problemas y para enfrentarse a las dificultades inherentes al cuidado del paciente.

5 Discusión-Conclusión

Las labores del cuidado propiamente dicho no provocan depresión, ni todos los cuidadores experimentarán los sentimientos negativos que se asocian con la depresión. De todos modos, al esforzarse por darle el mejor cuidado posible a un familiar o amigo, los cuidadores muchas veces sacrifican sus propias necesidades físicas y emocionales. Además, las vivencias emocionales y físicas del cuidado pueden llevar a una situación límite, incluso a las personas más capaces. Los sentimientos resultantes de ira, ansiedad, tristeza, aislamiento, agotamiento y también la sensación de culpa por albergar esos sentimientos pueden ser una carga muy pesada.

Todas las personas tienen en algún momento sentimientos negativos que surgen y desaparecen con el tiempo, pero cuando esos sentimientos cobran una mayor intensidad y hacen que los cuidadores se sientan totalmente fatigados, que lloren con frecuencia o que se enojen fácilmente con su ser querido o con otras personas, pueden ser una señal de advertencia de la depresión. Hay que empezar a preocuparse por una posible depresión cuando la tristeza y el llanto son permanentes, o cuando dichos sentimientos negativos desbordan la capacidad de resistencia de la persona.

6 Bibliografía

1. Roca M, Ubeda I. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria* 2000; 26: 217-223.
2. Pereira-Tercero R. Recepción de la terapia familiar. Estudio de los artículos publicados en las revistas Españolas de Psiquiatría (1984-1990). *Redes* 1996. 1(1):77-93.
3. Jeon YH. Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities. *Psychiatric Ment Health Nurs* 2003, 10(5):592-607.
4. Isla P. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados* 2000; 7 (8):187-194.
5. Ferré-Grau C. *Depressió: Pacients i Familiars*. Valls: Cossetània; 2005
6. Durán MA. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBVA, 2002 (2ª ed).
7. Rodríguez J, de Miguel J. *Salud y poder*. Madrid: Siglo XXI; 1990.

Capítulo 36

EL TCAE CAMBIOS POSTURALES Y TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN

ALEJANDRO ALONSO FERNANDEZ

1 Introducción

El concepto de vida esta ligado al movimiento. La persona enferma suele reposar en la cama porque el reposo tiene beneficios. Hoy en día, sin embargo se tiende a la movilización del paciente, dependiendo de la duración del encamamiento, del grado de inmovilidad y de otros factores.

Es importante mover y trasladar a las personas para evitar sufrimientos en la columna vertebral, lesiones y fatigas innecesarias. Los esfuerzos físicos realizados con técnicas incorrectas ocasionan un gran número de accidentes profesionales. Uno de los trabajos del TCAE (a veces solo y a veces con otros profesionales) consiste en ayudar al paciente a cambiar de posiciones, levantarse o acostarse, así como a deambular y cambiar a otro medio.

2 Objetivos

- Establecer y conocer las diferentes técnicas de movilización y traslado, así como los cambios posturales.
- Definir la mecánica corporal y conocer las normas de protección para realizar cambios posturales.

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 principio el TCAE debe tener claro los objetivos a conseguir en la movilización del paciente. Éstas son:

- Garantizar el confort del enfermo.
- Estimular y favorecer la independencia del paciente.
- Conservar la alineación adecuada del paciente.
- Mantener y vigilar la integridad de la piel, evitando la compresión en puntas de apoyo comprometidas.
- Prevenir las lesiones en el paciente y en el propio profesional.

Definimos la mecánica corporal como el uso coordinado y eficaz de los diferentes partes del cuerpo con el fin de lograr movimiento y mantener el equilibrio, de modo que la fatiga sea mínima y se prevengan posibles lesiones para la persona. Los beneficios de una adecuada mecánica corporal son:

- Aumento del bienestar para el paciente y para el técnico en cuidados auxiliares de enfermería.
- Prevención de riesgos y accidentes para el enfermo y el TCAE.
- Disminución de la fatiga.

Para realizar cambios de posición en el paciente o su movilización se deben seguir unas normas tales como:

- Preparar el área donde se va a trabajar, quitando aquello que puede entorpecernos.
- Procurar realizar el esfuerzo con los músculos más fuertes (muslos, piernas y brazos).
- Acercarnos lo máximo posible a la cama del enfermo para que el esfuerzo sea menor.
- Mantener la columna lo más erguida posible.
- Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

Es importante que el TCAE conozca la posición anatómica. Son tres las posiciones fundamentales para los cambios posturales en enfermos encamados.

1. Decúbito supino o posición anatómica: el paciente está acostado sobre su espalda, piernas extendidas y brazos alineados a lo largo del cuerpo.
2. Decúbito lateral, izquierdo o derecho: acostado de lado, piernas extendidas y brazos paralelos al cuerpo. El brazo inferior está ligeramente separado y hacia adelante evitando que quede aprisionado debajo del cuerpo.
3. Decúbito prono: el paciente se encuentra acostado sobre su abdomen y pecho. La cabeza girada lateralmente. Piernas extendida y brazos también extendidos.

Existen una serie de posiciones anatómicas especiales derivadas de las posiciones anatómicas básicas, estas son:

- Fowler, genupectoral, ginecológica, de Roser, de Kraske, de Morestin, de Tran-delemburg, etc.

El traslado consiste en la movilización activa o pasiva de una persona desde un lugar a otro. Se realiza siempre que el individuo sea incapaz de realizarlo por si mismo y cuando necesite ayuda o asistencia sanitaria. Puede ser extrahospitalario o intrahospitalario.

Denominamos movilización pasiva a la maniobra en la que la persona no colabora ya sea por encontrarse limitado o por estar incapacitada para ello (parálisis, coma, etc.). Por el contrario, en la movilidad activa el paciente colabora en mayor o menor grado aunque su esfuerzo es insuficiente para poder realizar la maniobra sin ayuda del profesional.

Movilizar al paciente hacia la cabecera de la cama.

- Paciente no colaborador. Se moviliza entre dos personas, una a cada lado de la cama.

1. Colocar uno de los brazos a nivel de los omóplatos y el otro a nivel del muslo.
2. Sujetar al paciente y levantarlo hasta la posición deseada, evitando el arrastre.

Movilización del paciente ayudados por una sábana: para esta técnica nos ayudaremos de una sábana doblada en su largo a la mitad.

1. Situamos una persona a cada lado de la cama.
2. Le colocamos al paciente la sábana por debajo, de modo que le llegue del hombro a los muslos.
3. Una vez colocada la sábana, se enrolla ésta por los laterales sujetándola cada persona fuertemente, pudiendo así mover al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando fricciones.

- Paciente colaborador: lo puede elevar hacia arriba una sola persona.

Decirle al paciente que se agarre al triángulo o a la cabecera de la cama, apoya la planta de los pies en la cama, hacer fuerza con los talones y se impulsa hacia arriba. Si necesita ayuda colocaremos las manos por debajo de las caderas del paciente y ayudamos.

Movilizar a un paciente hacia un lateral de la cama:

Colocarse al lado de la cama hacia el cual se va a trasladar al enfermo, colocar el brazo más próximo del paciente sobre su tórax, después una persona colocara un brazo en la espalda y otro bajo la cabeza del paciente. La segunda persona colocará un brazo bajo la columna lumbar y el otro bajo las piernas. Tiramos suave y simultáneamente del paciente hacia la posición deseada. Esta movilización también se puede hacer usando una sabana y desplazando al paciente.

Traslado del paciente de la cama a una silla de ruedas o sillón.

Para evitar posibles marcas, se le eleva el cabecero de la cama durante 15 minutos. Ponemos la silla o sillón paralelo a la cama, se desplaza al paciente al borde de la cama, nos colocamos frente al paciente, sujetamos por las axilas o por los codos y sugerimos que se apoye en nuestros brazos o hombros. Si el paciente no puede colaborar el paso de cama a silla o sillón deberá hacerse entre dos personas, una persona coge al enfermo por las axilas y otra por la cadera y las piernas y entre las dos lo ponen en la silla o sillón. Existen aparatos como grúas o transfers que nos ayudan a la movilización.

Movilización con grúa.

El objeto es movilizar a los pacientes que requieren ayuda con menos esfuerzos para el personal. Se puede movilizar al paciente desde la posición de encamado o sentado. Tanto la cama como la silla permanecerán frenadas. Se colocarán arneses según la indicación de cada modelo de grúa.

Movilización con transfer.

Consiste en una plancha deslizante rígida que tiene un sistema que gira sobre dicha tabla. Esta plancha hace que el personal sanitario puede trasladar a un paciente desde la camilla a una cama, mesa de operación, mesa de rayos X, etc., realizando menos esfuerzo.

5 Discusión-Conclusión

Mover a pacientes con movilidad reducida por parte del TCAE es una actividad muy frecuente. Estas maniobras no deberían ser una actividad de riesgo ni para el trabajador ni para el enfermo. Siempre hemos de explicar al paciente lo que sea se va a hacer en todo momento y si el grado de dependencia del mismo lo permite, solicitar su colaboración. Cualquier movimiento por parte del TCAE debe hacerse de un modo adecuado y correcto para evitar lesiones.

6 Bibliografía

1. Tecnicas básicas de enfermería – EDITEX2012.
2. Evangelina – McGrawHILL www.cgtsanidadlpa.org
(Sindicato sanidad las palmas) www.formacion-dka.es
3. Curso online movilización de pacientes para TCAE.
4. Dialnet.

Capítulo 37

HIPERGLUCEMIA. CAUSAS Y CUIDADOS

KATIA MARTINEZ LOPEZ

CRISTINA CAMPO GEIJO

1 Introducción

La hiperglucemia es un aumento excesivo de la cantidad de azúcar que tenemos en la sangre, para pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 1 como tipo 2. Aunque tu médico te indique qué valores son altos para ti, tienes que saber que los niveles óptimos de azúcar en sangre en personas con diabetes tipo 1 son:

- Antes de la comida 80-120 mg/dl.
- Después de la comida inferior 180 mg/dl.

Las causas que producen la hiperglucemia pueden ser varias, entre las que pueden destacar:

- Olvido de la administración de la insulina.
- Ingesta de alimentos o bebidas con alto contenido en azúcares o hidratos de carbono.
- Infecciones.
- Ingesta de otros medicamentos.

2 Objetivos

Establecer la actuación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) ante una hiperglucemia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una 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 precedentes de publicaciones académicas revisadas.

Descriptores usados: hiperglucemia, diabetes mellitus.

4 Resultados

Uno de los principales problemas del exceso de azúcar en sangre es que, generalmente, no genera síntomas agudos. A diferencia de la hipoglucemia, que se identifica por síntomas claros como ansiedad, irritabilidad, dolor de cabeza, sudoración y, en casos más graves, pérdida de conocimiento, la hiperglucemia tiende a subestimarse por ser indolora y para reducir el riesgo de hipoglucemia. Se trata de un error muy grave que puede conducir a severos problemas de salud, entre los que destaca una afección conocida como cetoacidosis, o coma diabético. Ésta complicación puede resultar potencialmente mortal y se identifica por una dificultad respiratoria, náuseas y vómitos, sequedad bucal y un aliento con olor frutal.

Pero la cetoacidosis no es el único gran riesgo de unos niveles de glucosa excesivamente altos. Aunque sus efectos se suelen manifestar a largo plazo, pueden ser devastadores. La hiperglucemia prolongada puede llegar a producir insuficiencia renal, daños en los ojos (glaucoma, retinopatía diabética, etc.) o incluso daños en el sistema cardiovascular y otros órganos internos.

En caso de hiperglucemia sin cuerpos cetónicos deberíamos de:

- Aumentar la dosis de insulina.
- Aumentar el consumo de agua.
- Tomar alimentos ricos en hidratos de carbono.
- Aumentar los controles de glucemia.

En caso de de hiperglucemia con cuerpos cetónicos deberíamos de:

- Aumentar la dosis de insulina rápida.
- Beber más agua de lo habitual.
- Guardar reposo.

- Adaptar la alimentación.
- Aumentar los controles de glucemia.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia conocer los síntomas y signos de una hiperglucemia y actuar lo antes posible para evitar complicaciones más graves o incluso fatales. Es importante que tanto el paciente como los familiares y el personal sanitario estén preparados para actuar ante una hiperglucemia.

6 Bibliografía

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

Capítulo 38

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN EN LA ADOLESCENCIA

NURIA HUERTA GONZÁLEZ

1 Introducción

La adolescencia representa un periodo de transición entre la niñez y la vida adulta. Su inicio se corresponde con la aparición de los caracteres sexuales secundarios y su terminación, con el cese del crecimiento. Es una etapa marcada por cambios bruscos y secuenciales que permiten el crecimiento y la maduración física, al tiempo que la evolución social y psíquica del adolescente.

Etapas de la adolescencia, clásicamente se distinguen tres:

- La adolescencia temprana (10-13 años): en la que comienza el desarrollo acelerado de manera que el cuerpo de los adolescentes ofrece un aspecto algo desgarrado y aparecen los caracteres sexuales secundarios.
- La adolescencia media (14-16 años): corresponde a los estadios 3-5 de Tanner. Cursa con máximos de crecimiento en altura y cambios en la forma y composición corporales. Durante esta etapa tiene lugar la menarquía y espermarquia, y aparece el impulso sexual.
- La adolescencia tardía (17-20 años): se caracteriza por un crecimiento más lento ligado a la consolidación de la identidad sexual.

La adolescencia es la segunda etapa de crecimiento acelerado, de ritmo parecido al de los primeros años de la vida. El acontecimiento más importante es la aparición de la pubertad, con los cambios somáticos y emocionales que comporta. En

las niñas comienza entre los 8 y los 13 años y se completa en unos 4 años, mientras que en los niños se inicia más tarde, entre los 9 y los 14 años, y dura 3 años y medio. Los cambios somáticos que van a incidir en las necesidades nutricionales de la adolescencia comprenden:

- La aceleración del crecimiento en longitud y el aumento de la masa corporal, brote de crecimiento puberal, presenta diferencias, según el sexo en cuanto a cronología e intensidad. Hacia los 10 años, las niñas han alcanzado el 84% de altura del adulto, y los niños, sólo el 78%. En relación con el peso, las niñas de esta edad poseen el 59% del adulto, y los niños, el 55%. El pico de crecimiento o velocidad máxima se alcanza de forma precoz (hacia los 12 años) en las niñas, mientras que en los niños acontece una vez iniciada la pubertad (14 años), y es de mayor magnitud. Los niños crecen unos 7-12 cm y las niñas unos 6-11 cm durante el año de mayor crecimiento. El aumento en la masa muscular o grasa puede apreciarse por el desarrollo de los hombros en los niños, o de las caderas en las niñas. En ellas, la grasa corporal total aumenta casi en un 120% antes de la menarquía. En el hombre, entre los 10 y los 20 años, aumenta su masa corporal libre de grasa en 35 Kg, mientras que la mujer lo hace sólo en la mitad (18Kg).
- Los cambios en el crecimiento de ciertas regiones en relación con la aparición de los caracteres sexuales contribuyen a aumentar el dimorfismo sexual que caracteriza la vida humana adulta. En las niñas, el desarrollo de los caracteres sexuales está muy bien caracterizado y comprende el desarrollo de los senos (telarquía), el crecimiento del vello púbico y axilar (pubarquía), y la primera menstruación (menarquía).

Los requerimientos nutricionales durante la adolescencia dependen del sexo y de factores individuales como el ritmo de crecimiento y la maduración, junto con el grado de actividad física.

En cuanto a los factores reguladores del crecimiento, el estirón puberal requiere la participación de hormonas somatotrópicas, gonadotrópicas y adipocitarias (leptina, cuyos niveles plasmáticos guardan relación con el tamaño de los depósitos grasos, hormona que tiene un papel permisivo ya que influencia el eje gonadotropinas-gónadas a nivel central).

En los hombres, el brote de crecimiento corporal está íntimamente asociado al aumento de la secreción de testosterona, que depende de la activación puberal de la liberación de la hormona luteinizante (LH). Otra hormona hipofisaria que contribuye al desarrollo corporal durante la pubertad es la GH, cuya secreción también aumenta a medida que el individuo progresa a través de las diferentes

etapas de maduración peripuberal. Al igual que en el caso de la LH, la secreción de GH es pulsátil y los pulsos de secreción empiezan a aumentar, primero durante la noche y luego también en el día a medida que el proceso puberal progresa.

La combinación de andrógenos y GH desempeña un papel muy importante en la promoción del desarrollo de los huesos largos y de los músculos en la pubertad. Tanto los estrógenos como los andrógenos o incluso la grelina (hormona liberada por el estómago con acción orexigénica) estimulan la secreción de GH. En los huesos, estos esteroides gonadales facilitan la maduración de los condrocitos y, por consiguiente, aceleran el cese del crecimiento en longitud de los huesos. El estrógeno y los andrógenos también estimulan la secreción de los IGF (I y II).

La adolescencia representa el paso del pensamiento operacional concreto al de operaciones lógicas. Aunque no se producen cambios significativos en la morfología cerebral durante la adolescencia, sí que se han demostrado cambios en el electroencefalograma (aumento en la actividad alfa y disminución de la actividad zeta), lo que indica la persistencia de un proceso de maduración funcional del Sistema Nervioso Central (SNC).

Al final de la adolescencia temprana, un individuo debe proporcionar una respuesta “madura” en cualquier test neuropsicológico estándar. En la adolescencia media, el desarrollo psicosocial en los hombres está dominado por la necesidad de logro e independencia, que se persigue en el grupo; en las mujeres, se caracteriza por el establecimiento de relaciones interpersonales y de amor duales. La interacción entre el adolescente y los padres cambia, y con frecuencia se originan conflictos intergeneracionales. La relación social con personas del sexo opuesto se caracteriza por una gran sexualidad. En la adolescencia tardía hay un sentido de madurez con el establecimiento de objetivos de futuro, una vuelta a las relaciones familiares y el predominio de la intimidad en la relación con el sexo opuesto.

La evolución madurativa del adolescente influye, como queda reflejado, en su modo de verse y de aceptarse y en sus relaciones, pudiendo afectar también de manera positiva o negativa a sus comportamientos, preferencias y hábitos alimentarios. Los cambios psicológicos tienden a afectar a los patrones dietéticos y de actividad física, algo que hay que tener muy en cuenta, puesto que, en nuestros días, un porcentaje importante de los adolescentes en el medio urbano controlan su propia dieta y el nivel de ejercicio.

Por todo ello, la adolescencia se considera un período de la vida especialmente vulnerable desde el punto de vista nutricional.

2 Objetivos

Objetivo general:

- Describir las recomendaciones nutricionales que deben llevarse a cabo en los adolescentes.

Objetivos secundarios:

- Detallar las peculiaridades somáticas y psicológicas del adolescente.
- Analizar los principales riesgos nutricionales que pueden aparecer durante la adolescencia.

3 Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica a través de diferentes bases de datos científicas: PubMed, Elsevier, Cochrane Plus, Scielo y Cuiden, utilizando como descriptores las palabras clave: dieta, adolescencia, necesidades nutricionales, riesgo nutricional y pubertad. Se seleccionaron estudios publicados en los últimos 25 años, tanto en castellano como en inglés.

Del número total de estudios encontrados (143) finalmente se seleccionaron 15 para la realización de la presente revisión bibliográfica, puesto que eran los únicos que cumplían los criterios de inclusión establecidos (estudios publicados en los últimos 25 años, idioma castellano o inglés, disponibles en texto completo, directamente relacionados con la temática en estudio). Todos aquellos estudios que no cumplían dichos criterios de inclusión fueron descartados.

También se consultaron diversos libros, revistas científicas y páginas web relacionadas con la alimentación y la nutrición en la adolescencia.

4 Resultados

La aceleración del crecimiento longitudinal, el aumento de masas corporal y la maduración sexual como principales componentes fisiológicos, junto con la variabilidad individual con relación a la actividad física, y el momento en que se inician los cambios puberales, son los principales factores que deben tenerse en

cuenta con relación a las necesidades nutricionales y a la importancia de su equilibrio.

Las ingestas recomendadas para esta etapa se pautan a dos o tres niveles cuantitativos. Los valores más altos aparecen en la segunda mitad de la adolescencia para ambos sexos.

1. Energía. Las necesidades calóricas son superiores a las de cualquier edad y están muy relacionadas con la actividad física. Las diferencias que puede suponer este factor prevén variabilidades de hasta el 100% sobre las cifras medias. Los requerimientos calóricos son necesariamente crecientes en números absolutos, pero, como en la infancia, disminuyen con la edad por unidad de peso. Ocurre, sin embargo, lo contrario si se relacionan con la talla.

2. Proteínas. El crecimiento de masa corporal, y, más concretamente, de masa magra, precisa una ingesta importante de proteínas. Existen diferencias con relación al sexo y, al igual que para la energía, esas necesidades también decrecen si se expresan por unidad de peso (0,95 g/Kg/día para el rango de 4-13 años y 0,85 g/Kg/día para el de 14-18). El 50% de las proteínas deberían ser de origen animal.

3. Micronutrientes. Cuando la ingesta energética diaria del adolescente es inferior a 2000 Kcal, es poco probable que sus necesidades de minerales y vitaminas estén totalmente satisfechas.

4. Minerales. El notable crecimiento y maduración del tejido óseo y de otros tejidos metabólicamente activos que ocurre en la adolescencia hacen que el calcio y el hierro cobren importancia desde el punto de vista nutricional.

Hasta ahora, las recomendaciones propuestas para el calcio, incluidas en las RDA de 1989, se basaban más en las necesidades para el balance y la retención en el hueso que en las cifras convenientes para alcanzar la máxima densidad mineral ósea. Teniendo en cuenta este baremo, la pauta de 1997 propone como RME cantidades superiores que deben conseguirse en todas las edades. La dificultad de alcanzar los valores asignados para los adolescentes (1.300 mg/día para ambos sexos) radica, entre otros factores, en el bajo porcentaje de absorción del calcio no lácteo y en cómo conocer el de la dieta media.

La pérdida de calcio está inducida también por grados leves de acidosis dietética y por una excesiva ingesta de proteínas (especialmente animales). Al contrario, alimentos como frutas y verduras, ricos en vitamina C, tienen efectos beneficiosos sobre la retención del calcio.

A pesar de lo dicho, no se deben utilizar indiscriminadamente suplementos de calcio que podrían reducir la absorción de hierro y cinc de dietas ricas en vege-

tales con ácido fítico, cuyos efectos antagonistas se potencian con altas ingestas de calcio.

Los requerimientos de hierro en la adolescencia aumentan de manera notable en ambos sexos. A partir de la menarquía, los de las chicas son más elevados. Es importante conocer las fuentes dietéticas con las que se pretende cubrir las ingestas, puesto que los coeficientes de absorción varían mucho según se trata de hierro hemo de origen animal o no hemo de origen vegetal. Debido a esta variabilidad, las RDA están planteadas a partir de la biodisponibilidad del hierro en dietas omnívoras.

En los últimos años se habla de la importancia de asegurar la ingesta de cinc, ya que en algunos estudios se han encontrado carencias en este mineral.

Esa deficiencia comporta un retraso de crecimiento y alteraciones en el gusto. Las dietas pobres en proteínas animales, propias de los países subdesarrollados y de comunidades de vegetarianos, suelen ser pobres en zinc. Por ello, será importante que los adolescentes vegetarianos consuman alimentos que lo contienen, como cereales enteros, leguminosas, frutos secos y quesos.

- Vitaminas. Entre las vitaminas liposolubles resulta importante la vitamina D por su participación en la absorción del calcio y en la maduración ósea, y la vitamina A por haberse detectado con cierta frecuencia deficiencias en esta etapa de la vida. Aumentan también las necesidades de vitaminas hidrosolubles, como la tiamina, la riboflavina y la niacina, ya que dependen de los requerimientos calóricos. Sin embargo, los valores propuestos en las DRI de 2002 han disminuido respecto a ediciones anteriores, al igual que ocurre en otras edades o etapas de la vida. La mayor diferencia en lo que a este grupo se refiere, la presenta la variación de RDA establecidas para los folatos. Como para todos los rangos de edad, esas cantidades recomendadas casi se han duplicado.

Una de las razones que apoyan este aumento es la evidencia respecto al papel que desempeñan los folatos sobre el metabolismo de la homocisteína, factor que en los últimos años se ha considerado importante en la determinación del riesgo cardiovascular.

Además, las dietas ricas en folatos, en la mujer de edad fértil y, sobre todo, durante el momento de la concepción, se asocian a una baja prevalencia de defectos congénitos del tubo neural. Los folatos están muy distribuidos en los alimentos. El hígado, las verduras, las legumbres y algunas frutas son fuentes importantes de folatos. No obstante, es preciso tener en cuenta que hasta el 50% del folato

dietético puede destruirse por las técnicas de cocción.

En dietas vegetarianas es importante vigilar la cobertura de vitaminas como la B12 y los propios folatos.

Como ya se ha comentado, la adolescencia se caracteriza por importantes cambios fisiológicos y psicológicos. El adolescente tiene un profundo deseo de ejercer su independencia, de búsqueda de su propia identidad, que le lleva con frecuencia a no aceptar los valores existentes y a querer experimentar nuevos estilos de vida, incluidos los patrones alimentarios.

En esta etapa, los amigos, los medios de comunicación y la moda ejercen mucha más influencia que los padres u otros adultos sobre la selección de alimentos y los hábitos dietéticos, y es fácil que lleven a los adolescentes a conductas alimentarias absurdas o erráticas que pueden comprometer su estado nutricional.

Una de las alteraciones más frecuentes del patrón alimentario consiste en el hábito de saltarse comidas. Generalmente ocurre con el desayuno, que se sustituye o se elimina. Omitir el desayuno tiene importancia nutricional. El desayuno debe aportar el 20-25% de las calorías diarias y se ha comprobado que su omisión influye negativamente en la capacidad de atención y el rendimiento escolar y físico. La omisión del desayuno también comporta un mayor riesgo de deficiencia en calcio.

El consumo de snacks o el picoteo entre comidas forma parte del estilo de vida de los adolescentes. Se trata a menudo de alimentos ricos en grasas y azúcares, de gran aceptación, pero escaso valor nutricional. Estos alimentos suelen tener un alto valor energético y con frecuencia contribuyen a un exceso de sodio. Estas comidas ligeras o snacks pueden compensar el déficit energético originado por la omisión de alguna toma. Sin embargo, al tener una escasa densidad nutricional, favorecen situaciones de deficiencia de calcio, hierro y vitaminas.

Los refrescos, colas y otras bebidas no alcohólicas representan otra forma frecuente de comida ligera que modifica el patrón alimentario. Estas bebidas, que suelen ocupar el lugar de la leche, y, por tanto, modifican sensiblemente la calidad de la dieta, contienen azúcares que, en exceso, se han relacionado con el desarrollo de la obesidad y la caries dental. Muchas de estas bebidas contienen también cafeína, que en altas cantidades puede ejercer efectos negativos sobre el SNC.

Conviene añadir que, a pesar de los inconvenientes que pueda tener este tipo de conducta alimentaria, estudios en Estados Unidos demostraron que estas comidas ligeras comportan una fuente importante de magnesio, hierro, calcio y vitamina B6, en la dieta de los adolescentes.

Otra característica diferencial del patrón de comidas de los adolescentes es su preferencia por las comidas de preparación rápida (fast food). Estas comidas (hamburguesas, pizzas, etc) suelen tener un alto valor calórico y una adecuada proporción de proteínas de buena calidad, pero con exceso de grasa y sodio. La densidad en algunos micronutrientes, como el hierro, el calcio y las vitaminas A, B2 y C, es baja.

Sin oponerse a este tipo de comidas, se puede aconsejar a los adolescentes que elijan los menús de comida rápida más equilibrados, evitando los que tengan queso o salsas en cantidades excesivas, que limiten el número de platos por semana y que compensen los posibles desequilibrios con la ingesta de ensaladas y frutas.

La repercusión de este tipo de comidas sobre el estado nutricional depende de la calidad y de la frecuencia de su uso. Si se hacen pocas comidas al mes, los desequilibrios pueden ser compensados, pero si la mayoría de las comidas son de este tipo, se pueden originar importantes deficiencias. De hecho, recientemente, el consumo frecuente de este tipo, se pueden originar importantes deficiencias. De hecho, recientemente, el consumo frecuente de este tipo de alimentos se ha asociado a un mayor riesgo de resistencia a la insulina.

El consumo de alcohol, especialmente durante los fines de semana, se ha incrementado notoriamente en los últimos años. Encuestas realizadas en España coinciden que el 50% de los alumnos de enseñanza media se han emborrachado alguna vez. Asimismo, los datos del estudio Enkid (2001) señalan que el 73% de la población mayor de 14 años consume unas tres raciones de bebidas alcohólicas por semana, normalmente cerveza.

A parte de los graves problemas sociales que plantea el tema (fracaso educacional, accidentes, etc) y que exige una urgente respuesta familiar, social e institucional, la ingestión incluso moderada de alcohol tiene una repercusión negativa sobre el equilibrio nutricional. Se ha comprobado que el consumo de alcohol produce inapetencia y modifica la biodisponibilidad de algunos nutrientes. El alcohol parece disminuir la absorción de ácido fólico, tiamina y vitaminas A, C y B12, a la vez que aumenta la excreción urinaria de calcio, zinc y magnesio.

Hay ciertas situaciones con necesidades especiales, una de ellas es el embarazo. El embarazo en las adolescentes representa una situación marcada por riesgo nutricional, ya que el crecimiento del feto eleva aún más los ya altos requerimientos nutricionales que conlleva esa etapa de crecimiento. Esto explica que el 10% de los recién nacidos de madres menores de 20 años presenten bajo peso al nacer.

Se recomienda una ganancia de peso de 13,6 a 16 Kg, o incluso de 18 Kg, en adolescentes con peso pregestacional inferior al normal para cubrir las necesidades energéticas y estructurales del feto y del propio crecimiento durante el embarazo.

La forma de llevarlo a cabo no es fácil. Las adolescentes embarazadas suelen tener problemas familiares, dificultades económicas y gran variabilidad emocional, de forma que suelen aceptar mal la ganancia de peso y frecuentemente mantienen hábitos de alimentación inapropiados.

Se debe recomendar el consumo de alimentos con alta densidad nutricional, haciendo mención especial al aporte suficiente de hierro y folatos, evitando el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas. A veces debe recurrirse a la suplementación con vitaminas y oligoelementos.

Otra situación especial son los trastornos de la conducta alimentaria:

1. Anorexia nerviosa: se caracteriza por una pérdida considerable de peso debido a una restricción voluntaria y duradera de la alimentación. La preocupación persistente por el peso, el miedo a engordar y la alteración de la percepción de la propia imagen son rasgos psicopatológicos de la enfermedad. Los pacientes (90% niñas) se mantienen en un peso inferior al que les corresponde según la talla y la edad, y se niegan a incrementarlo por distorsión de la propia imagen corporal. Para conseguir esta pérdida ponderal, el paciente modifica sus hábitos alimentarios: selección y evitación de los alimentos que “engordan”, uso de laxantes, ejercicio físico extenuante, etc. Esta alteración requiere un tratamiento prolongado, habitualmente con una primera fase hospitalaria, hasta que se logra una cierta rehabilitación nutricional. El tratamiento dietético inicial supone incrementar lentamente la ingesta calórica y corregir las posibles carencias nutricionales, aunque, sobre todo, debe ir dirigido a conseguir la recuperación de los hábitos alimentarios saludables.

2. Bulimia nerviosa: es un trastorno caracterizado por episodios compulsivos de consumo de alimentos (atacón), a menudo asociados con mecanismos compensatorios de pérdida de peso, vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, etc. Los pacientes suelen presentar miedo morbosos a engordar, marcándose un límite máximo de peso, inferior al que tenían antes de la enfermedad. Se producen también

otros trastornos de la impulsividad, que pueden conducir a conductas hetero-agresivas, abuso de alcohol u otras sustancias, promiscuidad sexual, etc., a la vez que se dan estados de depresión, ansiedad y cierta dificultad para expresar los sentimientos.

Durante el atracón los pacientes ingieren dulce o alimentos muy energéticos, que normalmente evitan en su dieta habitual. No suelen presentar las graves alteraciones nutricionales de los anoréxicos, por lo que el tratamiento psiquiátrico ocupa un lugar primordial. No obstante, el restablecimiento de una conducta alimentaria responsable, que evite los atracones y distribuya las ingestas de forma adecuado a lo largo del día, son objetivos ineludibles en todo tratamiento correcto.

La alimentación del adolescente debe ser suficiente para cubrir las necesidades energéticas y nutricionales. Por ello, es imprescindible que sea variada. Deben participar todos los grupos de alimentos para asegurar su valor nutricional. De esa forma, siguiendo en lo posible sus peculiares hábitos y gustos, pueden cumplirse las recomendaciones.

Características de la dieta:

- Llevar a cabo comidas regulares dentro del horario establecido y no saltarse ninguna, especialmente el desayuno.
- Realizar una selección acertada de alimentos, en la que se incluyan verduras y frutas, a pesar de ser alimentos de poca aceptación. Hay que recordar que estos alimentos, ricos en micronutrientes, se ha demostrado que en muchos casos son la fuente de elementos no nutritivos (salicilatos, carotenoides, polifenoles, fitoestrógenos, etc), con significado biológico, muchos de ellos importantes en la prevención de enfermedades crónicas.
- Introducir poco a poco el pan integral.
- Promover el consumo de pescados con disminución de cárnicos.
- Potenciar el consumo de legumbres y cereales.
- Potenciar el consumo de comidas caseras.
- Reducir el consumo de alimentos procesados.
- Utilizar tecnologías adecuadas y moderar el consumo de frituras.
- Dar importancia al acto de comer. Procurar no hacerlo ni deprisa, ni en solitario. Cuidar la presentación y el servicio en todos los casos.

Orientaciones para la realización de la dieta:

- Hacer partícipe al adolescente de las decisiones que se tomen en torno a la

comida: elección de alimentos, modos de preparación y consumo, etc.

- Si no hace todas las comidas en casa, se pondrá más interés en preparar platos gratos, novedosos, bien condimentados, de alta densidad nutricional y valor energético apropiado.
- Ofrecer con frecuencia frutas y lácteos en forma de batidos y salsas de su agrado, que quizá no tome en sus consumiciones con amigos.
- Limitar el consumo de bebidas excitantes y refrescos azucarados, fomentando el hábito de beber agua.
- Vigilar el normopeso del adolescente, antes de que lo haga él por sí mismo, para proponerle un consumo de alimentos adecuados en cantidad y calidad.

5 Discusión-Conclusión

Desde las etapas más tempranas de la vida, hasta el fin de la adolescencia, se configuran los hábitos alimentarios que marcarán, en la edad adulta, preferencias y aversiones definitivas. Y esos hábitos van a incidir de forma positiva o negativa no sólo en el estado de salud actual, sino que serán promotores de salud o riesgo en las etapas posteriores.

Los hábitos alimentarios en la adolescencia son de naturaleza compleja y susceptibles de aprendizaje y educación. Aspectos familiares, sociales, culturales y económicos, las tradiciones y simbolismo en la preparación y consumo de alimentos y desde luego, la influencia de los medios de comunicación, la moda y la publicidad intervienen en su formación.

Por todo lo descrito anteriormente, podemos concluir que para conseguir unos hábitos alimentarios saludables en la adolescencia es fundamental llevar a cabo en este tipo de población una adecuada educación nutricional, promoviendo estilos de vida saludable, centrándose en la promoción de conductas alimentarias adecuadas, incidiendo además en otras actividades como el deporte, el tiempo para el ocio y las relaciones humanas. En lo que a lo nutricional se refiere, las conductas alimentarias saludables están precedidas por la incorporación de hábitos alimentarios y de consumo adecuados y aceptados.

6 Bibliografía

1. Aranceta J, Serra Ll, Pérez C, Ribas L, Delgado A. Alimentación infantil y juvenil: recomendaciones para una alimentación saludable. En: Serra L, Aranceta

- J, editores. Alimentación infantil y juvenil: Estudio Enkid. Barcelona. Masson; 2000. P 69-77.
2. Aranceta J, Pérez Rodrigo C. Consumo de alimentos y estado nutricional de la población escolar de Bilbao. Guías alimentarias para la población escolar. Bilbao: Ayuntamiento de Bilbao. 1996.
 3. Arija V, Salas-Savaldó J, Fernández-Ballart J, Cuco G, Martí-Henneberg C. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus. Evolución de la ingesta de energía y nutrientes entre 1983 y 1993. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106: 45-50.
 4. Birch LL. The effects of childhood diet on adult health and disease. Psychological influences on the childhood diet. *J Nutr*. 1998; 128: 4075-105.
 5. Diéguez C, Yturriaga R. Actualizaciones en endocrinología: crecimiento. 2ª Edición. Madrid: McGraw Hill Interamericana, 2005.
 6. Report of the Panel on Macronutrients, Subcommittees on Upper Reference Levels of Nutrients and Interpretation and Uses of Dietary Reference Intakes, and the Standing Committee on the Scientific Evaluation of Dietary Reference Intakes. Dietary reference intakes for energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein. Washington, DC: National Academies Press; 2005.
 7. García M, Muñoz P, Álvarez L, Lozano MJ. Consumo de “snacks” en la población infantil y adolescente. *Rev Esp Nutr Com*. 1996; 129-30.
 8. Gómez J, López MR. Hábitos alimentarios en adolescentes: resultados de un estudio transversal en el municipio de Madrid según diferentes grupos de edad. Alimentación, nutrición y salud. Barcelona: Instituto Danone; 1996. P. 60-71.
 9. Mahan LK, Escott-Stump S. Nutrición y dietoterapia de Krause. 10ª Ed. México D.F: McGraw Hill Interamericana; 2001.
 10. Martí A, Muñoz M. Alimentación del niño y el adolescente. En: Muñoz M, Aranceta J, García Jalón I, editores. Nutrición aplicada y dietoterapia. 2ª Edición. Barañain, Navarra. EUNSA; 2004. P. 947-78.
 11. Moreno Aznar LA, Rodríguez Martínez G. Nutrición en la adolescencia. En: Gil Hernández A, editor. Tratado de nutrición. Tomo III. Madrid: Acción Médica: 2005.
 12. Neumark-Sztainer D, Story M. Dieting and binge eating among adolescents: what do they really mean?. *J Am Diet Assoc*. 1998; 98: 446-50.

Capítulo 39

LA CONTAMINACIÓN DEL AIRE POR LAS PARTÍCULAS EN SUSPENSIÓN

MARIA ALONSO ARIAS

1 Introducción

El tráfico rodado es una de las primeras causas de las llamadas partículas en suspensión o micropartículas. Se trata de partículas ultra finas que pueden penetrar en el cuerpo a través del aire ocasionando enfermedades de las vías respiratorias, infartos del miocardio y apoplejía.

2 Objetivos

Concienciar a las personas sobre las Partículas en suspensión: qué son, cómo nos afectan y cómo podemos reducir su presencia.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las partículas en suspensión pueden provenir del medio natural o de la actividad humana. Las de tipo antropogénico son las más abundantes y las que más nos deben preocupar. Tal vez la fuente más importante sea las producidas por combustiones de los motores térmicos de los medios de transporte, en gran medida de los de tipo diésel, y de la combustión del carbón. Pero no solo los motores de los vehículos contaminan, la fricción en el frenado ocasiona desgaste en las pastillas de frenos esparciendo partículas en la atmósfera de las ciudades, asimismo el desgaste de los neumáticos significa que éstos se van fragmentando en minúsculos corpúsculos de goma que pululan en el aire. La actividad industrial, las canteras, la minería, el cemento, etc. son otras fuentes relevantes de estas partículas.

Las partículas en suspensión afectan principalmente a nuestro sistema respiratorio. Cuanto mayor es el tamaño de las partículas más arriba del circuito respiratorio son retenidas, así pues las de mayor tamaño se retienen en las vías superiores, primeramente en la nariz, otras son retenidas en la garganta, otras de menor tamaño en los bronquios, otras llegan hasta los alvéolos pulmonares y finalmente las más finas (0,1 micras) pueden pasar directamente a la sangre sin que nada las haya retenido en su largo trayecto. Por lo tanto, puede afirmarse que cuanto menor es el tamaño de las partículas mayor es su peligrosidad. Los efectos dependen de la cantidad de partículas inhaladas a lo largo del tiempo y van desde dolencias cardiovasculares, a cáncer de pulmón, enfermedades obstructivas, ictus, etc.

Hay cálculos estadísticos que estiman en varios meses (8 a 10) la reducción en la esperanza de vida debido a la inhalación de partículas en suspensión de la población que habita en ciudades con altas concentraciones de este contaminante. ¿Qué podemos hacer para conseguir reducir su presencia?:

- En el interior lo más importante es que el aire procedente del exterior sea filtrado adecuadamente.
- Diseñar transportes, procesos industriales y conductas de comportamiento que preserven la calidad del aire.
- Evitar usar vehículos de combustión y usarlos eléctricos evitando así abarrotar el aire de micropartículas.
- Utilizar transporte no contaminante como el uso de bicicletas.
- Medir la calidad del aire en zonas urbanas para concienciar a la gente del uso abusivo de contaminantes y descenderlos.
- Desplazamientos caminando sin usar vehículos.

- Emplazamientos en las ciudades con más zonas verdes.
- Filtros purificadores de aire tanto en hogares como en vehículos y zonas comunes.

5 Discusión-Conclusión

Seguir las pautas anteriormente citadas hará que el nivel de micropartículas en el ambiente descienda, evitando así tales niveles de contaminación perjudicial que provoca enfermedades irreversibles en el ser humano.

6 Bibliografía

1. "CONTAMINACIÓN E INGENIERÍA AMBIENTAL. II CONTAMINACIÓN ATMOSFÉRICA". Julio L. Bueno, Herminio Sastre, Antonio G. Lavín. FICYT, Oviedo 1997.
2. "CONTAMINACIÓN E INGENIERÍA AMBIENTAL. III CONTAMINACIÓN DE LAS AGUAS". Julio L. Bueno, Herminio Sastre, Antonio G. Lavín. FICYT, Oviedo 1997.
3. "CONTAMINACIÓN E INGENIERÍA AMBIENTAL. IV DEGRADACIÓN DEL SUELO Y TRATAMIENTO DE RESIDUOS". Julio L. Bueno, Herminio Sastre, Antonio G. Lavín. FICYT, Oviedo 1997.
4. "INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO DE LA CONTAMINACIÓN Y SU CONTROL". Alfonso Contreras López, Mariano Molero Meneses. UNED, Madrid 1995.
5. "INGENIERÍA DEL MEDIO AMBIENTE". Mariano Seoáñez Calvo. Coedición: Ediciones Mundi - Prensa / Análisis y trabajos prospectivos, S.L. Madrid 1996.
6. "EVALUACIÓN DE IMPACTO AMBIENTAL". Domingo Gómez Orea. Coedición: Ediciones Mundi - Prensa / Editorial Agrícola Española, S.A. Madrid 1999.

Capítulo 40

INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES

MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ

CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ

1 Introducción

La incontinencia urinaria consiste en la pérdida involuntaria de orina. La afectada tiene una necesidad imperiosa y repentina de orinar, pero es incapaz de retener la orina. Los escapes pueden producirse al estornudar, reír, realizar algún esfuerzo o ejercicio físico. Supone un problema higiénico, social y psíquico, ya que influye en la actividad cotidiana del paciente y reduce su calidad de vida.

La incontinencia no es una enfermedad en sí misma, sino la consecuencia de una alteración en la fase de llenado vesical que se presenta en numerosas patologías. Es más común entre las mujeres, los niños (enuresis) y los ancianos, afectando a más del 15 por ciento de los mayores de 65 años no institucionalizados y al 35 por ciento de los ingresados en los hospitales.

La incontinencia urinaria o pérdida del control de la vejiga, es un problema frecuente y que a menudo causa vergüenza. La intensidad abarca desde perder orina ocasionalmente cuando toses o estornudas hasta tener una necesidad de orinar tan repentina y fuerte que no llegas al baño a tiempo.

Si bien ocurre con mayor frecuencia a medida que las personas envejecen, la incontinencia urinaria no es una consecuencia inevitable del envejecimiento. Si la incontinencia urinaria afecta tus actividades diarias, no dudes en consultar al

médico. En la mayoría de las personas, algunos cambios sencillos en el estilo de vida o un tratamiento médico pueden aliviar la molestia o detener la incontinencia urinaria.

Tal vez crea que los problemas de control de la vejiga son algo que ocurre en la tercera edad. En las mujeres de todas las edades sufren escapes de orina, un problema que también se llama incontinencia. Los hombres también sufren escapes de orina, pero el problema es más común entre las mujeres.

A muchas mujeres se les escapa orina cuando hacen ejercicio, se ríen mucho o estornudan. A menudo las mujeres sufren escapes de orina cuando están embarazadas o después de dar a luz. Las mujeres que han dejado de tener la menstruación (en la menopausia) a menudo informan tener problemas para controlar la orina. Las mujeres atletas de todas las edades a veces sufren escapes de orina durante actividades deportivas agotadoras.

2 Objetivos

Desestigmatizar a quienes padecen incontinencia urinaria.

3 Metodología

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

4 Resultados

Investigar y contrastar en bibliografías y bases de datos, el enfoque de la incontinencia urinaria y la incidencia en mujeres. La prevalencia de la incontinencia urinaria en España es del 15% en mujeres y del 11,6% en hombres. El envejecimiento de la población es un factor de riesgo de la incontinencia urinaria, sobre todo en la forma de vejiga hiperactiva” (Hospital Ruber Internacional).

“Siempre pensamos que es una enfermedad infradiagnosticada, ya que existe a

día de hoy bastante vergüenza a la hora de reconocer que una mujer padece una incontinencia urinaria. En general, los hombres no tienen tanto pudor por acudir al médico cuando la sufren”.

No todos los problemas de control de la vejiga son iguales. Algunos problemas son causados por músculos débiles. Otros son causados por nervios dañados. A veces la causa puede ser una medicina que adormece los nervios.

Para ayudarle a resolver el problema, su médico o enfermera tratará de identificar el tipo de incontinencia que padece. Puede que sea uno o más de los siguientes seis tipos.

- Incontinencia temporal. Como el nombre sugiere, la incontinencia temporal no dura. Si tiene una enfermedad, como una infección de las vías urinarias, puede causar orinar con frecuencia y de repente sin control. O puede descubrir que una medicina tiene el efecto secundario inesperado de que orine más a menudo. Estos problemas desaparecen al encontrar y corregir la causa.
- Incontinencia urinaria de esfuerzo (stress incontinence en inglés). Si se le escapa orina al toser, al reírse, al estornudar o al hacer ejercicio, tiene incontinencia urinaria de esfuerzo. El "esfuerzo" consiste en presión sobre la vejiga. Cuando los músculos de la pelvis y del esfínter son fuertes, pueden manejar la presión adicional de una tos, un estornudo, el ejercicio o la risa. Pero cuando dichos músculos están débiles, esa presión repentina puede empujar la orina hacia fuera de la vejiga.
- Incontinencia imperiosa (urge incontinence en inglés). Si se le escapa orina después de una necesidad fuerte y repentina de orinar, usted tiene incontinencia imperiosa. Este problema de control de la vejiga tal vez esté causado por daño en los nervios provocado por la diabetes, un derrame cerebral, una infección u otro problema médico.
- Incontinencia mixta. La incontinencia mixta es una mezcla de incontinencia urinaria de esfuerzo e incontinencia imperiosa. Algunas veces, puede que se le escape orina al reírse o al estornudar. Otras veces, quizás sienta una necesidad repentina e incontrolable de orinar justo antes del escape.
- Incontinencia funcional. Algunas personas tienen problemas para llegar al baño. Si sufre escapes de orina porque no puede caminar, o porque tiene otros problemas de movilidad, usted tiene incontinencia funcional.
- Vejiga hiperactiva (overactive bladder en inglés). Si tiene que orinar ocho o más veces por día, puede que tenga una vejiga hiperactiva. Otro signo es levantarse dos o más veces durante la noche para orinar. Si tiene una vejiga hiperactiva, ten-

drá ganas fuertes y repentinas de orinar. Puede que también tenga incontinencia imperiosa.

Los escapes de orina tienen muchas causas posibles.

- Debilidad muscular. La mayoría de los problemas de control de la vejiga son causados por músculos pélvicos débiles. Estos músculos pueden estirarse y debilitarse durante el embarazo y el parto. La debilidad muscular hace que la vejiga caiga fuera de posición, lo que podría estirar la abertura hacia la uretra.
- Daño nervioso. Los nervios dañados tal vez envíen señales a la vejiga en el momento equivocado. Como resultado, puede que un espasmo de la vejiga empuje orina hacia afuera sin advertencia. A veces los nervios dañados no envían ninguna señal en absoluto, de modo que el cerebro no puede saber cuándo la vejiga está llena. Los nervios pueden dañarse por enfermedades o traumatismos. Las enfermedades y afecciones que pueden dañar los nervios incluyen diabetes enfermedad de Parkinson esclerosis múltiple derrame cerebral.

Los traumatismos que pueden dañar los nervios incluyen cirugía en la pelvis o en la espalda, hernia de disco o radiación.

- Medicinas, alcohol y cafeína. Los escapes pueden ocurrir cuando las medicinas o el alcohol afectan los nervios o los músculos. Quizás tome una medicina para calmar sus nervios, a fin de poder dormir o relajarse. Esta medicina tal vez adormezca los nervios de la vejiga. Esto puede impedir que el cerebro envíe una señal al cerebro cuando la vejiga está llena. Sin el mensaje y el sentido de ganas de orinar, la vejiga se desborda. El consumo de alcohol también puede hacer que fallen los nervios. Los diuréticos sacan líquido de las áreas inflamadas del cuerpo y lo envían a la vejiga. Este llenado rápido puede hacer que la vejiga gotee. Las bebidas con cafeína, como el café y las sodas, también hacen que la vejiga se llene rápidamente. Asegúrese de consumir bebidas descafeinadas.
- Infección. Una infección de las vías urinarias puede irritar los nervios de la vejiga y hacer que la vejiga se escurra sin advertencia. Este tipo de incontinencia desaparece una vez que se haya curado la infección.
- Exceso de peso. Tener sobrepeso puede causar presión sobre la vejiga y contribuir a los escapes de orina.

5 Discusión-Conclusión

La incontinencia urinaria no siempre puede prevenirse, pero existen algunas medidas que pueden ayudar a retrasar la aparición de la incontinencia de orina, así como a prevenirla. Algunos de los consejos a tener en cuenta son:

- Seguir una dieta equilibrada, como la mediterránea. Evitar el sobrepeso y la obesidad, de esta forma se reducirá la presión intraabdominal.
- Reducir el consumo de bebidas como el café, los refrescos y bebidas carbonatadas, el alcohol y los cítricos, entre otros.
- Evitar las comidas picantes.
- Aumentar el consumo de fibra para evitar el estreñimiento.
- Reducir el consumo de productos y medicamentos diuréticos, porque así se tendrán menos ganas de orinar.
- Evitar beber entre cuatro y dos horas antes de irse a dormir.
- No empujar al orinar. De esta manera evitará que se dañen los músculos del suelo pélvico.
- No ingerir bebidas antes de realizar ejercicio físico.

Los ejercicios de Kegel ayudan a fortalecer los músculos situados alrededor de la uretra y del suelo pélvico. Cuando estos músculos están debilitados hay más probabilidades de que aparezca la incontinencia urinaria. Estos ejercicios consisten en la realización de una serie de contracciones y relajaciones que se repiten a lo largo del día de forma constante.

Es probable que su médico le ofrezca varias opciones de tratamiento. Algunos tratamientos son tan simples como cambiar algunos hábitos diarios. Otros tratamientos requieren que tome medicinas o use algún dispositivo. Si nada parece funcionar, existe una cirugía para ayudar a una mujer con incontinencia urinaria de esfuerzo a recuperar el control de su vejiga.

6 Bibliografía

1. Equipo de urología Juan Carlos Ramírez perteneciente a Hospital Ruber internacional.
2. Mayo Clinic.
3. Asociación española de Urología (AEU).
4. National Institute of Diabetes and digestive and kidney diseases (NIDDK,nih.gov).
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
6. <https://www.scielo.org/es/>
7. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 41

CORONAVIRUS EN EL SIGLO XXI

ARANZAZU PIDAL CANDÁS

MARÍA DEL CARMEN GARCÍA FONTÁN

1 Introducción

El Coronavirus, como su nombre indica, es un virus del orden Nidovirales. Posee un ARN monocatenario de sentido positivo con un gran genoma. Tiene la particularidad de poder mutar y recombinarse con relativa frecuencia.

2 Objetivos

El objetivo es analizar las peculiaridades de los coronavirus causantes de epidemia en los últimos años.

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

Suelen producir infecciones agudas, de tipo leve en seres humanos, si bien es cierto, que en ocasiones pueden producir cuadros realmente graves. Infechan a gran variedad de animales y en ocasiones han traspasado la barrera entre especies, produciendo entonces brotes de enfermedades realmente graves.

La forma de diagnosticarlo es mediante la detección de su ARN. No existe un tratamiento antiviral específico. La prevención se basa en la localización de casos, cuarentena y métodos de barrera.

Peculiaridades del coronavirus:

- Su ácido nucleico es el ARN viral más largo que se conoce.
- Tiene capacidad de recombinación genética.
- Todos los genomas comparten una misma estructura y mecanismo de replicación.
- Se desarrollan en el citoplasma de las células infectadas.
- La detección clínica se realiza mediante PCR.

Patogenia: tras una incubación de 4-7 días que puede prolongarse hasta los 14 días, comienza un cuadro pseudogripal, apareciendo problemas pulmonares después de una semana. Además de la afectación pulmonar, suele asociarse diarrea, leucopenia, trombocitopenia y panlinfopenia. Pueden aparecer tardíamente afectación hepática y renal.

Los niños suelen tener cuadros más leves. Si la enfermedad ocurre durante el embarazo la mortalidad es muy alta tanto para la gestante como para el feto, aunque no se han evidenciado casos de transmisión congénita.

Evidencias de coronavirus en los últimos años:

Se han registrado infecciones respiratorias por CoV adquiridos en la comunidad en todas las zonas del mundo donde se realizan estudios.

En noviembre de 2002, en China, comenzó una epidemia de síndrome respiratorio agudo asociado a Coronavirus. La propagación fue masiva, la tasa de mortalidad fue elevada en personas con patologías previas y en mayores de 65 años. Sin embargo, fue nula en niños y menores de 24 años.

Se cree que el virus partió de un murciélago que pudo infectar a diversos animales en un mercado y de ahí mediante mutación infectó a los seres humanos. Probablemente el contagio entre humanos se produjo a través de gotitas e incluso por fómites.

En los hospitales la propagación fue vertiginosa. Por ello la OMS coordinó un programa de control que consistió en aislar a los enfermos, atender a los posibles contactos y medidas para controlar la transmisión tanto aérea como por fómites. Se impuso la cuarentena a las personas expuestas, se realizaron avisos entre países y se alertaron a los viajeros que pudieran haber sido expuestos. La transmisión global finalizó en julio de 2003.

En 2012 se describió un nuevo coronavirus causante de neumonía grave. Se denominó síndrome respiratorio de Oriente Medio. El origen nuevamente se atribuyó a los murciélagos, se cree que el huésped intermedio, antes de pasar a los humanos, fueron los camellos. El contagio de nuevo fue más rápido en el medio hospitalario y las afectaciones más graves correspondían a ancianos y personas con patologías asociadas.

En la actualidad, en diciembre de 2019, se detectó un nuevo tipo de coronavirus en China(2019-nCoV).

5 Discusión-Conclusión

Gracias a la epidemia que tuvo lugar en 2002, hemos aprendido cuáles son las medidas para evitar que se produzcan contagios masivos a nivel mundial como en aquella ocasión.

Se pudo constatar entonces, que la aplicación de medidas para evitar la transmisión a través de las gotitas de flugge es fundamental para detener la propagación del virus.

La contención de la propagación del virus del 2002 fue un ejemplo para darnos cuenta de que, siguiendo las recomendaciones dictadas por la OMS, se controló la propagación a nivel hospitalario consiguiendo con ello detenerla a nivel mundial. Estas medidas son las que se aplican hoy en día para contener la epidemia del nuevo coronavirus (2019-nCoV).

6 Bibliografía

1. Perlman S., and Netland J.: Coronaviruses post-SARS: update on replication and pathogenesis. *Nature Rev Microbiol* 2009; 7: pp. 439-450
2. Peiris J.S., Lai S.T., Poon L.L., et al: Coronavirus as a possible cause of severe acute respiratory syndrome. *Lancet* 2003; 361: pp. 1319-1325

3. Marra M.A., Jones S.J., Astell C.R., et al: The genome sequence of the SARS-associated coronavirus. *Science* 2003; 300: pp. 1399-1404

Capítulo 42

FUNCIONES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN CENTROS SALUD

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

ISABEL LOPEZ FUERTES

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La función del auxiliar de enfermería es de gran importancia para el servicio en los centros de salud porque desde su rol de auxiliar, ayuda a cumplir con la curación, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. Generalmente, el servicio de atención está organizado en equipos de trabajo multidisciplinar, donde auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos se complementan al fin de llevar a cabo sus tareas de planificación, organización y evaluación de los programas de salud, contribuye con los diferentes proyectos de promoción de salud y de prevención de enfermedades que se llevan a cabo por el servicio.

Las auxiliares de enfermería son un pilar fundamental para el buen funcionamiento del servicio de enfermería de todos los centros de salud, alivian el trabajo y actúan directamente sobre la higiene y confort de los pacientes, lo que ayuda a su recuperación, siendo sus funciones esenciales para que el equipo de enfermería trabaje de forma eficaz.

En los centros de salud dentro el equipo de enfermería es fundamental, ya que se ocupa de la atención directa a los pacientes, están a diario de la mano con la evolución médica del individuo, familia y comunidad, es el encargado de colaborar en todo lo que necesita el paciente. También se ocupan de los que han llamado como los cuidados invisibles, que son las actividades en las que tanto el personal de enfermería como los auxiliares intervienen y se caracterizan por no ser reconocidos ni vinculadas con el personal de enfermería, van desde la interacción terapéutica, hablar con el paciente, escucharlo, orientarlo e informarlo, darle apoyo emocional, relajarlo con dinámicas musicales y gestuales. Estos cuidados ayudan a la eficiente recuperación del paciente.

En los diferentes trabajos de investigación se evidencia escasa información sobre el papel de los auxiliares de enfermería, donde se desarrollen con claridad que hacen y su importancia.

2 Objetivos

El objetivo del presente capítulo es realizar una revisión bibliográfica, recopilando estudios llevados a cabo en los últimos años que hagan referencia a las funciones del auxiliar de enfermería.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva de análisis cualitativo de artículos de investigación que abarquen temas sobre las funciones del Auxiliar de Enfermería. Para la búsqueda se seleccionaron artículos de investigación provenientes de bases de datos como Dialnet, InDICES, CSIC, Redalyc y Pubmed. Las palabras claves descritas que estuvieran incluidas en los títulos de los artículos fueron: funciones y auxiliar de enfermería. Se seleccionaron los artículos cuyos títulos aportaran información sobre el tema y se procedió a realizar una comparación de análisis cualitativo, destacando las características; año de publicación, autor, metodología, resumen, tipo de estudio, resultados destacados y conclusiones.

Del total de artículos encontrados en las bases de datos solo cincuenta y cuatro aportaban información suficiente sobre el tema. Se procedió a realizar un resumen de los mismos y finalmente se seleccionaron cinco artículos que respondían a todos los criterios de selección:

1. Autor: (Oeseburg, Hilberts, & Roodbol, 2015). País: Países Bajos. Tipo de estudio: estudio transversal descriptivo. Objeto de estudios: competencias esenciales para la educación de Auxiliares de Enfermería y asistentes de atención a personas mayores. Participantes: Maestro/desarrolladores educativos. Instrumentos de medida: encuesta de Delphi. Resultados principales: se determinó que las competencias del Auxiliar de Enfermería y los asistentes de cuidado están más en línea con las necesidades sociales y de salud de los ancianos, como: autonomía, prevención del funcionamiento diario de los problemas de salud, envejecimiento y bienestar saludables, participación de la atención informal, colaboración entre profesionales y atención informal.
2. Autor: (Costa, Wallace, Barnato, & Kahn, 2014). País: Países Bajos. Tipo de estudio: estudios de métodos mixtos (cualitativos y cuantitativos). Objeto de estudio: Desarrollo y usabilidad de MAINtAIN, un inventario que evalúa el comportamiento del personal de enfermería para optimizar y mantener la actividad funcional entre los residentes de hogares de ancianos: un enfoque de métodos mixtos.. Participantes: treinta y siete enfermeras/os y auxiliares de enfermería. Instrumentos de medida: estadística descriptiva. Resultados principales: los resultados arrojaron que MAINtAIN puede contribuir al cambio en el comportamiento del personal de enfermería y pueden mejorar la atención de enfermería.
3. Autor:(Mueller, Hamilton, Rodden, & DeHeer, 2016). País: Estados Unidos. EEUU. Tipo de estudio: estudio piloto. Objeto de estudio: evaluación funcional e intervención por auxiliares de enfermería en entornos de hospicio y cuidados paliativos para pacientes hospitalizados; un estudio piloto de mejora de la calidad. Participantes: treinta y tres pacientes. Instrumentos de medida: observación. Resultados principales: los hallazgos sugieren que los asistentes de enfermería pueden proporcionar una evaluación e intervención basada en la actividad que conduzca a una mejor función entre los pacientes en los hospicios.
4. Autor: (Loft et al., 2017). País: Dinamarca. Tipo de estudio: estudio cualitativo, descriptivo, interpretativo. Objeto de estudio: creencias actitudes y acciones de enfermeras y auxiliares de enfermería relacionadas con el papel y la función en una unidad de rehabilitación de accidente cerebrovascular para pacientes hospitalizados. Instrumentos de medida: Observación. Resultados principales: el estudio ayudó a determinar que el papel y la función de enfermería aún no están claramente definidos. Se necesita más educación para fortalecer la contribución del personal de enfermería a la rehabilitación de los pacientes.
5. Autor: (Kim, Kim, Choi, Kim, & Chang, 2017). País: Corea. Tipo de estudio: estudio descriptivo. Objeto de estudio: las enfermeras de hogares de ancianos conceptualizan como cuidar a los residentes con vulnerabilidad cardíaca. Participantes:

treinta enfermeras. Instrumentos de medida: entrevistas. Resultados principales: los resultados ayudaron a descubrir que las enfermeras conceptualizan la atención crítica de enfermería frente a problemas cardíacos en hogares de ancianos, que son diferentes de las de los hospitales generales. Los resultados de este estudio proporcionarán la base para el desarrollo de pautas de atención y materiales educativos que pueden ser utilizados por enfermeras novatas o estudiantes de enfermería.

4 Resultados

Los artículos incluidos abordan estudios que destacan las funciones del Auxiliar de Enfermería, resaltando lo necesario e indispensable de su función dentro del equipo de salud.

El estudio realizado por Oeseburg (2015) determinó que las competencias del Auxiliar de Enfermería van en línea con las necesidades sociales y de salud de los ancianos, colaborando en la prevención diaria de los problemas de salud, cooperando con los Enfermeros y dirigiendo todas sus acciones al confort y a las necesidades de cada paciente.

La atención que presta el auxiliar de enfermería está directamente relacionada con las necesidades de cada paciente, cada uno con una patología diferente.

El estudio de métodos mixtos realizado por Costa(2014) quiso investigar el desarrollo y la usabilidad de MAINTaIN sobre el comportamiento del personal de enfermería, para así mejorar la atención que le brinda a los pacientes y determinar sus funciones. Este estudio habla de crear un método que ayude a mejorar la eficacia de la atención del personal de enfermería.

El estudio realizado por Mueller(2016) sobre la evaluación funcional y la intervención de los auxiliares de enfermería en entornos de hospicio y cuidados paulatinos en pacientes hospitalizados, indica que los auxiliares pueden proporcionar una intervención basada en la actividad de los pacientes que les proporcione una mejor funcionalidad. El personal auxiliar vela por la recuperación adecuada del paciente y sus cuidados mejoran la calidad de vida de la persona ingresada .

El estudio cualitativo de Loft(2017) evalúa las creencias, actitudes y acciones de enfermeras y auxiliares de enfermería relacionadas con el papel y la función en una unidad de rehabilitación con pacientes hospitalizados que presentan accidente cerebrovascular. El estudio determinó que todavía no están claras las fun-

ciones y el papel de enfermería, que es necesaria más educación para reforzar la contribución del personal en la rehabilitación de los pacientes.

La investigación realizada en Corea, Kim(2017) expone en sus resultados que las enfermeras conceptualizan la atención crítica frente a problemas cardíacos en residencias de ancianos, que la de los hospitales generales. Estos resultados permiten crear la base para las pautas de atención y materiales educativos que pueden ser utilizados por estudiantes de enfermería y el personal auxiliar puede orientarse en como es la actuación de enfermería en residencias de ancianos.

El personal Auxiliar de Enfermería es el responsable de la higiene y confort de los pacientes, atendiendo sus necesidades fisiológicas, psicológicas y adaptándose a cada tipo de paciente con patologías diferentes.

Queda claro que existe un déficit de información que clarifique el roll del auxiliar de enfermería dentro de los centros de salud, lo que genera dudas a la hora de tomar decisiones respecto al buen funcionamiento del centro. El personal Auxiliar de Enfermería es una pieza clave dentro del equipo de salud, por lo que es ineficaz tener una idea general e inespecífica de sus funciones.

5 Discusión-Conclusión

Conforme al objetivo planteado en la revisión bibliográfica sobre las funciones del personal Auxiliar de Enfermería en un centro de salud, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- La mayoría de los trabajos de investigación hablan de una forma general de las funciones de los Auxiliares de Enfermería, lo que provoca que al no estar bien delimitadas dichas funciones, no se le preste al paciente una atención 100% de calidad. Esto evidencia la necesidad de que estén bien conceptualizadas las funciones del personal Auxiliar de Enfermería. Es de vital importancia definir sus funciones para mejorar su labor dentro de los equipos de trabajo en los servicios de salud.
- El personal auxiliar de enfermería es fundamental dentro del equipo de enfermería, ya que los roles se complementan dentro de los servicios sanitarios, lo que deja claro la importancia de definir sus funciones específicas para mejorar su desempeño dentro de los equipos de trabajo.
- Deberían ponerse en marcha en futuras investigaciones, programas evaluativos que ayuden a determinar las funciones específicas y la calidad de las labores de los Auxiliares de Enfermería; esto favorecería que los centros de salud facilitaran

a los pacientes una atención de mayor calidad.

6 Bibliografía

1. Diario independiente de contenido de enfermeros. (2015). ¿Por qué son importantes los enfermeros en los servicios públicos de salud? –Diario Dicen. Retrieved September 27, 2019, from <https://www.enfermería21.com/diario-dicen/por-que-son-importantes-los-enfermeros-en-los-servicios-publicos-de-salud.DDIMPORT-036359/>
2. Castro, M., & Simian, D. (2018). La Enfermería y la Investigación. *Revista Médica Clínica Las condes*, 29(3), 301-310. <https://doi.org/10.1016/J.RMCLC.2018.04.007>
3. Costa, D., Wallace, D., Barnato, A., & Kahn, J. (2014). Development and usability of the MAINtAIN, an inventory assessing nursing staff behavior to optimize and maintain functional activity among nursing home residents: a mixed-methods approach. *Chest*, 146(6), 1566-1573. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0566>
4. Oeseburg, B., Hilberts, R., & Roodbol, P.F: (2015). Essential competencies for the education of nursing assistants and care helpers in elderly care. *Nurse Education Today*, 35(10), e32-e35. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.08.002>
5. Mueller, K., Hamilton, G., Rodden, B., & DeHeer, H. (2016). Functional Assessment and Intervention by Nursing Assistants in Hospice and Palliative Care Inpatient Care Settings. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(2), 136-143. <https://doi.org/10.1177/1049909114555397>
6. Loft, M., Poulsen, I., Esbensen, B. A., Iversen, H., Mathiesen, L., & Martinsen, B. (2017). Nurses and nurse assistants beliefs, attitudes and actions related to role and function in an inpatient stroke rehabilitation unit-A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4905-4914. <https://doi.org/10.1111/jocn.13972>
7. Kim, M., Kim, H., Choi, J., Kim, S., & Chang, S. (2017). Nursing home nurses conceptualize how to care for residents with cardiac vulnerability. *Nursing in Critical Care*, 22(6), 329-338. <https://doi.org/10.1111/nicc.12132>
8. Cuevas, E., Rodríguez, A., M^a, G., Lobo, J., Prieto, R., Colaboración, A., ... Baños, L. (2009). Investigación en Enfermería Cuidados Enfermeros para pacientes. In *Enfermería Clínica* (Vol.19). Retrieved from <http://www.madrid.org>

Capítulo 43

BENEFICIOS DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES ENCAMADOS

SONIA GONZALEZ DIAZ

ANA BÉLEN GONZALEZ DIAZ

1 Introducción

Las úlceras por presión han acompañado al hombre a lo largo de su historia .durante años su aparición fue considerada como un fracaso de los cuidados de enfermería, sin embargo, a día de hoy sabemos que existen un porcentaje de ellos que son inevitables ya que las causas de su producción son múltiples. Su etiología multifactorial, el déficit nutricional, la pérdida de sensibilidad, la reducción de la perfusión de la piel y la inmovilidad hacen que su abordaje terapéutico sea muy complicado, teniendo su punta de lanza en la prevención, ya que la mayoría de las úlceras pueden evitarse mediante medidas que disminuyan estos factores de riesgo.

Los cambios posturales son la regla de oro para los cuidados de enfermería en la prevención de las úlceras por presión. Es importante conocer el intervalo de tiempo óptimo para el cambio postural para mejorar la calidad de vida del paciente que padece úlcera por presión.

2 Objetivos

- Saber determinar la importancia de los cambios posturales en el paciente encamado para la prevención de úlceras por presión.
- Identificar el intervalo de tiempo óptimo para el cambio postural del paciente.
- Conocer las posiciones más efectivas en la prevención de las úlceras por presión.
- Conocer las posiciones más efectivas en la prevención de las úlceras por presión evitando la presión sobre prominencias óseas.

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 de las causas más comunes de aparición de úlcera es la presión continuada en un mismo punto de apoyo. Si realizamos cambios posturales evitaremos que no haya presión del bloqueo sanguíneo de la posible zona de igual modo se proporcionará en todo momento el máximo confort posible del paciente, al igual que la movilización de secreciones formadas a causa de una inmovilización prolongada. Las posiciones más habituales para realizar dichos cambios son decúbito supino y decúbito lateral derecho e izquierdo. Todos los estudios realizados indican que para una mayor efectividad deben realizarse con una frecuencia de entre 2-4 horas, en las cuales se irán intercambiando dichas posturas .

Durante estas movilizaciones se debe inspeccionar los puntos de apoyo para determinar enrojecimientos y eritemas. Prevenir o en su defecto reducir la presencia de úlceras por presión mejora la circulación.

5 Discusión-Conclusión

Llegado a este punto, podemos sacar en conclusión que los beneficios de los cambios posturales en el paciente encamado que no se puede mover por sí solo bene-

ficiará la reducción y aparición de úlceras por presión, mejorando la circulación de las zonas de contacto. Los cambios posturales se deben realizar con una frecuencia determinada para su efectividad.

6 Bibliografía

1. Landis E. Micro-injection studies of capillary blood pressure in human skin. *Heart*. 1930;15:209-28.
2. Husain T. Experimental study of some pressure effects on tissues, with reference to the bed-sore problem. *J Pathol Bacteriol*. 1953;66(2):347-58.
3. Kosiak M. Etiology and pathology of ischemic ulcers. *Arch Phys Med Rehabil*. 1959;40(2):62-9.
4. Dinsdale SM. Decubitus ulcers in swine: light and electron microscopy study of pathogenesis. *Arch Phys Med Rehabil*. 1973;54(2):51-6.
5. O'Seiler W, Allen S, Stähelin HB. Influence of the 30 degree laterally inclined position and the super-soft 3 piece mattress on skin oxygen tension on areas of maxime pressure. Implications for pressure sore prevention *Gerontology*. 1986;32:158-66.

Capítulo 44

DIABETES EN LA EDAD ADULTA

CARMEN BELEN GEJO BENEITEZ

MARIA ISABEL GAYO RODRIGUEZ

1 Introducción

Es una enfermedad crónica que se manifiesta cuando el organismo tiene dificultad para producir y utilizar la insulina. La insulina es una hormona producida por el páncreas que convierte el azúcar (glucosa) de los alimentos en la energía que necesitamos para vivir y hacer nuestras actividades diarias.

La diabetes es una enfermedad causada por el exceso de azúcar en la sangre. Existen dos tipos principales de diabetes: diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2. Además existen otros tipos, como la diabetes gestacional y las diabetes secundarias a otras enfermedades. En el caso de la diabetes tipo 1 el páncreas no produce insulina por lo que la sintomatología comienza a manifestarse muy pronto, en edades infantiles o juveniles lo que hace necesario el tratamiento sustitutivo de esta hormona de por vida. En la diabetes tipo 2 el páncreas si produce insulina pero en cantidad insuficiente o no funciona correctamente por lo que las células no reaccionan adecuadamente. La diabetes tipo 2 es, con diferencia, la más frecuente (en torno al 90% de los casos), y es la más susceptible a actuaciones de prevención. La edad avanzada, la obesidad, la presencia de historia familiar de diabetes, el sedentarismo, la tolerancia alterada a la glucosa, la hipertensión arterial y la hiperlipemia son factores de riesgo que se asocian con el desarrollo de esta enfermedad.

La mayor parte de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se producen acompañadas de un síndrome metabólico (en el que se asocian diabetes, hipertensión arterial,

aumento de los niveles de colesterol, triglicéridos y/o ácidoúrico y sobrepeso). El Síndrome Metabólico incrementa el riesgo cardiovascular y es una causa fundamental de muerte en los países desarrollados.

La diabetes es una enfermedad crónica que, sin control adecuado, cursa con elevada morbilidad y mortalidad, gran parte de ella prematura, lo que supone un alto coste social y un gran impacto sanitario debido al desarrollo de complicaciones que conllevan una merma tanto de la calidad como de la esperanza de vida de los pacientes diabéticos.

La diabetes se relaciona, fundamentalmente, con dos grupos de complicaciones: unas son las que afectan a los vasos sanguíneos de pequeño tamaño (complicaciones crónicas microvasculares), del ojo (retinopatía), de las terminaciones nerviosas (neuropatía), del riñón (nefropatía) y que vienen determinadas en mayor medida por el grado de control glucémico, mientras que el desarrollo de lesiones en los grandes vasos (complicaciones macrovasculares), afectan al corazón (cardiopatía isquémica), a las extremidades inferiores (claudicación intermitente) y producen enfermedades cerebrovasculares.

La insulina es una hormona producida por el páncreas (glándula ubicada detrás del estómago) para controlar los niveles de azúcar en la sangre. La insulina aporta a las células, la glucosa circulante, procedente de los alimentos, para que posteriormente se transforme en energía.

Si la insulina no hace bien esta función, la glucosa se acumula en sangre (hiperglucemia), pero al no poder ser utilizada por las células, éstas envían señales de falta de energía (falta de glucosa).

2 Objetivos

- Mejorar la salud estimulando y apoyando la adopción de medidas eficaces de vigilancia, prevención y control de la diabetes y de sus complicaciones.
- Prevenir o retrasar la aparición de las complicaciones tardías de la enfermedad.
- Disminuir la mortalidad.
- Mantener una buena 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

Existen múltiples alteraciones en la glucemia pero solo vamos a ver unas pinceladas de las más frecuentes que son:

-Prediabetes: dentro de esta denominación tenemos 2 alteraciones. La alteración de la glucemia en ayunas que se da cuando hacemos una medición de glucemia en ayunas y ésta es mayor de 100 pero menor a 126 que sería una diabetes franca. La alteración de la tolerancia a la glucosa ocurre cuando tras una SOG con 75 gr de glucosa a las dos horas la glucemia está entre 144 y 199 mg/dl.

-Diabetes mellitus tipo 1: este tipo de diabetes ocurre sobre todo en pacientes jóvenes (menores de 30 años), sin obesidad preexistente. Se da por un proceso autoinmune de destrucción de las células beta del páncreas. En ella existe un déficit total de secreción de insulina por parte del páncreas. Existen cantidades elevadas de glucosa en sangre pero al no existir insulina, ésta no se une a receptores específicos celulares y la glucosa no puede ser utilizada por las mismas para conseguir energía. Para averiguar si existe secreción de insulina podemos recurrir a la determinación analítica de péptido C, que forma parte de la proinsulina segregada por el páncreas. Si existe déficit de éste es porque las células beta no producen proinsulina adecuadamente. En la DM tipo 1 las células no pueden metabolizar los hidratos de carbono para conseguir energía y esto lleva a un cuadro típico al acumularse los mismos en torrente sanguíneo y en los órganos glucodependientes (cerebro, riñón, ojos, etc.):

Al sobrepasar la glucosa el umbral de filtrado renal, que son 180 mg/dl, los túbulos renales evitan su reabsorción eliminándola vía renal y se acompaña del mayor filtrado de orina llevando a glucosuria y poliuria.

Al eliminar tanta agua (8-10 litros/día) el organismo para no entrar en un cuadro de deshidratación aumenta el aporte de líquidos a través de la sed, produciendo polidipsia.

La polifagia es debida a que las células no reconocen la glucosa circulante y so-

licitan mayor aporte de carbohidratos para conseguir energía, lo que se produce mediante una orden del cerebro para aumentar el apetito.

Cuando pasa el tiempo y no se puede metabolizar la glucosa las células consiguen su aporte energético de los ácidos grasos lo que justifica la acusada pérdida de peso (15-20 Kg) de los pacientes diabéticos tipo 1 sin tratamiento.

-Diabetes mellitus tipo 2: es más típica de pacientes obesos, con tendencia al sedentarismo y mala práctica alimentaria y se da a edades más tardías. Ocurre por: déficit parcial de secreción insulínica por parte del páncreas falta de reconocimiento de la propia insulina y su uso inadecuado por parte de células musculares, hepáticas y adiposas (insulinorresistencia) combinación de ambos factores.

-Diabetes gestacional (DG): es la diabetes que se diagnostica en el embarazo independientemente de si existía antes del mismo sin diagnosticar o de su evolución posterior. Está aumentando progresivamente debido a los cambios culturales que ha sufrido nuestra sociedad en las últimas décadas, como incorporación de la mujer al trabajo, el retraso en la edad de la gestación del primer hijo, hábitos de vida, etc. Son factores de riesgo para padecer una diabetes gestacional los siguientes: Edad superior a 30 años.

Obesas.

Antecedentes familiares de DM.

Con DG en embarazos anteriores.

Con antecedentes de embarazos previos con mortalidad fetal o niños con peso superior al normal o macrosómicos.

-Diabetes tipo MODY: the maturity onset diabetes of the young, es un tipo de diabetes que se produce por una alteración genética en las células beta pancreáticas de patrón autosómico dominante. Se da en jóvenes hasta 25 años, aunque al no dar síntomas muchas veces se diagnostica mucho después, se comporta como DM 2 o un MODY y existen diferentes categorías dependiendo de la alteración genética.

-Diabetes tipo LADA: describe una forma de diabetes autoinmune en adultos, lentamente progresiva y susceptible de ser tratada inicialmente sin insulina. Estos pacientes, clasificados inicialmente en muchos casos como pacientes con diabetes tipo 2, comenzaron a ser identificados tras la introducción de un nuevo kit comercial para detectar anticuerpos frente a la enzima GAD (glutámico-acético decarboxilasa), una proteína de 65 kD presente en el islote pancreático, sistema nervioso central y testículos.

5 Discusión-Conclusión

La dieta y el ejercicio serán parte fundamental del tratamiento de la diabetes. Las recomendaciones dietéticas deberán adaptarse a cada individuo para conseguir los objetivos generales del tratamiento. En este sentido hay que considerar que la obesidad es muy frecuente en los diabéticos tipo 2 y, por tanto, uno de los principales objetivos será la reducción ponderal. El contenido calórico de la dieta deberá ajustarse en cada individuo en función de su índice de masa corporal y de la actividad física que desempeñe habitualmente. En cuanto a la proporción de nutrientes de la dieta, se recomienda que las proteínas constituyan el 10-20% del total de las calorías ingeridas, y las grasas menos del 30%, con menos del 10% de grasas saturadas. En cuanto a los hidratos de carbono, debe darse más importancia a la cantidad total ingerida que a la procedencia de los mismos, pero deberían evitarse los hidratos de carbono de absorción rápida.

-Alimentación saludable. En contra de la creencia popular, no existe una dieta específica para la diabetes. Tendrás que seguir una dieta con más frutas, verduras y granos integrales (alimentos que son muy nutritivos y ricos en fibra, y con bajo contenido de grasa y calorías).

-Actividad física. Todos necesitan hacer ejercicio aeróbico con regularidad, y los diabéticos no son la excepción. El ejercicio disminuye el nivel de azúcar en sangre al trasladar el azúcar a las células, donde se utiliza como fuente de energía. Trata de hacer al menos 30 minutos o más de ejercicio aeróbico la mayoría de los días de la semana.

El tratamiento para la diabetes tipo 1 implica la colocación de inyecciones de insulina o el uso de una bomba de insulina, controles frecuentes del nivel de azúcar en sangre, y el cálculo de hidratos de carbono. El tratamiento de la diabetes tipo 2 implica, principalmente, cambios en el estilo de vida y el control del nivel de azúcar en sangre junto con medicamentos para la diabetes, insulina o ambos.

Las personas que reciben un tratamiento de insulina también pueden elegir controlar sus niveles de azúcar en sangre con un monitor continuo de glucosa. Aunque esta tecnología aún no ha reemplazado por completo al medidor de glucosa, puede reducir bastante la cantidad de pinchazos en los dedos necesarios para controlar la cantidad de azúcar en sangre y proporcionar información importante sobre las tendencias del nivel de azúcar en sangre.

Además del control diario de los niveles de azúcar en sangre, el médico probablemente te recomiende una prueba de glucosa periódica para medir tu nivel de

azúcar en sangre promedio de los últimos dos o tres meses. Las personas con diabetes tipo 1 necesitan recibir tratamiento de insulina para vivir. Muchas personas con diabetes tipo 2 o diabetes gestacional también necesitan tratamiento de insulina.

Existen numerosos tipos de insulina disponibles, incluidas la insulina de rápida acción, la de acción prolongada y otras opciones intermedias. Según tus necesidades, el médico puede recetar una combinación de tipos de insulina para que se use durante el día y la noche.

La insulina no puede administrarse por vía oral para bajar el nivel de azúcar en sangre porque las enzimas digestivas interfieren en la acción de la insulina. La insulina se suele inyectar con jeringa y una aguja fina o con una pluma de insulina, un dispositivo que parece una larga pluma de tinta.

Una bomba de insulina también puede ser una opción. La bomba es un dispositivo del tamaño aproximado de un teléfono celular que se usa en la parte externa del cuerpo. Cuenta con un cable que conecta el reservorio de insulina a un catéter que se introduce por debajo de la piel del abdomen.

Ahora también existen bombas sin cables que funcionan de manera inalámbrica. Tú programas la bomba de insulina para que administre cantidades específicas de insulina. Se puede ajustar para que administre mayor o menor cantidad de insulina, según las comidas, el nivel de actividad y el nivel de azúcar en sangre. Existen varias versiones diferentes del páncreas artificial y los ensayos clínicos han arrojado resultados alentadores. Se necesitan más investigaciones antes de que un páncreas artificial completamente funcional pueda recibir aprobación regulatoria. Sin embargo, se han hecho avances hacia la creación de un páncreas artificial. En el año 2016, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) aprobó una bomba de insulina combinada con un monitor continuo de glucosa y un algoritmo de computadora. No obstante, el usuario aún debe indicarle a la máquina cuántos hidratos de carbono consumirá.

-Medicamentos orales u otros. Algunas veces, también se recetan medicamentos de administración oral o inyectables. Algunos medicamentos para la diabetes estimulan el páncreas para que produzca y libere más insulina. Otros inhiben la producción y liberación de glucosa del hígado, lo cual significa que necesitarás menos insulina para transportar el azúcar a las células. Sin embargo, otros bloquean la acción de las enzimas intestinales o digestivas que descomponen los hidratos de carbono o hacen que los tejidos se vuelvan más sensibles a la in-

ulina. Generalmente, el primer medicamento que se receta para la diabetes tipo 2 es la metformina (Glucophage, Glumetza, otros).

-Trasplante. En el caso de algunas personas con diabetes tipo 1, un trasplante de páncreas puede ser una opción. También se están estudiando los trasplantes de islotes. Con un trasplante de páncreas exitoso, ya no necesitarías más un tratamiento de insulina. Pero los trasplantes no siempre son exitosos, y son procedimientos que conllevan grandes riesgos. Necesitas inmunosupresores de por vida para prevenir el rechazo del órgano. Estos medicamentos pueden tener efectos secundarios graves, por ello, los trasplantes generalmente se reservan para las personas cuya diabetes no se puede controlar o para aquellas que además necesitan un trasplante de riñón.

-Tratamiento para la diabetes gestacional. El control de tu nivel de azúcar en sangre es fundamental para mantener la salud del bebé y evitar complicaciones durante el parto. Además de mantener una alimentación saludable y hacer ejercicios, tu plan de tratamiento puede incluir el control del nivel de azúcar en sangre y, en algunos casos, el uso de insulina o medicamentos de administración oral.

-Tratamiento para la prediabetes. Si tienes prediabetes, optar por estilos de vida saludables puede ayudar a que tu nivel de azúcar en sangre vuelva a los valores normales o, por lo menos, evitar que suba a los valores que se observan en la diabetes tipo 2. Mantener un peso saludable haciendo ejercicios y llevando una alimentación saludable puede ayudar. Hacer por lo menos 150 minutos de ejercicio por semana y bajar aproximadamente un 7 % de tu peso corporal pueden prevenir o demorar la diabetes tipo 2.

6 Bibliografía

1. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Jordan Valenzuela M, Miralles García MD, Ramos Morcillo A, Torres García M. Intervenciones enfermeras ante el paciente diabético. Torredonjimeno: Formación Continuada Logoss; 2009.
2. Addie-Gentle P, Azok J, Azzarello J, Edelman m. Diabetes Mellitus. Guía para el manejo del paciente. Madrid: Williams and Wilkins; 2007.
3. Rodergas I Pages J. Cuidados de enfermería al paciente diabético. Madrid: FUDEN; 2009.
4. Tébar Massó FJ, Escobar Jiménez F. La diabetes mellitus en la práctica clínica. Madrid: Panamericana; 2009.
5. Revista Española de Cardiología.
6. Fundación para la Diabetes.

7. Mayo Clinic.

Capítulo 45

EL PACIENTE CON ALZHEIMER

VIOLETA VAZQUEZ GARCIA

MARÍA DE LOS ANGELES VÁZQUEZ GARCÍA

MARIA CONCEPCION GARCIA SUAREZ

DELIA ALVAREZ FERNÁNDEZ

ISABEL LOPEZ FUERTES

1 Introducción

El deterioro cognitivo y más concretamente la demencia es la patología neurológica más incapacitante en el paciente anciano. Durante el envejecimiento se producen una serie de cambios en el cerebro, como puede ser la pérdida neural o la disminución de la cantidad de neuroreceptores (cambios fisiológicos).

La enfermedad de Alzheimer (EA) es catalogada como una enfermedad degenerativa neuronal, cuya incidencia se hace mayor con el aumento de la edad (Alzheimer's Association, 2010).

La aplicación de un protocolo establecido, basado en escalas y diagnósticos, nos ayudara a tener un menor porcentaje de errores. Una vez diagnosticado debemos conocer las implicaciones que tiene para el paciente y la familia, tratar las complicaciones y patologías, con el fin de minimizar al máximo el grado de deterioro funcional, mental y social que esta enfermedad lleva consigo.

Esta enfermedad caracterizada por la desorientación, pérdida de memoria, pérdida de atención y disminución progresiva de la capacidad de razonar es considerada la principal enfermedad neuronal causante de la demencia en la vejez (Reitz, Brayne, & Mayeux, 2011). La EA es una de las enfermedades que genera mayor dependencia, necesidad de cuidado, sobrecarga de trabajo y estrés psicológico de los cuidadores (Alzheimer Disease International, 2009).

La gran mayoría de los pacientes con alzhéimer son atendidos por sus familiares más cercanos, cuidadores principales por eso es necesario la presencia de un cuidador formado, como los auxiliares de enfermería, que proporcionan la atención preventiva y asistencial necesaria al paciente y a la familia, (Cerquera Córdoba & Galvis Aparicio, 2013).

El cuidado debe ir orientado a evitar consecuencias que puedan perjudicar la calidad de vida de estos pacientes. García & García, (2016) recoge una profundización sobre el tratamiento y cuidado desde el punto de vista de las AVD de estos pacientes.

Los autores destacan que la labor del personal auxiliar de enfermería es fundamental para valorar el estado de deterioro que sufren los pacientes con esta enfermedad, demuestra que aquellos auxiliares que además dan orientación a la familia y brindan apoyo minimizan los factores de riesgo y mejora las relaciones entre la familia y el paciente con Alzheimer (García & García, 2016).

De esta manera el personal de enfermería es uno de los pilares básicos que presta atención asistencial al paciente con la EA y a sus familiares, desde la atención primaria donde se presta cuidados específicos de acuerdo a los requerimientos y fases de la enfermedad, en la atención especializada con la aplicación de programas tanto para los pacientes como para las familias, hasta en el ámbito extra hospitalario como el domicilio del enfermo (Balbás Liaño, 2005; Castellanos Pinedo, Cid Gala, Duque San Juan, & Zurdo Martín, 2011).

Un estudio llevado a cabo en 1996 demostró que las e intervenciones llevadas a cabo por auxiliares de enfermería en pacientes con Alzheimer en una residencia de ancianos eran un complemento útil en el manejo de la agitación, el estrés, la ansiedad y el aburrimiento en los pacientes, destacando la importancia del personal Auxiliar Enfermería en este tipo de actividades (Aronstein, Olsen, & Schulman, 1996).

Recientemente se ha agrupado la actividad desarrollada por el profesional de enfermería en función de la fase o etapa del proceso degenerativo ,en la etapa de diagnóstico precoz, fase inicial, fase moderada, fase severa, y fase terminal

(Rodríguez-Mongue & Pérez-Lobato, 2014).

La intervención del auxiliar de enfermería debe estar orientada al cumplimiento de una serie de objetivos para lograr mejorar la calidad de vida de los pacientes, reforzando las tareas de autocuidado, siendo las que presentan un mayor déficit por el deterioro del control motor y la pérdida de memoria.

2 Objetivos

Incentivar la autonomía del paciente mientras la enfermedad lo permita.

3 Metodología

En una búsqueda exhaustiva de información, basada en evidencia bibliográfica para realizar una revisión sistemática de análisis y síntesis cualitativa sobre las intervenciones llevadas a cabo en los últimos 10 años por los auxiliares en enfermería sobre los cuidados dirigidos a los pacientes con Alzheimer.

1. Bases de datos:

La búsqueda se llevo a cabo en 6 bases de datos, PubMed, CINAHL, SciELO, ScienceDirect, Biblioteca Cochrane, Biblioteca Virtual en Salud (BVS)

2. Descriptores:

Se realizaron dos búsquedas en cada una de las bases de datos. Se utilizaron los descriptores de la salud indexados en DeCS y los descriptores de salud en ingles indexados en MeSH, . Se diseñaron las ecuaciones de búsqueda con los operadores booleanos AND y OR: “Cuidados enfermeros OR cuidado del paciente AND Alzheimer AND intervención AND auxiliar enfermero” Llevándose a cabo una búsqueda de las investigaciones realizadas los últimos 10 años (2009-2019).

3. Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión se seleccionaron los artículos que no presentaban limitaciones de acceso, los artículos de investigación cuantitativa y cualitativa, que incluyeran una población muestral de adultos pacientes de Alzheimer, que fueran atendidos por el equipo de enfermería. Excluyendo los estudios de población que presentaba otras enfermedades mentales y patologías diversas, así como investigaciones experimentales y aquellos artículos que no presentaron información concluyente.

4. Diagrama de flujo de la búsqueda:

La selección se realizó en cuatro fases, primero; búsqueda de palabras claves y año de publicación, idioma y tipo de estudio, segundo : lectura de título y resumen, Tercero: se realizó la lectura del texto completo para la evaluación y aplicación de los criterios de inclusión y exclusión y cuarto :se procedió a la lectura crítica de los artículos incluidos para realizar la síntesis cualitativa. También se seleccionaron artículos a través de la búsqueda manual inversa, a partir de la bibliografía reflejada en artículos seleccionados, filtrando la elección del título y fecha de publicación. Fueron utilizados 5 estudios de acuerdo a los criterios de selección, los contenidos de los estudios están centrados en el papel, o intervención de enfermeras y auxiliares de enfermería en el cuidado de pacientes con Alzheimer.

5. Síntesis cualitativa de los artículos incluidos en la revisión:

A.

-Autor: Vargas-Escobar, 2012 (Colombia).

-Tipo de estudio: revisión de la literatura.

-Intervención: búsqueda bibliográfica del 2000 al 2011 en diferentes bases de datos PubMed, ScienceDirect, Oved y Google Scholar.

-Participantes: cuidadores del paciente con EA (enfermeros y auxiliares de enfermería).

-Resultados: se evalúan los principales aspectos que integran la calidad de vida del cuidador en ámbitos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

B.

-Autor: (Antúnez, 2 Autor 013) España.

-Tipo de estudio: revisión de la literatura.

-Intervención: se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos PubMed, Cuiden, Dialnet. Cuidador principal, cuidados de enfermería, síndrome del cuidador y recursos socio-sanitarios.

-Participantes (n): dirigido a profesionales sanitarios del sector enfermero.

-Resultados: el artículo describe aspectos fundamentales de la enfermedad de Alzheimer, y el abordaje de la sobrecarga del cuidador mediante estrategias preventivas y recursos socio-sanitarios disponibles.

C.

-Autor: Márquez, 2009 España.

-Tipo de estudio: revisión de la literatura.

-Intervención: abordaje terapéutico integral y la atención de enfermería al paciente y familiares según las distintas fases de la enfermedad.

-Participantes (n): dirigido a enfermeros, auxiliares de enfermería y cuidadores de pacientes con Alzheimer.

-Resultados: explicación detallada sobre los cuidados de los pacientes con Alzheimer.

D.

-Autor: (Skaalvik, Normann, & Henriksen, 2010) Noruega.

-Tipo de estudio: estudio cualitativo.

-Intervención: el estudio se realizó en 2006 utilizando trabajo de campo con notas de campo y entrevistas cualitativas.

-Participantes (n): estudiantes de enfermería y enfermeras supervisoras.

-Resultados: se evaluó la percepción enfermera sobre las experiencias en los cuidados de pacientes con Alzheimer.

E.

-Autor: Carmona & Murgi, 2015(España).

-Tipo de estudio: revisión de la literatura.

-Intervención: cuidados de la enfermería en pacientes con Alzheimer.

-Participantes (n): dirigido al personal enfermero, auxiliar enfermero y cuidadores.

-Resultados: el artículo expone las recomendaciones de higiene, alimentación, vestimenta, manejo de incontinencia, movilidad, entorno y plan de cuidados estandarizados.

4 Resultados

Los artículos incluidos destacan el papel del auxiliar de enfermería en el cuidado de los pacientes con Alzheimer, destacando una serie de guías e intervenciones en su mayoría basadas en la inclusión familiar y en el aspecto biopsicosocial del propio paciente, que este debe ser incluido en su autocuidado, por lo que el auxiliar representa un apoyo y una fuente de información y de estrategias que ofrecen a la familia y cuidadores lo necesario para optimizar el cuidado del paciente. Las percepciones de los enfermeros y auxiliares de enfermería dedicados al cuidado de este sector, se olvidan o dejan de lado el propio cuidado, dando como resultado el síndrome de Burnout, aspecto relevante para la salud del propio auxiliar como para la salud del paciente, ya que el auxiliar con estrés laboral y cansancio no puede ofrecer un servicio adecuado al paciente.

Vargas Escobar (2012) a través de una revisión bibliográfica evalúa los principales aspectos que integran la calidad de vida del cuidador de los pacientes con Alzheimer en los ámbitos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, destacando la importancia de suministrar información y educación sobre la enfermedad a

familiares, así como el brindar los recursos de apoyo disponibles y el cuidado que debe darse a si mismo el cuidador. Antúnez (2013) realiza una revisión bibliográfica en el que se describen los aspectos fundamentales de la enfermedad de Alzheimer para así abordar el tema de la sobrecarga del cuidador mediante el empleo de estrategias preventivas y recursos sociosanitarios disponibles para los profesionales del sector enfermero, resaltando así mismo la importancia de que estos involucren a familiares en el cuidado del paciente.

Márquez (2009) hace una guía detallada sobre sobre los cuidados de los pacientes con Alzheimer destacando el abordaje terapéutico integral y la participación multidisciplinaria en donde se involucran a los familiares y al propio paciente en su autocuidado. Destacando que la labor principal del Auxiliares de Enfermería es la intervención de incluir al paciente desde un punto de vista biopsicosocial. Carmona y Murgi (2015) presentan un estudio similar centrado en las actividades de la vida diaria (AVD) para el paciente de Alzheimer.

Skaalvik, Normann, & Henriksen, (2010) evaluó la percepción enfermera sobre las experiencias en los cuidados de pacientes con Alzheimer y evalúa el abordaje de la sobrecarga del cuidador.

5 Discusión-Conclusión

La enfermedad de Alzheimer genera consecuencias sociales y humanas para el paciente y las personas que lo rodean, especialmente familiares. Los cuidados del enfermo de Alzheimer lejos de ser reconocidos, quedan en muchas ocasiones en el olvido de los profesionales de enfermería. Es por ello que, la enfermería tiene un papel importante en el mejoramiento del bienestar físico, psicológico, social tanto del paciente como del cuidador familiar del paciente con Alzheimer, aportando a los familiares, cuidadores principales, especialmente, información y educación sobre los cambios irreparables que su familiar, enfermo de Alzheimer va ha padecer a lo largo de la enfermedad. Esta revisión sistemática demuestra a su vez la falta de información y de investigación que existe actualmente con respecto al tema.

Intervenciones de enfermería para el cuidador del paciente con Alzheimer:

El trabajo del cuidador es una experiencia que demanda tiempo, compromiso, paciencia y que las habilidades son fundamentales para la inclusión del paciente en las actividades de la vida diaria. La implicación familiar en los cuidados al enfermo de Alzheimer, es especialmente relevante porque el cuidador debe liberar

su carga y utilizar los recursos que se le ofrecen para llevar a cabo unos cuidados de calidad. Siendo este, uno de los aspectos más importantes a tomar en cuenta es el que expone Antúnez (2013) el autor destaca que la enfermería debe tomar conciencia sobre la devastación que produce la enfermedad en la familia, por lo que las actuaciones de enfermería deberían estar dirigidas hacia el enfermo y hacia la familia para mejorar la calidad de vida del enfermo y evitar situaciones de sobrecarga en la familia que impidan proporcionar los cuidados adecuados.

Uno de los objetivos de enfermería en los cuidados de un enfermo de Alzheimer debería de ser mejorar las condiciones de bienestar de paciente y su cuidador.

Vargas Escobar (2012) centra las intervenciones de enfermería al cuidador en cuatro áreas específicas: La información y educación sobre la enfermedad de Alzheimer, los cuidados al enfermo, los recursos de apoyo disponibles y el cuidado que debe darse a si mismo. Es importante que el personal de enfermería informe al cuidador en que consiste la enfermedad, este personal será el indicado par guiar al cuidador en la mejor manera de llevar a cabo las ACV, así como manejar las conductas de forma estratégica, tratar los comportamientos como los episodios de agresividad y alucinaciones, y sobrellevar la falta de reconocimiento.

La formación y el enfoque de la enfermería de pacientes con Alzheimer:

Skaalvik et al. 2010, los pacientes con Alzheimer generalmente tienen problemas de comunicación tanto verbal como no verbal, comportamientos erráticos y sentimientos de frustración. Este autor busca demostrar las experiencias y percepciones de los auxiliares de enfermería y estudiantes de enfermería en los cuidados del paciente con Alzheimer con una metodología de atención centrada en la persona. Como primer resultado los estudiantes de enfermería reconocen que la atención dada a estos pacientes es muy compleja, requiriendo de habilidades y capacitación especial, puesto que se han encontrado con una línea divisoria entre la teoría y la práctica, como segundo punto los estudiantes de enfermería manifiestan que los cuidados físicos que estos enfermos necesitan, en ocasiones deja en un segundo plano la atención socioemocional de la persona, cuando debería ser uno de los objetivos principales, para que estos enfermos no se sientan solos y apartados del seno familiar, ya que la propia enfermedad de por sí, les aísla de su entorno, especialmente el más cercano. El enfoque propuesto a la atención del paciente con Alzheimer llevado a cabo por el personal de enfermería es la de dar un trato personalizado.

Reconociendo que a pesar de que la atención básica es cubierta, se deja de lado los aspectos socioemocionales del paciente, ignorando las conversaciones dando

como resultados pacientes aislados con relaciones interpersonales limitadas. La enfermedad de Alzheimer requiere que las personas que rodean al paciente, motiven el pensamiento y las actividades del neurodesarrollo y sociales, puesto que una de las principales metas es brindar al paciente calidad de vida. Estudios anteriores han demostrado que el trato personal y amable a los pacientes tiene un efecto muy positivo en la recuperación de los pacientes con Alzheimer, contrariamente a la despersonalización y el trato objetivo (Kirtwood, 2007).

Carmona y Murgi (2015) su principal recomendación es el cuidado individualizado, a su vez incluye el proceso de atención de enfermería basada en la taxonomía NANDA (NANDA, 2012), NIC (McCloskey et al. 2008) en el que un primer paso es valorar de manera global al paciente, a su familia y a su entorno.

Márquez (2009) destaca la importancia de un abordaje terapéutico integral para el paciente con Alzheimer, la participación multidisciplinar, resulta imprescindible para el tratamiento del paciente, por lo que las valoraciones de enfermería se deben realizar teniendo en cuenta a la persona desde el punto de vista biopsicosocial.

Los cuidados de enfermería a los enfermos de Alzheimer deberían ser tratados de una forma individualizada en cada paciente, evaluando y sin dejar de lado su entorno, la participación de la familia, y el trato socioemocional. El paciente y su familia deben de ser incluidos en la toma de decisiones, educar a los cuidadores principales en el cuidado de su familiar en todos sus aspectos, tanto sociales y emocionales, como en su vida diaria, puesto que estos enfermos van olvidando progresivamente todas las AVD, siendo sus cuidadores quienes deben de intentar que estas funciones se mantengan el mayor tiempo posible, facilitándoles que sigan participando activamente en aquellas tareas, tanto instrumentales como de las AVD, que siempre realizaron, aseo, vestirse, comprar, etc., mientras su estado lo permita, evitando aquellas que puedan resultar peligrosas para la persona, todo ello para intentar dar al enfermo de Alzheimer una mejor calidad de vida.

Por otro lado, se concluye que el cuidado físico de estos pacientes es tan demandante que no debemos olvidar el cuidado socioemocional de la persona, para no influir de forma negativa en la recuperación del paciente. Este punto en conjunto con lo anterior mencionado debe ser atendido por enfermeros y cuidadores para brindar al paciente una atención personal. Por lo que la atención enfermera debe centrarse en cuatro áreas específicas:

1. Información y educación sobre la enfermedad de Alzheimer.
2. El cuidado clínico del enfermo.

3. El cuidado socioemocional del paciente y el cuidador.
4. El apoyo y recursos disponibles para el cuidador.

6 Bibliografía

1. Alzheimer's Association. (2010). 2010 Alzheimer's disease facts and figures.
2. Alzheimer's & Dementia, 6(2), 158–194. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2010.01.009>
3. Alzheimer Disease International. (2009). Informe Mundial Sobre el Alzheimer.
4. M. Prince & J. Jackson, Eds. Retrieved from <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-Espanol.pdf>
5. Antúnez, M. L. B. (2013). La enfermedad de Alzheimer y el cuidador principal. *Nuberos Científica*, 2(10).
6. Aronstein, Z., Olsen, R., & Schulman, E. (1996). The nursing assistants use of recreational interventions for behavioral management of residents with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 11(3), 26–31. <https://doi.org/10.1177/153331759601100304>
7. Balbás Liaño, V. M. (2005). El profesional de Enfermería y el Alzheimer. *Nure Investigación*, 13.
8. Bolt, S. R., van der Steen, J. T., Schols, J. M. G. A., Zwakhalen, S. M. G., Pieters, S., & Meijers, J. M. M. (2019). Nursing staff needs in providing palliative care for people with dementia at home or in long-term care facilities: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.12.011>
9. Carmona, J., & Murgi, S. (2015). Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad de Alzheimer. *El Farmaceutico*, 15. Retrieved from <http://elfarmaceutico.es>
10. Castellanos Pinedo, F., Cid Gala, M., Duque San Juan, P., & Zurdo Martín. (2011). Abordaje integral de la demencia. *Inf Ter Sist Nac Sakud*, 35, 39–45. Retrieved from <https://www.mscls.gob.es>
11. Cerquera Córdoba, A. M., & Galvis Aparicio, M. J. (2013). Bioethical Aspects in Care and Attention for Patients with Alzheimer's Disease and their Caregivers. *Persona y Bioética*, 17(1), 85–95. <https://doi.org/10.5294/pebi.2013.17.1.6>
12. Frias Pita, R., Arias, N., García Sánchez, A., & Boizan Clark, M. (2015). Demencia de Alzheimer y cuidados de Enfermería. *UVS Manuel Fajardo*, 38(10), 901–905. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15175968>
13. García, E. C., & García, E. C. (2016). Algunos aspectos actuales sobre el manejo de la Enfermedad de Alzheimer por el profesional de Enfermería. *Revista Cubana*

de Tecnología de La Salud, 7(1), pág 44-56. Retrieved from <http://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/651>

14. Kitwood T (1997) *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press, Buckingham.

15. Márquez, A. (2009). Reflexión sobre la relevancia de la actuación de enfermería en el abordaje terapéutico integral del paciente con demencia. *Hygia de Enfermería: Revista Científica Del Colegio*, 71, 13–18.

16. McCloskey J, Bulechek GM. (2008) *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*, 4.^a ed. Madrid: Elsevier.

17. NANDA (2012). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Madrid: Elsevier.

18. Reitz, C., Brayne, C., & Mayeux, R. (2011). Epidemiology of Alzheimer disease. *Nature Reviews Neurology*, 7(3), 137–152. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2011.2>

19. Rodríguez-Mongue, M., & Pérez-Lobato, M. (2014). Revisión sistemática sobre el papel de la Enfermería en la prevención del Alzheimer (Rev Portales Médicos). *PortalesMedicos.com*. Retrieved from <https://www.revista-portalesmedicos.com>

20. Skaalvik, M. W., Normann, H. K., & Henriksen, N. (2010). Student experiences in learning person-centred care of patients with Alzheimer's disease as perceived by nursing students and supervising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(17–18), 2639–2648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03190.x>

21. Vargas-Escobar, M. L. (2012). Nursing's Contribution to the Quality of Life of Family Caregivers of Alzheimer Patients. *Aquichan*, 12(1).

Capítulo 46

ACTUACIÓN ANTE UNA CONDUCTA SUICIDA

MARTA PALACIO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La conducta suicida es un fenómeno multicasual y complejo que ha estado presente en todas las épocas históricas y todas las sociedades y que se manifiesta por una variedad de comportamientos en un continuo que va desde ideación en sus diferentes expresiones, pasando por las amenazas, los gestos e intentos hasta el suicidio propiamente dicho. La presencia de cualquiera de estos indicadores (ideas, amenazas, gestos e intentos) debe considerarse como un signo de riesgo.

2 Objetivos

Objetivo principal.

- Resaltar la importancia de las tácticas de prevención primaria del suicidio.

Objetivos secundarios.

- Prevenir los suicidios y tomar medidas eficaces que se pueden adoptar.
- Reducir el acceso a medios para autolesionarse o suicidarse.
- Mejorar la atención de los problemas de salud mental.
- Mejorar la detección de la depresión.
- Proteger a las personas con elevado riesgo de suicidio.
- Mejorar la atención de personas con trastornos depresivos, con trastorno límite de la personalidad (TLP).

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica en distintas bases de datos biosanitarios. Tras la búsqueda y posterior análisis de los artículos encontrados, se seleccionaron varios artículos que se adecuaban a los criterios de inclusión establecidos. Se evaluaron a 180 pacientes. Se estudiaron diferentes sociodemográficas y clínicas, incluyendo un período de seguimiento de 12 meses posteriores a la inclusión.

4 Resultados

Los resultados a los que hemos llegado son: 60 pacientes no asistieron a la cita asignada tras la inclusión en el programa y 86 que fueron los que asistieron, abandonaron durante los 12 meses posteriores. La conducta suicida se repitió en 75 pacientes, mayoritariamente con antecedentes psiquiátricos y diagnósticos de trastorno de personalidad o trastorno por uso de sustancias.

5 Discusión-Conclusión

El suicidio es un problema de salud pública que se puede prevenir. En la actualidad no se cuenta con muchos servicios para atender las necesidades, por lo que se deberían de instaurar tácticas de prevención primaria.

6 Bibliografía

1. Pubmed.
2. Scielo.
3. Rios Montalban S. La conducta suicida. Madrid. Arán . 1997.
4. Anseau A. Manual de prevención, intervención y postactuación de la conducta suicida. Fundación Salud Mental 2014.

Capítulo 47

TERATOMA BENIGNO

MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE

1 Introducción

El teratoma es un tumor de origen embrionario formado por varios tipos celulares. Normalmente aparecen en los ovarios de la mujer, aunque también es posible encontrarlos en varones o niños en los testículos o localizaciones diversas.

Está compuesto de tejidos u órganos que recuerdan los derivados normales de las tres capas germinales. Pueden contener pelo, dientes, hueso, y muy raramente órganos más complejos como el corazón, torso, manos, pies, y otros miembros. Normalmente, un teratoma no contendrá órganos, sino uno o más tejidos que normalmente se encuentran en el cerebro, la tiroides, el hígado y los pulmones.

A veces, el teratoma contiene en su cápsula uno o más quistes llenos de fluido y cuando se produce un quiste de gran tamaño el teratoma puede potencialmente producir una estructura que recuerda a un feto. Puesto que están encapsulados, los teratomas son habitualmente benignos, aunque se conocen algunas formas de teratoma maligno. Un teratoma maduro es típicamente benigno y se encuentra más habitualmente en mujeres, mientras que un teratoma inmaduro es típicamente maligno y se encuentra más a menudo en varones. Se piensa que los teratomas ya están presentes en el nacimiento (congénitos), pero los de pequeño tamaño no son descubiertos hasta mucho más tarde en la vida del individuo.

Los teratomas quísticos benignos tienden a permanecer asintomáticos hasta que alcanzan un tamaño que produce tumoración palpable o dolor como resultado de la torsión, la cual es la complicación más común debido al largo pedículo que los caracteriza. Algunas tumoraciones son detectadas en forma accidental durante

la radiografía o ecografía abdominal al mostrar calcificaciones o dientes. Otras complicaciones menos comunes son la transformación maligna y rotura.

El diagnóstico por imágenes del teratoma quístico puede ser realizado por ecografía, tomografía o resonancia magnética. Debido a que el tumor puede contener grandes cantidades de tejidos reconocibles, incluyendo dientes bien formados, cabello y material sebáceo semisólido, la variedad y preponderancia del contenido interno representa espectro variable durante la evaluación por imágenes. En la ecografía, el teratoma puede aparecer como una tumoración predominantemente quística, sólida o compleja. Sin embargo, ciertos hallazgos son considerados específicos, como nódulos ecogénicos en la pared (tapón dermoide), nivel líquido - grasa o cabello -grasa y sombra acústica distal producida por la mezcla altamente ecogénica de cabello y sebo, conocida como signo de la punta del iceberg. Otro signo específico es la malla dermoide secundaria a múltiples interfaces hiperecoicas de cabellos flotantes dentro del quiste.

Es muy difícil palpar estos tumores por vía abdominal. Por tanto, su diagnóstico suele de manera accidental en un control rutinario o durante una intervención quirúrgica como una cesárea. Esta es la razón del gran tamaño de los teratomas ya que, en la mayoría de casos, no es posible un diagnóstico precoz. Se confirma la localización en el ovario mediante ecografía abdominal o pelviana, donde se observa dentro del ovario un tejido de color más blanquecino. El aspecto ecográfico de estos tumores dependerá del tamaño, localización y calcificación (acumulación de calcio) que presenten, al igual que de la naturaleza de los tejidos que contenga.

En ocasiones, una resonancia magnética de la pelvis puede ayudar a realizar el diagnóstico. Además, debe hacerse un análisis de sangre para confirmar la presencia de la hormona beta-hCG. Para confirmar el diagnóstico de malignidad de este tumor es necesario un análisis histológico, es decir, el análisis de los tejidos que lo componen.

El tratamiento de elección es la cirugía. En los teratomas maduros, la técnica menos invasiva utilizada para extirpar el tumor es la laparoscopia. Sin embargo, en casos de teratomas inmaduros se puede utilizar también la laparotomía (cirugía a través del abdomen).

Puesto que muchas de las pacientes están todavía en edad fértil, es importante que en las intervenciones se evite dejar secuelas como las adherencias pélvicas, que pueden producir infertilidad. En casos más complicados, donde puede ser necesaria la extirpación de los ovarios, el especialista puede considera la opción

de extraer solo parte del ovario para mantener la función ovárica de la mujer.

2 Objetivos

Determinar algunos indicadores de esta enfermedad como son: edades de presentación, antecedentes ginecológicos personales, manifestaciones clínicas principales, localización y tratamiento quirúrgico.

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. Takeda A, Imoto S, Mori M, Sakai K, Nakamura H. Laparoscopic management of mature cystic teratoma of the ovary with multiple intracystic floating spherules. Arch Gynecol Obstet.
2. <https://www.reproduccionasistida.org/teratoma/>
3. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001316.htm>

Capítulo 48

SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO

MARIA JOSE MENENDEZ SEOANE

1 Introducción

El síndrome del ovario poliquístico ocurre cuando los ovarios o las glándulas suprarrenales femeninas producen más hormonas masculinas de lo normal. Esto causa crecimiento de quistes (cavidades llenas de líquido) en los ovarios. Los síntomas incluyen: menstruaciones irregulares, infertilidad, dolor pélvico, exceso de vello en la cara, el pecho, el abdomen o los muslos, subida de peso, acné o piel grasosa, parches de piel gruesa de color marrón o negro, etc.

El síndrome de ovario poliquístico es un trastorno hormonal frecuente en las mujeres en edad reproductiva. Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico pueden tener períodos menstruales con poca frecuencia o prolongados, o niveles excesivos de hormona masculina (andrógeno). Se pueden formar varias acumulaciones pequeñas de líquido (folículos) en los ovarios y estos podrían no liberar óvulos de forma regular.

Los signos y síntomas del síndrome de ovario poliquístico se manifiestan en el primer período menstrual durante la pubertad, aunque en ocasiones, el síndrome de ovario poliquístico se manifiesta más tarde, por ejemplo, en respuesta a un aumento de peso importante. El diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico se realiza cuando tienes, al menos, dos de estos signos:

-Períodos menstruales irregulares. Los ciclos menstruales excepcionales, irregulares o prolongados son el signo más frecuente del síndrome de ovario poliquís-

tico. Por ejemplo, podrías tener menos de nueve períodos por año, más de 35 días entre períodos o períodos anormalmente intensos.

-Exceso de andrógeno. Los niveles elevados de la hormona masculina pueden provocar signos físicos, como exceso de vello facial y corporal (hirsutismo), y, en ocasiones, acné grave y calvicie de patrón masculino.

-Ovarios poliquísticos. Los ovarios podrían estar dilatados y contener folículos alrededor de los óvulos. En consecuencia, podrían no funcionar correctamente.

En el síndrome del ovario poliquístico, los óvulos maduros no se liberan. En lugar de esto, permanecen en los ovarios circundados por una pequeña cantidad de líquido. Puede haber muchos de ellos. Sin embargo, no todas las mujeres que padecen esta afección tendrán ovarios con este aspecto. Estos problemas con la liberación de los óvulos pueden contribuir a la esterilidad. Los otros síntomas de este trastorno se deben a los niveles de hormonas masculinas.

La mayoría de las veces, el síndrome del ovario poliquístico se diagnostica en mujeres a los 20 o 30 años. Sin embargo, también puede afectar a las niñas adolescentes. Los síntomas a menudo empiezan cuando se inician los períodos de una niña. El tratamiento siempre se pauta de manera individualizada dependiendo de los síntomas que presente la paciente, la intensidad de los mismos, su edad y deseos de ser madre a corto o medio plazo.

Si la paciente no busca quedarse embarazada lo primero que se recomienda es reducir el peso en caso de sobrepeso. Los anticonceptivos antiandrogénicos están indicados para el tratamiento del hiperandrogenismo, y los anticonceptivos orales de progesterona para regular el ciclo menstrual.

2 Objetivos

Conseguir un diagnóstico y tratamiento tempranos del ovario poliquístico para reducir el riesgo de tener complicaciones a largo plazo como diabetes tipo 2, enfermedades cardíacas, esterilidad, etc.

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. Allahbadia, Merchant. Polycystic ovary syndrome and impact on health. Middle East Fertility Society Journal 2011. 16, 19-37.
2. Bentley- Lewis, Seely, Dunaif. Ovarian Hypertension: Polycystic ovary syndrome. Endocrinol Metab Clin N Am 40 2011. 433- 449.
3. Escobar, Alpañés, Alvarez, Luque. Hiperandrogenismo y síndrome de ovario poliquístico. Medicine 2012; 11(15) 895- 903.
4. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/pcos/symptoms-causes/syc-20353439>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/polycysticovarysyndrome.html>

Capítulo 49

ENFERMEDAD DE TRANSMISIÓN SEXUAL: LA CLAMIDIA

MARTA PALACIO FERNÁNDEZ

1 Introducción

La clamidia es una enfermedad de transmisión sexual común. Es causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Puede infectar a hombres y mujeres. Las mujeres pueden contraer clamidia en el cuello del útero, el recto o la garganta. Los hombres pueden contraer clamidia en la uretra, el recto o la garganta. Se puede contraer durante el sexo oral, vaginal o anal con alguien que tiene la infección. Una mujer también puede transmitir clamidia a su bebe durante el parto.

2 Objetivos

Mostrar la importancia de la prevención y el tratamiento de la infección por *Chlamydia*.

3 Metodología

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

4 Resultados

La clamidia como el resto de enfermedades de transmisión sexual constituyen un costo indeterminado para la salud pública, porque estas enfermedades cada vez van creciendo y no se logra obtener un porcentaje, una educación sexual desde el hogar y la escuela para el uso concienciado de los preservativos y evitar la promiscuidad en las relaciones sexuales, asegurando así la calidad de vida.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades de transmisión sexual pueden aparecer incluso con el uso de preservativo, así que se recomienda que al menor síntoma acuda a su médico y pida que le realicen las pruebas necesarias. Una infección por clamidia mal curada o repetida puede dar lugar a serios problemas de reproductividad e incluso artritis reactiva tanto en hombres como en mujeres.

6 Bibliografía

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

Capítulo 50

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

ALBA RODRIGUEZ COYA

SANDRA ÁLVAREZ BARBON

1 Introducción

La atención primaria de salud (APS) representa el primer eslabón por el cual el paciente ingresa al sistema de salud y constituye, según la OMS, un servicio: "esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país."

La APS, debe ser capaz de ofrecer servicios según las necesidades prioritarias de la población a la que se atiende y dar respuesta a la mayor parte de problemas sanitarios. La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo y socioeconómico general de la comunidad.

La atención primaria incluye: exámenes físicos, tratamiento de las afecciones médicas comunes y atención preventiva, como la inmunización y la detección. Los médicos de atención primaria son generalmente los primeros profesionales de la salud a quienes los pacientes consultan para la atención médica básica. Si es necesario, esos profesionales pueden enviar al paciente a consultar con un especialista.

2 Objetivos

Conocer los diferentes niveles de prevención llevados a cabo por APS.

3 Metodología

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

4 Resultados

Los niveles de prevención que son llevados a cabo por la APS son cuatro. El nivel primordial está constituido por acciones dirigidas a toda la población con el objetivo de prevenir la aparición de factores de riesgo para la salud.

- En el nivel primario, el objetivo es que aquellas personas que ya tienen algún factor de riesgo puedan prevenir la aparición de enfermedades.
- En pacientes que tienen una enfermedad establecida, la prevención secundaria pretende evitar la aparición de complicaciones ocasionadas por la misma.
- La prevención terciaria, vendría a representar el conjunto de acciones destinadas a disminuir la prevalencia de las incapacidades crónicas y reducir al mínimo la invalidez funcional provocada por la enfermedad establecida.
- Por último, más recientemente se ha considerado un cuarto nivel de prevención, destinado a atenuar o evitar las consecuencias de las intervenciones innecesarias del sistema sanitario.

Permitir ir más allá de la orientación clínica tradicional para incorporar la educación y la consejería en salud en el ámbito clínico individual, la regulación y los enfoques basados en políticas que mejoren las condiciones de vida de las personas y los ambientes de trabajo, y las estrategias de promoción de la salud para la población llevadas a cabo con otros componentes del sistema de salud.

Con todo lo dicho, queda claro que la atención primaria es la piedra angular de la intervención sanitaria en un sentido abarcador para la resolución de los problemas sanitarios de una comunidad. Si la intención es resolver de raíz los problemas de salud de nuestras sociedades, es fundamental financiar una atención primaria de salud sólida.

Comprende, además de lo ya indicado con carácter general, las actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, que se realizan en el nivel de la atención primaria, en aplicación de los protocolos y programas de atención específicos de los distintos grupos de edad, sexo y grupos de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Las actividades dirigidas a grupos de riesgo se prestan tanto en el centro sanitario como en el ámbito domiciliario o comunitario, dentro de los programas establecidos por cada servicio de salud, en relación con las necesidades de salud de la población a la que atienden.

6 Bibliografía

- <https://www.revistacrisis.com>
- <https://www.appf.edu.es>
- <https://www.astursalud.com>
- <https://www.monografias.com>

Capítulo 51

TABAQUISMO CRÓNICO Y CICATRIZACIÓN DE HERIDAS TRAS CIRUGÍA

AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ

MARIA JOSE LODOS GANDARA

1 Introducción

El hábito tabáquico es un factor de riesgo modificable y evitable que tiene una gran repercusión en el desarrollo de numerosas enfermedades. Aun así no adquiere la suficiente atención. Produce una afectación tisular que va a incidir negativamente en el proceso de cicatrización de heridas postquirúrgicas.

2 Objetivos

- Analizar la influencia del tabaco en el proceso de cicatrización de heridas tras cirugía.
- Identificar las sustancias nocivas del tabaco y riesgos generados en la piel por el tabaquismo crónico.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de diferentes artículos de interés sobre el tema, en las bases de datos: Cuiden Dialnet y ScienceDirect y en buscadores

como: Google Académico. Se utilizaron los siguientes descriptores: tabaquismo crónico, hipoxia, Isquemia tisular, cicatrización de heridas, cirugía y dehiscencias. Se registró búsqueda en español aplicando un filtro temporal acotando la búsqueda a los últimos 10 años (2019-2010), se incluyeron un total de 16 artículos siendo 3 revisiones sistemáticas.

4 Resultados

Hay evidencias científicas que nos indican que dejar de fumar se asocia a una cicatrización más rápida de las heridas quirúrgicas y reduce las probabilidades de infección de las heridas postquirúrgicas. Las infecciones de la localización quirúrgica (ILQ) son muy frecuentes y representan más del 20% del total de infecciones hospitalarias. Es de gran importancia el resaltar los efectos biopatogénicos del tabaco: hipoxia, isquemia tisular, vasoconstricción, vasoespasmo, acción trombogénica, agregación plaquetaria, disminución de la hemoglobina para transportar el oxígeno a los tejidos, alteraciones del colágeno y la elastina y dehiscencia de las heridas. El tabaquismo crónico repercute en la actividad del sistema inmunitario y en el proceso de envejecimiento cutáneo, esto va a condicionar complicaciones en la cirugía plástica de estos pacientes fumadores.

Está demostrado que el tabaco es adictivo ya que la nicotina inhalada es absorbida en la sangre y llega al cerebro rápidamente, produciendo una alteración en el funcionamiento celular (leucocitos, fibroblastos etc.) y en el extracelular que interviene en el proceso de cicatrización. El colágeno y la elastina (proteínas extracelulares de la dermis) disminuyen en calidad y cantidad produciéndose un circuito fisiopatológico de irritación y lesión continua, retardando la curación de la herida. El humo del tabaco actúa en el organismo como un producto tóxico y es el responsable del vasoespasmo y vasoconstricción en la piel disminuyendo la temperatura cutánea, también produce una mayor acción trombogénica y agregación plaquetaria generando aumento de la viscosidad de la sangre y disminución de oxígeno en los tejidos. Dentro de las sustancias tóxicas de los componentes del tabaco el monóxido de carbono (CO₂) es el causante de la hipoxia tisular y la nicotina de la disminución del flujo sanguíneo y/o vasoconstricción.

5 Discusión-Conclusión

La evidencia concluye que el consumo de tabaco es un factor influyente en la cicatrización de heridas quirúrgicas, retrasando el proceso normal de su cicatrización

y aumentando complicaciones en el proceso de recuperación del postoperatorio del paciente. Es una de las principales causas de la morbimortalidad en el mundo occidental, siendo necesaria la implicación de los profesionales de la Salud en su prevención.

6 Bibliografía

1. Tobacco Use Disorder And Wound Healing. Tobacco And Surgery.
2. www.Scielo.br.
3. www.consalud.es.
4. Reus W, Colen L, Straker D. Tobacco Smoking and complications in elective microsurgery, *Plast Surg* 1992; 89: 490-493. "Annals of Surgery" Hospital Universitario Bispebjerg de Copenhagen.

Capítulo 52

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA: MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA TIMPÁNICA

AIDA ÁLVAREZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

La temperatura es el grado de calor que tiene el cuerpo debido al equilibrio mantenido entre el calor que se produce por los mecanismos de producción de calor y el calor que pierde el organismo. El control por parte del sistema nervioso de la temperatura se encuentra en el hipotálamo, en el centro termoregulador.

2 Objetivos

Conocer como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) cómo se debe realizar la medición de la temperatura timpánica de forma adecuada, obteniéndose unos valores lo más parecidos al reflejo real de la temperatura del organismo.

3 Metodología

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

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

4 Resultados

Para realizar la medición de la temperatura timpánica vamos a usar los siguientes materiales:

- Un termómetro timpánico con pila.
- Fundas desechables para el termómetro.
- Una hoja.
- Un bolígrafo.

El protocolo de actuación es el siguiente:

Antes de empezar el proceso informaremos al paciente del proceso que vamos a realizar, nos lavaremos las manos y prepararemos el material descrito anteriormente cerca del paciente.

1. Colocar una funda desechable en el termómetro timpánico.
2. Seleccionar el funcionamiento del termómetro.
3. Introducir en el conducto auditivo asegurándose de que el cono con el sensor esté bien introducido y orientado.
4. Sonará una alarma acústica a los pocos segundos, retiraremos el termómetro, leyendo el resultado y anotando el mismo en una hoja de registro. Puede hacerse la medición en ambos oídos y calcular la media entre ambos.
5. Desecharemos la funda y apagaremos el termómetro.
6. Acomodaremos de nuevo al paciente, recogemos el equipo y nos lavamos las manos.

El termómetro timpánico puede emplearse aunque el paciente presente una otitis, tubos de timpanostomía o cera en el oído, no presenta complicaciones y su utilización es segura e higiénica. Para realizar el proceso de forma correcta levantaremos la oreja tirando hacia arriba y hacia atrás.

5 Discusión-Conclusión

Este método nos permite obtener una temperatura muy parecida a la central del organismo debido a que la membrana timpánica está en el fondo del conducto auditivo externo y prácticamente no se ve alterada por cambios externos. Además,

la rama arterial que irriga el tímpano recibe la sangre de la misma arteria de la que parte la rama que irriga el hipotálamo.

Este tipo de medición es utilizada sobre todo en el servicio de urgencias aunque su uso se ha ido extendiendo en las últimas décadas a todos los servicios.

6 Bibliografía

1. ¿Cual es el rango normal de la temperatura timpánica?¿en cuantos grados °C difiere de la oral, y de la axilar? 10/08/2007. Banco de preguntas preevid. Disponible en <https://www.murciasalud.es/preevid/5934>
2. Medición de la temperatura. 9 Mayo 2011. Revista Online "Aboutkidshealth". Disponible en <https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=966&language=Spanish>

Capítulo 53

EL MELANOMA Y LA PROTECCIÓN SOLAR DESDE LA INFANCIA

MARIA JOSE LODOS GANDARA

AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

La luz solar estimula la producción de vitamina D, ayuda a controlar algunos trastornos crónicos de la piel (como la psoriasis) y causa una sensación de bienestar. La piel también protege al resto del cuerpo de la acción de los rayos solares, aunque ella misma puede dañarse a causa de la exposición al sol. Este daño incluye no solo quemaduras solares dolorosas sino también arrugas y otras alteraciones asociadas al envejecimiento de la piel, crecimientos cutáneos precancerosos, cánceres de piel e incluso reacciones alérgicas y empeoramiento de algunas enfermedades cutáneas.

A. Luz ultravioleta:

La luz ultravioleta (UV), aunque invisible al ojo humano, es el componente de la luz solar con mayor efecto sobre la piel. La luz UV se clasifica en tres tipos, dependiendo de su longitud de onda. Ultravioleta A (UVA) B (UVB) C (UVC): la luz ultravioleta (de todo tipo) daña el ácido desoxirribonucleico (ADN, el material genético del cuerpo) y puede acabar provocando cáncer. La cantidad de radiación UV que alcanza la superficie de la Tierra está aumentando, en especial en las latitudes septentrionales. Este aumento se debe a la disminución de la capa protectora de ozono en la atmósfera. Este se encarga de bloquear a la radiación UV y a su alcance a la superficie terrestre.

B. La melanina: tipos de piel:

La sensibilidad a la luz solar varía según la cantidad de melanina en la piel. Las personas de piel oscura tienen más melanina y, por consiguiente, mayor protección propia contra los efectos perjudiciales del sol, pero siguen siendo vulnerables a las lesiones solares y a los efectos a largo plazo de la exposición a la luz UV. La cantidad de melanina presente en la piel depende de factores hereditarios, así como de la cantidad de exposición solar reciente. Algunas personas pueden producir una gran cantidad de melanina en respuesta a la luz UV, mientras que otras producen muy poca. Los rubios y los pelirrojos son especialmente sensibles a los efectos de la radiación UV a corto y largo plazo, ya que no pueden producir suficiente melanina. La melanina de su piel también se distribuye de manera desigual, y por eso aparecen pecas. Los afectados por el vitíligo, áreas de piel sin pigmento. Los albinos producen poca o ninguna melanina. Tipo de piel características típicas capacidad de bronceado:

1. Piel blanca pálida, cabello rojo o rubio, ojos azules/verdes, pecas, siempre se quema, nunca se broncea.
2. Piel blanca, cabello rojo o rubio, ojos azules, color avellana o verdes, se quema fácilmente, se broncea con dificultad.
3. Blanco más oscuro: cualquier color de ojos o de cabello. Algunas veces se quema levemente, poco a poco se broncea.
4. Piel de color marrón claro. Solo se quema un poco. Se broncea fácilmente.
5. Piel de color marrón. Rara vez se quema, se broncea con facilidad y adquiere un tono oscuro.
6. Piel de color marrón oscuro o negro. Nunca se quema, siempre se broncea con facilidad y adquiere un tono muy oscuro.

2 Objetivos

- Analizar la influencia de la luz solar en la producción de vitamina D.
- Determinar las consecuencias de la radiación solar y quemaduras solares en la formación del melanoma desde la infancia.

3 Metodología

Se han realizado revisiones bibliográficas en bases de datos: Cuiden, Dialnet, Elsevier y en buscadores: Google Académico. Se han utilizado descriptores: melanoma, radiación solar, quemaduras solares, vitamina D, melanina y clasificación según Fitzpatrick.

4 Resultados

Cuanta más exposición a la radiación solar, más alto es el riesgo de crecimientos precancerosos y cáncer de piel. El cáncer de piel es especialmente frecuente entre las personas que se expusieron ampliamente a la luz solar cuando eran niños o adolescentes y entre las que están expuestas continuamente a la luz solar como parte de su profesión o actividades recreativas (como los deportistas, agricultores, ganaderos, marineros y personas que toman el sol de manera habitual).

Además, la exposición a la radiación UV en los salones de bronceado aumenta el riesgo de cáncer de piel y daños en la piel. Para reducir al mínimo los efectos nocivos del Sol es especialmente importante llevar ropa protectora y aplicar filtros solares para evitar una mayor exposición al sol y cabinas de bronceado. Una vez producida una lesión, es difícil de revertir. los dos tipos más frecuentes de cáncer de piel no melanoma son:

- Carcinoma de células basales (también llamado carcinoma basocelular o basalioma): es el más frecuente, y se produce en las células basales de la capa más externa de la piel (epidermis).
- Carcinoma escamoso o espinocelular: es el segundo en frecuencia y se produce en las capas más altas de la epidermis (donde están las llamadas células escamosas).

Ambos tienen fácil tratamiento porque su crecimiento es lento y su capacidad de inducir metástasis es muy baja, pero si no se tratan pueden convertirse en grandes tumores de difícil control quirúrgico, o extenderse tanto a nivel local, regional (afectando a los ganglios).

El melanoma: puede aparecer en la piel normal o en un lunar, y es el más grave de ellos porque se extiende muy rápidamente a través del sistema linfático o los vasos sanguíneos, llegando a producir metástasis en los ganglios linfáticos y otras áreas del cuerpo humano como el hígado, los pulmones, los huesos y el cerebro.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tan solo en España se detectan cerca de 5.000 casos de melanoma cada año. A pesar de no tener un buen pronóstico, si es uno de los cánceres más prevenibles, ya que las medidas para evitarlo se basan en una buena vigilancia periódica de la piel y de los lunares (bastaría con 1 minuto al mes), y protección solar.

Los melanomas más frecuentes son cuatro. Estas son sus características, a quiénes afectan en mayor medida y en qué zonas del cuerpo se localizan:

-Lentigo maligno-melanoma: supone el 5-10% de los casos de melanoma. Aparece casi siempre en mayores de 60 años, en la cara y sobre una piel dañada por el sol. Tiene un crecimiento lento superficial y tarda mucho en penetrar en profundidad; las metástasis, por tanto, son tardías y se limitan a los ganglios linfáticos cervicales.

-Melanoma de extensión superficial: es el más frecuente, alrededor del 70% de los casos de melanoma. Es más frecuente en personas de entre 40-60 años y su localización habitual es : varones en el tronco y mujeres en las piernas. Su crecimiento superficial dura menos que el tipo lentigo maligno-melanoma, aun así puede tardar meses o años en penetrar profundamente y diseminarse.

-Melanoma lentiginoso acral: representan el 10% de todos los melanomas y se localizan principalmente en las palmas, plantas, bajo la uña y en los labios. Su crecimiento superficial es corto y rápidamente crece en profundidad, sin presentar signos típicos de sangrado, picor o dolor. Es más frecuente en personas de raza negra y asiáticos.

-Melanoma nodular: constituyen el 10-15% de melanomas cutáneos. Su color es homogéneo y su tamaño no aumenta mucho; crece en profundidad rápidamente y es difícil realizar una detección precoz. Es el tipo más agresivo.

El melanoma es el tipo de cáncer de piel más agresivo y su incidencia está aumentando. Sin embargo, con unas sencillas medidas preventivas se puede reducir al mínimo el riesgo de padecerlo.

1. Exposición a los rayos de sol:

Probablemente la exposición continuada y regular al sol no sea un factor de riesgo tan importante en la formación de un melanoma como lo son las quemaduras solares. Las quemaduras más perjudiciales son las leves/moderadas (las que provocan dolor durante menos de dos días y terminan en una descamación de la piel) y las graves (dolor o ampollas durante más de dos días). Las que se producen en la infancia y adolescencia son las quemaduras más graves y en la edad adulta aumentan el riesgo de melanoma durante los 10 años siguientes

2. Múltiples lunares:

Los lunares, también llamados nevus, son manchas oscuras circunscritas, y pueden ser: congénitos (existen desde el nacimiento) adquiridos (aparecen a lo largo de la vida, principalmente a partir de la pubertad). El número total de nevus que tiene una persona está vinculado a su genética, pero también se relaciona estrechamente con la cantidad de radiación solar a la que se expone durante la infancia. Así las personas con 50 o más lunares tiene un mayor factor de riesgo

de padecer melanoma y deberían ser evaluados por el dermatólogos.

3. Antecedentes familiares:

El melanoma se asocia a una predisposición genética de tal forma que el riesgo de padecer un melanoma será mayor si algún familiar lo ha sufrido. Este riesgo será mayor cuanto más cercano sea el familiar, más joven haya padecido la enfermedad, y más número de familiares afectos haya.

El sistema inmunitario:

El consumo de drogas, los pacientes trasplantados, los infectados por el virus VIH, es decir enfermedades autoinmunes son causas de depresión del sistema inmune, lo que facilita el desarrollo de cánceres, entre ellos el melanoma.

5 Discusión-Conclusión

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), tan solo en España se detectan cerca de 5.000 casos de melanoma cada año. A pesar de no tener un buen pronóstico, si es uno de los cáncer más prevenibles, ya que las medidas para evitarlo se basan en una buena en la vigilancia periódica de la piel y de los lunares (bastaría con 1 minuto al mes), y protección solar.

6 Bibliografía

1. Guía explicativa del melanoma”Asociación Española de ayuda contra el cáncer 2017, <http://www/cancer.gov/español/tipos/piel>.
2. “Guía del Ministerio salud, consumo y bienestar social” 2019, <http://wwwcancer.gov/español/tpos>
3. “Comprender el melanoma, otros cánceres de piel” ,2015. Cristina Carrera, Mauricio Balboa, Susana Puig.

Capítulo 54

EL ÁCIDO FÓLICO ANTES DEL EMBARAZO. IMPORTANCIA

MARIA JOSE LODOS GANDARA

AIQUE ALONSO RODRÍGUEZ

1 Introducción

El ácido fólico pertenece al grupo de las vitaminas B (vitaminas implicadas en el metabolismo humano) y su función es la de prevenir los defectos del tubo neural, es decir, aquellos problemas que puedan surgir en el cerebro o en la médula espinal. El ácido fólico, folacina, conocida también como vitamina B9, es una vitamina hidrosoluble del complejo de vitaminas B, necesaria para la maduración de proteínas estructurales y hemoglobina (de los glóbulos rojos), su insuficiencia en los humanos es muy rara. Su función es la de prevenir los defectos del tubo neural, es decir, aquellos problemas que puedan surgir en el cerebro o en la médula espinal.

2 Objetivos

- Analizar la importancia del ácido fólico para el crecimiento del feto.
- Determinar la importancia de tener una buena concentración antes del embarazo.

3 Metodología

Se han realizado búsquedas bibliográficas en bases de datos: Cuiden, Dialnet, Elsevier, ScienceDirect y en buscadores: Google Académico. Se han utilizado descriptores: Vitamina B9, vitaminas prenatales, cerebro, médula espinal, tubo neural, embarazo, feto y espina bífida.

4 Resultados

El ácido fólico es importante para el feto en crecimiento, especialmente a medida que se forma la columna vertebral. Se ha comprobado que ayuda a prevenir los principales defectos congénitos como la espina bífida, una anomalía que afecta la columna vertebral, y otras anomalías del tubo neural, como la anencefalia o el desarrollo incompleto del cerebro, el cuero cabelludo o el cráneo.

El tubo neural del bebé se forma en las primeras semanas de embarazo y muchas veces antes de que usted se entere de que está embarazada, por lo que es importante ingerir ácido fólico si planea tener un bebé. Es posible que los médicos recomienden que todas las mujeres tomen ácido fólico, ya que muchos embarazos no son planificados.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia avalan dichos estudios. Varias pruebas sostienen que tener una buena concentración de ácido fólico en el torrente sanguíneo en el momento de la concepción reduce significativamente el riesgo de que el bebé presente anomalías del tubo neural, como la espina bífida. Las autoridades sanitarias públicas recomiendan que las mujeres sanas tomen 0,4 o 0,5 mg de ácido fólico por día (que está disponible en varios suplementos vitamínicos para antes del embarazo) así lo más importante es que el ácido fólico esté presente en el óvulo antes de fertilizado.

La dosis recomendada de ácido fólico es de 400 µg (microgramos) por día. La mayoría de los suplementos de ácido fólico o vitaminas prenatales contienen la dosis diaria recomendada, pero verifique siempre la etiqueta del envase para confirmar que el producto aporte la cantidad necesaria.

Sin embargo, tal vez necesite una dosis más alta si ya tuvo un bebé con anomalía neural o si tiene antecedentes de anomalías neurales en la familia.

Síntomas de su deficiencia:

Entre los síntomas más comunes que encontramos con deficiencia del ácido fólico

se encuentran los mareos y el dolor de cabeza. Puede haber presencia de palidez externa, en el rostro. Así como una lengua muy roja, incluso son cierta brillantez. La persona se puede sentir muy cansada y con facilidad puede padecer de mareos

Los alimentos que aportan esta vitamina: hay pequeñas cantidades de folato, la forma natural del ácido fólico, en muchos alimentos, como los siguientes:

- Brócoli.
- Col de Bruselas.
- Verduras de hojas verdes, como la espinaca o el repollo.
- Guisantes.
- Garbanzos.
- Puede aumentar su consumo con alimentos fortificados con ácido fólico, por ejemplo, algunas marcas de pan y de cereales para el desayuno.

5 Discusión-Conclusión

Tomar una ración adecuada de ácido fólico podría reducir un 70% el riesgo de espina bífida en el feto antes de los dos meses de su desarrollo así sería conveniente planificar la maternidad y que este aporte vitamínico se empiece a tomar dos meses antes de la concepción ya que la médula espinal se forma en las 4 primeras semanas de embarazo y antes de que la mujer tenga la primera falta y sepa que está embarazada.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/spinabifida.html>
2. <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/spinabifida/facts.htm>

Capítulo 55

EL COLESTEROL

OLAIA CHOMON MENDOZA

1 Introducción

El colesterol es una sustancia cerosa y parecida a la grasa que se encuentra en todas las células del cuerpo. El cuerpo necesita cierto nivel de colesterol para producir hormonas, vitamina D y sustancias que le ayuden a digerir los alimentos. El cuerpo produce todo el colesterol que le es necesario pero también se encuentra en alimentos que se ingieren de origen animal, como yemas de huevo, carne y queso, y que son los que a menudo nos hace elevar ese índice de colesterol en el organismo. Si se tiene demasiado colesterol en el organismo puede combinarse con otras sustancias de la sangre y formar una placa de grasa que se adhiere a las paredes de los vasos sanguíneos. Esta acumulación de grasa en los vasos sanguíneos se llama arterioesclerosis y puede llegar a provocar una enfermedad en las arterias coronarias, las puede estrechar e incluso bloquear y crear una obstrucción que ponga en riesgo la vida de la persona.

El colesterol es uno de los lípidos o grasas más importantes que se encuentran en nuestro cuerpo. Participa en muchos procesos fisiológicos importantes en el organismo humano, fundamentalmente en la formación de las membranas de las células de nuestros órganos y como materia prima para la síntesis de hormonas sexuales y las de origen suprarrenal, es necesario para la producción de ciertas hormonas, como los estrógenos, la testosterona y la adrenalina. También es precursor de los ácidos biliares, que son sustancias que forman parte de la bilis y que facilitan la digestión de los alimentos grasos.

En circunstancias normales, casi todo el colesterol de nuestro organismo procede del que absorbemos de los alimentos y del que el hígado es capaz de elaborar.

Este colesterol pasa a la sangre, donde es transportado por unas proteínas especialmente diseñadas para ello, las lipoproteínas, para ser distribuido hacia los diversos aparatos y sistemas del cuerpo humano.

El colesterol bueno (HDL), malo (LDL) y lipoproteína de muy baja densidad (VLDL) son lipoproteínas, es decir, una combinación de grasas (lípidos) y proteínas. Los lípidos necesitan estar unidos a las proteínas para moverse en la sangre.

Los diferentes tipos de lipoproteínas tienen distintos propósitos:

-HDL significa lipoproteínas de alta densidad en inglés. En ocasiones se le llama colesterol bueno porque transporta el colesterol de otras partes de su cuerpo de vuelta al hígado. Su hígado luego elimina el colesterol de su cuerpo

-LDL significa lipoproteínas de baja densidad en inglés. A veces se le llama colesterol malo porque un nivel alto de LDL lleva a una acumulación de placa en las arterias.

-Lipoproteína de muy baja densidad (VLDL en inglés). Algunos también la califican como colesterol malo porque contribuye a la acumulación de placa en las arterias. Pero la lipoproteína de muy baja densidad y el LDL son diferentes; la lipoproteína de muy baja densidad transporta triglicéridos y el LDL principalmente lleva colesterol.

El exceso de colesterol en el cuerpo es uno de los problemas de salud que más preocupa a la población. Cuando existe un exceso de colesterol circulante en la sangre, tiende a depositarse en la pared de las arterias, originando las denominadas placas de ateroma.

Las placas de ateroma están constituidas principalmente por el colesterol allí almacenado, por células que fagocitan el colesterol: los macrófagos, y por células musculares, que acuden a estas lesiones donde sintetizan sustancias que fibrosan y hacen a las placas susceptibles de calcificación. Los niveles altos de colesterol en sangre perpetúan este proceso. Las placas van aumentando de tamaño, lo que contribuye a una mayor rigidez de los vasos sanguíneos y a una progresiva obstrucción de los mismos. En ocasiones, las placas se rompen, formándose trombos que potencialmente pueden ocluir total o parcialmente la arteria. En el transcurso de estas rupturas y trombosis se pueden desprender émbolos que viajarían por el torrente circulatorio hasta impactar en arterias de menor calibre, impidiendo desde ese momento la irrigación del tejido que dependía de ellas.

Todos estos fenómenos originan una enfermedad denominada arteriosclerosis, responsable de diversos cuadros cardiovasculares que, dependiendo de la localización de las arterias afectadas, conocemos como cardiopatía isquémica, angina

de pecho e infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrovasculares, infartos y trombosis cerebrales, arteriopatía periférica, isquemia de los miembros inferiores, aneurismas aórticos e isquemia intestinal.

2 Objetivos

Exponer la importancia de la prevención en el tratamiento del colesterol y exponer algunas técnicas diagnósticas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo un método de búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline y Cuidateplus. Las palabras clave utilizadas: enfermedades cardiovasculares, colesterol y dieta mediterránea. También se ha buscado información en revistas científicas.

4 Resultados

Si tiene 20 años o más, debe medir su colesterol al menos una vez cada cinco años. Una prueba de sangre llamada panel de lipoproteínas puede medir sus niveles de colesterol. Antes de la prueba, necesitará ayunar (no comer ni beber nada excepto agua) de 9 a 12 horas. La prueba proporciona información sobre su:

- Colesterol total: cantidad total de colesterol en la sangre. Incluye ambos tipos: el colesterol de lipoproteína de baja densidad (LDL) y el colesterol de lipoproteína de alta densidad (HDL).
- Colesterol malo (LDL): el que se acumula en sus arterias y las obstruye.
- Colesterol bueno (HDL): ayuda a eliminar el colesterol de sus arterias.
- No-HDL: este número es su colesterol total menos su colesterol bueno (HDL). Su colesterol no-HDL incluye el colesterol malo (LDL) y otros tipos de colesterol, como la lipoproteína de muy baja densidad (VLDL).
- Triglicéridos: Otro tipo de grasa en su sangre que puede aumentar su riesgo de enfermedad cardíaca (del corazón), especialmente en mujeres.

También se deben exponer de una manera actualizada los conocimientos del colesterol. Hay que abordar desde el punto de vista fisiopatológico las principales enfermedades y problemas asociados al colesterol. Se deben identificar las principales medidas que pueden ayudar a controlar el colesterol.

Si tiene grandes depósitos de placa en sus arterias, un trozo de placa puede romperse. Esto puede causar que se forme un coágulo de sangre. Si el coágulo es lo suficientemente grande, puede bloquear un poco o completamente el flujo de sangre en una arteria coronaria.

Si el flujo de sangre rica en oxígeno al músculo cardíaco se reduce o se bloquea, puede causar una angina (dolor de pecho) o un ataque al corazón. Se puede prevenir el colesterol sanguíneo alto con una alimentación sana y equilibrada, baja en grasas saturadas y a la vez incluyendo una pequeña cantidad de grasas no saturadas en la alimentación se puede contribuir a reducir los niveles de colesterol.

Hay que informar y concienciar a la población de la importancia de los estilos de vida en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares y también sobre qué es el Riesgo Cardiovascular (RCV) y la incidencia que tienen los distintos estilos de vida sobre él. Se debe valorar la actitud terapéutica del médico en función a las cifras de colesterol LDL y conocer la evolución clínica, el tratamiento y el grado de control de las hipercolesterolemias familiares. Tener el colesterol alto es una situación de riesgo, y controlar los niveles de colesterol preocuparse por vivir más y mejor.

Se puede prevenir el incremento de los niveles de colesterol en la sangre en el caso de una hipercolesterolemia poligénica, es decir, aquella en la que además de las alteraciones genéticas, participan también factores ambientales. Se debe consumir una dieta equilibrada con abundantes frutas y verduras que son ricas en fibra. Elegir alimentos con grasas insaturadas como las aceitunas, los frutos secos, el pescado, los frejoles, la soja, el germen de trigo, etc.

Hay que evitar las grasas saturadas, que se encuentran principalmente en productos animales, y los ácidos grasos, que se encuentran en las comidas rápidas y los alimentos procesados. Limitar el consumo de bebidas alcohólicas y si se fumador sería importante abandonar este hábito.

Por lo general, no hay signos o síntomas de que se tenga colesterol alto. Hay un análisis de sangre para medir su nivel de colesterol. Cuándo y con qué frecuencia debe realizarse esta prueba depende de su edad, factores de riesgo e historia familiar. No hay que olvidar hacer ejercicio con regularidad para ayudar a aumentar el nivel de HDL, que es el denominado colesterol bueno, el que no daña las arterias, y a su vez ayuda a bajar de peso cuando existen casos de obesidad o sobrepeso.

Aunque el médico tiene que valorar cada caso concreto, en términos generales, lo ideal es que el colesterol total esté por debajo de los 200 mg/dl, el malo menor de 100 mg/dl y el bueno por encima de los 35 mg/dl o 40 mg/dl en el caso de hombres y mujeres respectivamente.

Cuando hablamos de colesterol alto en general estamos hablando de exceso de LDL, que se produce cuando hay demasiada cantidad de grasas circulando por nuestro torrente sanguíneo. El término médico es hipercolesterolemia o dislipemia.

5 Discusión-Conclusión

El colesterol forma parte de las membranas celulares y es precursor de hormonas esteroideas, ácidos biliares y de la formación de la vitamina D. A pesar de su importancia biológica, es evidente que elevadas concentraciones plasmáticas de colesterol ocasionan alteraciones profundas, tales como, la hipercolesterolemia, la cual promueve, la disfunción endotelial causada por la aterosclerosis. La evolución de la aterosclerosis representa el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

La hipercolesterolemia en general, es un problema grave de Salud Pública que requiere de estudios más detallados en cuanto a la homeostasia del colesterol, ya que la implementación de nuevas estrategias dietéticas, farmacológicas o cambios en el estilo de vida, permitirán mantener en niveles recomendables el colesterol plasmático.

La administración conjunta de ezetimiba y estatinas es una nueva alternativa eficaz y segura que permite reducir significativamente los niveles de C-LDL, que cuando se administran por separado. El efecto terapéutico de estos dos fármacos logra disminuir en gran medida la incidencia de las enfermedades cardiovasculares; finalmente, todas las estrategias para mantener los niveles de colesterol en valores recomendables, tanto las no farmacológicas que incluyen cambios en los hábitos alimenticios y en el estilo de vida, y las farmacológicas, mejorarían la calidad de vida de los pacientes con problemas de colesterol, finalmente es importante recalcar que la farmacoterapia no sustituye al tratamiento integral con modificación de la dieta y el estilo de vida.

6 Bibliografía

1. <https://www.fbbva.es>
2. <https://medlineplus.gov>
3. <https://cuidateplus.marca.com>
4. <https://www.mayoclinic.org>

Capítulo 56

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD BUCODENTAL

VERÓNICA BARRIENTOS MÁRQUEZ

1 Introducción

La salud bucodental es fundamental para gozar de una buena calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales, caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar a la vez que repercuten en su bienestar psicosocial".

Las enfermedades bucodentales, como la caries dental, la enfermedad periodontal y el cáncer oral son algunas de las enfermedades más comunes y extendidas de la humanidad. Por lo general, están relacionadas con los mismos factores de riesgo que las cuatro enfermedades no transmisibles más comunes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Factores de riesgo:

- Azúcar: es el factor de riesgo principal para la caries. La reducción de su consumo, como parte de una dieta saludable promueve una mejor salud bucodental
- Tabaco: incrementa el riesgo de cáncer oral, estomatitis nicotínica del fumador, enfermedades periodontales, pérdida prematura dentaria, gingivitis, tinciones, alitosis y pérdida de gusto y olfato.
- Alcohol: solo o en combinación con el tabaco es un factor de riesgo para el cáncer de boca, faringe, laringe y esófago, y se encuentra asociado con otras enfermedades bucodentales como las enfermedades periodontales.

-Dieta: una dieta saludable, baja en azúcar, sal y grasa, y alta en frutas y verduras contribuye a reducir el riesgo de enfermedades bucodentales, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles, es por lo tanto esencial para el crecimiento y las funciones corporales saludables.

La salud bucodental y la salud general están íntimamente relacionadas y deben ser consideradas de manera integral. El examen bucal nos revela signos de hábitos no saludables como por ejemplo el consumo de tabaco o alcohol. Algunas lesiones orales podrían ser el primer signo de la infección por VIH y cambios en el aspecto de los dientes nos pueden indicar ciertos trastornos alimenticios.

Muchas enfermedades sistémicas incrementan el riesgo de padecer enfermedades bucodentales, como el incremento de riesgo de enfermedades bucodentales en pacientes diabéticos. De la misma forma que padecer ciertas enfermedades bucodentales o una pobre salud bucodental afecta a un gran número de procesos generales.

La mayor parte de las enfermedades bucodentales comparten factores de riesgo comunes con otras enfermedades no transmisibles, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cánceres y enfermedades respiratorias, estos factores de riesgo son la dieta no saludable que consume gran parte de la población mundial, consumo de tabaco y alcohol. Con el aumento mundial de la esperanza de vida una constante prevención se vuelve imprescindible. En función de la edad las necesidades en salud bucodental varían y los problemas específicos de las personas mayores, que muchas veces padecen también otras enfermedades, se vuelven más prevalentes. La toma de conciencia de la asociación entre salud bucodental y salud general es un factor importante para mantener el cuidado de estas así como la colaboración entre profesionales de la salud y del campo bucodental.

Por todo esto, es importante educar a la población acerca de estos peligros existentes en nuestra salud bucal y por consiguiente en nuestra salud general, las formas más habituales para prevenir este tipo de factores de riesgo se basan en la educación ciudadana respecto a la salud haciendo hincapié sobre todo en los niños.

Es muy importante en la edad escolar hacer hincapié en la educación para la salud de nuestra boca y promover buenos hábitos de higiene ya que es lo único que nos ayuda a prevenir futuros problemas periodontales. Los estudios afirman que casi el 20% de los niños a los 3 años tiene caries y el 40% a los 5 años.

Por otro lado, la mala salud bucodental puede dar lugar a enfermedades tales como endocarditis (infección de las válvulas cardíacas), enfermedades cardiovasculares, complicaciones en el embarazo y el parto, u otras enfermedades como cáncer y trastornos alimenticios.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Dar visibilidad al problema de la salud bucodental ya que la población, en general, no es consciente de la importancia que supone el llevar unos hábitos de vida saludables y los factores de riesgo a los que estamos expuestos.

Objetivos secundarios:

-Exponer los determinantes sociales y factores de riesgo.
-Educar a la población respecto a hábitos de vida saludables.

3 Metodología

Se han consultado bases de datos, revistas de nutrición, la página efesalud y Medline Plus. Además se ha realizado una búsqueda bibliográfica usando las palabras clave: boca, caries y salud bucodental.

4 Resultados

El primer estudio de salud bucodental en España a trabajadores en activo confirma tasas elevadas de caries y enfermedades bucodentales no tratadas.

Se concluye que las campañas de educación sanitaria son claves para prevenir las enfermedades periodontales y la caries.

Las enfermedades que afectan a las encías son mas frecuentes en hombres que en mujeres, en personas con ingresos bajos y también en la población mas longeva. En este estudio el índice de caries es de 4,5-6,5 en los menores de 35 años y de 9-11 en edades de 35 a 65 años. Desde 2010 se ha notado un aumento de caries en el grupo de 35-44 años.

La media de dientes varía de 22 entre el grupo de 55-65 años y 27 dientes en el grupo de menores de 25 años, los datos obtenidos en los reconocimientos médi-

cos confirman que un 15% de los participantes padecen hipertensión, el 55% sobrepeso, el 50% colesterol, el 11% consume alcohol a diario y el 32% fuma.

Por otro lado, más de la mitad de las personas encuestadas creen tener buena salud oral, una de cada tres aseguran haber tenido dolor en el último año, uno de los motivos más utilizado es el miedo de acudir al dentista, sin embargo un 10% de los encuestados aseguran no cepillarse los dientes nunca o casi nunca.

Los participantes en el estudio son población laboral ocupada en España, seleccionada según edad, sexo, zona geográfica, tipo de trabajo, país de origen y nivel de ingresos.

5 Discusión-Conclusión

Sabemos que cualquier problema en nuestra salud oral puede dar lugar a ciertos dolores y por consiguiente afectar a nuestra calidad de vida, una buena higiene bucal nos ayudará además de a tener una bonita sonrisa, a reducir las enfermedades bucodentales previsibles y/o curables de la población.

Tener buenos hábitos de limpieza y realizar los controles pertinentes es básico para el cuidado de nuestra boca, también está la importancia del cepillado al menos dos veces al día, el uso del hilo dental y el colutorio. Sobre todo debemos seguir estos pasos para que cualquier enfermedad oral no afecte a nuestra salud general ya que están cuidadosamente relacionadas, con todo esto y por consiguiente nuestra calidad de vida aumentará de manera positiva.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud.
2. Encuesta de salud oral de preescolares en España 2007.
3. Encuesta de salud oral en España 2005.
4. Estudio de salud bucodental de la población laboral de España 46° Reunión Nacional de la Sociedad Española de Periodoncia (SEPA), del 15 al 17 de Noviembre en el pabellón 14 del recinto ferial IFEMA de Madrid.

Capítulo 57

COMUNICACIÓN CON EL ANCIANO Y LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

MARIA JOSEFA GARCIA GUTIÉRREZ

1 Introducción

El ser humano lleva comunicándose continuamente desde sus orígenes, satisfaciendo de esta manera una necesidad humana básica. Reducir el acto de comunicarnos a una mera transferencia de información entre personas es una práctica común que va a suponer una pérdida de la efectividad del mensaje. La escucha activa requiere de retroalimentación o feedback. Otras veces es la comunicación no verbal la que es menospreciada: un gesto, una postura, una mirada, pueden llegar a definir los hechos mejor que las palabras. El buen manejo de las habilidades en la relación paciente-profesional sanitario debe tenerse en cuenta el contenido de lo que dice el paciente, de lo que siente en relación al contenido y saber cuál es su demanda en función de lo que está diciendo. Desde esa comunicación desigual que supone la relación terapéutica, el sanitario debe utilizar sus conocimientos a favor del paciente y a su vez, éste último también contribuirá en la relación, siendo el resultado un intercambio habilidades comunicativas, sean verbales o no verbales, favorecen una relación de ayuda más eficaz.

El anciano no debería tener una problemática social mayor a la de cualquier otro ciudadano, pero la situación actual española ha cambiado mucho y en pocos años se ha alcanzado un importante grado de desarrollo industrial, de las instituciones, los grupos sociales, etc. ; todo ello ha incidido en el campo de la educación, en las formas de comportamiento ;en definitiva, en la escala de valores culturales y sociales donde el perfil de los mayores y su situación social ha experimentado

grandes cambios en las últimas décadas y hasta se podría decir que han perdido su estatus y rol social.

A partir del siglo XX la comunicación no verbal ha despertado el interés de científicos e investigadores: psicólogos, antropólogos, lingüistas, estudiosos de la comunicación no verbal, sobre todo aquella que se refiere a la expresividad corporal. Actualmente, su investigación, es fruto de cuatro disciplinas diferentes: la psicología, la psiquiatría, la antropología y la etiología. El hecho es que, en cada situación comunicativa se dan simultáneamente dos niveles diferentes que nos indican cómo interpretar las palabras que escuchamos:

-Verbal o de contenido, mediante el cual los comunicantes intercambian información a propósito de algo (referente). Durante la comunicación verbal, cada interviniente necesita información intermitente acerca de las reacciones de los otros y de su estado emocional para el feedback y para controlar el turno de palabra, siendo necesario el siguiente nivel:

-No verbal o connotativo, con el que se marca la relación que se establece entre los hablantes y que delimita cómo debe entenderse la información transmitida, define el sentido de la interacción comunicativa en su conjunto. No existe una retórica universal de lo no verbal: nuestro cuerpo es el origen de toda comunicación, voluntaria o no. El cuerpo es una estructura lingüística.

2 Objetivos

Conocer las modificaciones que se suceden fisiológicamente con el envejecimiento en cuanto a la recepción, interpretación y emisión de mensajes verbales y no verbales con el fin de buscar una comunicación óptima con el anciano.

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 ha pretendido conocer cómo se lleva a cabo la comunicación en el anciano con respecto al profesional sanitario. El proceso comunicativo en el desconocido entorno al que se enfrenta. De ahí cabe desatacar que nos hemos encontrado dos cambios relacionados con la edad que ocurren en la mayoría de los ancianos contribuyendo en gran medida a tornar difícil la comunicación con ellos: los cambios en la visión y los cambios en la audición. Si una persona no puede ver muy bien o no puede oír muy bien, la mayoría de las señales sensoriales que transmiten interés, cambios en la visión: la pérdida de la transparencia de las estructuras ópticas, el amarillamiento del cristalino y la pérdida de elasticidad de los músculos que lo circundan, lo mismo que el estrechamiento de los vasos que irrigan las diferentes capas del globo ocular, producen alteraciones en la visión de la persona mayor.

Cambios en la audición: el ardo externo sufre una atrofia de las glándulas productoras de cerumen, hecho que se sucede simultáneamente con la hiperfuncionalidad de las mismas, dando como resultado un volumen normal de producción. Las dificultades con la comunicación también significan dificultades para establecer relaciones terapéuticas, dado que las últimas dependen mucho de la primera. El profesional debe trabajar para comunicar claramente y debe de utilizar de alguna forma otros canales sensoriales para transmitir significados terapéuticos. (una mirada de alerta en sus ojos, el contacto visual, el cuerpo en atención), el respeto, el afecto, calidez, la preocupación, la confianza, etc., nunca se perciben.

Los elementos negativos comunes que se estima alteran el equilibrio afectivo de los mayores, se podrían definir como: las grandes vías de comunicación, la contaminación, las barreras arquitectónicas que impiden el acceso a los jardines, centros culturales, aceras, medios de transporte, grandes superficies comerciales, etc. Por otra parte, las aglomeraciones que dan sensación de vorágine y también de anonimato, impersonalidad, en definitiva incomunicación y entorno más agresivo.

En cuanto a los medianos grupos de población y sobretodo las zonas rurales, los problemas reseñados no les afecta tanto, porque su entorno es más humano, equilibrado y se comunican más, pero también les acechan otros peligros en el domicilio, dificultades en el acceso a los servicios médicos, comerciales y municipales, y la emigración a los núcleos urbanos les dejan también más solos.

5 Discusión-Conclusión

La comunicación es más que un mero diálogo. Siempre es correcto escuchar al paciente, en el anciano este proceso de interrogar y escuchar presenta ciertas dificultades y puede ser más largo y tedioso por lo que se hace mal. A veces ellos no relatan siempre sus problemas por considerarles que son propias de la vejez o por ignorancia y a veces sienten que el médico está apurado. Una parte importante de la historia son los aspectos sociales, por ello tenemos que hacer un esfuerzo por comprender el contexto de lo vivido, la progresiva adaptación a la vida actual del anciano y crear un ambiente adecuado para que el paciente se sienta cómodo para hablar de los problemas que puede padecer como soledad, depresión, temor a la muerte, abusos, pérdida de memoria, consumo de alcohol, disfunción sexual.

La vejez no es de por sí limitante; las limitaciones nacen al ignorar que muchas funciones orgánicas y mentales se modifican sin que por ello las facultades vitales de la persona desaparezcan. Nuestro deber es ofrecer la comprensión necesaria y proveer la interrelación con unas nuevas alternativas.

Consideramos que este es un tema del cual se habla mucho en la actualidad, por ello es necesario que se tome en serio la realidad de un número de personas que está siendo cada vez mayor, ya que muchas veces tanto el estado como la familia y sociedad en su conjunto, subestima a los ancianos por lo que creemos que a los ancianos hay que saber escucharlos, oír sus preocupaciones y temores, darles nuestro afecto, que se sientan útiles y, ante todo, tratarlos con amor y cariño.

6 Bibliografía

1. Caballo, V. (1993). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.
2. Castellote Verona, FJ. Clares Martinez, I (1977). La Comunicación con el enfermo. Rev. Geriatrika, 13(9), 45-48.
3. Cibanal, J., Arce, M. C., Siles, J. y Galao, R. (2000). Notas sobre el estado de la cuestión en la relación de ayuda de enfermería. Revista de Enfermería, 11, 10-15.
4. Cibanal, L y Arce, M.C.(2009). La relación enfermera-paciente.(2ª ed.).Medellín: Editorial Universidad de Antioquía.
5. Cibanal, L., Arce, M.Cy Carballal, M.C. (2010). Técnicas de comunicación y relación de ayuda en ciencias de la salud (2ªed).Barcelona: Elsevier. 35-53.

6. García Aguilera, FJ. (2003). Desarrollo de acciones formativas y liderazgo no verbal | GestioPolis.
7. Peplau, H.E.(1990). Relaciones interpersonales en enfermería. Barcelona: Salvat Editores.

Capítulo 58

LA DIABETES

SOUKAINA EL HIRCH FARHI

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica, que se caracteriza por los niveles altos de azúcar en sangre, la glucosa que circula por la sangre se llama glucemia.

La glucosa en la sangre es la principal fuente de energía para el cuerpo humano proviene de los alimentos. Cuando llega al tubo digestivo, los alimentos contienen básicamente hidratos de carbono, grasas y proteínas, estos hidratos de carbono son los que dan lugar a la glucosa.

La insulina es una hormona que se encarga de recoger la glucosa y almacenarla en el hígado, los músculos y el tejido adiposo, la glucosa necesita de la insulina que se produce en el páncreas cuando se comen alimentos que contienen hidratos de carbono. Para que la insulina sea efectiva deben cumplirse dos condiciones:

- Que el páncreas produzca insulina en cantidad suficiente.
- Que las células sean capaces de detectar la insulina y respondan permitiendo su acción.

Además de la insulina el páncreas produce otra hormona llamada glucagón que ejerce el efecto contrario. El glucagón se fabrica en situaciones de ayuno y tiene la misma misión de movilizar las reservas de glucosa almacenarlas por la insulina para que las células puedan utilizarlas cuando lo precisen. Hay varios tipos de diabetes:

- Diabetes tipo I: aparece generalmente en los niños aunque también puede iniciarse en adolescentes y adultos. Suele presentarse de forma brusca y muchas

veces independientemente de que existan antecedentes familiares. Se produce una destrucción de las células que producen la insulina en el páncreas, por anticuerpos. Es decir el organismo ataca a sus propias células como si fueran extrañas. El mecanismo inicial que induce la aparición de estos anticuerpos no está totalmente identificado y es muy complejo. Se investiga el origen esta, en una predisposición genética, diferentes factores ambientales, produce esa respuesta auto inmune que destruye estas células.

-Diabetes tipo II: surge en la edad adulta, su incidencia aumenta en personas de edad avanzada y es unas diez veces más frecuente que la de tipo 1. En ella se produce una disminución de la acción de la insulina, de forma que, aunque haya mucha no puede actuar. Se da un componente mixto, por un lado hay menor insulina en el páncreas y por otro, esta insulina funciona peor en los tejidos (la denominada resistencia a la insulina). Su principal causa es la obesidad porque el tejido graso produce determinadas sustancias que disminuyen la sensibilidad de los receptores de la insulina.

-Diabetes gestacional: durante el embarazo la insulina aumenta para incrementar las reservas de energía, a veces este incremento no se produce, lo que puede originar una diabetes gestacional. Suele desaparecer tras el parto, pero estas mujeres tienen un alto riesgo de desarrollo de diabetes tipo 2 a lo largo de su vida.

Otros tipos de diabetes: son las que aparecen por lesiones en el páncreas, ya sean por extirpación quirúrgica o por inflamación, también por el consumo de ciertos fármacos. Entre los posibles síntomas de una elevación de glucosa se encuentran: mucha sed, sensación de mucha hambre, necesidad de orinar continuamente, pérdida del peso, cansancio, visión borrosa, hormigueo o entumecimiento de manos y pies.

2 Objetivos

- Identificar los diferentes tipos de diabetes más prevalentes en la sociedad.
- Establecer los tipos de tratamientos y las recomendaciones para la prevención de la enfermedad.
- Prevenir 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 cientí-

fica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Palabras claves utilizadas: diabetes enfermedad crónica, control diabético, riesgo cardiovascular y glucosa en sangre. También se ha buscado información en revistas científicas y libros.

4 Resultados

El diagnóstico de la diabetes se realiza midiendo los niveles de glucosa en la sangre:

- Glucemia basal (en ayunas) mayor de 126 mg/dl
- Hemoglobina glicosilada más de 6,5 por ciento.
- Curva de glucemia con 75g de glucosa mayor de 200 mg/dl
- Glucemia al azar (en cualquier momento del día) mayor de 200 mg/dl con síntomas típicos.
- El tratamiento de la diabetes se basa en 3 pilares, dieta, ejercicio y medicación.

El objetivo es mantener los niveles de glucosa dentro de la normalidad.

La insulina es el único tratamiento para diabetes de tipo 1, se puede administrar inyectada, con pluma de insulina o sistema de infusión continuada (bombas de insulina). Es preciso ajustar la administración de insulina a lo que la persona come, la actividad que realiza y sus cifras de glucosa, la persona debe medirse la glucosa de forma frecuente, mediante el uso del glucómetro.

La diabetes de tipo 2 no siempre va ser preciso la administración de insulina. Teniendo un estilo de vida saludable, siguiendo un plan de alimentación, reducir la cantidad de calorías, beber mucha agua, consumir alimentos de cada grupo alimenticio, reducir las carnes rojas, los azúcares y los alimentos procesados. Perder peso y mantenerlo, hacer ejercicio regularmente tiene muchos beneficios para la salud. No fumar, esto puede contribuir a la resistencia de la insulina.

Junto a todo esto se añade uno o más fármacos que ayudan a la insulina a funcionar, algunos son:

- Metformina.
- Inhibidores de la alfa de carboxilasa.
- Sulfonilureas.
- Inhibidores de la enzima DPP-4.

- Antagonistas de SGLT-2.
- Agonistas de GLP-1.
- Insulinas.

5 Discusión-Conclusión

La diabetes es una enfermedad crónica. Actualmente la diabetes tipo I no se puede prevenir sin embargo la diabetes tipo II sí. Las cifras de glucosa en sangre varían a lo largo del día y hay que mantener unos límites, valores muy altos o muy bajos de azúcar pueden causar muerte. Unas cifras altas durante años de azúcar pueden provocar daños en distintos órganos y tejidos riñón, cerebro, nervios, retina, corazón, arteria, conducen a un gran deterioro de la calidad de vida que la enfermedad produce. Se aconseja hacer revisiones de ojos, análisis de la función renal, pies, electrocardiograma, presión arterial.

6 Bibliografía

1. <https://fundaciondelcorazon.com>
2. https://es.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus
3. <https://www.fundaciondiabetes.org>
4. <https://www.colesterolfamiliar.org>
5. <https://www.sediabetes.org>
6. Bases de datos de Pubmed, EMBASE y Scielo.

Capítulo 59

CORONAVIRUS.UN ENEMIGO INVISIBLE Y LETAL

ÁNGELA GUINALDO BORGES

ELENA PARRADO

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

TAMARA LÓPEZ ROMERO

1 Introducción

Los coronavirus son una familia de virus que se descubrió en la década de los 60 pero cuyo origen es todavía desconocido. Sus diferentes tipos provocan diferentes enfermedades, desde un resfriado hasta un síndrome respiratorio grave (una forma grave de neumonía). Gran parte de los coronavirus no son peligrosos y se pueden tratar de forma eficaz. De hecho, la mayoría de las personas contraen en algún momento de su vida un coronavirus, generalmente durante su infancia. Aunque son más frecuentes en otoño o invierno, se pueden adquirir en cualquier época del año. El coronavirus debe su nombre al aspecto que presenta, ya que es muy parecido a una corona o un halo. Se trata de un tipo de virus presente tanto en humanos como en animales. En los últimos años se han descrito tres brotes epidémicos importantes causados por coronavirus:

-SARS-CoV: El síndrome respiratorio agudo y grave (SARS, también conocido como SARS y SARG) se inició en noviembre de 2002 en China, afectó a más de

8.000 personas en 37 países y provocó más de 700 muertes. La mortalidad del SARS-Cov se ha cifrado en el 10% aproximadamente.

-MERS-CoV: El coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) fue detectado por primera vez en 2012 en Arabia Saudita. Se han notificado hasta octubre de 2019 más de 2.400 casos de infección en distintos países, con más de 800 muertes. La letalidad es, por tanto, del 35%.

-2019 CoV: A finales de diciembre de 2019 se notificaron los primeros casos de un nuevo coronavirus en la ciudad de Wuhan (China). Desde entonces el goteo de nuevos infectados por el coronavirus 2019 CoV ha sido continuo y en las últimas semanas su transmisión de persona a persona se ha acelerado. Los casos declarados de neumonía de Wuhan ya superan a los de la epidemia de SRAS, pero la tasa de mortalidad es baja.

A pesar de que ya hay personas infectadas en diversos países, los expertos piden cautela y creen poco probable que cause brotes epidémicos en países como España. En el caso de que se confirme algún caso de infección en España, las autoridades sanitarias y las sociedades científicas consideran que nuestro país está preparado para contener la transmisión. Los coronavirus se transmiten de forma limitada entre humanos, pero hasta la fecha se desconoce el origen de estos virus. En todo caso, se sabe que ciertos animales, como los murciélagos, actúan como reservorios. Como en otros virus que causan neumonía, cuando se transmiten en humanos, el contagio se produce generalmente por vía respiratoria, a través de las gotitas respiratorias que las personas producen cuando tosen, estornudan o al hablar. Todo parece indicar que el nuevo coronavirus, 2019 CoV, también conocido como coronavirus de Wuhan, tiene una procedencia animal. De hecho, los primeros casos se han relacionado con un mercado de animales vivos de la ciudad de Wuhan, en China.

En cuanto al MERS, es probable que los camellos sean un importante reservorio para este tipo de coronavirus y una fuente animal de infección en los seres humanos, como especifica la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, se desconoce la función específica de los camellos en la transmisión del virus y también la ruta o rutas exactas de transmisión. En origen, el coronavirus MERS-CoV es un virus zoonótico que se transmite de animales a personas. Según se desprende del análisis de varios de sus genomas, se cree que el virus se originó en murciélagos y se transmitió a los camellos en algún momento de un pasado lejano. Se cree que el coronavirus del SRAS tuvo su origen en los murciélagos, saltando posteriormente a alguna otra especie de pequeño mamífero, como la civeta, y por último a los humanos.

Tipos. En los coronavirus humanos, la gravedad puede variar sustancialmente entre un tipo y otro:

- Coronavirus del resfriado. Esta variante de coronavirus corresponde a los tipos 229E y OC43, que provocan los síntomas comunes de un resfriado, aunque en los casos más graves también pueden ocasionar una neumonía en personas de edad avanzada o en neonatos.
- Síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Es una forma grave de neumonía. Provoca dificultad respiratoria y fiebre superior a los 38 grados. El brote de 2002 se extendió por todo el mundo, aunque su frecuencia siempre ha sido mayor en el este asiático.
- Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Causa graves problemas respiratorios, además de fiebre, tos y dificultad para respirar, aunque en un primer momento puede ser asintomático. En los casos más graves también se produce expectoración de sangre, diarrea y vómitos. Tuvo su primer brote en el año 2012 y desde entonces se han reportado muchos casos en Oriente Medio, aunque también ha llegado a Europa y Estados Unidos.
- Coronavirus de Wuhan (2019 CoV). El nuevo coronavirus detectado a finales de 2019 en China muestra una secuencia genética que coincide con la del SARS en un 80%. No obstante, en un principio parece menos virulento y con una mortalidad significativamente inferior.

Los coronavirus también pueden aparecer en animales. Algunos de los más frecuentes son el coronavirus canino y el felino.

2 Objetivos

Conocer las causas de transmisión del coronavirus para evitar ser reservorios de su patógeno causante.

3 Metodología

Se han consultado las bases de datos Scielo, Pubmed y Dialnet con buscador Ópera y como palabras clave: supervivencia al virus de Wuhan, antivirales, tasa de supervivencia al virus de Wuhan y prevención del coronavirus con antisepsia. Con operadores booleanos AND y NOT. Criterio de inclusión: textos en español y períodos de estudio entre el año. Criterio de exclusión: textos en inglés.

4 Resultados

Hasta la fecha no se dispone de vacuna alguna ni de tratamiento específico para combatir la infección por coronavirus. Mantener una higiene básica es la forma más eficaz de evitar contraer este virus en los lugares en los que existe un mayor riesgo de transmisión, fundamentalmente las zonas del planeta en las que se han registrado casos. Es conveniente lavarse las manos con frecuencia y evitar el contacto con personas ya infectadas, protegiendo especialmente ojos, nariz y boca. A quienes puedan estar en contacto con posibles afectados se les aconseja el uso de mascarillas y usar pañuelos para cubrirse la nariz y la boca cuando se tose o se estornuda. Cuando surgió el MERS-Cov se informó de que los productos de origen animal debidamente procesados por cocción o pasteurización no suponen ningún riesgo de infección, pero deben manipularse con cuidado para evitar que se contaminen por contacto con productos crudos. La carne y la leche de camello pueden seguir consumiéndose tras la pasteurización, cocción u otros tratamientos por calor; sin embargo su consumo crudo debe descartarse. En general, los síntomas principales de las infecciones por coronavirus suelen ser:

- Secreción y goteo nasal.
- Tos.
- Fatiga.
- Dolor de garganta y de cabeza.
- Fiebre.
- Escalofríos y malestar general.
- Dificultad para respirar (disnea).

En espectro clínico de este tipo de infecciones varía desde la ausencia de síntomas hasta síntomas respiratorios leves o agudos. Esta tipología suele cursar con tos, fiebre y dificultades respiratorias. Es frecuente que haya neumonía y, en el caso del MERS, también se pueden registrar síntomas gastrointestinales, en especial, diarrea. Tal y como ocurre con el virus de la gripe, los síntomas más graves (y la mayor mortalidad) se registra tanto en personas mayores como en aquellos individuos con inmunodepresión o con enfermedades crónicas como diabetes, algunos tipos de cáncer o enfermedad pulmonar crónica. En casos extremos puede ocasionar insuficiencia respiratoria.

Estas precauciones deben seguirlas especialmente aquellas personas que padezcan diabetes, insuficiencia renal, neumopatía crónica o inmunodepresión, ya que tienen más riesgo de padecer enfermedad grave en caso de infección por coronavirus.

La mayor parte de las muertes se han producido en China, Filipinas y Hong Kong. Hasta el momento se han detectado casos en Asia, Europa, Oceanía y América del Norte.

Diagnóstico:

Para determinar si el malestar que sufre un paciente proviene de un simple resfriado o de un coronavirus el médico puede realizar un cultivo de nariz y garganta, o incluso un análisis de sangre.

En casos de coronavirus SARS, se suele realizar una tomografía de tórax para determinar los síntomas de neumonía, así como otros análisis de coagulación de sangre, un análisis bioquímico y un conteo sanguíneo. También se realizan pruebas de anticuerpos y aislamiento del virus del SARS.

Para casos de coronavirus MERS se suele realizar una evaluación a aquellas personas que presentan los síntomas y que puedan ser proclives a contraer el virus.

El control de la temperatura (con cámaras térmicas y termómetros digitales) de las personas que llegan a un aeropuerto procedentes de zonas afectadas ha sido una de las primeras medidas que se han puesto en marcha para detectar posibles casos del coronavirus de Wuhan, tal y como se hizo con los brotes anteriores. También se realizan cuestionarios a los viajeros; en caso de sospecha, se les somete a evaluación y, en su caso, se les traslada a centros sanitarios.

Tratamientos:

No existe una vacuna contra el coronavirus humano que causa resfriado, pero los casos más leves pueden superarse siguiendo los mismos pasos que un catarro común. Esto no requiere intervención médica y simplemente con lavarse las manos de forma frecuente, guardar reposo y beber líquidos de forma abundante los síntomas desaparecerán a los pocos días. También se pueden tomar analgésicos como ibuprofeno o paracetamol para aliviar dolores de garganta o fiebre.

En casos de coronavirus SARS, MERS CoV y 2019 CoV, suele ser conveniente el ingreso hospitalario. Se administran antivirales, dosis altas de esteroides para reducir la inflamación pulmonar y un soporte respiratorio con oxígeno. En ocasiones puede precisarse antibióticos, pero solo en caso de que existan infecciones bacterianas sobrevenidas, es decir, sobreinfección. En resumen, este tipo de infecciones respiratorias se tratan con antivirales y medidas de soporte. El tratamiento se suele adaptar en función de la gravedad del paciente, ya que hay casos en los que se producen neumonías graves, pero en otros las manifestaciones son leves.

Pronóstico:

La supervivencia del paciente dependerá del tipo de coronavirus contraído:

- Los coronavirus de resfriado tienen tasas muy altas de recuperación y prácticamente todos los afectados consiguen vencer al virus a los pocos días.
- Los coronavirus de SARS también se superan en la mayoría de los casos, aunque entre el nueve y el 12 por ciento de los casos ocasionan la muerte del paciente. Tienen más expectativa de vida los pacientes jóvenes, pues suelen presentar unos síntomas más leves.

El coronavirus se contagia principalmente a través del contacto con animales infectados o por contacto estrecho con las secreciones respiratorias que se generan con la tos o el estornudo de una persona enferma. Por otra parte, la Comisión Nacional de Salud china acaba de descubrir que el contacto físico es otra vía de propagación. Algunas medidas de prevención que, en este caso, son muy similares a las de la gripe: evitar el contacto cercano con personas afectadas por infecciones respiratorias, lavarse las manos de forma frecuente, especialmente antes y después del contacto directo con personas enfermas y sus entornos, mantener una distancia de un metro entre personas (aproximadamente), cubrirse la boca y la nariz con el antebrazo o pañuelos desechables al toser o estornudar y lavarse las manos después.

Hasta este 5 de febrero, se habían registrado más de 560 muertes por este nuevo coronavirus y 28.000 contagios en China. La dolencia causa una infección aguda respiratoria y los síntomas habitualmente comienzan con fiebre, seguida de tos seca. Lo más probable es que la mayoría de la gente que contrae el virus se recupere, tal y como lo harían con otra gripe, señalan los expertos.

El coronavirus, bautizado popularmente como virus de Wuhan en referencia a la ciudad donde surgió y donde se están registrando la mayoría de casos el 2019-nCoV, recuerda a infecciones como el síndrome respiratorio por coronavirus de Oriente Medio (MERS) o el síndrome agudo respiratorio grave (SARS), que en 2003 se llevó por delante a más de 800 personas en todo el mundo. Este tipo de epidemias suelen estar provocadas por virus de animales que mutan y acaban transmitiéndose a otros seres vivos.

Según una investigación china efectuada con urgencia, el virus podría estar causado por una serpiente. Tras comparar el germen con otros coronavirus conocidos, han confirmado que el virus es la mezcla de uno originario de los murciélagos pero mezclado con otro de origen desconocido. Y esa recombinación de ARN es la que ha ido a parar a las serpientes. El coronavirus se contagia princi-

palmente a través del contacto con animales infectados o por contacto estrecho con las secreciones respiratorias que se generan con la tos o el estornudo de una persona enferma. Por otra parte, la Comisión Nacional de Salud china acaba de descubrir que el contacto físico es otra vía de propagación. Los expertos han encontrado similitudes con otras cepas de coronavirus que pueden presentarse de diversas formas, desde el resfriado común hasta la neumonía aguda. El Shanghai East Hospital de la Universidad de Tongji (China) ya ha anunciado la aprobación con urgencia de un proyecto para producir una cura conjunta entre este centro médico y el laboratorio Stermirna Therapeutics, pero el proceso de producción de fármacos es más complejo de lo que parece. El director ejecutivo de la compañía, Li Hangwen, ha asegurado que se necesitarán 40 días como máximo para fabricar las primeras muestras, que estarán basadas en la nueva generación tecnológica de ARN mensajero (ARNm) y algunos procedimientos preliminares. El ciclo de producción de las vacunas puede durar hasta cinco o seis meses, mientras que la vacuna de ARNm tiene la ventaja de un proceso de desarrollo y producción más corto.

Hasta este 5 de febrero, se habían registrado más de 560 muertes por este nuevo coronavirus y 28.000 contagios en China. La dolencia causa una infección aguda respiratoria y los síntomas habitualmente comienzan con fiebre, seguida de tos seca. Lo más probable es que la mayoría de la gente que contrae el virus se recupere, tal y como lo harían con otra gripe, señalan los expertos.

5 Discusión-Conclusión

Es la tercera vez en los últimos 20 años, tras el SARS y el MERS, que un coronavirus contagiado por animales a los seres humanos nos pone en alerta. La aparición del nuevo coronavirus 2019 Cov en China, capaz de causar una fuerte neumonía e incluso la muerte, ha comenzado a extenderse por todo el mundo, causando gran preocupación. Todavía no se conocen tratamientos efectivos para combatir el coronavirus. Por el momento, no existe una vacuna para prevenir el contagio de este virus. Por lo tanto, aunque no se restrinjan los viajes, la Organización Mundial de la Salud recomienda a los países que extremen precauciones y presten especial atención a los viajeros.

Por su parte, China ha puesto en cuarentena a las personas de Wuhan y también ha cerrado el transporte a la ciudad y sus alrededores. Además, también se ha comenzado la construcción de un hospital destinado en exclusiva al tratamiento del coronavirus y se espera que la obra finalice en menos de 10 días. El hospital

tendrá camas para tratar a 1.000 pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://www.scielo/coronavirus.com>
2. <https://www.dialnet.es>
3. <https://www.pubmed/hospital Wuhan:org>

Capítulo 60

LAS TOXIINFECCIONES ALIMENTARIAS Y SUS RIESGOS MICROBIOLÓGICOS

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ÁNGELA GUINALDO BORGES

ELENA PARRADO

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

TAMARA LÓPEZ ROMERO

1 Introducción

Las enfermedades transmitidas por alimentos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), constituyen uno de los problemas más extendidos en el mundo actual y una causa importante de disminución de la productividad para países, empresas, familias e individuos. Por ejemplo, la enteritis y otras enfermedades, diarreicas se encuentran entre las cinco primeras causas de mortalidad en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. Asimismo, expertos de la OMS consideran que entre 70 y 80 % de las enfermedades diarreicas agudas son producidas por los alimentos y el agua contaminados. De acuerdo con los informes de la OMS, se calcula que cada año se producen mil quinientos millones de casos de diarreas y mueren tres millones de niños menores de cinco años en el mundo, y de ellas, un elevado porcentaje se produce como consecuencia de la ingestión

de alimentos y de agua contaminados. En las infecciones, el alimento es el vehículo ocasional de enfermedad, mientras que en las intoxicaciones es el agente habitual.

Virus, bacterias y parásitos son los tres principales riesgos microbiológicos en seguridad alimentaria que acaban, en ocasiones, en enfermedades. Pueden causar tanto infecciones como intoxicaciones. En una infección, la enfermedad está causada por los microorganismos patógenos que se reproducen en el interior del organismo, como virus, bacterias o parásitos, mientras que la intoxicación está provocada por la ingesta de toxinas presentes de forma natural en el alimento o añadidas de manera artificial. En las infecciones, el alimento es el vehículo ocasional; en las intoxicaciones es el agente habitual. Si el trastorno lo origina un alimento contaminado con microorganismos, se habla de infección. Si, en cambio, se debe a las toxinas producidas por los gérmenes presentes en el alimento, entonces se entiende que ocurre una intoxicación. Los principales patógenos o sustancias tóxicas de cada una de ellas son:

-Infección alimentaria: bacterias (*Salmonella*, *Listeria monocytogenes*, *Campylobacter jejuni*), virus (hepatitis A, norovirus y rotavirus) y parásitos (*Trichinella spiralis*, *Anisakis simplex*).

-Intoxicación alimentaria: *Clostridium botulinum*, *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens* y *Bacillus cereus*. Las sustancias químicas que pueden causar una intoxicación alimentaria incluyen productos químicos, desinfectantes, pesticidas y metales como plomo, zinc o cadmio. Plantas, hongos y marisco son alimentos que pueden causar intoxicación.

La ingesta de alimentos contaminados por microorganismos patógenos o sus toxinas causa toxiinfección alimentaria. Este concepto hace referencia a la acción patógena de los microorganismos, que puede ocurrir a través de los dos mecanismos: la infección y la intoxicación. Los síntomas de las dos son similares. Ambas pueden provocar dolores de cabeza, vómitos, dolor abdominal, calambres, diarrea o deshidratación.

Síntomas de infección e intoxicación alimentaria.

Los síntomas más frecuentes de la intoxicación alimentaria son náuseas y vómitos. El tiempo de inicio, o el tiempo entre el consumo de alimentos y la primera señal, es más corto que en el caso de infección. Esto es así porque, en esencia, el organismo reacciona más rápido cuando se experimenta una intoxicación por sustancias químicas (en general, se desarrollan a las dos horas tras el consumo).

Los signos habituales de la infección de alimentos son diarrea, calambres estom-

acales, fiebre y escalofríos (estos dos últimos son más extraños en el caso de una intoxicación). El tiempo de reacción es mayor porque los microorganismos necesitan tiempo para reproducirse y atacar el organismo.

En la infección alimentaria, uno de los patógenos más involucrados es la Salmonella, capaz de crecer en el intestino. Las principales fuentes de infección son las personas y los animales de sangre caliente. El patógeno llega a los alimentos por la contaminación de los manipuladores de alimentos o, en el caso de huevos y aves de corral, puede estar presente ya en el animal.

En la intoxicación alimentaria, los microorganismos que se localizan en los alimentos producen una toxina que en la mayoría de los casos no se elimina con la cocción. Es muy difícil detectarla porque no se altera ni el sabor, ni el aspecto ni el olor. La única forma de prevención es mantener los gérmenes fuera de los alimentos y estos, a temperatura adecuada.

- La higiene en la cocina hospitalaria disminuye el riesgo de enfermedades.
- Para la seguridad alimentaria es aconsejable separar la comida por género, evitar la manipulación cruzada con utensilios y emplear materiales antibacteriales.
- Las cocinas hospitalarias son zonas de riesgo semicrítico de contaminación ambiental hacia el paciente, por lo que además de los cuidados que cualquier persona tendría en la manipulación de los alimentos, la higiene del centro sanitario es fundamental.

En la cocina hospitalaria la comida debe estar almacenada por género en distintas neveras, así como es aconsejable utilizar distintos utensilios en la manipulación de los alimentos para evitar la contaminación cruzada. En el sistema de limpieza y desinfección se aplica una técnica húmeda y por arrastre. Y en lo que respecta al diseño de las instalaciones debe evitarse los espacios de difícil acceso, como recovecos, donde se acumule suciedad; y facilitar una cadena de trabajo siempre hacia delante, con una separación de zonas limpias y sucias. Además, según Maite Pelayo, del Consejo Asesor del Instituto Silestone, "es conveniente que el diseño contemple la instalación de Sistemas Pasivos de Seguridad Alimentaria". Esto se refiere a todos aquellos materiales y equipos de última generación que, instalados en la cocina, mejoran el nivel de seguridad microbiológica e higiene sin que se modifiquen sustancialmente los hábitos del manipulador. Dentro de este amplio grupo, encontramos materiales y revestimientos con tratamiento bacteriostático, herramientas y utensilios con protección antibacterial o dispensadores automáticos de agua y jabón con sensor. Un gesto como lavarse las manos, por otro lado, puede salvar vidas, ya que se ha comprobado que ésta es la principal vía de dis-

tribución de los gérmenes entre las personas ingresadas. Cuidando solamente la higiene, se podrían evitar muchas enfermedades, especialmente aquéllas que se transmiten por contacto y algunas alimentarias, como la salmonella.

Alimento, tiempo y temperatura son los tres elementos implicados en las intoxicaciones e infecciones si se dan las condiciones adecuadas. Entre los factores que contribuyen a las enfermedades de transmisión alimentaria, tanto infecciones o intoxicaciones, figuran:

- Preparación de alimentos con mucha antelación.
- Mantener los alimentos a temperatura ambiente en lugar de hacerlo en el refrigerador.
- Contaminación cruzada entre productos crudos y cocinados.
- Deficiente higiene, tanto de manos como de utensilios y superficies.

2 Objetivos

Objetivo principal:

Explicar las toxiinfecciones alimentarias y sus riesgos microbiológicos.

Objetivo secundario:

- Establecer la historia natural de la enfermedad.
 - Establecer el alimento implicado y/o el origen (las fuentes de infección en caso de enfermedades transmisibles), el agente causal, el modo o mecanismo de transmisión, período de incubación o latencia y el espectro clínico.
 - Caracterizar la población de riesgo.
- Establecer los posibles factores contribuyentes e identificar factores protectores o de riesgo.
- Establecer medidas de control y prevención, y evaluar su impacto

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática en las bases de datos Scielo, Dialnet y Lilacs con buscadores ópera y Google con el operador boléano “AND” y los descriptores: toxiinfección, higiene alimentaria, contaminación cruzada y lavado de manos higiénico. Criterios de exclusión: textos en inglés. Criterios de inclusión: datos de nivel mundial.

4 Resultados

Cada año se producen más de 8.000 intoxicaciones alimentarias en España.

Cada año se registran en España más de 5.000 casos de salmonelosis (infección por comer alimentos con salmonella, una bacteria). Esa cifra, que desde 2005 es de declaración obligatoria y se registra en el Centro Nacional de Epidemiología supone aproximadamente el 70% de los casos de infecciones alimentarias, según el Ministerio de Sanidad. Eso indica que otras causas (botulismo, anisakis, *Escherichia coli*) representan otras 3.000 aproximadamente.

Los números son siempre a la baja. Al registro que lleva el Instituto de la Salud Carlos III sólo van los casos más graves y aquellos que han sido diagnosticados por médicos que se molestan en notificarlos. Pero aún así este muestreo es suficiente para mostrar la gravedad de un proceso que la mayoría de las veces es evitable y que en algunos pocos casos es mortal.

Como se sabe que el calor destruye la mayoría de los microorganismos, asegurarse de que las sopas hierven o de que las carnes están bien cocinadas son medidas fáciles y seguras. En caso de que no se pueda usar el calor, acidificar las salsas con un poco de vinagre o limón también ayuda, indica la Aesan.

En el caso del anisakis (un parásito que se encuentra en los pescados) el mecanismo puede ser el contrario. Es más sensible al frío, por lo que congelar los alimentos antes de cocinarlos es una buena medida, recuerda Sanidad. El frío también ayuda a evitar la proliferación de agentes infecciosos, por lo que se recomienda guardar siempre en la nevera lo que no se vaya a consumir inmediatamente.

Es importante:

1. Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente.
2. Cocinar correctamente los alimentos

La temperatura a la que debe someterse el alimento debe ser suficiente para que alcance un mínimo de 70° C en el centro del producto.

3. Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados.
4. Un alimento cocinado, es un alimento higienizado.
5. Calentar suficientemente los alimentos cocinados.
6. Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados.
7. Asegurar una correcta higiene de la persona que va a manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina.
8. Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de

compañía.

9. Utilizar exclusivamente agua potable.

10. No consumir alimentos perecederos que estén expuesto a temperatura ambiente.

Además de proceder a su notificación sistemática por el procedimiento habitual en el momento de su conocimiento (de la sospecha, sin esperar al diagnóstico de confirmación), todos los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos de cualquier etiología han de ser notificados a la Dirección de Salud de Área por la vía más rápida (teléfono, fax) y en todo caso dentro de las 24 horas siguientes a su detección, por el profesional que lo conozca, tanto del sistema sanitario público como privado. Todos los profesionales, centros, servicios y unidades del Sistema Sanitario Público, prestarán a la Dirección de Salud la colaboración necesaria que ésta solicite, para la recogida de información, realizar encuestas epidemiológicas y establecer medidas de control.

La investigación e intervención ante un brote debe iniciarse lo antes posible, tan pronto se conozca la existencia de éste y atendiendo a sus características. La necesidad de la protección de la población es la principal prioridad, aunque también deben ser consideradas otras como atender su preocupación ante la situación, ofertándole la información que proceda. La Dirección de Salud de Área es la responsable de la gestión del brote y en consecuencia investigará directamente todos los brotes declarados o detectados en su demarcación, cumplimentando las fichas y/o encuestas epidemiológicas correspondientes, recibiendo la colaboración que se precise de todos los centros, servicio y profesionales sanitarios del Sistema de Salud público que fueran necesarios, para dicha investigación y gestión, según establece la Legislación vigente. La Dirección de Salud de Área nombrará a un epidemiólogo responsable de la investigación del brote, el cual centralizará toda la información relativa al mismo derivada de las acciones realizadas (encuestas epidemiológicas, inspecciones, toma de muestras, resultados de laboratorio, etc.) y será el encargado de emitir los preceptivos informes. Todos los centros, servicios, unidades y profesionales implicados en el estudio, gestión o control del brote facilitan al epidemiólogo responsable toda la información referente al mismo de la manera más rápida y eficiente en cada momento

En todo brote ha de realizarse una investigación epidemiológica pasando por sus diferentes fases: descriptiva, analítica y en su caso experimental, si bien esta última rara vez es llevada a cabo. En la investigación de un brote se pueden establecer una serie de etapas, no precisamente cronológicas ya que suelen solaparse en el

tiempo, pero que pueden considerarse a efectos didácticos, iniciándose dicha investigación por la correspondiente Dirección de Salud inmediatamente tras su notificación o detección. Recogida de información y propuesta de medidas de control iniciales. Confirmar la existencia del brote: debe recogerse toda la información posible entrevistando a todos los afectados que en ese momento se conozcan. Para ello procederá a:

- Contactar con el personal asistencial que dará el diagnóstico de presunción y orientará hacia la posible fuente (la exposición a posibles alimentos debe formar parte de la historia clínica del paciente, a realizar por el profesional que atiende a los afectados). - Identificación de los casos con nombre, apellidos, teléfono de contacto, domicilio, etc.
- Identificar posibles nuevos casos y a las posibles personas expuestas sanas.
- Identificación de los posibles establecimientos y/o productos implicados.
- Realizar las encuestas epidemiológicas: las encuestas realizadas inicialmente a los casos atendidos permiten habitualmente identificar, o al menos sospechar, la fuente común de un brote. Debe hacerse todo lo posible por realizar una encuesta individual exhaustiva protocolizada (anexo III) a cada afectado, que deberá realizarse con la mayor brevedad posible. Aunque esta área de trabajo es propia o específica del epidemiólogo, también la pueden y deben realizar otros profesionales sanitarios dependiendo en cada momento de la situación del brote, y siempre bajo la coordinación del epidemiólogo responsable de su investigación. Las encuestas epidemiológicas forman parte de la historia clínica del paciente.
- Toma de muestras clínicas: Debe hacer todo lo posible para la recogida de las muestras orgánicas de los afectados que en cada caso proceda, según la sospecha clínica del brote, que sean de interés diagnóstico y remitirlas cuanto antes al laboratorio clínico habitual; específicamente, en casos de toxiinfección alimentaria se recogerán muestras de heces para coprocultivos, teniendo en cuenta que las muestras para coprocultivos de los afectados deben tomarse antes de la administración de quimioterápicos (concretamente antibióticos). La petición de análisis en muestras clínicas relacionadas con brotes en general, seguirán el trámite ordinario establecido por cada área de salud, si bien deberán identificarse como brote por alimentos, o toxiinfección alimentaria en su caso, indicando cual es la sospecha clínica, y serán considerados como urgentes por los laboratorios del Sistema Sanitario Público en general, y en especial por los laboratorios de microbiología de los hospitales del Servicio Extremeño de Salud.
- Descripción inicial: Para establecer inicialmente el posible origen o los posibles alimentos implicados se realizará una descripción de los datos obtenidos en base a:

1. Tiempo: según al momento de presentación de los síntomas podemos dibujar la curva epidémica de presentación de casos sobre un eje de coordenadas, colocando en el eje de valor (Y) el número de afectados y en el de categorías (X) la unidad de tiempo a considerar, variando ésta en función del proceso que se trate, obteniendo información sobre el tipo de exposición (puntual o continuada) y las probables fechas de exposición en según el periodo de incubación.

2. Lugar: con la información obtenida podemos saber donde ocurrió la distribución espacial de los afectados: identificación inicial del lugar o lugares.

3. Persona: las características personales pueden hacer que la afectación varía de una persona a otra por lo que es importante describir la afección en base las diferentes variables de persona (género, edad, ocupación, etc.), además se deben recabar los datos sobre los alimentos consumidos y no consumidos y donde los consumió cada persona afectada y también las no afectadas, pues ello nos informa sobre el posible alimento implicado y la posible fuente de infección en la investigación de un brote.

-Toma de muestras de alimentos petición de análisis en muestras de alimentos relacionadas con brotes en general información lo más detallada posible que permita identificar el producto, y que incluirá como mínimo:

1. Nombre del producto.

2. Nombre del fabricante.

3. Domicilio o razón social.

4. N° de Registro Sanitario.

5. Lote de fabricación.

6. Fecha de caducidad de la Dirección de Salud informará a la Subdirección de Epidemiología inmediatamente de cualquier aspecto relevante en cuanto a la situación del brote (aumento de número de afectados, ingresos hospitalarios, fallecimientos, aparición de casos en otras zonas geográficas, etc.) de su gestión (toma de muestras, inspecciones realizadas, detección de posibles productos comerciales implicados, etc.) o de las medidas adoptadas (inmovilizaciones cautelares de productos implicados, adopción de medidas de control personales, etc.) y de cualquier otro extremo que pueda tener interés sanitario, social o administrativo.

Una vez finalizado el brote, y en un plazo máximo de 2 meses desde su finalización, la correspondiente Dirección de Salud de Área remitirá a la Subdirección de Epidemiología los siguientes informes finales:

A. Informe administrativo detallado de las actuaciones realizadas, especificando la investigación llevada a cabo, sus resultados, y las medidas adoptadas. Este informe debe de contener como mínimo:

- Resumen ejecutivo.

- Estudio epidemiológico realizado.
- Medidas de control propuestas y adoptadas.
- Conclusiones y las recomendaciones finales.
- Propuesta de medidas de control definitivas.

Además, deben ir acompañados de los anexos necesarios relativos a las fuentes de información utilizada, inspecciones realizadas, los resultados de laboratorio, los informes técnicos, los métodos, los formularios, etc. El informe y sus anexos deben de ir firmados por el epidemiólogo responsable de la investigación del brote y los técnicos que lo han realizado o colaborado en su realización y remitirse por escrito.

5 Discusión-Conclusión

El control y prevención de las enfermedades transmitidas por alimentos reviste especial importancia en nuestros días ya que el cambio de hábitos alimentarios de la población, con un mayor consumo de productos elaborados industrialmente, está produciendo un lento, pero progresivo aumento de las mismas, en especial de las Toxi-infecciones alimentarias. Todo ello a pesar de la avanzada tecnología sanitaria aplicada a la producción, elaboración, almacenamiento y distribución de los alimentos, de la aplicación del análisis de peligros y puntos de control críticos en los procesos de industrialización alimentaria, e incluso de las certificaciones sanitarias (Normas ISO) y el aseguramiento de la calidad que los industriales alimentarios implantan en sus procesos productivos.

El control de estas enfermedades pasa por la existencia de una información epidemiológica lo más eficaz y ágil posible, así como por el establecimiento de unas pautas de actuación protocolizadas que faciliten la intervención rápida y eficaz desde los diferentes niveles del sistema sanitario. Independientemente de que pueda representar una urgencia clínica para los pacientes, la presencia de un brote epidémico representa una urgencia epidemiológica, siendo pues un evento de declaración individualizada y urgente, a efectos de vigilancia epidemiológica y de cara a la toma de medidas de control.

6 Bibliografía

1. Castro Domínguez A. Enfermedades transmitidas por alimentos. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.

2. Hernández Herrero MM. Importancia del lavado de las manos [Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma; 2003 [citado: 22 de julio de 2009]. Disponible en: <http://www.consumer.es>
3. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. 2ª Edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.
4. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 202/2000, de 11 de febrero del Ministerio de Sanidad y consumo por el que se establecen las normas relativas a los manipuladores de alimentos. BOE núm 48 de 25/02/2000.

Capítulo 61

LA ENFERMEDAD INMIGRANTE PARASITARIA DE CHAGAS

ELENA PARRADO

MARIA FERNÁNDEZ ÁLVAREZ

ÁNGELA GUINALDO BORGES

TAMARA LÓPEZ ROMERO

VERÓNICA CRISTÓBAL LUCAS

1 Introducción

Reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de las 13 enfermedades más desatendidas de mundo, y por la Organización Panamericana de la Salud como una enfermedad de la pobreza, la enfermedad de Chagas ha sido un azote para la humanidad desde la antigüedad, y sigue siendo un problema relevante social y económico en muchos países de América Latina.

El fenómeno mundial de la urbanización cambió el patrón epidemiológico tradicional; hoy es una enfermedad predominantemente urbana (en 2/3 de los pacientes infectados) y las vías alternativas de transmisión han adquirido, proporcionalmente, más importancia. Por otro lado, por causa del fenómeno de las migraciones, existe un continuo riesgo de exportación de la infección a otros países. Según estudios del Ministerio de Asuntos Sociales, en Enero de 2010 ya había casi 3.000.000 de americanos en territorio español.

La enfermedad de Chagas, también conocida como tripanosomiasis americana o Mal de Chagas Mazza, es una enfermedad parasitaria tropical, generalmente crónica, causada por el protozoo flagelado.

El agente causal de la enfermedad, es miembro del género del agente infeccioso causante de la enfermedad del sueño africana, y del mismo orden del agente que causa la leishmaniasis. Sin embargo, sus manifestaciones clínicas, distribución geográfica, ciclo de vida y su vector son considerablemente diferentes.

2 Objetivos

- Analizar y describir el agente causal, la fuente de infección y la patocronia.
- Reconocer signos y síntomas de las enfermedades emergentes para evitar nuevas infecciones.

3 Metodología

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

4 Resultados

Fuente de infección: el tripanosoma de cruzi es el agente causal de la tripanosomiasis americana, es transmitido por varias especies de insectos hematófagos triatomíneos. Estos vectores se encuentran en grandes cantidades en la naturaleza, donde transmiten el parásito a otras muchas especies de mamíferos a partir del reservorio natural. Estos insectos viven en zonas endémicas, en rincones y grietas de viviendas precarias, y se infectan al succionar la sangre de los seres humanos u otros mamíferos que portan tripomastigotes circulantes.

Dos de las tres especies que infectan a los seres humanos son patógenos, y varias otras pueden causar enfermedades graves en los mamíferos domésticos.

En el 80% de los casos en seres humanos, la enfermedad se debe a la transmisión

vectorial, a través de las heces del *Triatoma*. El protozoo penetra a través de lesiones en la piel, conjuntivas o mucosa, usando como vehículo las heces del insecto.

Transmisión intrauterina o placentaria: infección prenatal, por circulación materna a través de la placenta, con infección aguda o crónica.

Otros tipos de transmisión:

-Hemato Transmisión: por transfusión sanguínea.

Transmisión lactogénica: infección durante la lactancia.

Transmisión oral por ingestión: esta forma de transmisión es muy importante en zonas amazónicas.

Transmisión por contaminación accidental: infección accidental en laboratorios médicos por manipulación de chinches provenientes de animales infectados.

-Patogenia: tripomastigotes provocan una reacción inflamatoria local en el sitio de entrada, y en poco tiempo empiezan a multiplicarse, ya que son capaces de escapar de sus vacuolas. El daño tisular durante la infección aguda es causado por el parásito mismo y por la respuesta aguda inmunoinflamatoria del anfitrión.

-Patocronia: crónica: durante la infección crónica, el equilibrio entre la contención de parásito inmune y la inflamación dañina de los tejidos del huésped determina el curso de la enfermedad. Si la respuesta inmunológica es ineficiente, o, paradójicamente conduce a daños en los tejidos, tanto la carga de parásitos como la infección aumenta. Por el contrario, una respuesta inmune bien ejecutada, baja la carga parasitaria y las consecuencias inflamatorias se mantienen al mínimo, el daño tisular es menor.

-Aguda: incluyen el parasitismo intracelular de los músculos y otros tejidos subcutáneos, edema intersticial. Los músculos incluido el miocardio, son los tejidos más fuertemente parasitados lo que puede causar miocarditis y necrosis.

Actualmente, se utilizan dos fármacos para tratar la enfermedad: Benznidazol y Nifurtimox (antibióticos antiparasitarios). Ambos producen serios efectos adversos y no funcionan en pacientes crónicos. Sin embargo, existen tratamientos para los síntomas producidos por los daños en los órganos como el corazón y sistema digestivo. En la fase aguda de la enfermedad, la administración de estos medicamentos ayuda a controlar la enfermedad y disminuye la probabilidad de cronicidad en un 80% de los casos.

5 Discusión-Conclusión

Las conclusiones a las que hemos llegado con esta revisión bibliográfica son:

- Las medidas de profilaxis y control son altamente efectivas.
- Mejorar la calidad de las viviendas, que no permitan refugiarse a los insectos.
- Mantener la higiene en la vivienda y enseres.
- Utilizar insecticidas que permitan matar la vinchuca (chipo, pito).
- Facilitar la tarea a los rociadores de insecticida.
- Exámenes prenatales a las gestantes con posibilidad de estar infectadas.
- Muchas otras medidas terapéuticas (reposo, dieta específica, digitálicos, diuréticos, antiarrítmicos, dilatación del cardias, entre otros) pueden mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumentar su supervivencia.
- Conocer la vinchuca, aprender a identificarla.
- Si ha sido picado por vinchucas, consultar inmediatamente al médico y denunciar a la autoridad competente.

6 Bibliografía

1. Tratado S.E.I.M.C.D de Enfermedades Infecciosas y Microbiología. Asina RV y Moreno GS org. Editorial Médica Panamericana, 2005.
2. Tropical Infectious Diseases. Principles, Pathogens y Practice. Richard L. Ger-rant, David.
3. <http://blogs.20minutos.es/myfiles/latino/niño-inmigrante>

Capítulo 62

GLOBALIZACIÓN Y ENFERMEDADES INFECCIOSAS INMIGRANTES

PILAR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

MARIA DEL ACEBO RODRÍGUEZ FERNÁNDEZ

COVADONGA URÍA BERMÚDEZ

1 Introducción

Es frecuente, la aparición de enfermedades adquiridas en un país y diagnosticadas en otro, donde la prevalencia es menor o, incluso, los casos son casi inexistentes. Algunos ejemplos de patologías inmigrantes son la tuberculosis, la enfermedad de Chagas o la malaria.

Esta transmisión se debe a los movimientos migratorios y al incremento de viajes a nivel internacional propiciados por el desarrollo de los medios de transporte y los medios de comunicación. La transmisión de microorganismos es imparable, lo que se ve agravado por su proliferación, mutación y versatilidad (se adaptan con facilidad a nuevas condiciones y huéspedes).

2 Objetivos

- Determinar la importancia de un diagnóstico precoz de enfermedades infecciosas inmigrantes.
- Determinar los aspectos a tener en cuenta a la hora de tratar y elaborar la historia clínica de un paciente con sospecha de patología infecciosa.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diversos artículos y documentos relacionados con el tema a tratar, donde la fuente de información principal empleada ha sido: Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Las palabras clave introducidas han sido: enfermedades infecciosas, inmigración, globalización, diagnóstico y prevención.

4 Resultados

La inmigración es un proceso imparable y en auge que, en materia sanitaria, supone afrontar diversos retos encaminados a la identificación precoz y tratamiento de ciertas enfermedades ya casi erradicadas en el país receptor. Por lo tanto, la globalización de las enfermedades e infecciones conlleva la necesidad de adoptar una serie de medidas también globales que permitan minimizar su impacto tanto en el paciente como en el entorno que le rodea.

El diagnóstico precoz de las infecciones y patologías inmigrantes es de imperativa importancia, sin embargo, dicha identificación se puede ver dificultada en el caso de pacientes asintomáticos que actúan como vectores de contagio, sin tener conocimiento de ello.

Los servicios de vigilancia epidemiológica y los servicios de salud pública desempeñan un papel fundamental en dicho ámbito.

A la hora de llevar a cabo un diagnóstico y elaborar la historia clínica del paciente se han de tener en cuenta diversos ítems, como, el país de origen del paciente, la ruta migratoria seguida para llegar al país de destino, las condiciones en las que se ha realizado el viaje, la fecha de llegada, el estado vacunal del paciente y los síntomas que ya se han manifestado.

5 Discusión-Conclusión

Los desplazamientos demográficos que se realizan a nivel mundial ocasionan la transferencia de ciertas enfermedades infecciosas que ya se habían considerado erradicadas. Para ello se deben llevar a cabo una serie de medidas y protocolos encaminados al diagnóstico precoz y tratamiento de estas, teniendo en consideración a posibles pacientes contagiados por enfermedades de estas características con sintomatología leve, pero que hagan saltar las alarmas. La patología infecciosa no ha de ser asociada en exclusiva a los movimientos migratorios, ya

que el turismo y los negocios también motivan desplazamientos a nivel internacional.

6 Bibliografía

1. Globalización y enfermedades infecciosas. Estudios Internacionales y Estratégicos. Real Instituto El Cano.
2. Enfermedades infecciosas y Microbiología Clínica. Centro de Salud Internacional. Sección de Medicina Tropical de Barcelona. Elsevier.
3. Estudio de Inmigración y Salud Pública: Enfermedades Infecciosas Importadas. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Capítulo 63

ABORDAJE FISIOTERAPÉUTICO DE LA DIÁSTASIS ABDOMINAL

YASMINA ÁLVAREZ OVIEDO

1 Introducción

La línea alba es la separación de los músculos rectos del abdomen. En algunas ocasiones, esta distancia entre rectos puede aumentar, produciéndose lo que conocemos como diástasis abdominal (1). Este aumento de la separación puede ocurrir como resultado de un estrés prolongado en el transverso del abdomen en diversas situaciones, siendo una de las más importantes el embarazo (2,3).

Mecánicamente, el útero expandiéndose afecta a la forma del abdomen y de la posición de la columna lumbar, aumentando la lordosis lumbar, lo que supone un aumento de la distancia entre las inserciones musculares.

Funcionalmente, esto se manifiesta con una disminución de la fuerza que afecta sobre todo al recto del abdomen (4). Además, durante este período de la vida, las hormonas que se generan hacen que la línea alba se elastifique y expanda para acomodar al feto, aumentando entonces la distancia entre los rectos del abdomen. Esta separación suele aparecer de manera más evidente durante el tercer trimestre de embarazo (5). Sin embargo, los estudios han demostrado que este aumento de la distancia comienza en torno a la semana 14 y puede permanecer incluso después del parto (1).

La diástasis sufre una recuperación natural que dura entre el día 1 y la semana 8 tras el alumbramiento. Una vez pasado ese período, esa recuperación espontánea

se estabiliza (4). Para que la diástasis sea considerada como patológica, la separación entre los rectos del abdomen debe ser mayor de 2,7 cm a nivel umbilical según algunos estudios (6), o mayor de 2 cm en uno o más puntos de medición al nivel del ombligo o de 4,5 cm por encima o por debajo del ombligo (7,8).

Respecto a su prevalencia, la diástasis abdominal supone un problema frecuente entre la población que haya sufrido un embarazo, ya que entre el 66 y el 100% de las mujeres la presentarán durante el tercer trimestre (5,9), y hasta un 53% seguirán presentándola después del parto (10). Los estudios parecen indicar que hay muchos factores de riesgo que podrían favorecer la aparición de esta patología como son la edad de la madre, el número de partos que haya tenido, si previamente ha tenido una cesárea, el peso que haya ganado la madre durante el embarazo, el peso del bebé, si es un embarazo múltiple, la etnia, si se dedica al cuidado de hijos a su cargo (10, 11, 12), la presencia excesiva de líquido amniótico o la macrosomía fetal (13). Sin embargo, otros estudios (14, 15) no muestran factores de riesgo claros, así que no hay un consenso sobre las causas que pueden facilitar el desarrollo de la diástasis abdominal.

Además de suponer un problema estético para muchas mujeres, la diástasis puede derivar en otros problemas mecánicos como son la alteración de la movilidad del tronco, la inestabilidad pélvica e, incluso, cambios en la postura, lo que puede conllevar que la zona lumbar y la pelvis sean más vulnerables a las lesiones y al dolor (1, 8, 16). Asimismo, la diástasis también puede estar relacionada con disfunciones del suelo pélvico como la incontinencia urinaria, la incontinencia anal o el prolapso de las vísceras pélvicas (11, 17).

Las pacientes tienen poca información sobre su prevención o tratamiento. A pesar de ello, la diástasis abdominal es un problema consultado frecuentemente en los centros de fisioterapia, bien como motivo principal o bien como causa de otros problemas derivados de esta patología como pueden ser el dolor lumbar o pélvico. Los fisioterapeutas disponen de diversas herramientas terapéuticas que se pueden utilizar en caso de presentarse una paciente con esta problemática. Una de ellas son los programas de actividad física que incluyen ejercicios de fortalecimiento de core o zona abdominal, especialmente del transversal del abdomen.

Además, se podrían usar en combinación con ejercicios de suelo pélvico, ya que la correcta realización de contracciones en la musculatura de esta zona provoca a su vez una co-contracción de la musculatura abdominal (18-21), lo que podría utilizarse para entrenar dicha musculatura (21). Otra técnica a disposición de los fisioterapeutas es la estimulación neuromuscular, que consiste en la aplicación

de una corriente eléctrica para producir una contracción muscular. El uso de corrientes ha aumentado significativamente durante los últimos años, ya que se ha visto que ayuda al fortalecimiento muscular en diversas terapias, como son la patología de cuádriceps (22, 23) o problemas neurológicos (24, 25).

2 Objetivos

Estudiar las posibles alternativas de las que dispone el fisioterapeuta cuando llega una paciente a su consulta con el diagnóstico de diástasis abdominal o cuando haya una sospecha de que este problema exista por la sintomatología asociada (dolores lumbares o pélvicos) y cuáles de ellas han demostrado mayor efectividad en los estudios científicos.

3 Metodología

Se hizo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos como PubMed, PEDro (Physiotherapy Evidence Database) y Google Académico revisando los artículos publicados a fecha 16 de marzo de 2020. Se utilizaron para la búsqueda las palabras claves diástasis, ejercicio y fisioterapia, tanto en español como en inglés. Se han excluido de la revisión aquellos artículos que no aportaran una posibilidad de acceso gratuito.

4 Resultados

Los cuatro estudios incluidos finalmente tienen diversos diseños: una revisión sistemática que valoraba los efectos del ejercicio en la diástasis tanto pre como postparto (26), dos ensayos clínicos aleatorizados sobre los efectos en la diástasis de un programa de ejercicio durante el postparto (27, 28) y un ensayo clínico aleatorizado sobre los efectos de la neuroestimulación muscular en la diástasis tras el parto (29).

Todos los estudios revisados incluían alguna forma de ejercicio, también los examinados previamente por la revisión bibliográfica. Uno de los estudios añadía a dicho programa un conjunto de ejercicios de suelo pélvico (27), otro sumaba ejercicios de estabilidad de la musculatura profunda (28) y el último lo completaba con la utilización de neuroestimulación muscular (29). En cuanto a los ocho estudios analizados en la revisión bibliográfica (26), cuatro de ellos estudiaban la

influencia de programas de ejercicio en el postparto (13, 30-32), añadiendo en dos de ellos (13, 31) el uso de ortesis junto a los ejercicios.

La mayoría de los estudios utilizaron la distancia entre rectos como variable de referencia. Sin embargo, uno de ellos (27) sólo utilizó la presencia o ausencia de la diástasis abdominal para valorar los efectos de su intervención, y otro de ellos (32) sólo valoró la calidad de vida utilizando el cuestionario SF36 de valoración de calidad de vida, que también fue valorada por otro de los estudios (28) con la versión corta (PF10) del mismo cuestionario que utilizó Zappile-Lucis.

Respecto a los efectos del ejercicio en la distancia entre rectos, esta variable mejoró en todos los estudios que la evaluaron (13, 28, 31) y, además, esta mejora fue mayor en los grupos de intervención que la ocurrida en los grupos control. En cuanto a la valoración de la calidad de vida, ésta mejoró en ambos estudios (29, 32). El estudio que únicamente valoraba la prevalencia de la diástasis (27) mostró mejoría tanto en el grupo del ejercicio como en el grupo control (al que no se sometió a ningún tipo de intervención), pero la diferencia entre grupos en la presencia o no de la diástasis no fue estadísticamente significativa ($p=1,0$ a los 6 meses y $p=0,95$ a los 12 meses).

5 Discusión-Conclusión

La diástasis abdominal es un problema frecuente durante el período del postparto, lo que podría derivar en otra serie de problemas como son el dolor pélvico o lumbar. El objetivo de este capítulo era analizar las diversas técnicas que los fisioterapeutas tiene a su disposición en sus consultas para mejorar esta condición. Para ello se analizaron cuatro estudios de diseños diversos que evaluaban las intervenciones desde la fisioterapia para reducir la diástasis abdominal. Todos los estudios presentaban un programa de ejercicio como intervención de manera exclusiva o asociado a otras terapias o ejercicios más específicos.

Todos los estudios mostraron que el ejercicio puede ayudar a reducir esa diástasis que permanece después del período de resolución natural. Estos estudios muestran además que la asociación del propio programa de ejercicio con otra serie de técnicas, como son la estimulación neuromuscular o los ejercicios de la musculatura estabilizadora profunda, producen aún mayor beneficio en la reducción en la distancia entre rectos que el uso aislado del protocolo de gimnasia. La única técnica que no mostró una mejora significativa respecto al grupo control fue la adición de los ejercicios específicos del suelo pélvico al programa de ejercicio.

Los ejercicios de core o musculatura estabilizadora profunda junto con una rutina de ejercicio abdominal podrían ser efectivos en el tratamiento de la diástasis abdominal y, por lo tanto, también en el tratamiento del dolor lumbar causado por ella (33, 34). El estudio analizado (28) concuerda con otro estudio previo en que el fortalecimiento de la musculatura estabilizadora abdominal forma un corsé natural que sujeta la espalda, disminuyendo la distancia abdominal y aliviando la tensión muscular de esa zona (35) que puede terminar produciendo dolor.

Además, el uso de estimulación neuromuscular conjuntamente con el programa de ejercicio mostró resultados positivos respecto al tratamiento de la diástasis abdominal. Esto es debido a que el uso de neuroestimulación muscular activa las fibras nerviosas tipo 2 a niveles bajos de estimulación (36) y, asimismo, las contracciones musculares que se producen por la estimulación eléctrica activan más fibras tipo 2 que el ejercicio voluntario a intensidades similares (37). Todo ello deriva en un aumento de la fuerza y de la disminución de la distancia entre rectos que el ejercicio de manera aislada no consigue.

Es importante destacar que, tanto en el estudio en el que se realizaban conjuntamente con el protocolo ejercicios específicos de core como en el que utilizaba estimulación neuromuscular, los protocolos de ejercicio fueron de 8 semanas, ya que la hipertrofia muscular no se puede apreciar hasta pasadas entre 8 y 12 semanas desde el inicio del ejercicio (38).

Por todo esto, el uso de programas de ejercicio abdominal de al menos 8 semanas de duración es una opción recomendable en el tratamiento de la diástasis abdominal en las consultas de fisioterapia, especialmente, si está combinado con ejercicios de musculatura estabilizadora profunda o de neuroestimulación muscular.

6 Bibliografía

1. Gilleard WL, Brown JM. Structure and function of the abdominal muscles in primigravid subjects during pregnancy and the immediate postbirth period. *Physical therapy*. 1996 Jul 1;76(7):750-62.
2. Akram J, Matzen SH. Rectus abdominis diastasis. *Journal of plastic surgery and hand surgery*. 2014 Jun 1;48(3):163-9.
3. Brauman D. Diastasis recti: Clinical anatomy. *Plastic and reconstructive surgery*. 2008 Nov 1;122(5):1564-9.
4. Coldron Y, Stokes MJ, Newham DiJ, et al. Postpartum characteristics of rectus

- abdominis on ultrasound imaging. *Man Ther.* 2008; 13(2): 112–121.
5. Boissonnault JS, Blaschak MJ. Incidence of diastasis recti abdominis during the childbearing year. *Physical therapy.* 1988 Jul 1; 68(7):1082-6.
 6. Rath AM, Attali P, Dumas JL, Goldlust D, Zhang J, Chevrel JP. The abdominal linea alba: an anatomico-radiologic and biomechanical study. *Surg Radiol Anat* 1996; 18:281-1
 7. Chiarello CM, Falzone LA, McCaslin KE, Patel MN, Ulery KR. The effects of an exercise program on diastasis recti abdominis in pregnant women. *J Womens Health Phys Ther* 2005;29: 11–6 [corrected, published erratum appears in *J Womens Health Phys Ther* 2005;29:76].
 8. Lo T, Candido G, Janssen P. Diastasis of the recti abdominis in pregnancy: risk factors and treatment. *Physiother Can* 1999;51:32–6, 44.
 9. Hanneford R, Tozer J. An investigation of the incidence, degree and possible predisposing factors of the rectus diastasis in the immediate post-partum period. *J Nat Obstet Gynaecol Special Group Aust Physiother Assoc* 1985;4:29–32
 10. Candido G, Lo T, Janssen P. Risk factors for diastasis of the recti abdominis. *J Assoc Chart Physiother Womens Health* 2005;97: 49–54.
 11. Spitznagle TM, Leong FC, Van Dillen LR. Prevalence of diastasis recti abdominis in a urogynecological patient population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:321-8
 12. Turan V, Colluoglu C, Turkyilmaz E, Korucuoglu U. Prevalence of diastasis recti abdominis in the population of young multiparous adults in Turkey. *Ginekol Pol* 2011;82:817-21.
 13. Mesquita LA, Machado AV, Andrade AV. Physiotherapy for reduction of diastasis of the recti abdominis muscles in the postpartum period. *Rev Brasil Ginecol Obstet* 1999;21:267-72.
 14. Sperstad JB, Tennfjord MK, Hilde G, Ellström-Engh M, Bo K. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *Br J Sports Med* 2016; 50:1092-6
 15. Rett MT, Braga MD, Bernardes NO, Andrade SC. Prevalence of diastasis of the rectus abdominis muscles immediately postpartum: comparison between primiparae and multiparae. *Braz J Phys Ther* 2009;13: 275-80.
 16. Lee DG, Lee LJ, McLaughlin L. Stability, continence and breathing: the role of fascia following pregnancy and delivery. *J Bodywork Move Ther* 2008;12:333–48.
 17. Parker MA, Millar LA, Dugan SA. Diastasis rectus abdominis and lumbopelvic pain and dysfunction—are they related? *J Womens Health Phys Therap.* 2009;33(2):15–22.
 18. Sapsford RR, Hodges PW, Richardson CA, Cooper DH, Markwell SJ, Jull GA.

Co-activation of the abdominal and pelvic floor muscles during voluntary exercises. *Neurourol Urodyn*. 2001;20(1):31–42.

19. Pereira LC, Botelho S, Marques J, et al. Are transversus abdominis/oblique internal and pelvic floor muscles coactivated during pregnancy and postpartum? *Neurourol Urodyn*. 2013;32(5):416–419.

20. Silva VR, Riccetto CL, Martinho NM, Marques J, Carvalho LC, Botelho S. Training through gametherapy promotes coactivation of the pelvic floor and abdominal muscles in young women, nulliparous and continents. *International Braz J Urol*. 2016;42(4):779–786.

21. Bø K, Morkved S, Frawley H, Sherburn M. Evidence for benefit of transversus abdominis training alone or in combination with pelvic floor muscle training to treat female urinary incontinence: A systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2009;28(5):368–373.

22. Stevens-Lapsley JE, Balter JE, Wolfe P, Eckhoff DG, Kohrt WM. Early neuromuscular electrical stimulation to improve quadriceps muscle strength after total knee arthroplasty: a randomized controlled trial. *Phys Ther* 2012;92:210-26.

23. Walls RJ, McHugh G, O’Gorman DJ, Moyna NM, O’Byrne JM. Effects of pre-operative neuromuscular electrical stimulation on quadriceps strength and functional recovery in total knee arthroplasty. A pilot study. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11:119.

24. Yun GJ, Chun MH, Park JY, Kim BR. The synergic effects of mirror therapy and neuromuscular electrical stimulation for hand function in stroke patients. *Ann Rehabil Med* 2011;35:316-21.

25. Guan Y, Wacnik PW, Yang F, Carteret AF, Chung CY, Meyer RA, et al. Spinal cord stimulation-induced analgesia: electrical stimulation of dorsal column and dorsal roots attenuates dorsal horn neuronal excitability in neuropathic rats. *Anesthesiology* 2010;113:1392- 405

26. Benjamin DR, van de Water AT, Peiris CL. Effects of exercise on diastasis of the rectus abdominis muscle in the antenatal and postnatal periods: a systematic review. *Physiotherapy* 2014;100:1–8.

27. Gluppe SL, Hilde G, Tennfjord MK, Engh ME, Bø K. Effect of a postpartum training program on the prevalence of diastasis recti abdominis in postpartum primiparous women: a randomized controlled trial. *Physical Therapy* 2018; 98(4): 260-268.

28. Thabet A, Alshehri M. Efficacy of deep core stability exercise program in postpartum women with distasis recti abdominis: a randomised controlled trial. *Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interactions* 2019. 19 (1), 62-68.

29. Kamel DM, Yousif AM. Neuromuscular electrical stimulation and strength

recovery of postnatal diastasis recti abdominis muscles. *Ann Rehabil Med.* 2017;41(3):465–474.

30. Sheppard S. Case study. The role of transversus abdominus in post partum correction of gross divarication recti. *Man Ther* 1996; 1:214–6.

31. Thornton SL, Thornton SJ. Management of gross divarication of the recti abdominis in pregnancy and labour. *Physiotherapy* 1993;79:457–8.

32. Zappile-Lucis M. Quality of life measurements and physical therapy management of a female diagnosed with diastasis recti abdominis. *J Womens Health Phys Ther* 2009;33:22.

33. Walton L , Costa A, LaVanture D, McIlrath S, Stebbins B. The effects of a 6 week dynamic core stability plank exercise program compared to a traditional supine core stability strengthening program on diastasis recti abdominis closure, pain, oswestry disability index (ODI) and pelvic floor disability index scores (PFDI). *Phy Ther Rehab* 2016;3(1):3.

34. Rathi, M. Effect of pelvic floor muscle strengthening exercises in chronic low back pain. *IJPOT* 2013; 7(1):121-5.

35. El-Mekawy H, Eldeeb A, El- Lythy M and El-Begawy A. Effect of Abdominal Exercises versus Abdominal Supporting Belt on Post-Partum Abdominal Efficiency and Rectus Separation. *Int J Med Health Sci* 2013; 7(1):75-9.

36. Gregory CM, Bickel CS. Recruitment patterns in human skeletal muscle during electrical stimulation. *Phys Ther* 2005;85:358-64.

37. Sinacore DR, Delitto A, King DS, Rose SJ. Type II fiber activation with electrical stimulation: a preliminary report. *Phys Ther* 1990; 70:416-22.

38. Hakkinen K, Newton RU, Gordon SE, McCormick M, Volek JS, Nindl BC, et al. Changes in muscle morphology, electromyographic activity, and force production characteristics during progressive strength training in young and older men. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1998;53:B415-23.

Capítulo 64

LOS GLÓBULOS ROJOS PARA TÉCNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS

1 Introducción

Los glóbulos rojos o eritrocitos o hematíes son el tipo de célula más numerosa de la sangre ya que constituyen el 99% de los elementos formes de la sangre. En realidad no son verdaderas células porque no tienen núcleo ni otras organelas y su tiempo de vida es limitado (unos 120 días).

Tienen forma de discos bicóncavos, con un diámetro medio de 8 micras, son muy finos y flexibles y pueden deformarse para circular a través de los capilares más estrechos.

En el hombre normal su número es de unos 5,200.000/mm³ (5x10¹²/litro ó 5 billones de hematíes por litro de sangre) y en la mujer 4,700.000/mm³ (4,7x10¹²/litro) de sangre.

2 Objetivos

Dar a conocer al técnico especialista en laboratorio información importante sobre los glóbulos rojos o hematíes.

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 principal función de los glóbulos rojos es la de transportar la hemoglobina y, en consecuencia, llevar oxígeno (O₂) desde los pulmones a los tejidos y dióxido de carbono (CO₂) desde los tejidos a los pulmones. La hemoglobina (Hb) es la responsable del color rojo de la sangre y es la principal proteína de los eritrocitos (hay unos 15 g/dl de sangre). Cada molécula de Hb está formada por 4 subunidades y cada subunidad consiste en un grupo hemo (que contiene 1 átomo de hierro) unido a una globina. La fracción con hierro de la Hb se une de forma reversible al O₂ para formar oxihemoglobina.

El hematocrito representa la proporción del volumen sanguíneo total que ocupan los hematíes. En condiciones normales es del 38% (5) en la mujer y del 42% (7) en el hombre.

El volumen corpuscular medio (VCM) es el volumen medio de cada eritrocito. Es el resultado de dividir el hematocrito por el número de hematíes. Su valor normal está entre 82-92 fl (fentolitros). Si es mayor se dice que hay una macrocitosis y si es menor, una microcitosis.

La hemoglobina corpuscular media (HCM) es el contenido medio de Hb en cada eritrocito. Es el resultado de dividir la cantidad de hemoglobina total por el número de hematíes. Su valor normal es de unos 28 pg (picogramos).

La concentración corpuscular media de hemoglobina (CCMH) proporciona un índice del contenido medio de Hb en la masa de eritrocitos circulantes. Es el resultado de dividir la cantidad de hemoglobina total por el hematocrito. Su valor es de unos 33 g/dl.

La velocidad de sedimentación globular (VSG) es la velocidad con que los hematíes sedimentan en un tubo de sangre descoagulada. En condiciones nor-

males es de 2-10 mm en la primera hora. Aumenta en casos de infecciones o inflamaciones. En el embarazo puede estar alta de forma fisiológica.

5 Discusión-Conclusión

Todas las células que componen la sangre se fabrican en la médula ósea. Esta se encuentra en el tejido esponjoso de los huesos planos (cráneo, vértebras, esternón, crestas ilíacas) y en los canales medulares de los huesos largos (fémur, húmero).

La sangre es un tejido renovable del cuerpo humano, esto quiere decir que la médula ósea se encuentra fabricando, durante toda la vida, células sanguíneas ya que éstas tienen un tiempo limitado de vida. Esta fábrica, ante determinadas situaciones de salud, puede aumentar su producción en función de las necesidades.

Por ejemplo, ante una hemorragia aumenta hasta siete veces la producción de glóbulos rojos y ante una infección aumenta la producción de glóbulos blancos.

6 Bibliografía

1. <https://mmegias.webs.uvigo.es/descargas/tipos-cel-eritrocito.pdf>.
2. https://www.aepap.org/sites/default/files/pags._507-528_hematologia_practica.pdf.
3. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/histologia/sangre_y_tejido_hematopoyetico.pdf.
4. <http://www.scielo.org.co/pdf/inge/v21n1/v21n1a03.pdf>.
5. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid.

Capítulo 65

HISTORIA DE LA VACUNA PARA TÉCNICOS ESPECIALISTAS DE LABORATORIO

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS

1 Introducción

En la antigüedad se creía que las enfermedades eran castigos con los que dioses caprichosos castigaba a la humanidad. Sin embargo, en el lejano oriente surgió una práctica en la que se ponía en evidencia que algunos conceptos heréticos resultaban bastante saludables, y de hecho revelaban que las soluciones para algunas enfermedades pertenecían a un plano más mundano que divino.

2 Objetivos

Dar a conocer al técnico especialista de laboratorio información interesante sobre la historia de las vacunas.

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 primera evidencia escrita relacionada con los procesos de vacunación data del siglo XI y se encuentran en la literatura china.

A una monja budista se le atribuye un texto llamado “El tratamiento adecuado de la viruela”, otro libro chino “El espejo dorado de la Medicina” describe diferentes formas de inoculación antivariólica en la que se explica como se puede prevenir el contagio de viruela inoculando con pus proveniente de pacientes que habían contraído la enfermedad.

Esta práctica era relativamente común y constituía una práctica surgida de la necesidad de evitar esta enfermedad que causaba terribles epidemias. Sin embargo, esta medida no estaba exenta de riesgos pues aproximadamente el 3% de las personas inoculadas contraían la enfermedad.

La palabra vacuna proviene del latín vacca que significa vaca, este hecho en todo caso nos indica que las vacas estuvieron involucradas en el proceso de invención de la primera vacuna. La cuestión nos va quedando un poco más clara cuando investigamos el significado de la palabra vacunación que significaba inoculación con fluido de vaca y vacunado que era la persona a quien se le hacía la inoculación de la vacuna.

Esto ya comienza a acercarnos al origen de las vacunas. En las comunidades donde Jenner ejercía su labor como médico existía una enfermedad de las vacas llamada Vaccina o viruela de las vacas, esta enfermedad produce erupción en las ubres de estos animales semejantes a las que produce la viruela humana. Las lecheras de estos lugares raramente enfermaban de viruela pues cogían la viruela de las vacas y eso las protegía de la viruela humana. Jenner decidió probar este conocimiento empírico para ver si realmente era cierto.

En 1796 Jenner realizó el siguiente experimento, una lechera se había contagiado con la viruela buena, la viruela de las vacas, con pus proveniente de una lesión de esta mujer. Jenner inoculó a un niño pequeño sano y estudió cómo se desarrollaba el niño durante los días siguientes a la inoculación. Tras mostrar leves síntomas de molestias el niño se repuso rápidamente.

Posteriormente, el médico inglés inoculó al niño con pus de un enfermo de viruela humana, el resultado fue que el niño no enfermó aunque en el lugar de la inoculación si se desarrolló una lesión típica de la viruela.

5 Discusión-Conclusión

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud, las vacunas evitan entre dos a tres millones de muertes al año al proveer protección contra enfermedades como la difteria, sarampión, neumonía, rotavirus, rubeola, tétanos y polio.

No obstante, cerca de 22 millones de niños en todo el mundo no están vacunados y los retos por una mayor cobertura persisten, con sus diferencias entre países en desarrollo y países desarrollados.

6 Bibliografía

1. <http://ve.scielo.org/pdf/s/v15n3/art03.pdf>.
2. <http://scielo.isciii.es/pdf/sm/v68n2/informe1.pdf>.
3. <http://www.edu.xunta.gal/centros/iesvalminor/?q=system/files/vacunas%20pedro.pdf>.
4. <https://www.analesdepediatria.org/es-las-vacunas-historia-o-una-articulo>.

Capítulo 66

EL RIESGO BIOLÓGICO EN EL LABORATORIO

MARÍA TERESA FERNÁNDEZ YUGUEROS

1 Introducción

En el medio sanitario, el riesgo biológico es el que más frecuentemente encontramos, siendo los profesionales más expuestos el personal sanitario que presta asistencia directa a los enfermos, el personal de laboratorio que procesa muestras contaminadas o posiblemente contaminadas y el personal que trabaja con animales o con derivados de éstos.

En la actualidad, de entre las enfermedades infecciosas a las que están expuestos los profesionales sanitarios, destacan aquellas de etiología vírica como la Hepatitis B, Hepatitis C, Hepatitis Delta y el SIDA, sin olvidar otros virus y enfermedades producidas por otros microorganismos.

2 Objetivos

Dar a conocer al técnico especialista de laboratorio información importante sobre los riesgos biológicos en el laboratorio.

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 tener en cuenta que el mayor número de accidentes laborales con material biológico se producen en el colectivo de enfermería y más concretamente en las áreas quirúrgicas y médicas, seguido de los laboratorios y servicios de extracciones.

El 89% de las exposiciones accidentales son inoculaciones percutáneas de las cuales el 87% son pinchazos. El pinchazo es el accidente más frecuente, quizás debido a la costumbre de reencapsular las agujas o por no disponer de un sistema de eliminación de residuos adecuado con el suficiente número de contenedores rígidos. Por este motivo, sería conveniente implantar en todos los centros sanitarios la utilización de material punzante que se autoprotege una vez utilizado.

Las actividades con mayor riesgo de accidente son la administración de medicación IM/IV (intramuscular(intravenosa), la recogida de material usado, la manipulación de sangre, reencapsular, suturar, las agujas abandonadas y la recogida de basura.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de los accidentes de este tipo no se notifican a los Servicios de Prevención o de Medicina Preventiva, por lo que los datos podrían ser aún más alarmantes si existiese un adecuado registro de accidentes.

Las estrategias generales de prevención se basan en el establecimiento de una serie de barreras:

- Barreras físicas: guantes, mascarillas, gafas, batas y cualquier otro equipo de protección individual.
- Barreras químicas: desinfectantes como hipoclorito sódico, formaldehído, glutaraldehído, N-duopropenida, povidona yodada, gluconato de ciorhexidina, etc., así como biocidas en la limpieza de conductos de aire.
- Precauciones universales y códigos de buena práctica.
- Barreras biológicas: vacunas, inmunoglobulinas y quimioprofilaxis.

5 Discusión-Conclusión

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre), en su artículo 14 convierte al empresario y a las Administraciones Públicas respecto de personal a su servicio, en el garante de la Seguridad y la Salud de los trabajadores.

En esta línea, deberá adoptar cuantas medidas sean necesarias para la protección permanente de estas condiciones de seguridad y salud.

6 Bibliografía

1. https://www.seap.es/documents/228448/531306/03_Cordoba.pdf.
2. https://www.unirioja.es/servicios/sprl/pdf/curso_riesgos_biologicos.pdf.
3. <http://www.ibgm.med.uva.es/addon/files/fck/biologicos.pdf>.
4. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025028X2019000100029&lng.
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
6. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 67

RELACIÓN ENTRE DIABETES MELLITUS Y ENFERMEDAD PERIODONTAL

MARÍA JESÚS NAVES GARCÍA

1 Introducción

La diabetes mellitus (DM) es la enfermedad endocrina más frecuente e incluye un grupo de trastornos metabólicos caracterizados por la elevación de los niveles de glucosa en sangre acompañados de complicaciones a largo plazo.

Puede ser clasificada en dos categorías principales:

- Diabetes mellitus insulino-dependiente o tipo I.
- Diabetes mellitus no-insulino dependiente o tipo II.

La diabetes mellitus tipo I se debe a la destrucción probablemente de etiología autoinmune, de las células beta de los islotes del páncreas dando como resultado niveles plasmáticos de insulina bajos o indetectables. El inicio es normalmente antes de los 40 años de edad, puede ser agudo, con sed, poliuria, polifagia y pérdida de peso. La enfermedad se controla mediante inyecciones diarias de insulina y es característicamente inestable en episodios de cetoacidosis.

La diabetes mellitus tipo II es de inicio insidioso, apareciendo en individuos de edad media como resultado de una utilización defectuosa de la insulina, siendo los niveles plasmáticos de insulina en valores absolutos, normales o altos. Estos pacientes no presentan episodios de cetoacidosis y controlan la hiperglucemia mediante dieta y/o hipoglucemiantes orales. Un elevado porcentaje de estos pacientes presenta problemas de obesidad.

La enfermedad periodontal es una patología crónica, que abarca brotes con una sintomatología mínima y puede conducir a la pérdida de soporte de sujeción de los dientes, es decir, a la destrucción de las encías y el hueso que sujeta los dientes. Una mejor formación odontológica en el ámbito de la prevención, así como una mayor concienciación y educación de la sociedad sobre lo que es la enfermedad periodontal y las medidas básicas de higiene oral se consideran esenciales para prevenir las patologías periodontales y frenar el creciente problema que suponen estas enfermedades.

Existen dos tipos de enfermedades periodontales.

- Gingivitis. Se trata de la fase inicial de la enfermedad periodontal, que se produce por la acumulación de placa bacteriana. La placa está compuesta por bacterias y residuos que se adhieren a los dientes. De no ser eliminada correctamente, se transforma en sarro, que irrita e inflama las encías. Los síntomas más frecuentes son el enrojecimiento de la zona y el sangrado de las encías. La gingivitis es una afección reversible, pero si no es tratada adecuadamente, podría avanzar y convertirse en periodontitis.
- Periodontitis. Es una enfermedad periodontal grave e irreversible, que afecta a entre un 15% y un 20% de los adultos de entre 35 y 44 años, según la Organización Mundial de la Salud. Esta patología, a diferencia de la gingivitis, se caracteriza por la pérdida estructural del aparato de inserción. La periodontitis es el motivo principal de la caída dental en los adultos. Este trastorno no es común en los niños, pero su presencia se incrementa durante la adolescencia.

La enfermedad periodontal se considera la sexta complicación de la diabetes. Los estudios científicos muestran que existe una relación bidireccional entre estas dos enfermedades. Esto quiere decir que, por un lado, la diabetes aumenta el riesgo de sufrir enfermedad periodontal, siendo junto al tabaco los principales factores de riesgo de padecer periodontitis. Pero, además, por otro lado, la enfermedad periodontal puede afectar a la diabetes perjudicando el control de la glucemia (nivel de glucosa en sangre). La alteración de la respuesta del sistema inmune participa en el origen y evolución de la diabetes mellitus y sus complicaciones, así como en el de la enfermedad periodontal.

2 Objetivos

Conocer los beneficios propuestos del tratamiento periodontal sobre la DM.

3 Metodología

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

4 Resultados

El tratamiento periodontal resuelve la inflamación y reduce las citoquinas circulantes en las personas diabéticas (Artese et al. 2015) y puede por tanto reducir la hiperglucemia en estas personas. Varios estudios clínicos aleatorizados (RCT) han evaluado el efecto del tratamiento periodontal sobre las personas diabéticas, siendo HbA1c el criterio de valoración clínica usado con mayor frecuencia. Estos estudios comunicaron reducciones de HbA1c que oscilaron entre 1,11% (Kiran et al. 2005) y 0,05% (Katagiri et al. 2009).

El papel de la DM como un factor de riesgo de la periodontitis se lleva debatiendo desde hace décadas. Numerosos estudios (Tabla 1) han identificado una mayor prevalencia y gravedad de la periodontitis en pacientes con DM tipo 1, especialmente en personas diabéticas desde hace mucho tiempo y un control metabólico pobre (Hugoson et al. 1989, Oliver y Tervonen 1993, Thorstensson y Hugoson 1993, Lalla et al. 2007a, Hodge et al. 2012). En el caso de la DM tipo 2, la evidencia es aún mayor, especialmente en ciertos subgrupos, como los afroamericanos o los indios pima, que presentan una prevalencia extremadamente alta de DM tipo 2 (Fernandes et al. 2009, Bandyopadhyay et al. 2010, Shlossman et al. 1990, Nelson et al. 1990, Emrich et al. 1991, Bridges et al. 1996). Un hecho de especial relevancia es que los estudios longitudinales han demostrado de forma clara que la DM precede a la periodontitis, un dato que respalda la relación causal (Nelson et al. 1990, Bandyopadhyay et al. 2010), y que un peor control glucémico conduce a un mayor riesgo de pérdida ósea alveolar y progresión de la periodontitis (Taylor et al. 1998).

No obstante, habría que subrayar que la asociación entre DM y periodontitis sólo se limita a los casos con DM mal controlada, ya que ni la DM bien controlada ni la prediabetes han sido relacionadas con una mayor prevalencia o gravedad de

la periodontitis (Kowall et al. 2015, Garcia et al. 2015).

La periodontitis también puede influir en la DM. Los efectos estudiados en mayor profundidad están relacionados con el control glucémico, la producción de complicaciones y la aparición de DM (Borgnakke et al. 2013). Los estudios longitudinales llevados a cabo en la población de indios pima demostraron que la periodontitis grave (expresada a través de pérdida de CAL o pérdida ósea radiográfica) estaba asociada a un riesgo 4,2-13,6 veces mayor de presentar un mal control glucémico (Taylor et al. 1996). Estudios poblacionales de gran envergadura en Japón y Alemania han asociado el deterioro del estado periodontal a un incremento significativo de HbA1c durante 5 o 10 años, hasta el punto de que cada mm adicional en la PS media correspondía a un incremento del 0,13% en el valor de HbA1c (Saito et al. 2004, Demmer et al. 2010).

En los pacientes sin DM conocida, una peor salud periodontal también ha sido asociada a un mayor riesgo de incidencia de DM tipo 2 (Saito et al. 2004, Demmer et al. 2008, Morita et al. 2012). En una población estadounidense, las personas con gingivitis presentaban un 40% más de probabilidades de desarrollar DM, mientras que aquellas con periodontitis presentaban un riesgo un 50% mayor (Demmer et al. 2008). En una población japonesa, las personas con localizaciones con PS \geq 6 mm presentaban un riesgo 3,45 veces mayor de desarrollar DM (Morita et al. 2012).

Las personas con DM son especialmente susceptibles a las complicaciones micro y macrovasculares, que son las principales responsables de la mayor morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. Se ha propuesto que la periodontitis podría estar relacionada con la aparición de complicaciones en los pacientes diabéticos, especialmente nefropatías, cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares (Saremi et al. 2005, Shultis et al. 2007, Thorstensson et al. 1996). Los estudios transversales han asociado otras complicaciones de la DM, como retinopatías o úlceras neuropáticas en los pies, con la periodontitis, pero carecemos de datos longitudinales al respecto (Noma et al. 2004, Abrao et al. 2010). También se ha evaluado el papel potencial de la periodontitis en el desarrollo de diabetes mellitus gestacional (DMG). En un estudio de casos y controles sobre 53 mujeres embarazadas con DMG y 106 sin DMG, y tras ajustar las variables de confusión, se calculó que el cociente de posibilidades/odds ratio (OR) de periodontitis y DMG ascendía a 2,6 (IC del 95%, 1,1-6,1), con OR ajustados más elevados en los cuartiles más altos según la gravedad de la periodontitis (Xiong et al. 2009).

Una revisión sistemática reciente basada en el metaanálisis de estudios observacionales mostró que la periodontitis está asociada a un incremento del 66% del riesgo de sufrir DMG (OR = 1,66); con una asociación aún más robusta al tomar en consideración únicamente los estudios de casos y controles de alta calidad que hubieran ajustados los potenciales factores de confusión (OR = 2,08). Aunque sus autores indicaron que los criterios diagnósticos para periodontitis y DMG variaban mucho entre los estudios, los resultados hablaron a favor de una asociación entre las dos enfermedades (Abariga y Whitcomb 2016).

Aunque los estudios iniciales sugirieron la existencia de perfiles microbianos subgingivales específicos (Zambon et al. 1988), no parece que la flora microbiana de las personas diabéticas difiera de la de las personas sanas (Yuan et al. 2001, Lalla et al. 2006b, Ebersole et al. 2008). Aun así, esta conclusión procede de estudios basados principalmente en métodos convencionales, como la hibridación ADN-ADN “en tablero de ajedrez” (técnica checkerboard) y la reacción en cadena de la polimerasa (RCP), y no en la evaluación de toda la comunidad bacteriana. Estudios recientes basados en pirosecuenciación de alto rendimiento de 16S rADN han detectado que las personas con y sin DM alojaban bacterias en varios niveles taxonómicos con prevalencias y cantidades significativamente diferentes; siendo ciertos géneros más prevalentes en pacientes diabéticos con encías sanas (género *Neisseria*), o en pacientes diabéticos con periodontitis (*Tannerella forsythia*) que en sus homólogos no diabéticos (Casarin et al. 2013, Zhou et al. 2013).

La inflamación es una característica fundamental tanto en la diabetes como en las enfermedades periodontales, y los procesos inflamatorios están aumentados en los tejidos periodontales de los pacientes diabéticos. Tanto la DM tipo 1 como 2 están asociadas a niveles elevados de mediadores inflamatorios como la interleucina (IL)-1 β y la prostaglandina E2 (PGE2) en el fluido crevicular gingival (FCG) en comparación con los pacientes control no diabéticos emparejados con respecto a la gravedad de la periodontitis (Salvi et al. 1997, Engebretson et al. 2004, Mohamed et al. 2015). Los estudios en animales sobre ratones diabéticos corroboran estos resultados y recalcan el papel del factor de necrosis tumoral α (TNF- α) en la respuesta inmunitaria aumentada a las bacterias periodontales (Graves et al. 2004, Liu et al. 2006). Recientemente se ha estudiado la concentración de un amplio panel de citoquinas en el FCG de localizaciones sanas y patológicas en personas con DM tipo 2 no controlada y personas no diabéticas (Duarte et al. 2014). Se encontraron concentraciones más elevadas de TNF- α , factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos α , IL-6 e IL-12 en las localizaciones sanas

y patológicas de los pacientes diabéticos, lo que indicaría que los niveles más elevados de mediadores proinflamatorios podrían explicar parcialmente la mayor susceptibilidad de los pacientes con DM a la destrucción periodontal.

Se ha especulado con que las alteraciones relacionadas con la DM en los niveles creviculares de las MMP y/o sus inhibidores pueden ser una parte del mecanismo a través del cual la diabetes afecta a la salud periodontal. No obstante, no se detectaron diferencias en MMP-8, MMP-13 y el inhibidor tisular de MMP-1 entre personas sin enfermedades sistémicas y pacientes con DM tipo 2 con periodontitis, gingivitis o salud periodontal (Kardesler et al. 2010). Los datos obtenidos de biopsias de tejidos gingivales/periodontales presentan datos contradictorios (Kumar et al. 2006, Hardy et al. 2012).

El ligando de receptor activador para el factor nuclear κ B (RANKL) es responsable de estimular la diferenciación osteoclástica y la reabsorción ósea. RANKL puede ser bloqueado por osteoprotegerina (OPG), previniendo así sus potenciales efectos nocivos. En personas con periodontitis, la presencia de RANKL está aumentada mientras que la de OPG está reducida, lo que se traduce en una ratio RANKL/OPG aumentada (Belibasakis y Bostanci 2012). Varios estudios han demostrado que la ratio RANKL/OPG es mayor en diabéticos mal controlados con periodontitis que en diabéticos bien controlados o personas no diabéticas con un estado periodontal similar (Santos et al. 2010, Ribeiro et al. 2011).

Los productos de la glicación avanzada (AGE) son aquellos resultantes tras la glicación no enzimática y oxidación de proteínas y lípidos, y se acumulan en plasma y tejidos. Unos niveles elevados de glucosa en sangre conducen a un acúmulo excesivo de AGE en suero, células y tejidos, entre los que se incluyen el tejido gingival y el periodonto (Schmidt et al. 1996). La unión de los AGE a sus receptores en las superficies celulares, RAGE, activan la liberación de citoquinas proinflamatorias en las células del hospedador como los monocitos y las células endoteliales (Lalla et al. 2001), fenómeno reconocido como una de las principales causas de las complicaciones diabéticas (Sorci et al. 2013). Aparte de la diabetes, la inflamación periodontal por sí misma conduce al acúmulo de AGE en los tejidos periodontales, demostrando una interacción entre la diabetes y la periodontitis (Chang et al. 2013, Zizzi et al. 2013).

Las especies reactivas de oxígeno (ROS) incluyen radicales libres (por ejemplo, superóxido O_2^- y radicales hidroxilos OH^-), especies no radicales del oxígeno

[por ejemplo, peróxido de hidrógeno (H_2O_2)], y lípidos reactivos que son generados por funciones celulares fisiológicas como la fagocitosis de los neutrófilos. En los pacientes diabéticos, los leucocitos liberan grandes cantidades de ROS en comparación con las personas sin enfermedades sistémicas. Se piensa que tienen un papel importante dentro de las complicaciones microvasculares (Devaraj y Jialal 2000, Gorudko et al. 2012). El incremento de la permeabilidad vascular causado por la hiperglucemia y los daños microvasculares inducidos por los leucocitos puede contribuir a la destrucción de los tejidos periodontales en la diabetes (Sima et al. 2010, Gyurko et al. 2006).

Esta alteración contribuiría a la progresión de la enfermedad periodontal y a la tórpidica cicatrización de las heridas; rasgos frecuentemente observados en pacientes diabéticos. Se ha señalado una menor proliferación y crecimiento celular, así como una disminución en la síntesis de colágeno por los fibroblastos de la piel, bajo condiciones de hiperglucemia. Además, en dichas condiciones el colágeno podría no experimentar la glucosilación enzimática y los enlaces derivados de la glucosa contribuirían a reducir su solubilidad y velocidad de renovación. Algunos autores han observado un aumento en la actividad colagenolítica de los tejidos gingivales en el grupo de pacientes diabéticos, una disminución de síntesis de colágeno por los fibroblastos de la encía y el ligamento periodontal y un aumento en la actividad de la colagenasa gingival.

En la DM de tipo 2, el estrés oxidativo provoca un daño en la acción de la insulina, contribuyendo al incremento de la glucemia. Unido a este efecto, la resistencia a la insulina y la hiperglucemia actúan también activando el incremento en la producción de estrés oxidativo y en la reducción de las defensas antioxidantes del periodonto.

5 Discusión-Conclusión

La salud periodontal es un componente crucial de la salud general; especialmente en pacientes diabéticos. Por esta razón, la evaluación y el tratamiento periodontal son cruciales en esta población. Las personas con DM deberían ser conscientes de su mayor riesgo de sufrir periodontitis y del impacto negativo de este cuadro en su control glucémico. Los profesionales odontológicos tienen un papel importante no sólo en el tratamiento periodontal de las personas con DM, sino también a la hora de ayudar a identificar a los pacientes con riesgo alto de desarrollar este cuadro.

La diabetes mellitus constituye un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad periodontal, pero esta última puede poseer efectos negativos sobre los valores de la glucemia. Las formas más graves de enfermedad periodontal se han asociado a niveles elevados de productos de glucosilación avanzada. Por tanto, el mal control metabólico mantenido en personas diabéticas contribuye al desarrollo y la progresión de la enfermedad periodontal.

La diabetes altera la respuesta inflamatoria aguda frente a los microorganismos existentes en la encía, y también altera la capacidad de resolución de la inflamación y la capacidad de reparación posterior, lo que acelera la destrucción de los tejidos de soporte periodontales.

Los pacientes diabéticos tienen cuatro veces más posibilidades de desarrollar periodontitis y si, además, están mal controlados, aumenta la gravedad y la progresión de la misma. En diabéticos con mal control glucémico y que llevan implantes empeoran los parámetros clínicos de enfermedad La periodontitis, como resultado de la infección e inflamación causada por el acúmulo de biofilm bucal, altera la respuesta inflamatoria que puede diseminarse por todo el organismo. Esta inflamación se asocia con el desarrollo de la resistencia a la insulina, aumentando así el riesgo de diabetes. A mayor gravedad de la periodontitis, mayor probabilidad de desarrollar diabetes y de aparición de complicaciones graves de esta enfermedad. Además, factores ambientales como son la escasa actividad física, una alimentación inadecuada, la obesidad o las infecciones pueden favorecer el desarrollo de la diabetes.

Debido a esta relación bidireccional entre periodontitis y diabetes es muy importante que cuidemos nuestras encías diariamente utilizando productos específicos que ayuden a prevenir la enfermedad periodontal.

6 Bibliografía

- <https://www.consejodentistas.es/ciudadanos/informacion-clinica/tratamientos/item/1548-informacion-sobre-periodoncia.html>
- <https://www.redgdps.org/enfermedad-periodontal-y-diabetes-una-relacion-reciproca>
- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000600014
- <https://www.vitis.es/blog/cual-es-la-relacion-entre-periodontitis-y-diabetes/>
- http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2017/06/periodo8.pdf

- <https://www.perioexpertise.es/enfermedades-encias/implicaciones-sistemicas-diabetes>
- <https://www.elsevier.es/es-revista-avances-diabetologia-326-articulo-efectos-las-enfermedades-periodontales-sobre-S1134323013000872>
- <https://www.dentaidexpertise.com/es/relacion-entre-diabetes-y-enfermedad-periodontal/249>

Capítulo 68

ARTRODESIS LUMBAR

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

LUCÍA TUÑÓN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La artrodesis lumbar consiste en fijar dos vértebras. Se puede hacer colocando un injerto de hueso entre ambas vértebras, que se llamaría artrodesis no instrumentada o usando además unas placas metálicas para fijar ambos cuerpos vertebrales, cuya técnica recibe el nombre de artrodesis instrumentada. Se usa en los casos de espondilolistesis o escoliosis que hay que operar. A veces, también se debe realizar una laminectomía, para evitar la inestabilidad de la vértebra cuya lámina se extrae. Los estudios científicos realizados demuestran que, en los casos de hernia discal que deben ser operados, obtiene peores resultados que la discectomía, la microdiscectomía, la laminotomía o la laminectomía.

Por otra parte, antiguamente se usaba para el tratamiento de los casos de degeneración discal, puesto que se intuía que esa degeneración o la "inestabilidad" que causaba, eran los responsables del dolor. Sin embargo, los estudios realizados cuestionan esa interpretación intuitiva. De hecho, las pruebas científicas demuestran que la artrodesis no es más eficaz, ni a corto ni a largo plazo, que el ejercicio físico intenso para el tratamiento del dolor lumbar crónico asociado a degeneración discal.

Hoy en día sólo se plantea la posibilidad de realizar una artrodesis lumbar en aquellos casos de dolor lumbar en los que la sintomatología dura, como mínimo, dos años pese a todos los tratamientos aplicados, si además no están disponibles

otros tratamientos no quirúrgicos que han demostrado ser eficaces . No obstante, existe una notable presión comercial para operar a esos pacientes, y para usar las técnicas quirúrgicas instrumentadas que requieren instrumentación más compleja y cara, pese a que cuanto más compleja es la instrumentación, mayor es el riesgo y la probabilidad de complicaciones, y peores son los resultados.

La artrodesis lumbar instrumentada asistida por robot no reduce las complicaciones postoperatorias, mientras que conlleva una estancia hospitalaria más duradera y mayores costes.

2 Objetivos

Dar a conocer una técnica esperanzadora como es la artrodesis lumbar para pacientes a los cuales otros tratamientos como fajas, masajes, medidas de mejora postural, antiinflamatorios y adquisición de un peso adecuado no han dado sus frutos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, utilizando como palabra clave: artrodesis lumbar, beneficios de artrodesis lumbar, e inconvenientes artrodesis lumbar.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, además de complementar la información con diversas páginas de Internet.

4 Resultados

La artrodesis lumbar se realiza cuando el movimiento entre sus vértebras genera dolor lumbar o compromiso nervioso. Si hay compromiso nervioso, antes de fijar las vértebras procedemos a liberar los nervios mediante la extirpación de los elementos que los comprimen, que suelen ser el ligamento amarillo, las facetas articulares, el disco, fragmentos de hueso, quistes articulares, etc.

La fijación se puede realizar por la cara anterior y/o lateral y/o posterior de las

vértebras. Esto se decide en cada caso en particular. Se realiza con implantes de titanio, metálicos, de PEEK, cromo cobalto, etc. que son materiales que el cuerpo suele aceptar bien y no genera rechazos (excepto determinadas alergias al níquel y metales). Los implantes son placas y tornillos que se roscan a las vértebras. Cuando el hueso es débil, se pueden suplementar con cemento. Una vez colocado el instrumental (barras y tornillos) que harán la función de fijar sus vértebras, el cirujano usará un injerto (hueso) para fusionar los huesos permanentemente. Los tornillos sólo actúan temporalmente hasta el injerto de hueso se integra con el suyo. Si el injerto de hueso no “agarra”, los tornillos pueden llegar a moverse y esto podría necesitar de una nueva cirugía.

El injerto que se pone puede ser de uno mismo, procedente de su columna o de la cresta ilíaca o bien puede ser del banco de huesos o bien sintético en forma de productos como el fosfato tricálcico o similares, proporcionados por las casas comerciales. Hasta que el injerto agarra y curan las partes blandas, hay que hacer reposo relativo y vida tranquila sin esfuerzos, evitando en todo momento el reposo absoluto.

Una vez finalizada la intervención, que puede durar entre 2 y 4 horas, se despertará en la URPA (Unidad de reanimación Post Anestésica) en la que irá despertándose de la anestesia. Permanecerá entre 1 y 2 horas en la misma y después será trasladado a su habitación. En el postoperatorio inmediato controlamos la infección con antibióticos, las trombosis con antitrombóticos, el dolor con analgésicos, la función vesical con sonda, el estreñimiento con laxantes, la ansiedad con ansiolíticos, etc.

Generalmente se levanta de la cama a las 24-36 horas con una faja semirrígida y se va a casa a los 5-7 días (depende de la cirugía, edad, factores de riesgo, etc.).

Con esta técnica existen unos riesgos y complicaciones que es necesario mencionar:

- Pérdida de sangre: como con cualquier cirugía, siempre existe la posibilidad de pérdida de sangre con consecuencias fatales, pero con las técnicas actuales esto es muy poco común.
- Daño al saco que contiene los nervios, con fuga de líquido cefalorraquídeo (de 2 a 5 en cada 100 casos). Si el saco que contiene a los nervios se abre accidentalmente durante la cirugía, éste será reparado. Esto no deberá presentar ningún efecto negativo en su resultado a largo plazo, pero es probable que tenga que pasar 1 ó 2 días acostado en cama para permitir que se fortalezca la reparación. En raras ocasiones, pueden ser necesarios tratamientos adicionales.

- Infección (de 1 a 2 en cada 100 casos). Incluso con el uso de antibióticos y atención en las técnicas de esterilización, existe un pequeño riesgo de desarrollar una infección en la herida.
- Daño a los nervios espinales (menos de 1 en cada 1,000 casos). Esto podría causar dolor constante, entumecimiento o debilidad en sus piernas.
- Que la fusión no sea exitosa. Si la fusión no es exitosa, usted podría necesitar cirugías adicionales.
- Persistencia de los síntomas. El cirujano hará todo lo posible para obtener el mejor resultado. Aun así, es posible que la cirugía no alivie todos sus síntomas.

5 Discusión-Conclusión

Los pacientes que se hayan realizado una artrodesis lumbar deberán de tener en cuenta los siguientes consejos al regresar a su casa:

- No conducir durante dos semanas.
- Caminar tanto como sea posible para llegar al ritmo óptimo.
- No levantar grandes pesos durante las primeras semanas.
- No fumar.

Así pues, el postoperatorio consiste básicamente en ir caminando para recuperar la movilidad poco a poco. El paciente puede volver a su actividad habitual al cabo de entre cuatro y seis semanas.

6 Bibliografía

1. www.topdoctor.es
2. www.medlinesplus.gov
3. www.intermountainhealthcare.org/
4. www.scielo.org

Capítulo 69

LAVADO DE MANOS PARA PERSONAL SANITARIO

NATALIA VÁZQUEZ RODRÍGUEZ

1 Introducción

Muchas de las infecciones son transmitidas de paciente a paciente mediante las manos de los profesionales, lo que es conocido como infección cruzada. Los microorganismos que adquieren en sus manos los profesionales sanitarios durante el contacto directo con los pacientes o con los objetos que rodean a estos, son conocidos como la flora transitoria de la piel de las manos. Está probado que la higiene de manos es el método más simple y más efectivo para reducir la incidencia de enfermedades nosocomiales dentro del ámbito sanitario.

2 Objetivos

Dar a conocer el procedimiento del lavado de manos al personal sanitario para así reducir o minimizar el riesgo de infección de transmisión de enfermedades nosocomiales 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Es importante realizar una higiene de manos en estos 5 momentos:

A. Antes del contacto con el paciente: para proteger al paciente de los microorganismos patógenos que puedan estar en las manos.

B. Antes de realizar una tarea aséptica: protege al paciente de los microorganismos patógenos que pudiesen introducirse en su organismo.

C. Después del riesgo de exposición a fluidos orgánicos: para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria, de los microorganismos patógenos que pudiera tener el paciente.

D. Después del contacto con el paciente: para protegerse de los microorganismos patógenos que pueda tener el paciente.

E. Después del contacto con el entorno del paciente: para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los microorganismos patógenos que puede tener el paciente.

Lavado higiénico de manos.

El lavado higiénico de manos se define como la frotación vigorosa de las manos previamente enjabonadas, seguida de aclarado con agua.

-Objetivo: eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de las manos.

-Producto: jabón líquido de pH neutro o ligeramente ácido.

-Indicaciones:

1. Antes de iniciar la jornada laboral y al finalizarla.
2. Siempre que las manos estén sucias o contaminadas con materia orgánica, sangre u otros fluidos corporales.
3. Después del contacto con fluidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta y apósitos de herida.
4. Antes y después de comer.
5. Después de ir al aseo.
6. Después de estornudar, sonarse, etc.
7. Antes del contacto directo con los pacientes.
8. Después del contacto directo con piel intacta del paciente p.e.: cuando se toma el pulso, la presión arterial o se moviliza un paciente.
9. Antes de ponerse y después de quitarse los guantes.

10. Después del contacto con objetos que están situados cerca del paciente, incluyendo los equipos médicos y material sanitario.
11. Cuando al realizar cuidado a un paciente se pasa de una zona contaminada a una limpia.
12. En los casos que se sospecha o está confirmada la exposición al *Bacillus anthracis* y *Clostridium difficile*, está recomendada la acción mecánica del lavado y aclarado dado que los alcoholes, clorhexidina, yodóforos y otros antisépticos, tienen escasa actividad frente a esporas.

Procedimiento:

1. Mojar las manos con agua.
2. Depositar en la palma de ambas manos la cantidad suficiente de jabón para cubrir ambas manos y frotar las palmas entre sí.
3. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frotar las palmas de las manos entre si con los dedos entrelazados.
5. Frotar el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
6. Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha, y viceversa.
7. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa, 15- 30 segundos de frotación.
8. Aclarar las manos con abundante agua hasta retirar el jabón completamente.
9. Secar las manos completamente con toalla de papel de un solo uso .
10. Cerrar el grifo con el mismo papel antes de desecharlo, si no se dispone de sistema accionado por el pie o el codo.

5 Discusión-Conclusión

Hemos aprendido como personal sanitario cómo y cuándo realizar un lavado de manos de forma correcta.

6 Bibliografía

1. Higiene de manos en profesionales sanitarios- Carlos Aibar Remón, Rosa Mareca Doñate, Manuela Félix Martín, Purificación Prieto Andrés- Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública de Zaragoza- 2007- disponible en <https://www.google.com>

2. Lavado higiénico de manos- Hospital Santos Reyes de Aranda Del Duero- Sacyl- Disponible en <https://www.saludcastillayleon.es/HSReyesAranda/es/calidad/lavado-higienico-manos>

Capítulo 70

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

LAURA IZQUIERDO SUAREZ

TAMARA REGUERA GONZALEZ

1 Introducción

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad provocada por un virus de la familia de los herpes. El virus se disemina a través de la saliva y es por ello y porque el período de mayor incidencia es en la adolescencia (entre los 15 y 17 años) a veces se la llama enfermedad del beso. Ocurre con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes y muy poco frecuente en niños de corta edad, donde si están infectados la mayoría carecen de síntomas visibles. Antes del primer año de vida casi no se detectan casos. Causa fiebre, dolor de garganta e inflamación de los ganglios linfáticos, signo que suele producirse en el cuello.

Esta patología está provocada por el virus Epstein-Barr (VEB) en el 90 por ciento de los casos, aunque también puede estar causada por otros virus, como el citomegalovirus (CMV). En España, la infección por VEB puede llegar a afectar al 95 por ciento de la población, pero no siempre cursa con síntomas.

2 Objetivos

Describir la enfermedad, causas, síntomas y tratamiento de la misma.

3 Metodología

Revisión sistemática de la bibliografía sobre el tema en diferentes bases de datos y publicaciones comparando dicha información con la adquirida a lo largo de mis periodos de formación académica y profesional. Acotación de búsqueda solo publicaciones en castellano. Uso de palabras clave como descriptores.

4 Resultados

La mononucleosis está producida por el virus de Epstein-Barr, está distribuido por todo el mundo. Se transmite de manera principal por las secreciones orales (saliva) mediante intercambio de la misma (por eso es conocida como enfermedad del beso) aunque también se transmite por la tos, estornudos, cubiertos de cocina, etc. y en muy baja proporción se puede contagiar mediante transfusión sanguínea. Esta enfermedad tiene un periodo de incubación de 10 y 15 días, durante este período no se notan síntomas. Algunos de los síntomas principales son los siguientes:

- Fiebre, normalmente bastante elevada.
- Astenia: debilidad muscular acompañada de malestar general y fatiga.
- Hinchazón de los ganglios linfático .
- Faringoamigdalitis.
- Aumento del tamaño del bazo(esplenomegalia).
- Erupción cutánea.
- Dolor de cabeza y de garganta.

La fiebre y el dolor de garganta suelen disminuir en el plazo de unas dos semanas mientras que la fatiga, el agrandamiento de los ganglios linfáticos y la inflamación del bazo se pueden mantener durante más tiempo, llegando la esplenomegalia a mantenerse incluso hasta tres meses; la astenia suele mantenerse varias semanas.

El diagnóstico se realiza por el cuadro clínico y por las alteraciones en la sangre; aumento de los leucocitos, derivando habitualmente en linfocitosis (aumento de los linfocitos) y por el aumento de linfocitos atípicos. Aproximadamente en la mitad de los casos se puede observar un leve aumento de las transaminasas.

Se realizan también pruebas serológicas para detectar la presencia de anticuerpos contra el virus, así como el estudio de anticuerpos específicos para el virus del

Epstein-Barr (VEB). Una de las pruebas rápidas más utilizada para su diagnóstico es el test de Paul-Bunell.

No existe un tratamiento como tal para curar ésta enfermedad, el virus desaparece por sí sólo por lo que se intenta mitigar sus síntomas siendo estas las indicaciones más comunes a seguir:

- Descanso.
- Beber muchos líquidos.
- Aliviar el dolor y molestias de garganta mediante antiinflamatorios.

5 Discusión-Conclusión

Aunque no es una enfermedad excesivamente grave sí que afecta a una gran parte de la población por lo que es importante una buena prevención para evitar su expansión. Las principales medidas de prevención que se pueden tomar se basan principalmente en unas buenas condiciones de higiene, sobre todo es importante lavarse las manos con frecuencia. Es muy importante evitar entrar en contacto con materiales utilizados por personas que tengan la enfermedad (vasos, tenedores, etc.) y sobre todo mantener la distancia con las personas que tengan o se pueda sospechar de que sean portadores de la enfermedad.

6 Bibliografía

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

Capítulo 71

PRUEBAS DE LABORATORIO PARA DETECTAR LA MICROHEMATURIA

TAMARA REGUERA GONZALEZ

LAURA IZQUIERDO SUAREZ

1 Introducción

La microhematuria se define como la presencia anormal de hematíes en una orina aparentemente normal. Existe microhematuria cuando se detectan más de cinco hematíes por campo en la microscopio de alta resolución del sedimento de orina centrifugada, que ha sido recogida adecuadamente por parte del paciente siguiendo unas instrucciones de higiene. Hay un porcentaje de la población que presenta microhematuria asintomática que puede pasar desapercibida durante años hasta que se realizan análisis rutinarios de orina. En estos casos primeramente hay que descartar que sea una microhematuria transitoria que puede ser debido a golpes, contaminación menstrual o actividad física muy intensa. Los métodos más comunes para detectar la microhematuria son las tiras reactivas y el estudio del sedimento urinario.

2 Objetivos

Determinar las pruebas para detectar la microhematuria en orina.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una búsqueda consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente, así como una búsqueda de libros y consultado artículos de bases de datos como PubMed, Medline y Scielo.

4 Resultados

Los métodos de detección de la microhematuria en orina son:

- Las tiras de orina, son el procedimiento más habitual para el análisis básico de la orina, nos dan información rápida sobre las alteraciones de la orina. Tienen sensibilidad del 90 al 99% y una especificidad del 65 al 99%. Hay que tener en cuenta que la presencia de hemoglobina o antisépticos pueden dar positivos falsos. El procedimiento de detección por parte de las tiras reactivas se basa en la liberación de oxígeno de un peróxido presente en la zona reactiva por actividad peroxidásica del grupo hemo procedente de la hemoglobina que oxida a un cromóforo originando un producto coloreado. La tira reactiva detecta eritrocitos intactos, lisados, hemoglobina, microhemoglobina y cilindros hemáticos además de más elementos, así que una prueba positiva con la tira reactiva necesita una confirmación de un examen microscópico de orina.
- Sedimento de orina, es una prueba fundamental para la confirmación de la sospecha de microhematuria.

Se debe de procesar una muestra de orina centrifugada previamente, si se ven más de cinco hematíes por campo se confirma la microhematuria. Esta prueba es importante no solo por el número de hematíes por campo sino también por la forma ya que esto nos da información sobre el posible origen. Una vez confirmado se debe de analizar dos nuevas muestras en el plazo de dos o tres semanas ya que muchos estudios dan negatividad de hematíes en ese plazo.

5 Discusión-Conclusión

El uso de las tiras reactivas es el método más utilizado ya que es rápido y se suele tener en todas las consultas de atención primaria, pero una vez que se confirme es necesario el estudio del sedimento.

6 Bibliografía

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

Capítulo 72

RADIOLOGÍA DE LA PELVIS

MARIA ROSARIO RIVERA GONZALEZ

DOLORES LAGUNA DÍAZ

CRISTINA RODRÍGUEZ MANZANO

MARÍA JOSÉ FAMOS FERNÁNDEZ

1 Introducción

La pelvis es una amplia cavidad en forma de vasija situada en la parte inferior del tronco. Esta bien delimitada por los coxales que son paredes óseas formadas a ambos lados por la unión de los huesos Ilión e Isquión, y por delante, por los huesos del pubis unidos en su línea media formando la sínfisis púbica (articulación cartilaginosa), por detrás el hueso sacro y el coccix que representan las dos últimas porciones de la columna vertebral(con las vértebras soldadas entre sí).

La pelvis sirve de basamento por encima de las extremidades en las cuales descansa y con las y con las que se articula mediante la articulación coxofemoral. La cavidad de la pelvis está dividida en dos por una estrechez circular llamada estrechez superior. La porción superior, más amplia, denominada pelvis mayor, y la inferior, más reducida, denominada pelvis menor.

2 Objetivos

Explicar el uso de la radiografía de pelvis como método de 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La pelvis debe soportar fuerzas muy grandes como resistir el peso corporal ya que se halla interpuesta entre las extremidades inferiores y el tronco y transmite los traumatismos y presiones de una hacia el otro.

Tiene la función de locomoción y de sostén ya que en el interior de la pelvis mayor reposan las asas intestinales más bajas y en el interior de la menor, denominada también excavación pélvica, se alberga la vejiga urinaria, el intestino, recto y entre ambos los órganos genitales; la próstata y las vesículas seminales en el hombre, y el útero, los ovarios, las trompas, los ligamentos largos y la parte alta de la vagina en la mujer. La función en la mujer también es la albergar en su interior el nuevo ser en formación y servir de conducto para el parto.

Diferencias entre la pelvis masculina y la femenina:

1. Pelvis masculina:

- Estructura general: ancha y pesada.
- Anillo pelviano: pequeño y con forma de corazón.
- Acetábulo: grande.
- Arco del pubis: ángulo menor de 90° y cerrado.
- Paredes pelvianas: más gruesas.
- Pelvis menor: menos ancha.
- Sínfisis púbica: más alta.
- Agujero isquio-pubiano: menor y ovalado.

2. Pelvis femenina:

- Estructura general: liviana y delgada.
- Anillo pelviano: grande y ovalado.
- Acetábulo: pequeño y mira hacia delante.
- Arco del pubis: ángulo mayor de 90°.
- Paredes pelvianas: más delgadas.

- Pelvis menor: más ancha.
- Sífnfis púbcica: más corta.
- Agujero isquío-pubiano: mayor y triangular.

Estándares que se encuentran en la radiografía de la pelvis.

1. Rama horizontal del hueso púbcico.
2. Sífnfis púbcica
3. Rama descendente del pubis.
4. Agujero obturador.
5. Trocánter mayor.
6. Trocánter menor.
7. Ilión.
8. Cresta iliaca.
9. Pedículo (columna lumbar).
10. Articulaciones sacroiliacas.
11. Cabeza del fémur.

Referencias anatómicas utilizadas para radiografías de la pelvis.

Los hito óseos empleados para la radiografía de la pelvis y las caderas son:

- Crestas ilíacas.
- Espinas ilíacas anterosuperiores.
- Sífnfis púbcica.
- Trocánteres mayores de los fémures.
- Tuberosidades isquiáticas.
- Coccix.

El punto más alto del trocánter mayor que se puede palpar en la superficie lateral de la cadera se encuentra en el mismo plano transversal que el punto medio de la articulación de la cadera y el cóccix. El punto más prominente del trocánter mayor se sitúa en el mismo plano transversal que la sífnfis púbcica.

Cuándo realizar una radiografía de la pelvis.

Principalmente se realiza para detectar y diagnosticar lesiones de los huesos, articulaciones y tejidos blandos:

- Enfermedades reumáticas
- Sacroilitis.
- Artritis.
- Fracturas.
- Luxaciones.
- Detección de cuerpos extraños.

- Evaluación de cambios óseos.
- Control evolutivo de tratamiento en la zona.
- Rigidez de la columna y la articulación sacro-ilíaca (espondilítis enquistante).
- Tumores.

Proyecciones radiológicas básicas.

- Rx AP de pelvis y cadera.
- Rx Lateral de pelvis.
- A.P, Axial de la rama (método de Clearers).
- Proyección cráneo caudal o inlet.
- Proyección caudo cráneo u outlet (método de Ferguson) verdadera AP.
- Proyección alar de cadera (oblicua externa).
- Proyección isquiática u obturatriz (oblicua interna).

5 Discusión-Conclusión

El TSID es el encargado de realizar los exámenes radiográficos, donde el radiólogo podrá observar y obtener las diferentes patologías que pueda tener el paciente y así elaborar un informe detallado de su diagnóstico para su posterior tratamiento.

6 Bibliografía

1. Diccionario médico Teide (1980).
2. Atlas de posiciones radiográficas y procedimientos radiológicos, Philip W.Ballinger.
3. Diversos temarios para técnicos especialistas en radio-diagnóstico (Edt. Mad / Edt. Cep).
4. Atlas de anatomía. Edit.:Eclibook, S.A; DR: Enric Gil de Bernabé Ortega.
5. www.medicineplus.org/article, radiología de la pelvis: Medline plus enciclopedia médica.

Capítulo 73

LA PROTECCIÓN RADIOLÓGICA EN QUIRÓFANO DEL TÉCNICO SUPERIOR EN IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO

MARIA MIRYAM GARCIA COLADO

SONIA IGLESIAS BARDIO

YOLANDA GUTIERREZ PUERTA

MARÍA DEL ROCÍO GONZÁLEZ SARO

1 Introducción

En el ámbito del quirófano, el uso de rayos X ha permitido realizar importantes progresos en el diagnóstico y tratamiento de múltiples enfermedades. Pero esta práctica no está exenta de riesgos para la salud de los pacientes y los profesionales implicados, derivados de la exposición a las radiaciones. Actualmente, existen una serie de normas y medidas cuya observación permite trabajar con radiaciones ionizantes en el quirófano en condiciones de seguridad y con los mínimos riesgos para la salud. El propósito de este trabajo es contribuir al uso adecuado y seguro de los Rx en el quirófano mediante la revisión de los conceptos fundamentales sobre la naturaleza de las radiaciones ionizantes, las posibles consecuencias para la salud derivadas de su utilización y las principales medidas de protección que se deben adoptar.

2 Objetivos

Reducir la exposición radiológica, proteger al paciente de los efectos de las radiaciones ionizantes y conocer el peligro de los efectos biológicos.

3 Metodología

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

4 Resultados

Limitar la probabilidad de los efectos estocásticos y prevenir la aparición de los efectos deterministas. Para ello debemos tener claras las tres pautas fundamentales: minimizar el tiempo de exposición (a menos tiempo invertido, menos dosis recibida), maximizar la distancia (la dosis recibida es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia) y maximizar el blindaje (material capaz de atenuar la radiación a mayor grosor, más disminuirá la radiación al otro lado del mismo).

5 Discusión-Conclusión

La finalidad principal de la protección radiológica es proporcionar un nivel apropiado de protección para el trabajador, sin limitar indebidamente los beneficios que se obtienen del uso de la radiación ionizante.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es>
2. <http://www.codem.es>
3. <http://www.codem.es>

Capítulo 74

LA SANIDAD EN LA CONSTITUCIÓN PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

RAQUEL GONZALEZ MELEIRO

1 Introducción

El derecho a la protección de la salud, reconocido como derecho social, encuentra su ubicación entre los Principios rectores de la política social y económica de la Constitución Española de 1978. Como los demás derechos sociales, de su ubicación se deriva el persistente debate y con ello problemática en cuanto a su valor y garantía, en que el legislador tendría un amplio margen para llevar a cabo su regulación.

En España, el reconocimiento y garantía del Estado Social fue objeto de intensos debates con motivo de la tramitación del texto constitucional de 1978.

2 Objetivos

Dar a conocer al auxiliad administrativo información importante sobre la sanidad en la Constitución Española.

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 salud es un derecho que ha sido objeto de especial interés por parte del legislador, ya no solo desde una perspectiva internacional sino también nacional. A título de introducción, una definición general del concepto de "salud" facilitada por la Organización Mundial de la Salud, es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

La salud ha sido reconocida como un derecho humano por parte del Derecho Internacional, vinculante para España por disposición del artículo 10.2 CE. Tiene un carácter social marcado, que ha venido a suceder como parte del reconocimiento del principio del Estado Social que caracteriza la Constitución y también compromete a que se lleve a cabo una transformación de la sociedad por parte de los Poderes Públicos, con un fin de igualdad y de extensión del Bienestar.

Este derecho está recogido en el artículo 43 CE, dentro de "Los principios rectores de la política social y económica" del Capítulo III del Título I. Su ubicación en la norma constitucional ha llevado en ocasiones, a dificultades a la hora de establecer su eficacia y naturaleza jurídica, por no considerarse como un Derecho fundamental, por no estar entre los Derechos de la Sección primera del Capítulo II y por derivarse una actuación previa de los Poderes Públicos, derivado del mandato del artículo 53.3 CE. Ha comportado la problemática que se deriva respecto a los demás Derechos sociales (con excepción del Derecho a la educación, que tiene un ámbito de protección superior), como por ejemplo la protección y débil exigibilidad, en cuanto no son protegidos y pudiendo ser invocados de la misma manera que lo son los derechos fundamentales. Seguidamente veremos con más claridad su posición dentro de los "Principios rectores de la política social y económica".

5 Discusión-Conclusión

El tema de la protección de la salud, ha encontrado en la Constitución un amplio tratamiento de manera que diferentes preceptos a lo largo de la norma consti-

tucional explícita o implícitamente se refieren a éste. Estas menciones ponen de relieve el interés del poder constituyente para regular esta cuestión en el articulado de la norma suprema, y por otro lado refleja un fuerte protagonismo por parte del Estado sobre esta materia, en que el punto de mira no se sitúa solamente en la tradicional salud pública sino también en la atención de la salud de cada particular.

6 Bibliografía

1. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Decreto%2033_
2. <https://core.ac.uk/download/pdf/61907484.pdf>
3. https://www.consalud.es/politica/40-anos-de-la-constitucion-que-dice-de-sanidad-y-a-que-retos-se-enfrenta_57808_102.html
4. <https://www.derechoshumanos.net/constitucion/articulo43CE.htm>

Capítulo 75

EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

RAQUEL GONZALEZ MELEIRO

1 Introducción

Las primeras referencias a la intimidad las encontramos en la edad Antigua, ligadas al Juramento hipocrático (460-370 a.C), que reconocía el deber del médico de callar lo que viere u oyere en el ejercicio de su profesión, considerándolo secreto, principio que tenía por objeto proteger la intimidad personal y familiar del enfermo, base de la confianza, imprescindible en la relación médico- enfermo.

2 Objetivos

Dar a conocer al auxiliar administrativo información importante sobre el derecho a la intimidad del 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

En España la evolución del reconocimiento legal del Derecho a la Intimidad ha venido marcada desde 1978, con el art.18.1 de la Constitución española. Posteriormente fue la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad la que, en los apartados 1 y 2 del artículo 10, propugnaba el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con la asistencia sanitaria e insistía, en el artículo 61, en que debía quedar plenamente garantizado el derecho del enfermo a la intimidad personal y familiar, y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tuviera acceso a su historia clínica.

La Ley 41/2002, que vino a desarrollar el artículo 10 de la Ley General de Sanidad, en su Capítulo III recoge el derecho a la intimidad en los artículos 7.1 y 7.2 donde señala que 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; dispone, asimismo, que los centros sanitarios adopten las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, elaborando las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Todas las normas garantizan de forma suficiente y adecuada el derecho a la intimidad en lo referente a la protección de los datos de salud y personales, tanto en su obtención como en su procesamiento y custodia, contando siempre con el respaldo legal de la Ley 15/1999, de protección de datos aplicable a cualquier caso. No obstante las garantías, no solo a la intimidad sino también a la dignidad de la persona, aumentan cuando se hace referencia a la delicadeza que merecen los actos médicos respecto a la esfera personal.

6 Bibliografía

1. http://www.enfermerialeon.com/docs/comision_deo/GuiaConfidencialidadDatosJCyL.pdf
2. [https://enfermeria.ucm.es/data/cont/docs/11-2018-07-19-PautasProtecci%C3%B3nDatos_Alumnos_2018%20\(1\).pdf](https://enfermeria.ucm.es/data/cont/docs/11-2018-07-19-PautasProtecci%C3%B3nDatos_Alumnos_2018%20(1).pdf)
3. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600006

4. http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/confidencialidad_e_intimidad.pdf

Capítulo 76

LA IMPORTANCIA DE LA EMPATÍA EN EL TRABAJO DEL CELADOR. EMPATIZAR CON EL PACIENTE Y FAMILIARES EN EL ENTORNO SANITARIO

MARGARITA FERNANDEZ PULGAR

1 Introducción

¿Qué es la empatía y cómo la podemos definir?

Básicamente consiste en intentar ponernos en el lugar del otro, comprenderlo y entenderlo. Es una herramienta de las habilidades sociales que nos puede ser de gran utilidad en el ámbito sanitario, ya no para ser mejores personas, si no para ser mejores profesionales.

Hay personas que tienen empatía innata y otras no, por lo que debemos formarnos en conocer cómo mejorar en este aspecto y aplicarlo en el entorno de nuestro trabajo en el área de la sanidad.

2 Objetivos

- Mostrar empatía con el enfermo y sus familiares nos hace mejorar a nosotros como profesionales y poder así desarrollar mejor nuestro trabajo y ser más eficientes.

- Mejorar las relaciones en el ámbito sanitario porque favorece la comunicación con el enfermo.
- Hacer que el paciente y sus familiares se sientan escuchados y comprendidos hace que disminuya el grado de ansiedad, porque les transmitimos que sí nos importan.
- Disminuir el grado de ansiedad por la situación en la que se encuentran, nos aporten datos su enfermedad y por tanto favorece que se puedan realizar curas o diagnósticos más efectivos y con mayor rapidez.
- Empatizar con el paciente y su entorno en el ámbito sanitario hace posible que ellos gestionen su estado emocional de tal manera que les provocamos un gran alivio al ser escuchados y comprendidos frente a su enfermedad y su estado.

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 que intentemos escuchar con atención al enfermo y familiares.
- No caer nunca en el error de pensar que escuchar es lo mismo que oír, ya que escuchar es un proceso totalmente diferente.
- La escucha activa forma un papel fundamental en el proceso de la comunicación del entorno sanitario.
- Saber escuchar tiene como resultado que la persona que habla se sienta más segura e importante para el que la escucha.
- El enfermo transmite por lo tanto con más seguridad su problema.
- Escuchar con atención hace que la comprensión sea mejor y evita las malas interpretaciones que nos pueden llevar a tener conflictos.
- Intentar no interrumpir al enfermo cuando muestra dolor o preocupación por su estado.
- Comprender que, como celadores, cuando un enfermo está a nuestro cargo, bien para ayudarlo o trasladarlo, está por un motivo, por un problema, y hay que

entenderlo porque así le proporcionamos un estado de tranquilidad al sentirse comprendido.

- Trabajar con una sonrisa, mostrando positividad y tolerancia en todo momento ante su problema, tendrá como resultado disminuir la preocupación del enfermo, y tanto él como sus familiares se sentirán muy agradecidos, fomentando así una buena comunicación con el entorno sanitario.
- Algunos enfermos no nos podrán decir cómo se sienten con palabras, pero aunque no nos lo puedan comunicar de una manera verbal, debemos saber interpretar sus gestos, su mirada, sus posturas... por lo que también debemos saber observarlos para poder llegar a empatizar con ellos.
- Debemos tener en cuenta que utilizar gestos amables tales como tocar el hombro, coger la mano, una caricia, logran transmitir mucho ánimo y el contacto humano hace que se palie su dolor y sufrimiento. Un gesto con tan poco esfuerzo da un resultado muy positivo en el enfermo.
- No debemos caer en el error de olvidarnos de sus familiares o acompañantes, ya que estos también padecen su sufrimiento y su incertidumbre, por lo que debemos aplicar estos mismos métodos con ellos para obtener resultados eficientes.

5 Discusión-Conclusión

¿Deberíamos por lo tanto intentar humanizar un poco más las instituciones sanitarias? Después de realizar este artículo yo creo que sí.

En una sociedad donde la tendencia a las nuevas tecnologías es imparable, y donde se está dando mucha importancia a la enfermedad por el miedo que esta genera, pienso que, todos los profesionales que se dedican a la sanidad deberíamos poner de nuestra parte para dar lo mejor de nosotros mismos y empatizar más con nuestros enfermos y su entorno.

Deberíamos pararnos por un momento a pensar cómo nos gustaría que nos trataran a nosotros cuando estemos en su lugar. Para las instituciones sanitarias es una prioridad que el paciente se sienta satisfecho del ambiente sanitario que les proporcionamos, ello conlleva una atención eficiente y un trato inmejorable, lo que haría posible un acercamiento mayor entre las instituciones sanitarias y el enfermo, considerando más al paciente como persona que como un enfermo más.

Concluimos por tanto, que la mejora de estos aspectos, harían posible que las quejas en atención al paciente podrían disminuir.

6 Bibliografía

1. FYSA Formación, temario celador Campus Salud.
2. isanidad.com
3. bitacoraenfermera.org
4. saludiaro.com
5. psicologiaymente.com

Capítulo 77

LA HISTORIA CLÍNICA PARA AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

RAQUEL GONZALEZ MELEIRO

1 Introducción

La historia clínica es un documento que va a permitir ver la información de los pacientes de una forma clara, rápida e igual para todos. Le será fácil localizar los antecedentes personales o familiares, crear episodios o añadir apuntes a esos episodios, consultar los resultados de las analíticas y mucho más.

2 Objetivos

Dar a conocer al auxiliar administrativo información importante sobre la historia clínica de los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

La correcta administración y gestión de las historias clínicas contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes. Además, ayuda a la recolección de datos para estudios de investigación, elaboración de estadísticas y sirve de enseñanza para estudiantes y profesionales.

Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las historias clínicas, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento, y permiten la evaluación de los diferentes problemas de salud. Sin embargo, la ausencia de datos en las historias clínicas es un error frecuente.

Un problema frecuente en las historias clínicas es la ausencia de datos del paciente y la ilegibilidad de la letra, lo que dificulta conocer la situación de salud del paciente. Esto puede generar que el médico no tenga información suficiente sobre la evolución clínica y el tratamiento previo del paciente. Así mismo la evolución y el tratamiento son datos importantes para valorar si hay o no respuesta clínica adecuada.

Para mejorar el registro de las historias clínicas es crear un manejo de historias clínicas electrónicas, que por medio de un software contribuya a unificar todos los datos del paciente, obteniéndose un cumplimentado más rápido, fácil y accesible para cualquier personal de salud y así mejorar el proceso de atención.

5 Discusión-Conclusión

Es nuestra obligación profesional, intentar modificar esta situación. Se pretende con esto generar una sensibilización en quienes son los protagonistas, para que motivados produzcan los cambios pertinentes para transformar esta realidad.

6 Bibliografía

1. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v32n115/07.pdf>
2. http://alacaja.com/wp-content/uploads/2016/06/HISTORIA_CLINICA_anexo_tema_6_.pdf
3. http://www.redipd.es/actividades/seminarios_2008/common/ponencia3_250208.pdf

4. <http://www.juansiso.es/Almacen/HISTORIA%20CLINICA.%20SU%20SIGNIFICADO%20EN%20LA%20ASISTENCIA%20SANITARIA%5B1%5D.pdf>

Capítulo 78

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

MARCOS SANCHEZ CASERO

1 Introducción

Todo hospital cuenta con un servicio de Urgencias, cuya distribución se basa en la funcionalidad y la operatividad. Este es el lugar por donde el paciente suele ingresar, 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.

2 Objetivos

Conocer las funciones que el celador prestará en el servicio de urgencias.

3 Metodología

Se realiza una búsqueda sistemática en buscador científico (PubMed) utilizando palabras clave, como celador, urgencias, box, recepción, etc. Se realiza por tanto una búsqueda en bibliografía sistemática.

4 Resultados

Podemos distinguir la función del celador de Urgencias, en puerta y en box.

El celador de puerta en el servicio de urgencias nunca dejará la puerta sin atención no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas, recepcionará y ayudará a los pacientes que vengan en vehículos particulares y ambulancias, ayudará en la movilidad de los pacientes en sillas de ruedas, camillas, etc y acompañará al enfermo al mostrador de Admisión de Urgencias para que el personal administrativo tome datos. Al mismo tiempo indicará a los familiares o al paciente que aguarde en la sala de espera. En caso de que su estado de salud no le permita esperar, lo pasará directamente a la zona de triage y avisará al personal sanitario.

El celador de boxes (departamento dentro del servicio), entre sus funciones destacaremos que son los que instalan al paciente en el box, movilizándolo y colocándolo. Además acompañará o trasladará al paciente a realizar pruebas de diagnóstico en el interior del servicio (TAC, radiografías, ecografías etc.). Así mismo llevará las muestras de orina, heces o sangre entre otros hasta los laboratorios correspondientes. También mencionar que ayudará en punciones lumbares, inyectables y otras pruebas que requieran inmovilización y cuando el paciente sea dado de alta trasladará al paciente hasta el medio de transporte en la entrada.

5 Discusión-Conclusión

Las funciones del celador son de gran importancia en el área de urgencias, ya que este puesto exige ser comunicativo, responsable y proactivo. Una de las funciones más importante es saber expresarse ante cualquier persona, así como ser sumamente cuidadoso con lo que habla, tiene la obligación de responder ante cualquier exigencia lo más rápido posible, y de una forma correcta.

El celador suele ser la primera persona con la que contactan enfermos y familiares al llegar a la Institución. Este 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 apoyo de los mismos se llegaría a paralizar la marcha de la Institución

6 Bibliografía

1. LEY 55/2003, de 16 de Diciembre, del ESTATUTO MARCO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

2. <http://www.elgotero.com>
3. <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/1995/92/d/46.html>
4. Celador conductor. Servicio Andaluz de Salud. Temario específico. tema 22 Editorial MAD •
5. <http://3.bp.blogspot.com>
6. <http://informateaqui.com>
7. <http://www.medihelpservices.com>

Capítulo 79

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO RESPONSABLE DE UN USO ADECUADO DE LA HISTORIA CLÍNICA

MARÍA JESÚS GARCÍA POVEDANO

1 Introducción

El auxiliar administrativo es el personal encargado de gestionar la admisión de los pacientes en los diferentes centros sanitarios así como el encargado de manejar la documentación clínica de los mismos.

La historia clínica son todos los documentos clínicos que registran los acontecimientos o datos relacionados con la salud del paciente y la asistencia prestada a ésta. La historia clínica es el instrumento básico que nos permite recoger la información clínica del paciente y se define como el conjunto de datos o documentos que contienen datos, valoraciones, informes sobre la situación y evolución clínica del paciente a lo largo del proceso asistencial. Esta información es recogida por los médicos y profesionales sanitarios implicados.

2 Objetivos

Reconocer por parte del auxiliar administrativo las responsabilidades que tiene con la historia clínica de cada paciente así como son sus funciones en lo referente a su gestión.

3 Metodología

Los datos científicos para llevar a cabo este capítulo se han obtenido tras una búsqueda bibliográfica de artículos relacionados en diferentes bases de datos como Scielo, Medline, PubMed y Google Academy introduciendo los términos de búsqueda relacionados con el tema a tratar.

4 Resultados

La responsabilidad del auxiliar administrativo en el área de documentación clínica es gestionar toda la información clínica generada por un paciente, independientemente del centro sanitario en el que sea atendido.

Las tareas que debe desempeñar el auxiliar administrativo de sanidad van dirigidas a organizar toda la documentación en una historia clínica única del paciente, custodiar, conservar y administrar la documentación que se va generando a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales y, a través de procesos de análisis documental, recuperar selectivamente y difundir la información clínica demandada por los distintos usuarios.

Las funciones del auxiliar administrativo con respecto a la gestión de la historia clínica son:

- Identificación de la historia clínica.
- Diseño y mantenimiento actualizado del formato de la historia clínica.
- Control de calidad de la historia clínica.
- Garantizar la accesibilidad de la historia.

5 Discusión-Conclusión

Es importante e imprescindible la formación continuada del profesional, en particular del auxiliar administrativo, así como la creación de un protocolo que contribuya a la normalización de las funciones que el auxiliar administrativo de la sanidad debe desempeñar dentro del Servicio de Admisión y Documentación Clínica, debiéndose promover nuevas líneas de actuación en el campo profesional de la admisión y la documentación clínica. Su aplicación contribuirá a la unificación y normalización de los contenidos de la actuación profesional.

Dado el desarrollo y avance de las nuevas tecnologías que impulsan una evolución de consecuencias imprevisibles, es importante la existencia de una buena

metodología, aplicable a todos los profesionales para así conseguir ser eficientes y rigurosos en el desempeño de su trabajo.

6 Bibliografía

1. López Domínguez, O. (1997). Gestión de pacientes en el hospital. El Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 263-273.
2. Álvarez, M. T. (2004). Documentación clínica y archivo. Ediciones Díaz de Santos.
3. Hernández, J. M. (2006). Historia clínica. Cuadernos de bioética, 17(1), 57-68.
4. Bonet, R. P., Pérez, I. A., García, M. A., Benavent, R. A., Vernis, M. M., & De La Cueva, A. (2001). La Documentación Médica. Papeles Médicos, 10(1), 24-31.
5. Fortuny, S., Martínez-Hidalgo, B., García, R., Mateo, L., & Suárez, P. (2010). Digitalización de historias clínicas y seguridad del proceso. Papeles médicos, 19(2), 4.
6. Díaz Rojo, J. A. (2001). La terminología médica: diversidad, norma y uso.
7. Asenjo, M. A., Bohigas, L. L., Trilla, A., Prat, A., Arbués, M. T., Ballesta, A. M.,... & Lobo, A. (1999). Gestión diaria del hospital. Revista española de salud pública, 73, 417-419.
8. Soler, M. M., & Vasallo, J. M. (2007). Sistema Nacional de Salud Español. Características y análisis. Enfermería global, 6(1).

Capítulo 80

COORDINACIÓN DESDE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS CENTROS DE SALUD

MARÍA CRISTINA DÍAZ VILAS

1 Introducción

La Atención Primaria tiene una función primordial en la realización y coordinación de actividades, así como de recursos, destinados a la prevención de las enfermedades crónicas y a la atención a las personas con dichas enfermedades y también a las personas con necesidades de cuidados paliativos, dado el carácter longitudinal de la asistencia que ofrece, su proximidad al entorno más inmediato del paciente y su configuración en equipos multidisciplinares.

A esto se añade que las expectativas ciudadanas respecto al sistema sanitario son cada vez más altas y las actuaciones sanitarias tienen que buscar mejorar la calidad de vida de los usuarios. El nuevo enfoque organizativo debe considerar al paciente como centro del sistema, orientando los procesos a la búsqueda de la continuidad asistencial y al mismo tiempo posibilitar la autonomía de gestión y la descentralización en la toma de decisiones de los profesionales, cuya práctica clínica debe incorporar la práctica basada en la mejor evidencia existente.

Por todo lo anterior, la Atención Primaria ha demostrado ser el eje del sistema sanitario público de forma que su reorientación marca el modelo del sistema sanitario del futuro, que definimos como universal, equitativo, seguro, de calidad, con criterios de evaluación y sostenible.

Pero sobre todo es importante potenciar el concepto de Centro de Salud como equipo interdisciplinar en que sus integrantes trabajan por procesos, con modelos organizativos basados en la Gestión Clínica y en la gestión por procesos asistenciales. La práctica clínica tiene que tener en cuenta que la atención es el resultado de un proceso en el que intervienen distintos profesionales y distintas tecnologías, pero la respuesta debe ser única e integrada. La experiencia en Asturias ha sido positivo con una mejora de los resultados y una mayor implicación de los y las profesionales en la toma de decisiones.

La administración de los centros de salud es el nexo de unión entre pacientes, trabajadores y en general, todo el personal sanitario.

2 Objetivos

- Mejorar el Servicio al ciudadano.
- Involucrar al resto del equipo de atención primaria por las opiniones y propuestas de mejoras manifestadas por parte de los pacientes.
- Involucrar al resto del equipo en los problemas que sufren las distintas categorías que trabajan en el centro de salud.
- Buscar entre todo el equipo del centro de salud soluciones a los distintos problemas detectados.
- Compartir opiniones sobre contenidos que afectan a todas las categorías que trabajan en un centro de salud, como son los médicos, los enfermeros, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, matronas, celadores, administrativos, etc.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Participación significativa de todos los trabajadores del centro de salud.
- Mayor valoración del resto del personal sanitario hacia el administrativo.

- Un punto de encuentro de todo el equipo de atención primaria.
- Poder transmitir las distintas dificultades que nos encontramos en la práctica diaria para realizar nuestras funciones.
- Normalizar e implantar un procedimiento de actuación en la atención al y a la paciente sin cita.
- Dotar de mayor versatilidad a los profesionales de las unidades administrativas, evitando que una tarea sea llevada exclusivamente por una persona.
- Normalizar el circuito de informes y otras actividades no presenciales
- Revisar el proceso de gestión de citas.
- Aplicar las recomendaciones no hacer que afecten a procesos no clínicos.
- Garantizar una comunicación efectiva y sin errores entre los profesionales, tanto dentro de su propio dispositivo asistencial como en la transferencia de pacientes.

5 Discusión-Conclusión

El Equipo de Atención Primaria es como un gran hormiguero donde cada profesional trabaja individual y colectivamente con otros compañeros con los que comparte pacientes, formación, investigación, etc. Unas veces se comparte una opinión clínica, otras una tarea, en ocasiones un conflicto, y con el tiempo se comparten aspectos de la vida individual y colectiva, generando una mezcla de profesionalismo y familiaridad que crea fuertes vínculos entre las personas. Pacientes que entran y salen del centro, enfermos y sanos, contentos y enfadados, teléfonos que no paran de sonar, ordenadores que no paran de escribir, etc., médicos, enfermeros y administrativos que interaccionan constantemente tomando microdecisiones rápidas todos los días.

La reunión es un tiempo de parón para tomar decisiones, generar propuestas, compartir experiencias y proyectos, y también para renovar energías. Para que ello sea posible, las reuniones deben tener una finalidad y un estilo. La reunión es también un lugar donde expresar divergencias, discrepancias francas o dificultades. La reunión puede ser el cubo de basura donde abocar la tensión, las quejas y los conflictos personales o colectivos. Este tipo de reuniones informales en la administración dan un giro en positivo y avanzar con los pocos medios que tenemos los profesionales de sanidad.

6 Bibliografía

1. www.astursalud.es

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

Capítulo 81

CÁNCER DE MAMA: ADAPTACIÓN DE PUESTO DE TRABAJO

PATRICIA GONZALEZ CIMADEVILLA

MANUEL GONZALEZ CIMADEVILLA

1 Introducción

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres occidentales y afectará a una de cada ocho mujeres a lo largo de su vida. Sólo el 1% de todos los cánceres de mama ocurren en varones. La incidencia del cáncer de mama en los países desarrollados se ha incrementado, sin embargo la tasa de mortalidad ha descendido, se cree que debido al diagnóstico precoz y a un tratamiento más eficaz.

El artículo 25 de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL) establece que el empresario garantizará de manera específica la protección de los trabajadores que, por sus propias características personales o estado biológico conocido, incluidos aquellos que tengan reconocida la situación de discapacidad física, psíquica o sensorial, sean especialmente sensibles a los riesgos derivados del trabajo.

El Real Decreto 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP) establece como función del médico del trabajo estudiar, valorar y proponer las medidas adecuadas para prevenir los riesgos a los que puedan estar expuestos los trabajadores especialmente sensibles, en nuestro caso por cáncer de mama.

Una vez conocidos los riesgos existentes y las demandas del puesto de trabajo,

el médico del trabajo debe valorar la aptitud del trabajador para este puesto, teniendo en cuenta las características o circunstancias personales o de enfermedad física o psíquica que le hagan más vulnerable. Como consecuencia de ello debe recomendar al empresario la adecuación de tareas o el cambio de puesto de trabajo.

2 Objetivos

- Valorar la aptitud laboral del trabajador.
- Adaptar o cambiar el puesto de trabajo, si fuera necesario.
- Identificar los factores de riesgo laborales que puedan interferir con la especial sensibilidad de estos trabajadores.

3 Metodología

La trabajadora deberá ser evaluada cuando se reincorpore a trabajar tras ausencia prolongada por motivos de salud (Reglamento de los Servicios de Prevención. Artículo 37.3.b.2).

El médico del trabajo debe emitir la aptitud laboral considerando, si fuera necesario, al trabajador como especialmente sensible (art. 25 LPRL).

Reevaluación, por el área técnica del servicio de prevención, de los riesgos, el grado y la duración de la exposición de estos trabajadores a agentes, procedimientos o condiciones de trabajo que puedan influir negativamente sobre la salud.

En función de la aptitud médico- laboral, se indicarán o no las adaptaciones específicas del puesto de trabajo, bien sean temporales o definitivas, o si procede, la necesidad de cambio de puesto a otro exento de riesgo.

Si no existe compatibilidad con la actividad laboral, iniciar procedimiento para la valoración de una incapacidad permanente en cualquiera de sus grados por los Equipos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de Seguridad Social.

4 Resultados

Secuelas de la enfermedad y los tratamientos:

- Dolor crónico postquirúrgico.

- Capsulitis adhesiva del hombro.
- Linfedema.
- Secuelas cicatriciales.
- Pérdidas funcionales de fuerza o movilidad en el brazo.
- Déficits sensitivos residuales.
- Repercusiones psíquicas emocionales adaptativas.
- Otras: digestivas, hematológicas, dermatológicas, cardiopulmonares, etc.

Limitaciones laborales:

- Manipulación manual de cargas y tareas que exijan fuerza en miembros superiores.
- Movimientos repetitivos de mano-brazo.
- Tareas de precisión o alto grado de sensibilidad fina.
- Mantenimiento de posturas forzadas con el brazo elevado
- Exposición a fuentes de calor o frío intenso.
- Trabajos con manejo de herramientas/maquinaria vibratoria.
- Agresiones en la piel y tareas con riesgo de corte y fractura.
- Trabajos a turnos o nocturnos.
- Exposición a campos electromagnéticos de baja intensidad y radiaciones ionizantes.

5 Discusión-Conclusión

El cáncer de mama es una enfermedad altamente prevalente. Se diagnostica generalmente en la edad laboral y se asocia a pérdida de productividad y rendimiento en el trabajo.

En España, no tiene la consideración de enfermedad profesional aunque en su etiología, independientemente de la susceptibilidad individual y factores genéticos vinculados al cáncer, existe una influencia ligada a factores ambientales y laborales.

La vigilancia de la salud es una herramienta imprescindible para valorar la aptitud laboral de estos trabajadores. Es importante garantizar la protección de estos trabajadores, considerándolos como especialmente sensibles a determinados riesgos laborales.

El Servicio de Prevención debe adaptar el puesto de trabajo, especialmente si tras la enfermedad, procedimientos quirúrgicos o terapias aplicadas han quedado

secuelas limitantes para su capacidad laboral o bien, si existen riesgos potenciales a valorar en su trabajo.

Para la prevención de la fatiga y el dolor muscular debería poder adaptar la jornada laboral, de manera que se puedan reducir tiempo de trabajo, garantizar pausas durante la jornada y la alternancia de tareas para generar tiempo de recuperación, o diseñar una distribución de la jornada laboral diaria o semanal que no añada fatiga y/o dolor muscular a la trabajadora.

También habrá que tener en cuenta, en esta adaptación horaria, los requerimientos de visitas médicas y la atención sanitaria de control que los primeros diez años de la enfermedad forman parte del protocolo de seguimiento médico, lo que requiere periódicamente la realización de pruebas médicas y visitas en el centro hospitalario. Este hecho debe generar una garantía de poder asistir y de disponer de un procedimiento de comunicación y justificación de estas que sea ágil y fluido.

El abordaje del cáncer de mama requiere una actuación multidisciplinar de los distintos interlocutores implicados. Los servicios de prevención pueden y deben realizar un activo papel en todas las etapas del cáncer de mama como apoyo y ayuda al trabajador afectado en coordinación con los especialistas y psicólogos involucrados desde el Servicio Público de Salud.

6 Bibliografía

1. Instituto Asturiano de Prevención de Riesgos Laborales: <http://www.iaprl.org/blog/adaptacion-de-puesto-en-trabajadoras-y-trabajadores-con-cancer-de-mama/>
2. Valoración de la aptitud laboral en trabajadoras sanitarias con cáncer de mama: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000300003
3. Volver al trabajo después del cáncer de mama Que hay que saber? www.ccoo.cat/pdf_documents/salutlaboral/fulls/Cancer_mama_CCOO_Castellano_Diptico-2.pdf
4. Cáncer de Mama, Trabajo y Sociedad www.master-mastologia.com/wp-content/uploads/2014/07/observatorio-Cancer.
5. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales.
6. Real Decreto 39/1997, Reglamento de los Servicios de Prevención (RSP).

Capítulo 82

ACTUACIONES DEL CELADOR EN URGENCIAS

ALBA GARCIA GARCIA

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO

1 Introducción

El celador se regirá en lo que se refiere a categoría y funciones en lo establecido en el Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, Orden de 5 de julio de 1971, integrado en el grupo de personal subalterno en la escala general, sus funciones vienen detalladas el artículo 14, punto 2.

Además, señalar que los celadores como personal estatutario de los Servicios de Salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, se les aplicará lo que disponga la Ley 55/2003 de 16 de diciembre del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud, que establece las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los Servicios de Salud.

2 Objetivos

Dar a conocer de una manera evidente y precisa la importancia del celador en el medio sanitario y más concretamente en Urgencias, donde tendrá un papel primordial cuando el paciente llegue.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, hemos llevado a cabo una investigación consistente en una revisión sistemática bibliográfica, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y también hemos consultados diversos artículos en bases de datos tales como Pubmed, Medline y Scielo. Además, revisamos documentación que poseemos relacionada con la formación continuada.

4 Resultados

La función del celador en el Área asistencial de Urgencias implica el desarrollo de distintos tipos de funciones:

- Funciones en la puerta de entrada.
- Funciones de apoyo externo.
- Funciones de apoyo interno.
- Funciones generales.

Funciones en la puerta de entrada:

1. Recepción del paciente: el celador deberá recibir y ayudar a los pacientes que lleguen a Urgencias en ambulancias y vehículos particulares, recibir y ayudar a los pacientes ambulantes que lleguen a Urgencias, transportar a los pacientes en sillas de ruedas, camillas y avisar al personal sanitario de la llegada de un paciente cuando sea preciso.
2. Control de personas: el celador deberá vigilar las entradas al Área de Urgencias, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello, vigilar el comportamiento de los pacientes y acompañantes para que se respeten las normas e instrucciones de carácter general como no fumar, guardar silencio, etc., ayudar al personal sanitario en cuantas tareas se les encomiende y facilitar información general, jamás sanitaria ni administrativa.
3. Funciones de apoyo externo: el celador será el encargado del traslado de documentos, correspondencia, historias clínicas y demás objetos que les sean confiados a otros Servicios o Unidades del Centro, observando absoluta confidencialidad, rapidez y cuidado en su manejo; tramitar y conducir las comunicaciones verbales que les digan sin tardanza; trasladar a los paciente a diversas Unidades y recoger las analíticas de los laboratorios.
4. Funciones de apoyo interno: el celador será el encargado del traslado y control interno de los pacientes y familiares, de documentos, correspondencia u objetos,

de la tramitación y conducción de las comunicaciones verbales sin demorarse, del auxilio en las labores que les sean encomendadas por médicos, supervisores o enfermeras, de ayudar al personal sanitario y del control de personas en el Área de Urgencias.

5. Funciones generales: el celador deberá dar cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encuentren en la limpieza y conservación del edificio y del material, será responsable del manejo y custodia de las sillas de ruedas, porta-sueros, camillas, etc. y de su localización. Deberá comunicar al responsable las averías en las sillas de ruedas, porta-sueros, camillas para que sean llevados a los talleres y se proceda a su reparación y mantenimiento. Deberá transportar y revisar las balas de oxígeno y su funcionamiento (cuando estén vacías o averiadas deberá comunicarlo a la persona responsable para su inmediata reposición).

Cuando por estar disfrutando de los periodos de descanso legalmente establecidos, abandone transitoriamente el servicio, deberá comunicarlo a sus compañeros, para que puedan actuar en consecuencia con esta situación, así como para que puedan ser localizados en caso de emergencia. Cuando los familiares o acompañantes de un paciente se dirijan a él empleando mala maneras, él deberá solicitar cordialmente su colaboración, y si pese a ello continuasen en su actitud alterando el orden debido en la Institución, se llamará al Servicio de Seguridad. Por último, el celador será auxiliado por el mencionado Servicio de Seguridad en las funciones de vigilancia y control sobre personas y objetos que estatutariamente les corresponden.

5 Discusión-Conclusión

Después del análisis bibliográfico realizado podemos concluir nuestro artículo resaltando que es de vital importancia la figura del celador ya que es la primera persona que recibe a los pacientes y su aptitud y predisposición es fundamental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias.

En el Servicio de Urgencias es muy importante el trabajo de los celadores ya que realiza funciones diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes sea de calidad y la actividad se desarrolle en el servicio de forma adecuada.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP.
2. www.elblogdelcelador.files.wordpress.com
3. www.scielo.org
4. www.medlineplus.gov

Capítulo 83

ACTUACIONES DEL CELADOR EN FARMACIA

ALBA GARCIA GARCIA

YOLANDA SÁNCHEZ FREIRE

JUAN BAUTISTA OLEAGA CONLLEDO

1 Introducción

La Unidad de Farmacia es aquella unidad donde se expenden fórmulas magistrales, especialidades y efectos accesorios farmacéuticos. El encargado de tal unidad será un farmacéutico de carrera asistido por un auxiliar de farmacia o una enfermera.

La propia unidad elaborará en algunos casos soluciones que se introducirán en envases perfectamente limpios. Estas soluciones deberán ajustarse a los métodos establecidos normativamente y siempre que sea posible se hará un solo lote común para reenvasarlo posteriormente en su envase. Para ello se utilizarán bidones. En caso contrario, cada elaboración se envasará en una en garrafa, frasco, etc. y será un lote independiente.

2 Objetivos

Dar a conocer de una manera evidente y precisa la importancia del celador en el medio sanitario y más concretamente en la Unidad de Farmacia.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, hemos llevado a cabo una investigación consistente en una revisión sistemática bibliográfica, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y también hemos consultados diversos artículos en bases de datos tales como Pubmed, Medline y Scielo. Además, se revisó documentación que poseemos relacionada con la formación continuada.

4 Resultados

Las funciones del celador dentro de la Unidad de Farmacia serán las siguientes:

- Cada mañana recogerá los envases vacíos de soluciones desinfectantes de las consultas o unidades clínicas que le corresponda recoger.
- Anotará en la Hoja de Especialidades Elaboradas el número de envases recogidos. Sólo se hará cargo de aquellos envases que se le entreguen limpios, desencapsulados y con correspondientes tapones. En caso de presentarse deficiencias en este sentido las hará constar por escrito en el apartado de observaciones de la hoja con la firma de la supervisora de la unidad correspondiente.
- Una vez en Farmacia hará entrega de los envases al Auxiliar de laboratorio junto con la Hoja de Especialidades elaboradas.
- Cuando las soluciones desinfectantes estén preparadas se llevarán al almacén.
- Para repartir las soluciones desinfectantes, tomará del stock del almacén los envases solicitados por cada unidad y comprobará la salida correspondiente en la Hoja de Especialidades, elaboradas con el objeto de poder darle salida por ordenador. Esta hoja se dejará a disposición de los administradores, al igual que el resto de hojas de pedidos.
- Movilizará el material pesado.
- Custodia de la farmacia.
- Colaborar en los inventarios.

La farmacia ligera consiste en la cantidad diaria de medicación que se suministra al paciente y que se denomina unidosis, es decir, la dispensación del producto farmacéutico individualizado para cada enfermo.

La distribución de medicamentos se realiza por dosis/día a través de carros provistos de cajetines numerados, cada uno de ellos correspondiente a un paciente, donde va la medicación precisa para él.

Los servicios de farmacia de los hospitales, centros de salud y las estructuras de atención a la salud, están obligadas a suministrar o a dispensar los medicamentos que se les soliciten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas.

La custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá: a las oficinas de farmacia abiertas al público legalmente autorizadas y a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria.

Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria, los de más alto nivel y aquellos que se determinen, deberán disponer de servicios o unidades de farmacología clínica y deben lograr un uso racional de los medicamentos.

5 Discusión-Conclusión

Después del análisis bibliográfico realizado podemos concluir nuestro artículo resaltando que, la figura del celador en la Unidad de Farmacia es muy importante ya que es el encargado, entre otras funciones, de acondicionar suero y alcohol procediendo también a la dispensación a las diferentes unidades hospitalarias y de trasladar desde la farmacia hasta las distintas unidades hospitalarias los carros con la medicación.

6 Bibliografía

1. Celadores. Instituciones Sanitarias. Editorial CEP
2. www.celadoresonline.blogspot.com
3. www.scielo.org
4. www.medlineplus.gov

Capítulo 84

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES EN ACTIVIDADES CON PANTALLAS DE VISUALIZACIÓN DE DATOS (PVD'S)

PATRICIA GONZALEZ CIMADEVILLA

1 Introducción

El trabajo en pantalla de visualización de datos (PVD) se define como "el que ejercen todo trabajador-a que habitualmente y durante una parte relevante de su trabajo normal, utiliza un equipo con pantalla de visualización de datos". El uso prolongado de PVD y la adopción de posturas inadecuadas pueden tener un efecto negativo en la salud. Las fatigas visual, física o mental son evitables con unas pautas sencillas, aplicadas a la organización y al entorno del trabajo.

Riesgos derivados del uso de PVD:

- Fatiga visual: los síntomas incluyen picor de ojos, enrojecimiento, escozor ocular, lagrimeo, visión doble o disminución de la capacidad de acomodación. Son consecuencia, principalmente, del movimiento repetitivo de los ojos y los sucesivos esfuerzos de acomodación. Factores causantes de la fatiga visual: inadecuada iluminación, reflejos y deslumbramientos y mala calidad de la pantalla del ordenador.
- Fatiga mental: sensación de cansancio, somnolencia, torpeza de movimientos, ansiedad o dolor de cabeza. Puede ser consecuencia de una organización inadecuada de la tarea, ritmo y volumen de trabajo elevados o ejecución de actividades monótonas y repetitivas.

-Problemas músculo-esqueléticos: molestias en el cuello, espalda, hombros, brazos y manos, debidos al mantenimiento de posturas estáticas prolongadas y a la adopción de posturas incorrectas. Factores causantes: inclinación excesiva de la cabeza o del tronco hacia delante, rotación lateral excesiva de cabeza o tronco y flexión de muñeca

2 Objetivos

Analizar los riesgos derivados del uso de PVD.

3 Metodología

En primer lugar, se deberán determinar los puestos que han de ser objeto de la evaluación. Para ello se aplicarán los criterios dados en la Guía Técnica del INSHT para interpretar el alcance de los Artículos 1 y 2 del Real Decreto 488/1997 (exclusiones y definición de pantalla de visualización, puesto de trabajo y trabajador).

En segundo lugar, se determinará el tipo de evaluación a realizar ya que el método debe ser apropiado a la complejidad del puesto y al tipo de trabajo realizado. Así pues, se proponen tres clases o niveles de evaluación:

-El primer nivel: consiste en la aplicación de un test (el propuesto en la Guía del INSHT u otro similar) que puede resultar suficiente para la mayoría de las actividades de oficina; su aplicación permite identificar rápidamente las principales deficiencias que pueden incidir negativamente en la salud o el bienestar del usuario, sin emplear ni recursos técnicos ni humanos desproporcionados, así como orientar las correspondientes medidas preventivas.

-El segundo nivel: cuando en la aplicación del citado test se presenten situaciones dudosas, se debería realizar una segunda evaluación restringida a los aspectos y puestos cuya adecuación no se haya podido determinar mediante la aplicación de un test o lista de chequeo. Se puede encontrar una información extensa en el Manual de normas técnicas para el diseño ergonómico de puestos con pantallas de visualización editado por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, así como en las partes aprobadas de las normas técnicas UNE-EN 29241 y UNE-EN-ISO 9241. El tipo de puesto de este nivel podría ser el ocupado por un trabajador con características especiales: mujer embarazada, persona minusválida, etc.

-El último nivel: se aplica en actividades donde puedan aparecer riesgos particulares o la seguridad para terceras personas pueda constituir un factor crítico. Se realiza un estudio ergonómico exhaustivo del puesto. Éste sería el caso de las actividades de control de tráfico aéreo, salas de control de grandes plantas industriales o centrales de energía, etc.

El estudio ergonómico en profundidad requerirá la intervención de un experto o grupo multidisciplinar así como la utilización de metodologías especiales de análisis. Una buena base de conocimientos para este nivel se encuentra en las citadas normas del nivel anterior. El empleo de estos recursos sólo se justifica en casos muy concretos.

El Real Decreto 488/1997 establece la obligación de evaluar los requisitos de diseño y acondicionamiento ergonómico del equipo, el entorno y la interconexión ordenador-persona (estableciendo criterios mínimos de valoración en su Anexo), no incluye la verificación ergonómica de la organización del trabajo, que es recomendada para su evaluación ergonómica por la mencionada Guía técnica.

La guía técnica que desarrolla el RD 488/1997, incluye un test para la evaluación de puestos con pantallas de visualización y recomienda su uso mediante la aplicación informática PVCHECK desarrollada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Cuando su uso no fuese suficiente (por ejemplo, puestos ocupados por trabajadores con características especiales: discapacitados, mujeres embarazadas, etc.) o se presenten situaciones dudosas o, a juicio del responsable de la evaluación, convenga realizar análisis más detallados de algunos aspectos la Guía técnica sugiere recurrir a las fuentes citadas al final de la misma.

El test para la evaluación de puestos con pantallas de visualización integra los requerimientos legales existentes con una serie de instrucciones para realizar su evaluación, y con las indicaciones necesarias para comprobar el grado de cumplimiento del Real Decreto 488/1997, constituyendo una auténtica metodología para la evaluación específica de los riesgos derivados de los puestos de trabajo con pantallas de visualización de datos.

4 Resultados

Equipo de trabajo.

1. Equipo informático:

-Será orientable e inclinable, pudiendo ajustarse también su luminosidad y con-

taste.

-La imagen de la pantalla deberá ser estable.

-La pantalla debe estar a una distancia adecuada, a 40 cm. o más respecto a los ojos de la persona usuaria y a una altura tal que pueda ser visualizada dentro del espacio comprendido entre la línea de visión horizontal y la trazada a 60° bajo la horizontal.

Se evitarán los reflejos, mediante:

-Acondicionamiento del entorno y la protección de las ventanas con dispositivos adecuados y regulables (cortinas, estores o persianas). ’

-Disposición del puesto de trabajo: las ventanas quedarán perpendiculares a la pantalla (ni de frente ni detrás de la persona usuaria).

2. Teclado:

-Debe ser inclinable e independiente de la pantalla.

-La superficie del teclado deberá ser mate para evitar reflejos.

-Las teclas deberán facilitar su utilización, de tal manera que la forma, tamaño y la fuerza para su accionamiento permitan un teclado cómodo y preciso.

-Los símbolos de las teclas deben ser legibles.

-Se recomienda una inclinación mínima del teclado respecto a la horizontal de la mesa para mantener las muñecas lo más rectas posible

3. Ratón:

-Su diseño debe adaptarse a la curva de la mano.

-Su manejo debe resultar sencillo y permitirá el apoyo de la muñeca y el antebrazo en la mesa de trabajo.

-Debe colocarse al mismo nivel y lo más cerca posible del teclado, para evitar tener que mantener el brazo estirado al manejarlo.

4. Mesa:

-El espacio disponible debe permitir trabajar cómodamente tanto con el ordenador como con la documentación.

-El material de acabado será mate, con el fin de minimizar los reflejos.

-Para tareas generales de oficina, las medidas aproximadas de la superficie de la mesa que se recomiendan son 140-160 cm. de ancho X 80 cm. de profundidad.

-Podrán apoyarse sobre la mesa las muñecas y el antebrazo, formando un ángulo de 90° aproximadamente con el resto del brazo.

5. Silla:

-La altura del asiento debe ser ajustable, pudiendo apoyarse los pies en el suelo.

-La profundidad del asiento debe ser regulable, sin que el borde del asiento presione las piernas.

-El recubrimiento del asiento deberá ser de material transpirable.

- El respaldo debe tener una suave prominencia para apoyar la zona lumbar y su altura e inclinación ser ajustables.
- Todos los mecanismos de ajuste deben ser fácilmente manejables desde la posición sentada.
- Se recomiendan sillas dotadas de ruedas y con cinco puntos de apoyo al suelo.
- Preferentemente dispondrá de apoyabrazos, ajustables en altura.

6. Reposapiés:

- Se recomienda su utilización cuando, tras sentarse, los pies no lleguen adecuadamente al suelo
- Inclinación ajustable entre 0° y 15° sobre el plano horizontal.
- Dimensiones mínimas de 45 cm. de ancho por 35 cm. de profundidad.
- Tener superficies antideslizantes, tanto en la zona superior para los pies como en sus apoyos en el suelo.
- Los reposapiés de plástico resultan poco estables, por lo que se recomiendan los de metal, que resultan más seguros.

7. Atril o porta documentos:

- Aconsejable cuando hay que introducir en el ordenador gran cantidad de datos que se encuentran en soporte papel.
- Será ajustable en altura, inclinación y distancia.
- Soportará el peso de los documentos sin oscilaciones.
- La base dispondrá de una ranura para evitar que las hojas resbalen.

Entorno de trabajo.

1. Espacio:

- Habilitar el suficiente espacio para colocar las piernas y permitir cambios de postura.
- Colocar el equipo informático frente a la persona usuaria, paralelamente.
- Deberá existir una zona entre el teclado y la persona usuaria de al menos 10 cm. para poder apoyar las muñecas.
- Colocar los archivadores y las cajoneras fuera del perímetro de la mesa, de modo que no impidan ni dificulten los movimientos.
- Disponer de espacio suficiente para permitir el acceso al mismo sin dificultad, tomar asiento y levantarse con facilidad.

2. Iluminación:

- El tipo de iluminación será suficiente para el tipo de tarea que se realice, existiendo iluminación general uniforme y pudiendo utilizarse fuentes de iluminación complementarias siempre que no produzcan reflejos o deslumbramientos.
- Orientar el equipamiento lateralmente respecto a las ventanas para evitar reflejos.

3. Ruido:

-El ruido afecta a la concentración, influye en el rendimiento y da lugar a distracción ya que produce una desviación de la atención. El ruido procedente de conversaciones próximas produce una sobrecarga de información, por lo que debe evitarse colocar puestos de trabajo que requieran un alto nivel de concentración cerca de lugares en los que puedan darse estas situaciones.

-Igualmente se evitará, en la medida de lo posible, colocar máquinas impresoras o faxes próximos a estos puestos.

Organización del trabajo:

-Se permitirá un margen de autonomía suficiente para que la persona pueda establecer pequeñas pausas o cambios de actividad (Ej. alternar tareas como ordenar o clasificar documentos, que no requieren manejo de PVD).

-El régimen de pausas estará en función de la tarea y su intensidad.

-Es deseable realizar pausas breves pero frecuentes, aproximadamente de 10 min. cada 90 min. de trabajo o 5 min. cada 45 min. de trabajo, en tareas con carga importante.

5 Discusión-Conclusión

A parte de las medidas preventivas descritas al citar los riesgos a asociados a puestos de PVD, se pueden seguir estas directrices generales a adoptar:

-Medidas dirigidas a garantizar que todos los elementos del puesto satisfagan los requisitos ergonómicos. Por ejemplo, utilización de pantallas de buena calidad, sistemas de iluminación que no produzcan reflejos ni deslumbramientos, programas informáticos de fácil manejo.

-Medidas dirigidas a garantizar formas correctas de organización del trabajo. Por ejemplo, la posibilidad de realizar pequeñas pausas periódicas para prevenir la fatiga y respetar el propio ritmo de trabajo sin apremios excesivos de tiempo.

-Medidas dirigidas a proporcionar una información y formación adecuadas a los usuarios de equipos con pantallas de visualización. Por ejemplo, facilitar la información necesaria para saber utilizar correctamente el equipo de trabajo y proporcionar una formación básica sobre los tipos de riesgo existentes y la forma de prevenirlos.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 de noviembre de prevención de riesgos laborales.

2. 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.
3. Prevención de riesgos en el trabajo con patallas de visualización de datos (PVD)
<https://www.educacion.navarra.es>
4. Metodología para la evaluación de los riesgos específicos en puestos con pvd
<https://blogs.imf-formacion.com>

Capítulo 85

FUNCIONES DEL CELADOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

KATIA VEGA GARCÍA

1 Introducción

La Atención Primaria según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con autorresponsabilidad y autodeterminación.

La Atención Primaria forma parte integrante del sistema nacional de salud y éste nivel básico e inicial de atención se desarrolla en los centros de salud con actividades sanitarias encaminadas principalmente a la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud tanto individual como colectiva y en ello juegan un papel importante no solo el personal sanitario del centro, sino también el personal no sanitario donde encontramos la profesión de celador.

Las funciones del celador son muy distintas dependiendo del servicio en el que estos desarrollen su actividad profesional como personal no sanitario. Puesto que no se da el caso de internamiento del paciente en este tipo de atención, la labor del celador en centros de salud y consultorios periféricos es muy similar a las funciones que cumplen los celadores que trabajan en las puertas de un hospital siendo esta labor principalmente de apoyo a otros profesionales del centro.

2 Objetivos

Dar a conocer las diferentes funciones que debe llevar a cabo un celador en Atención Primaria y su repercusión sobre la salud.

3 Metodología

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

4 Resultados

Dentro de las funciones del celador en Atención Primaria, cabe destacar:

- Garantizar la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente.
- Desarrollar las funciones propias del celador dentro del centro de atención primaria, así como de valorar la necesidad de este colectivo para el correcto funcionamiento del propio centro.
- Valorar como un eslabón imprescindible en la cadena la categoría de celador, para llegar a conseguir un grato desarrollo de la actividad determinando con exactitud cuáles son las verdaderas funciones del celador como integrante del grupo profesional que ejerce en el centro de salud.
- Definir y establecer unos protocolos sobre las funciones que deben realizar los celadores, en este caso, en el servicio de atención primaria no sólo siendo conocedores los propios trabajadores del centro sino los pacientes que acuden al servicio.
- Abogar por una atención primaria polivalente y resolutive, competente para dar soluciones efectivas a los pacientes y para considerar la salud como un conjunto cooperante con otros servicios socio-sanitarios y extra-sanitarios.
- Fomentar una buena formación por parte de la administración pública ofreciendo cursos que estén al alcance del personal y que les sean útiles para poder desempeñar con total seguridad sus funciones en su puesto de trabajo.
- Prestar una asistencia sanitaria tanto a nivel ambulatorio como domiciliario y de urgencia realizando las actividades encaminadas a la promoción de la salud,

prevención de la enfermedad y por último y no menos importante, la reinserción social.

Como ya hemos mencionado el trabajo de celador en la Atención Primaria es básicamente una labor de apoyo a otros profesionales del centro desde médicos de medicina general y pediatría, ayudantes técnicos sanitarios o diplomados en enfermería, matronas, hasta trabajadores sociales o auxiliares administrativos, todos ellos forman equipo en la zona básica de salud y es ese trabajo en equipo el que obliga a que cada uno de sus miembros participe en el estudio, ejecución y evaluación de las actividades comunes. Estos equipos son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizada y funcionan bajo la dirección de un coordinador médico.

Por norma general , los celadores están capacitados para desarrollar sus funciones independientemente del lugar de trabajo en el que se encuentren, no obstante, podemos detallar cuáles son las funciones más habituales del celador en atención primaria:

- Vigilancia y seguridad: el celador tiene que velar porque todas las dependencias e instalaciones del centro de salud se encuentren en perfecto orden y limpieza. Además, procurará que los pacientes y familiares que visitan el centro mantengan un orden y procuren permanecer en silencio consiguiendo así un ambiente agradable no sólo para trabajador sino también para el paciente.
- Información y atención al usuario: los celadores también están en contacto con los pacientes pudiendo entrar como función del celador el informar al público del lugar día y hora de las consultas. El celador encargado del control recibirá con prontitud y cortesía a los visitantes que accedan a la institución, dispuesto a atender y contestar las preguntas que puedan formularle y estén dentro de su competencia.

En ocasiones, el celador también debe realizar recados oficiales dentro y fuera del centro de trabajo:

- Traslado y movilización de pacientes: cabe destacar esta función como una de las más habituales entre el gremio y en el centro de salud también nos podemos encontrar con esta función tan valiosa ya que llegan pacientes con movilidad reducida o que no pueden valerse por sí mismos y es el celador el que debe encargarse del traslado de estos pacientes hacia las consultas o a otros lugares que sean necesarios. Como traslado podemos entender también la conducción de aparatos dentro del centro de salud.
- Reposición de materiales: reponer el material que falte en las consultas y , en

general, en las dependencias del centro de salud así como puede estar en su mano el manejo de las máquinas reproductoras, como son las fotocopadoras, y otras máquinas auxiliares son tareas que competen al celador.

- Reparto de documentación: se encargará de trasladar documentos necesarios, así como las historias clínicas de los pacientes cuando sean requeridos para ello.
- Asistencia a otros profesionales del equipo: además de haber transportado los documentos (historia clínica) y los aparatos, el celador tiene la función asistencial de ayudar al personal sanitario, si son requeridos, en curas y pequeñas intervenciones.

Para lograr la salud a través de la Atención Primaria es necesario recaudar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de tal forma que funcionen de acuerdo al nivel de complejidad, establecer unos niveles óptimos y utilizar protocolos de actuación necesarios.

Esto asegura una adecuada atención a los pacientes, a la vez que proporciona una protección del personal sanitario y no sanitario para evitar así complicaciones haciendo hincapié en una correcta formación del celador continuada para que sea en todo momento conocedor ya no solo de cuáles son sus funciones sino también de cómo debe ejecutarlas y así llevarlas a cabo con éxito.

5 Discusión-Conclusión

Queda demostrado que si se establecen unos niveles óptimos y se utilizan protocolos de actuación necesarios, se asegura una adecuada atención a los pacientes y una protección para evitar complicaciones, por ello, deben realizarse siempre de forma sistemática con el uso de protocolos establecidos que deben ser revisados y actualizados con frecuencia.

En definitiva, se debería organizar los recursos, invertir como se mencionó anteriormente en formación al trabajador porque, aunque la mayoría de la población de mayor importancia a la atención especializada (hospitales), debemos ver la Atención Primaria como el eje vertebrador del sistema, no solo una puerta de entrada, no solo verlo como ese nivel de atención básica.

Hay que apostar por una atención primaria pensando que se necesita un cambio en el paradigma, centrándose más en enfocar al paciente hacia ya no sólo la curación, sino también hacia el cuidado y es en ese cuidado donde la figura de celador forma parte integrante y esencial del equipo sanitario del centro de

salud.

6 Bibliografía

1. Estatuto personal no sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de julio de 1971. www.auxiliar-enfermería.com/funciones_celador.htm
2. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. redaccionmedica.com/opinion/la-urgente-refundación-de-la-atención-primaria
3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
4. <https://www.scielo.org/es/>
5. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 86

NOCIONES BÁSICAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

YOLANDA FERNÁNDEZ ZAPICO

1 Introducción

La preocupación por las condiciones laborales, han hecho que podamos avanzar en los daños que provocan diversos factores en los puestos de trabajo y que acarrear al personal la pérdida de salud y de su calidad de vida. Independientemente del trabajo que realicemos, la colaboración de empresarios y trabajadores en el tema que tratamos es fundamental, para conseguir una cultura preventiva eficaz y unas buenas condiciones de trabajo.

El trabajador en su actividad laboral o en su entorno de trabajo puede estar expuesto a riesgos que, de no evitarlos, pueden provocar un accidente o una enfermedad profesional. La empresa tiene la obligación de eliminar o minimizar los riesgos, poniendo los medios que sean necesarios. Dicho trabajador ha de ser responsable y usar los equipos de trabajo y equipos de protección de forma adecuada.

Promover una motivación suficiente y una actitud positiva para adquirir costumbres y hábitos adecuados que eviten situaciones de riesgo conllevará una menor siniestralidad. Es decir, mediante el trabajo producimos bienes y servicios, generando riqueza económica, satisfacción y realización personal de los seres humanos. Pero también puede deteriorar la salud de forma inmediata o paulatinamente. Por ello es necesario:

- Identificar los factores de riesgo en el puesto de trabajo.
- Detectarlos

- Evaluar la magnitud de los daños.
- Establecer las medidas preventivas para evitarlos.

2 Objetivos

- Prevenir el conjunto de actividades o medidas adoptadas o previstas en todas las fases de la actividad de la empresa con el fin de evitar o disminuir los riesgos derivados del trabajo.
- Identificar la normativa básica en su ámbito de aplicación, así como los derechos y deberes por parte de Delegados de Prevención y Comité de Seguridad y Salud

3 Metodología

- Ley 31/1995 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Norma básica en esta materia. Compuesta por 54 artículos, una exposición de motivos, 7 capítulos, 17 disposiciones adicionales, 2 disposiciones transitorias, 1 disposición derogatoria y una final.
- Constitución Española de 1978.
- María Dolores Sánchez. Técnico Superior de PRL. (www.academia-formación.com).
- Protección de riesgos laborales en Hospitales de la Universidad Rey Juan Carlos.
- Protección de riesgos laborales básico IAAP.
- Palabras clave: salud, seguridad, organización, riesgo, condiciones de trabajo, prevención, ley, ámbito de aplicación, derecho, deber y delegados.

4 Resultados

La normativa sobre prevención de riesgos laborales está constituida por la LPRL, sus disposiciones de desarrollo o complementarias y cuantas otras normas, legales o convencionales, contengan prescripciones relativas a la adopción de medidas preventivas en el ámbito laboral o susceptibles de producirlas en dicho ámbito

El artículo 15 de la Ley de Prevención en Recursos Laborales (LPRL) define los principios generales de la acción preventiva. El empresario tratará de:

- A. Evitar los riesgos.
- B. Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
- C. Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

- D. Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- E. Combatir los riesgos en su origen.
- F. Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- G. 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. bajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud.
- H. Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- I. Tener en cuenta la evolución de la técnica.

Y su ámbito de aplicación será (art. 3 de dicha ley):

1. Trabajadores por cuenta ajena.
2. Personal civil de las administraciones públicas.
3. Trabajadores autónomos
4. Sociedades cooperativas, con socios cuya actividad consista en la prestación de su trabajo personal.

No se aplicaría (art. 3):

1. Policía, seguridad y resguardo aduanero.
2. Protección civil y peritaje forense en caso de grave riesgo, catástrofe y calamidad pública.
3. Fuerzas armadas y actividades militares de la guardia civil.
4. Relación laboral de carácter especial del servicio del hogar familiar.

5 Discusión-Conclusión

A. Derechos de los trabajadores:

- Información, consulta y participación.
- Formación en materia preventiva.
- Paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente.
- Vigilancia de su estado de salud.

B. Obligaciones de los trabajadores:

- Usar adecuadamente las máquinas, herramientas de trabajo.
- Utilizar correctamente los medios y equipos de protección.
- No poner fuera de funcionamiento y utilizar correctamente los dispositivos de seguridad.

- Informar de inmediato al superior jerárquico y a los demás trabajadores en caso de riesgo.
- Contribuir al cumplimiento de las obligaciones.
- Cooperar con el empresario.

C. El empresario tendrá la obligación de:

1. Proteger a los trabajadores
2. Garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores.
3. Realizar la prevención (integración de la actividad preventiva de la empresa, Plan de prevención de riesgos laborales, evaluación de riesgos, información, consulta, participación de los trabajadores, formación de los trabajadores, actuación en casos de emergencia y de riesgo grave e inminente, vigilancia de la salud, constitución de una organización y de los medios necesarios. Actividades de identificación, evaluación y control de riesgos que no se hayan podido evitar. Los niveles de protección existentes. Disponer lo necesario para la adaptación de las medidas de prevención señaladas a las modificaciones que puedan experimentar las circunstancias que incidan en la realización del trabajo.

D. Otra figura importante sería el delegado de prevención (art. 35):

Los Delegados de Prevención son los representantes de los trabajadores con funciones específicas en materia de prevención de riesgos en el trabajo que serán designados por y entre los representantes del personal, teniendo en cuenta:

- De 50 a 100 trabajadores: 2 Delegados de Prevención.
- De 101 a 500 trabajadores: 3 Delegados de Prevención.
- De 501 a 1.000 trabajadores: 4 Delegados de Prevención.
- De 1.001 a 2.000 trabajadores: 5 Delegados de Prevención.
- De 2.001 a 3.000 trabajadores: 6 Delegados de Prevención.
- De 3.001 a 4.000 trabajadores: 7 Delegados de Prevención.
- De 4.001 en adelante: 8 Delegados de Prevención.

En las empresas de hasta treinta trabajadores el Delegado de Prevención será el Delegado de Personal. En las empresas de treinta y uno a cuarenta y nueve trabajadores habrá un Delegado de Prevención que será elegido por y entre los Delegados de Personal.

E. Y por último hablaremos del Comité de Seguridad y Salud (art. 38):

El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos. Se constituirá un Comité de Seguridad y Salud en todas las empresas o centros de trabajo que cuenten con 50 o más trabajadores.

El Comité estará formado por los Delegados de Prevención, de una parte, y por el empresario y/o sus representantes en número igual al de los Delegados de Prevención, de la otra.

6 Bibliografía

1. LPRL, 31/1995 de 8 de noviembre.
2. Ley 54/2003 Reforma del Marco Normativo de PRL.
3. Real Decreto 39/1997 por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de PRL.
4. Guía Laboral de PRL del Ministerio de Trabajo.
5. Manual Básico de PRL. M.^a Dolores García.
6. Invassat.gva.es. M.^a Cruz Benlloch López. Yolanda Ureña Ureña (rev 1. 2018).
7. PRL en centros hospitalarios y urgencias de la Universidad Rey Juan Carlos.
8. Imágenes de Google: IHMC Plubic Cmaps. Iberley.

Capítulo 87

SEGURIDAD EN TRABAJOS DE OFICINA

YOLANDA FERNÁNDEZ ZAPICO

1 Introducción

Aparentemente la actividad laboral en despachos y oficinas no presenta riesgos graves, si se compara con otros tipos de trabajo, pero puede generar accidentes con consecuencias de tipo leve e incluso grave (incendios, electricidad, golpes, caídas, cortes, lesiones musculares, corrientes de aire, etc.), por lo que también es necesario adoptar medidas preventivas.

2 Objetivos

Definir los principales riesgos a los que están expuestos los trabajadores en oficinas y despachos, así como las medidas preventivas.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Caídas a mismo nivel o a distinto nivel: escaleras.
- Orden y limpieza.
- Golpes con objetos.
- Cortes y pinchazos.
- Fatiga postural y movimientos adoptados.
- Manipulación de cargas.
- Fatiga visual. Confort acústico. Confort térmico.
- Factores psicosociales.
- Calidad del aire interior.
- Radiaciones y campos electromagnéticos. Factores psicosociales.
- Incendio.
- Accidente en desplazamiento.

5 Discusión-Conclusión

- Plan organizado de orden y limpieza (canalización de cableado, zonas de paso despejadas).
- Controlar y adaptar la superficie de trabajo. Ergonomía.
- Formar al trabajador en manipulación de cargas.
- Evitar reflejos. Iluminación en torno a 500 lux y bien ubicada.
- Dividir zonas de trabajo disminuye el ruido.
- Persianas cortinas y cerrar o sellar filtraciones de aire. Mantener un buen sistema de ventilación y climatización.
- Organizar el trabajo: contenido de la tarea, horarios y pausas.

6 Bibliografía

1. Los diez mayores riesgos para nuestra salud en la oficina. Preveccionar. com. 9 de mayo de 2013.
2. Prevención de Riesgos Laborales en oficinas y despachos. www.facua. org. 2008.

Capítulo 88

CONSECUENCIAS NEGATIVAS DEL TRABAJO A TURNOS EN LOS CENTROS SANITARIOS

NÉLIDA LÓPEZ DÍAZ

JOSÉ JAVIER CANO GONZÁLEZ

1 Introducción

El trabajo a turnos viene regulado en el Estatuto de los Trabajadores, aunque a lo largo de los años al ser cada vez más frecuente esta forma de organización del trabajo, han sido redactadas múltiples sentencias al respecto, pues existen diversidad de estudios manifestando las consecuencias negativas que tiene para los trabajadores este tipo de jornada 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 período determinado de días o de semanas.

En los centros sanitarios, al tener que prestar atención durante 24 horas al día y 365 días al año es muy común apreciar, tanto en personal sanitario como personal no sanitario, consecuencias negativas que afectan a su vida cotidiana y a su salud por someterse a horarios de trabajo que van en contra del ritmo natural de la vida. El horario por turno y las guardias, fuera de las horas normales del día, trae como consecuencias deterioro en la salud física y mental de quienes lo realizan, disminuyendo la productividad, la atención al paciente, aumento del absentismo laboral, provocando efectos sobre el bienestar de los trabajadores, favoreciendo

la aparición del Síndrome de Burnout, término conocido también como síndrome de Desgaste Profesional o síndrome de quemarse por el trabajo.

2 Objetivos

- Establecer el itinerario laboral de trabajo a turnos con la debida antelación.
- Analizar la evidencia científica existente acerca de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas con el Síndrome de Bunout.

3 Metodología

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

4 Resultados

En los centros hospitalarios y unidades de asistencia se trabaja veinticuatro horas al día, por tanto, una gran parte del trabajo ha de realizarse en momentos atípicos como pueden ser noches, días de fiesta, domingos, etc., todo esto puede derivar en efectos negativos sobre los trabajadores como alteraciones en el ritmo de vida que le pueden producir cansancio, trastornos del sueño y alimentarios, fatiga y como consecuencia una mayor probabilidad de sufrir un accidente por falta de concentración. Los trastornos o daños que pueden aparecer en personas con este tipo de jornadas laborales cuando los horarios se prolongan demasiado son principalmente cardiovasculares y nerviosos. Los trabajadores para mitigar estos efectos negativos que van afectar a su vida cotidiana, laboral y en general a su salud es importante que lleven a cabo medidas preventivas como puede ser la realización de actividades deportivas, nutrición equilibrada, mejora del sueño, etc.

5 Discusión-Conclusión

Adoptar medidas preventivas para mejorar la salud y calidad del personal sanitario y no sanitario que trabaja a turnos implantando un sistema de horarios con el mínimo número de servicios nocturnos y sin acumulación de horas de trabajo, acortar las jornadas de trabajo de forma que los turnos de tarde y noche nunca sean más largos que los de mañana, analizar las necesidades individuales de cada trabajador consensuando el calendario definitivo de trabajo, dar a conocer el calendario acordado con la suficiente antelación para que los trabajadores puedan conciliar su vida con el trabajo y realizar cambios voluntarios con compañeros, respetar en la medida de lo posible las horas del ciclo de sueño, reducir la carga de trabajo en el turno de noche, permitir la participación de los trabajadores en la determinación de los equipos de trabajo y reducir los años que el trabajador está sometido a turnos de trabajo.

6 Bibliografía

1. Directiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 4 de noviembre de 2003 relativa a determinados aspectos de la ordenación del tiempo de trabajo.
2. Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. (24 de OCTUBRE de 2015). BOE, núm. 255. MADRID, ESPAÑA.
3. Betancur, A., Guzman, C., LEMA, C., Pérez, C., Pizarro, M., Salazar, S., y otros. (2012). Síndrome de Burnout en trabajadores del sector salud. *Revista CES Salud Pública*, 184-192.
4. Grau, A., Suñer, R., & García, M. (8 de Junio de 2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación. Figueres, Girona.
5. Carlotto, M., & Gobbi, M. (2001). Desempleo y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología*, 10(1), 131-139.

Capítulo 89

CÓMO ABORDAR EL ACOSO LABORAL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS

1 Introducción

El acoso laboral también se conoce con el término de mobbing, y se define como violencia psicológica sistemática y recurrente durante un tiempo prolongado, llegando en los casos más graves a agresiones físicas. Por tanto supone un atentado contra el derecho a la vida, a la seguridad, a la libertad, y a la dignidad de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el acoso laboral como “El comportamiento agresivo y amenazador de uno o más miembros de un grupo, hacia un individuo en un ambiente de trabajo. Este acoso tiene, por objeto producir miedo, temor, desprecio o desanimo en el trabajador hasta que éste renuncie o sea despedido”.

2 Objetivos

- Formación de los profesionales sanitarios ante situaciones de acoso laboral.
- Factores de prevención.
- Importancia de la detección precoz.
- Protocolos 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

El acoso laboral constituye un problema con tendencia a una proyección ascendente en el ámbito laboral. La prevención, tratamiento y orientación de este problema son fundamentales para su abordaje.

Es importante disponer de herramientas metodológicas para el abordaje del acoso laboral, formación y apoyo o seguimiento continuo, coordinación y trabajo en equipo. Asimismo, es necesario que la formación impartida a los profesionales sanitarios haga hincapié en el origen del acoso laboral, y que se estudie de forma proporcionada una atención integral, continuada y de calidad a las víctimas. De igual forma se deben analizar las fórmulas para facilitar una atención de calidad a los trabajadores que sufren acoso laboral. Es interesante el desarrollo de cursos de formación relacionados con aspectos relativos a la gestión de conflictos, cuestiones legales del acoso laboral, así como habilidades en el trato con el paciente y técnicas para transmitir información que en muchas ocasiones no es del agrado del usuario. También puede resultar de gran ayuda incluir planes de estudio en materias de liderazgo, dirección de grupos, asertividad y habilidades sociales, riesgos psicosociales, acoso laboral, técnicas de afrontamiento, trabajo en equipo, etc.

La prevención del acoso laboral es un elemento básico para mejorar la vida laboral. Con el fin de prevenir situaciones de acoso y violencia laboral en el trabajo, será recomendable fomentar un ambiente de trabajo de tolerancia, dignidad, cooperación e igualdad de oportunidades, en el que se promueva el diálogo y la comunicación, la búsqueda de soluciones en grupo, el reconocimiento del esfuerzo de los empleados, la creación de igualdad de oportunidades de desarrollo personal y profesional entre otras medidas. Asimismo los profesionales sanitarios deberán llevar a cabo medidas de prevención también en el trato directo con el paciente, trasladándose a un superior o a la persona indicada cualquier tipo

de comportamiento extraño, amenaza, insulto, desprecio, o cualquier comportamiento susceptible de acoso laboral.

Cuando con las herramientas disponibles no se haya podido evitar la situación de acoso, es el momento de activar un protocolo de actuación ante estos casos, dicho protocolo deberá incluir:

- Procedimiento de denuncia, siempre por escrito.
- Obligación de respuesta por parte del centro.
- Garantía de confidencialidad.
- Procedimiento de revisión ante la decisión.
- Seguridad de que no habrá represalias para quien denuncie, o para aquellas personas que aporten información.
- Ofrecer tratamiento médico, psicológico y derivar a los servicios especializados de atención en caso necesario.

Según el artículo 46 de la Ley Orgánica 3/2007 sobre Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres, la prevención del acoso sexual y por razón de sexo pueden formar parte de los planes de igualdad de las empresas que, de conformidad con la Ley, es obligatorio elaborar al menos en las empresas de más de 250 trabajadores o también cuando así lo disponga el convenio colectivo que sea de aplicación.

5 Discusión-Conclusión

El acoso laboral es una realidad cada vez más presente no sólo en el ámbito sanitario, sino también en todos los ámbitos laborales. En relación al ámbito sanitario que es el que nos ocupa debemos tener en cuenta que los cimientos sobre los que debe construirse una base sólida contra cualquier situación de acoso laboral debe pasar por formar a profesionales sanitarios en la idea de que el acoso laboral se puede prevenir, que la gravedad y frecuencia aumentan con el tiempo y que existen mecanismos de denuncia ante estos actos, todo ello es fundamental para atajar desde un primer momento este problema.

El sistema sanitario tiene un importante papel en la prevención y detección precoz del acoso laboral, que se articula a través de actuaciones en el ámbito de la sensibilización y formación profesional y de atención a la salud integral de los trabajadores, lo que incluye actuaciones de salud comunitaria y educación para la salud.

6 Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2001). *Mobbing, violencia física y acoso sexual*. Madrid: Pérez-Bilbao, J., et al.
2. González Trijueque, D., Marina, D., & Sabino. (2008). El acoso psicológico en el lugar de trabajo. Antecedentes organizacionales.
3. Gómez Durán, E., Gómez Alarcón, M., & Arimany Manso, J. (2012). Las agresiones a profesionales sanitarios. *Rev Esp Med Legal*, 38(1), 1-2.
4. Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, núm. 269, de 10 de noviembre de 5. Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
6. Resolución de 5 de mayo de 2011, de la Secretaría de Estado para la Función Pública, por la que se aprueba y publica el Acuerdo de 6 de abril de 2011 de la Mesa General de Negociación de la Administración General del Estado sobre el Protocolo de actuación frente al acoso laboral en la Administración General del Estado.
7. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, sobre Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres.

Capítulo 90

RECURSOS HUMANOS EN CENTROS HOSPITALARIOS DESDE EL PUNTO VISTA ADMINISTRATIVO

OVIDIO CERRILLO MIRANDA

NATALIA GONZALEZ FUEYO

MAR CASTRO FUEYO

1 Introducción

En este capítulo vamos a tratar de los recursos humanos en un centro hospitalario. En un hospital siempre uno se fija en médicos, enfermeras, en un gran número de personas que trabajan en un hospital que tienen que estar organizadas y coordinadas entre sí. Quién no ha ido a un hospital a ver a un familiar y ve cuanto personal sanitario hay en las plantas. También limpiadoras y otro tipo de personal no sanitario que es indispensable para que todo este correcto y a punto en un hospital. Para que todo esto esté perfectamente organizado, personal turnos, etc., hay un trabajo detrás que una persona de fuera pues eso no se ve.

¿Cuáles son las funciones de un auxiliar administrativo en Sanidad?

A la hora definir las tareas, hemos de remitirnos a la normativa que así las regula. En este caso, la única referencia sobre las competencias de un auxiliar administrativo en Salud nos llevan a una Orden de 1984 que modifica el Estatuto del Personal no Sanitario de las Instituciones Sanitarias Públicas de la Seguridad Social de 1971. Según la mencionada Orden, los auxiliares se dedican a aquellos

trabajos de “apoyo material, ejercicio y desarrollo respecto a las tareas administrativas de la Institución, así como las de secretarías de planta y servicios y las de preparación y tratamiento de los datos para la informática”.

Aunque esta Orden de 1984 fue derogada en 2003 por el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, una de sus disposiciones transitorias remite a la ley de 1971. Esta, a su vez, conduce a la de 1984. Por tanto, el contenido de la norma que regula las funciones de un administrativo sanitario sigue siendo el mismo.

En cualquier caso, como se puede ver en las competencias establecidas, el trabajo de los auxiliares en Sanidad poco dista del que desempeñan los auxiliares administrativos del Estado. El día a día especializado en los centros de salud, hospitales o ambulatorios es la clave de la diferencia. La atención al público, la recepción de llamadas, la preparación de los datos informáticos, la organización de expedientes y su tramitación, la gestión de las citas en el servidor o la mecanografía de documentos son solo algunos ejemplos de funciones de un auxiliar administrativo en Sanidad.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es ver, desde el punto de vista administrativo, cómo gestionar todo lo relativo a los recursos humanos en un 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

A continuación vamos a repasar a grandes rasgos las principales funciones y tareas dentro de un departamento de Recursos Humanos en una organización sanitaria desde el punto de vista administrativo. Nos vamos a meter en la piel de

un administrativo que trabaja en un centro hospitalario que trabaja en recursos humanos.

Los recursos humanos se podrían dividir entre personal y nóminas.

- Las funciones principales de un administrativo en personal serian: gestión de personal, contratación, formalización de contratos, valoración de méritos.
- Las funciones principales en nóminas serian: realización de nóminas, certificados IRPF, certificados para el inem.

1. Gestión de personal:

En este caso tiene que llevar el control de todo el personal tanto sanitario como no sanitario. Los jefes de servicio de cada departamento del centro hospitalario ya sean médicos o enfermeras de consultas, personal administrativo de secretarías, urgencias etc., comunicarán el personal necesario en cada momento, ya sean altas nuevas, sustituciones, vacaciones o bajas.

2. Contratación:

Para poder trabajar en un centro hospitalario, el personal tiene que haber aprobado una oposición del servicio de salud de la comunidad autónoma correspondiente, generando una bolsa de empleo de cada categoría para poder contratar al personal tanto sanitario como no sanitario. El procedimiento que tiene que realizar el administrativo para poder realizar cualquier contratación es el siguiente:

- Comprobar las solicitudes de empleo de cada categoría aprobadas por el jefe de servicio, y autorizadas por el gerente del centro hospitalario.
- Se llama al solicitante de empleo de cada bolsa por orden de puntuación. Si hubiera varios contratos se ofrecería al solicitante escoger el contrato. Ejemplo: hay varias solicitudes del jefe de servicio de administrativos para cubrir varios puestos, atención al paciente, secretarías.
- Se llama al solicitante de empleo de la bolsa de administrativos con mayor puntuación, se realizarán dos llamadas si el solicitante no contesta se pasaría al siguiente, y así sucesivamente.
- El solicitante de empleo de la bolsa de mayor puntuación podrá escoger contrato en caso de haber varios contratos. Se llamarán tantos solicitantes como solicitudes de empleo hubiera.
- Se actualizará la bolsa de empleo, quitando a los solicitantes que hayan sido contratados del busca.

3. Formalización de contratos:

También tendrá que realizar los contratos del personal contratado. Estos contratos serán por duplicado para que el trabajador los firme uno para él y otro para la empresa. En caso de que algún solicitante de empleo sea la primera vez que trabaja en el centro hospitalario habrá que pedirle los datos personales: DNI, número de la seguridad social, foto, número de cuenta bancaria para domiciliar la nómina, y certificado de delitos sexuales. Indicando que en el caso de que el trabajador no lo tenga, tendrá que autorizar a la empresa a solicitarlo en su nombre.

4. Valoración de méritos:

El personal que trabaja en centro hospitalario gestionada por la consejería de salud de la comunidad autónoma correspondiente en función de la categoría profesional, carrera profesional, cursos, publicaciones y experiencia laboral. Este personal o personal estatutario generarían méritos para su carrera profesional. El personal estatutario tiene que registrar previamente dentro de los plazos establecidos los cursos, certificados, publicaciones para que se le puede valorar. Una vez registrados el administrativo que tiene esta función dentro del departamento de personal tendrá que revisar y valorar los méritos.

5. Realización de nóminas:

En este caso el administrativo tendrá que realizar las nóminas de los empleados del centro hospitalario. Teniendo en cuenta los siguientes datos:

- Tipo de contrato: no es lo mismo trabajar a jornada completa que a jornada parcial, ni tener un contrato indefinido que uno de duración determinada. Por ejemplo, el tanto por ciento que se cotiza en la Seguridad Social va ligado al tipo de contrato y el tanto por ciento que se retiene de IRPF depende del sueldo total que se perciba, algo que va ligado al contrato.
- Situación personal del empleado: saber si el empleado está casado o si tiene hijos o personas a su cargo también es importante para calcular el IRPF.
- El convenio colectivo de aplicación: afecta a los complementos salariales que vaya a percibir el empleado, igual que al cobro de las horas extras o a las percepciones no salariales como las dietas. Hay algunas diferencias entre personal estatutario o interino.
- Pagas extras: saber si las pagas van a estar prorrateadas o si se van a dar en sus partes correspondientes es importante también a la hora de aplicar el IRPF. Diferenciar entre personal estatutario o interino.
- Categoría profesional y grupo de cotización: estos datos también afectan a la hora de calcular las bases de cotización a la Seguridad Social.
- Bajas: si el empleado ha estado de baja, ya sea médica o de paternidad o mater-

nidad, también influirá en la nómina. También si los empleados lo solicitan entregar certificados IRPF y también del INEM. Indicar que estos certificados del INEM se realizan vía telemática al SEPE.(Servicios Públicos de Empleo).

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo hemos mostrado las numerosas funciones de un administrativo de recursos humanos en un centro hospitalario.

6 Bibliografía

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

Capítulo 91

PROFESIONALES SANITARIOS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

MARIA DEL MAR OBESO PUERTAS

1 Introducción

Por violencia de género se entiende todo acto de agresión que tiene como resultado un daño de naturaleza física, social, psicológica, patrimonial y económica, así como toda amenaza, omisión, coerción y privación arbitraria de la libertad que se produce en la vía pública y privada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la violencia es un problema de salud pública y arroja el dato alarmante de que cada año mueren en el mundo alrededor de 4 millones de mujeres víctimas de la violencia de género.

La atención de la mujer maltratada que acude a los servicios de salud, requiere que el personal presente tres aspectos importantísimos como son: conocimientos, sensibilidad y capacitación suficiente para atender a las víctimas de violencia de género. No siempre resulta tan evidente el reconocimiento de las víctimas, existen ciertas barreras a la hora de identificarlas tales como la falta de privacidad, escaso tiempo de consulta y existencia de condiciones culturales, sociales y personales diferentes.

A lo largo de este capítulo se desarrollarán aspectos claves que deben de ser tenidos en cuenta por el personal sanitario a la hora de abordar la violencia de género.

2 Objetivos

- Tomar conciencia de la importancia de la formación y la detección precoz.
- Formar a los profesionales sanitarios.
- Detectar precozmente las situaciones de violencia hacia la mujer.

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. Asimismo se ha consultado la Ley 1/2004, de 29 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

4 Resultados

La OMS ha identificado la violencia de género como un factor esencial en el deterioro de la salud, ya que las agresiones físicas, psíquicas o sexuales suponen pérdidas a veces irreversibles en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres y sus hijos.

La mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima, pérdida de las esperanzas de cambio de la situación, aumento de la sumisión y aumento del miedo hacia el agresor.

Cuando la mujer pide ayuda, debe recibir apoyos concretos para cambiar su situación, respetando y no culpabilizando por sus decisiones. Para que sea consciente del peligro que corre es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento, y no podrá corregir la conducta del agresor.

En caso de detección de situaciones de violencia de género, si la mujer tiene hijos, es necesario tener presente que requieren una especial atención desde el sistema sanitario, así como disponer de herramientas metodológicas para el abordaje de la violencia de género, y desarrollar estrategias de autoconciencia y autocuidado, a fin de que el impacto emocional con el que tratar a las víctimas del maltrato no repercuta negativamente en la toma de decisiones sobre la víctima, ni en el equilibrio emocional de los profesionales. Los profesionales sanitarios deberán

hacerse cargo de los siguientes aspectos, para una detección precoz efectiva de estas situaciones:

- Preguntar con regularidad, cuando sea factible, a todas las mujeres sobre la existencia de violencia doméstica.
- Estar alerta a posibles signos y síntomas de maltrato, así como hacer seguimiento.
- Ofrecer una atención sanitaria integral y registrarla en la historia de salud o historia clínica.
- Ayudar a atender su malestar y problemas de salud como consecuencia de la violencia o del miedo.
- Mantener la privacidad y confidencialidad de la información obtenida.
- Estimular y apoyar a la mujer a lo largo de todo el proceso respetando su propia evolución.
- Coordinación con otros profesionales o instituciones.

Por otro lado, profesionales sanitarios deberán actualizarse continuamente por medio de cursos sobre violencia de género que tengan por objeto sensibilizar y dotar de conocimientos en materia de violencia de género a la red de profesionales de la salud y formar en materia preventiva. Estos cursos profundizan en los aspectos psíquico-sociales de la violencia de género actualizan los recursos públicos y programas existentes de atención a las víctimas, estudia como debe ser la intervención desde el punto de vista de la atención médica a estas mujeres, e informa sobre aspectos jurídicos en caso de violencia de género.

En el último Pacto de Estado contra Violencia de Género se incluye la formación en violencia de género en los estudios de los profesionales sanitarios, así como la elaboración de un programa específico para la formación de profesionales de los centros de atención primaria en el ámbito moral.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que el personal sanitario está sensibilizado frente a este problema (sólo recordar que el año 2019 se cobró 55 mujeres asesinadas a manos de sus parejas o ex parejas), muchos no lo consideran un problema de salud sino un problema social. Es primordial la formación de nuestros profesionales sanitarios para atender a este tipo de pacientes. La detección de estas situaciones podría mejorar cuando la mujer es atendida por personal específicamente en esta materia.

Es importante sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios para que apren-

dan a manejar este tipo de situaciones y para que las víctimas se sientan apoyadas desde un primer momento.

6 Bibliografía

1. Ley Orgánica 1/2004, de 29 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
2. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo para la Igualdad efectiva entre Hombres y Mujeres.
3. Tourné, M. Escribano, M. Gea, M. Salmerón, E. Protocolo para la detección y atención de violencia de género en Atención Primaria. Servicio Murciano de Salud. Murcia. 2007.
4. OMS: Organización Mundial de la Salud. Violencia de Género. (Internet).2012. Disponible en : <http://www.who.int>
5. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Madrid. 2012
6. Aguar-Fernández, M; Delgado-Sánchez, A, Castellano-Arroyo, M; Luna del Castillo, JD. Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. Aten.2006.

Capítulo 92

PERSONAL DE LAVANDERÍA: LECCIONES POSTURALES PARA EVITAR LESIONES

JUAN CARLOS CORDERA GARCÍA

ANA BELÉN CUESTA RODRÍGUEZ

SERGIO MARTÍNEZ CUESTA

1 Introducción

En las lavanderías sanitarias, todo el personal involucrado , ya sean lavaderos/as, planchadores/as, pinches o celadores, se ven expuestos a la realización de trabajos y tareas que implican el transporte de materiales de peso o el mantenimiento prolongado de posturas ingratas o potencialmente lesivas que pueden causar molestias o lesiones músculo-esqueléticas.

2 Objetivos

Trataremos de identificar las posturas, pesos y desplazamientos que requieren de una intervención ergonómica y una técnica específica para evitar las lesiones, dando unas premisas básicas para su realización y optimización del puesto de trabajo.

3 Metodología

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

4 Resultados

Ya en la recepción de ropa sucia proveniente de los centros sanitarios que convergen en la lavandería, el personal responsable levanta o mueve pesos : las bolsas de la ropa sucia primero, los carros que la contienen, la ropa en la zona de pesaje...

Todos los movimientos implican posturas forzadas, tirones, y durante la selección de la ropa , la celeridad con la que habitualmente se desarrolla el trabajo obliga a estirar los brazos con brusquedad. La salida y posterior clasificación de la ropa limpia también significa lidiar con pesos , que se ven multiplicados con la carga de las lavadoras, el desenredado de la ropa para su procesamiento o selección o el doblado de las prendas.

No solo corrigiendo las posturas podemos evitar lesiones, también es vital el disponer del material de trabajo adecuado para desempeñar las tareas , en perfecto estado y ergonómicamente eficiente.

Para abordar la manipulación de una carga, debemos partir de una planificación del levantamiento, durante la que debemos revisar bien la carga, decidir cómo cogerla y cuáles pueden ser los puntos de desequilibrio de la misma. Después, planificaremos la ruta que vamos a seguir con ella.

Los pies han de estar separados, nuestro cuerpo estable , siempre teniendo en cuenta que un pie ha de estar más adelantado que el otro. Doblabamos las piernas, manteniendo la columna recta. Nos levantaremos, con la carga, flexionando las piernas y nunca la espalda. La carga tendrá que estar firmemente sujeta.

Los giros pueden causar lesiones: los evitaremos, procurando mover los pies en lugar del tronco. No alejaremos la carga de nosotros: cuanto más cerca esté de nuestro cuerpo , podremos manipularla mejor. Si pasamos mucho tiempo de pie, procuraremos mantener la espalda erguida, con los hombros hacia atrás, cabeza

también erguida, con los pies separados , cuidando de que estén a la altura de los hombros.

Respecto al material , tendremos que tener en cuenta las siguientes pautas:

- No empujaremos o tiraremos de carros cuyo esfuerzo supere los 25,5 kg /fuerza para el inicio de movimiento y los 10,2 kg/fuerza para tenerlo en circulación.
- Las tablas de planchar serán regulables en altura.
- Podemos usar , si vamos a permanecer mucho tiempo de pie, alfombras antifatiga.
- Moveremos, siempre que sea posible, la ropa con carros y equipos auxiliares.
- Utilizaremos carros con fondo móvil.
- Todo el equipo debe estar en buen estado: un equipo sucio , oxidado , puede influir negativamente en los desplazamientos y levantamientos, haciendo nuestro trabajo menos eficiente y más peligroso.

5 Discusión-Conclusión

La lavandería hospitalaria es un medio peligroso de trabajo si no se cumplen estrictamente las normas de seguridad y no se dispone de unas medidas de optimización ergonómica del trabajo y las superficies de trabajo. Se requiere , por parte de los trabajadores, de una formación específica y rigurosa para evitar accidentes y sobreesfuerzos.

6 Bibliografía

1. La Ergonomía En Las Lavanderías. p.https://treball.gencat.cat/web/.content/09_-_seguretat_i_salut_laboral/publicacions/imatges/qp_ergonomia_bugaderies_cast.pdf.
2. Manual De Acogida En Lavandería. p.http://www.areasaludbadajoz.es/Manual_de_Acogida_Lavanderia.pdf.
3. Ergodep.ibv.org. 2020. PERSONAL DE LAVANDERIA | Riesgos Y Recomendaciones Por Puestos De Trabajo. [online] Available at: <<http://ergodep.ibv.org/documentos-de-formacion/3-riesgos-y-recomendaciones-por-puestos-de-trabajo/563-personal-de-lavanderia.html>> [Accessed 12 March 2020].
4. Vargas Ramírez, J., Gordo Moral, R. and Martínez Guijarro, B., 2008. Lavandería Y Planchado De Los Servicios De Salud. Madrid: Adams.

Capítulo 93

LA BÚSQUEDA DE ALTA CALIDAD EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS

YOLANDA BANGO MARAÑA

DANILLA FERREIRA MARQUES

SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS

CARMEN FERNANDEZ ALONSO

ANA MARÍA LÓPEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Para lograr la excelencia en una visita al servicio de salud del paciente, cada vez se busca dar más calidad a la atención ofrecida al mismo. La calidad en la atención se está modificando cada vez más en el sentido de mejorar la atención prestada y alcanzar el más alto bienestar en una visita al médico del paciente.

En la medicina actual, la forma de atención en los servicios de salud ya es requisito fundamental para todo el equipo sanitario, siendo la excelencia y profesionalismo grandes valores que ya se pueden garantizar en la atención al paciente.

Es cierto que en los últimos años el imparable desarrollo de las tecnologías ha propuesto tanto ventajas como desventajas en los procesos administrativos y con el pasar de los años también han aumentado las exigencias tanto de pacientes como de sus familiares en la atención que reciben del personal sanitario.

Es muy importante que los pacientes puedan recibir rápidas respuestas en la atención de un servicio sanitario, sea relativo a tratamientos, diagnósticos, consultas, información, gestión de quejas y reclamaciones e incluso la protección de sus datos.

Para que el paciente reciba una buena atención, es imprescindible que el personal que presta esta atención en los diferentes ámbitos, esté totalmente formado y conozca en todo momento, sobretodo los estándares de calidad y las reglas a seguir en sus profesiones laborales para así alcanzar un alto nivel en la atención de alta calidad.

Es inevitable la creación de modelos de calidad en la atención médica e indudable la responsabilidad en la protección de los derechos humanos de los enfermos, sus familiares y un alto nivel de calidad global también direccionada a una perspectiva positiva por parte de la sociedad.

De los aspectos más importantes para una calidad asistencial, está la seguridad del paciente. Para alcanzar su mejora es imprescindible que esta sea una prioridad de los servicios sanitarios en sus diferentes ámbitos de atención.

2 Objetivos

- Expresar la importancia de una atención óptima en cualquier estado de necesidad de pacientes y usuarios en sus diversas tomas de contacto con las organizaciones sanitarias, enfatizando tanto las labores del personal sanitario, como del personal administrativo en la atención de todos los ciudadanos.
- Manifestar su grado de satisfacción y analizar su perspectiva, siendo la atención considerada por ellos, una herramienta de gran valor para lograr la excelencia en las organizaciones sanitarias.
- Argumentar como una buena práctica en la atención al paciente o usuario transforma la experiencia de los mismos en eficaz y grata, buscando así por parte de las instituciones sanitarias y alcanzar un alto nivel de calidad en su sistema.

3 Metodología

Como métodos para realización del trabajo, hemos realizado búsquedas literarias y bibliografías con auxilio de buscadores gratuitos disponibles tales como: Lilacs, Cinahl, Google Académico, Dialnet y Scielo; combinando palabras claves como: alta calidad, administración, atención al paciente, eficacia, satisfacción, gestión

administrativa, sistema sanitario, buenas prácticas, atención al usuario, instituciones sanitarias, profesionales sanitarios, servicio de salud y eficiencia, entre otras. Hemos evaluados los diversos contenidos ofrecidos y una vez valorados, hemos elegido lo que mejor se adecuaba al desarrollo del trabajo. Como criterios de inclusión hemos utilizado: textos en idiomas castellano e inglés, y hemos excluido aquellos textos que no tenían de acceso gratuito en los buscadores utilizados.

4 Resultados

A lo largo de varios años, ha sido todo un reto mejorar la atención a los pacientes del Sistema Sanitario. La búsqueda de alcanzar la satisfacción completa de los mismos es a día de hoy una prioridad de todas las instituciones tanto públicas como privadas.

Llegar hasta aquí, donde nos encontramos ahora con una gran perspectiva positiva en la atención al paciente no ha sido tarea fácil. Antes se daba total prioridad a tan solo ofrecer un diagnóstico y posterior tratamiento a las solicitudes de los enfermos. La atención sanitaria estaba volcada a priorizar las funciones de médicos y enfermeros centralizando las visitas del paciente a los diferentes centros, a que percibieran la atención tan solo en la resolución de su solicitud por lo que había de comunicación con su especialista sanitario.

Es indudable que aún hoy en día, todo lo relacionado con los valores más sagrados para los seres humanos tales como proteger y prevenir su salud y su vida, son prioritarios para ellos y está directamente ligado a la conducta de los médicos y enfermeros, no sólo a que estos realicen de forma correcta su trabajo, si no también que alcancen la perfección. Los profesionales sanitarios tienen demasiada responsabilidad en dar una respuesta a las solicitudes de los pacientes y en gran medida todo aquello que prescriban o actuaciones que adopten los médicos, es en un gran número de atenciones generadas a sus pacientes, totalmente aceptados por estos con un alto grado de fiabilidad, confianza y aceptación. Los pacientes esperan de sus médicos una total perfección y excelencia y aunque en la antigüedad, los médicos no contaban con los recursos suficientes, a medida que fueron pasando los años los avances tecnológicos y el desarrollo en la ciencia, han posibilitado una extraordinaria mejorara tanto en diagnóstico como tratamiento de enfermedades.

Ese desarrollo no sólo ha posibilitado una mayor efectividad en las respuestas a

enfermedades, sino también a su prevención e incluso en la forma de atención a las diferentes exigencias de los pacientes, que se ha venido incrementando, con el paso de los años, en diferentes niveles. Se ha añadido un colectivo bastante importante en la calidad de atención y gestión de las necesidades de los pacientes y usuarios, que es el personal que lleva a cabo las gestiones administrativas en las Instituciones Sanitarias.

El personal administrativo es un soporte importante en la atención de todos los ciudadanos. Este interactúa totalmente con el profesional sanitario ofreciendo una atención oportuna a cada persona, a nivel individual, cada cual con sus necesidades específicas requiriendo un alto nivel de desempeño organizacional.

Para que el paciente o usuario pueda percibir una buena atención, las organizaciones de la salud priorizan principios de mejoras en el sistema sanitario. Parte de esas prioridades son la efectividad en los procesos de atención y en el trabajo asistencial. Es imprescindible además de otros factores, una buena seguridad clínica y enfatizar que los profesionales estén debidamente cualificados, además de que los mismos puedan garantizar la continuidad del tratamiento tras la primera atención recibida.

Para describir la calidad en la atención al paciente, podemos decir que es el intento de aumentar al máximo posible el beneficio del paciente alcanzando el grado de satisfacción dentro del cual tanto los pacientes o usuarios como la población en general obtengan los resultados deseados en sus necesidades en cuanto busquen un Servicio de Salud.

Como aspectos fundamentales de la calidad en la atención, estarían varios aspectos tales como respetar la dignidad y los derechos de los enfermos, garantizando una buena gestión de los recursos, evitando o minimizando los posibles daños, además de una adecuada prevención, diagnóstico y tratamiento.

En la búsqueda de lograr estos objetivos, es fundamental una alta capacidad de decisión además de una máxima calidad de realización. Para todo el profesional sanitario, es necesario que estos sean capaces de seleccionar las decisiones correctas a partir de una variedad de alternativas y que estas decisiones sean efectivas para una buena atención. Sabemos que en la práctica, no habrá una certeza absoluta, pero debe exigirse una probabilidad razonable de eficacia, de acuerdo con las evidencias disponibles.

También es importante para la gestión de calidad de la atención, la comunicación

entre el profesional sanitario, además de con el paciente o usuario, también con los familiares, con el fin de mantener la solidaridad y la confianza, así como el respeto a los valores y principios de los enfermos.

Es fundamental medir la calidad de atención al paciente, observando no solo la percepción de los mismos, sino también sus expectativas en cuanto a los servicios de salud. Para las organizaciones, la opinión a corto y largo plazo de la calidad por parte de los que la necesitan, es fundamental y de gran importancia para aumentar progresivamente esta calidad en los servicios que ofrecen.

Para una óptima calidad asistencial, existe una serie de atributos importantes que deben ser tomados en cuenta a la hora de prestar servicios de alta calidad en la asistencia sanitaria. De entre estos atributos están principalmente la accesibilidad, es decir, la facilidad con la que los usuarios y paciente acceden a los servicios ofertados, la adecuación, es decir que los servicios estén disponibles de acuerdo a las necesidades de los usuarios y pacientes, la aceptabilidad que engloba la satisfacción del paciente en cuanto al cumplimiento de sus expectativas tanto en la atención recibida como en sus resultados obtenidos por la misma, la competencia profesional, tanto del profesional sanitario como de los profesionales administrativos en las organizaciones, la continuidad, desde una primera atención hasta su seguimiento y coordinación para que los cuidados de los enfermos sean progresivos sin interrupciones, disponibilidad, que sería el estado operativo de los servicios sanitarios, que deben ser, tanto cuando sean necesarios, como a lo largo de todo el ciclo de vida de los usuarios y pacientes, la efectividad y eficiencia, mejorando el grado de salud del individuo, minimizando los riesgos buscando el resultado más deseable por el enfermo, además de utilización de los recursos disponibles de forma correcta.

Como factores importantes en la mejora de la calidad, está la gestión de la eficiencia y eficacia continua de procesos. El profesional sanitario es parte vital para esta mejora, ya que su implicación en los diversos procedimientos aumenta sustancialmente la eficiencia de los mismos.

Es de consideración resaltar que desde la perspectiva de la calidad vista por el usuario o paciente, una de las circunstancias que más incide en sus percepciones en cuanto a mejora del sistema sanitario, además de la atención en un primero contacto, es la espera que debe soportar para los diferentes procesos a los que necesita. Para eso las organizaciones han desarrollado diferentes estrategias para disminuir esa espera. De entre otros, las organizaciones han aumentado sus ofertas de servicios sanitarios, estableciendo criterios adecuados para realización de

pruebas médicas o intervenciones, además de establecimiento de priorizar a ciertos pacientes para una correcta adaptación en su duración, garantizando la excelencia en los tiempos adecuados. En la correcta gestión de estos periodos de espera, el trabajo administrativo se ha hecho considerablemente valioso para las labores en la tramitación de las agendas del personal sanitario en cuanto a horas de citas, minimización de visitas de los pacientes a consultas con notas a los médicos y enfermeros, al igual que contacto telefónico o vía carta con el paciente.

5 Discusión-Conclusión

Queda claro que uno de los grandes retos en la calidad de atención al paciente, es la búsqueda inequívoca de la satisfacción de todos los usuarios en el sistema de salud. Para alcanzar esta satisfacción las organizaciones sanitarias han implementado diversos modelos de calidad de atención, que buscan en su mayoría garantizar que los enfermos reciban, además de los tratamientos adecuados en los momentos ideales, minimizando los posibles errores. Además, buscan que estas prácticas sean recibidas en un ambiente de respecto a todos sus derechos y a su dignidad, garantizando en todo momento su seguridad, justicia y equidad.

Existen varios factores que complementan la alta calidad de atención al paciente, y además de la estrecha confianza que los mismos depositan en sus médicos y enfermeros, también es de gran importancia un ambiente de empatía y calidez humana. Diversos factores relacionados con la psicología humana, interactúan como parte efectiva para resaltar diversos valores en la percepción del paciente en cuanto a la atención recibida por el profesional sanitario.

También es cierto que en los últimos años, los avances tecnológicos han posibilitado una mejora en la calidad de atención para los pacientes y usuarios. La búsqueda de avanzar en un sistema de calidad óptimo, ha sido prioridad en las instituciones sanitarias. Para eso es elemental una buena atención además de la captación de las necesidades de los usuarios y pacientes en el servicio asistencial por parte de la primera toma de contacto con las instituciones. Para promover la calidad, es necesario fomentar la formación y la educación en valores y principios de todo el profesional sanitario.

Es responsabilidad moral de cualquier profesional sanitario, una buena y eficaz atención en cualquiera que sea el punto en el que el individuo necesite asistencia, para producir en cierta medida una experiencia agradable en cualquier tipo de contacto que tengan los usuarios y pacientes con las organizaciones sanitarias.

6 Bibliografía

1. D'Empaire G, D'Empaire ME. La ética de la indicación médica y la medicina basada en la evidencia. *Clínica Médica HCC* 2003; VIII: 30-35.
2. D'Empaire G. Limitación de medidas terapéuticas en pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos. *Clínica Médica HCC* 2001; VI: 143-148.
3. Gafo J. Los principios de justicia y solidaridad en bioética. En Gafo J. El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1999: 153.
4. Gracia D. Ética y Vida. *Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria*. Colombia: El Búho; 1998: 56.
5. Calidad del servicio del personal administrativo y satisfacción del paciente en el departamento de hospitalización del Hospital Belén Trujillo año 2015. Melendez Saldaña, José Luis - URI: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/1956>; Fecha: 2015.
6. Williams GI. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. *Calidad de los Servicios de Salud*. 2009. [acceso: 10 de mayo de 2013].
7. Rodríguez A. Creando una cultura de la calidad hospitalaria. *Medwave*. 2013;13(9):e5810.
8. Guerra Bretaña RM, Meizoso Valdés MC. *Gestión de calidad. Conceptos, modelos y herramientas*. La Habana: Editorial UH; 2012.

Capítulo 94

LA EVOLUCIÓN DEL SISTEMA SANITARIO EN ESPAÑA

CARMEN FERNANDEZ ALONSO

DANILLA FERREIRA MARQUES

YOLANDA BANGO MARAÑA

SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS

ANA MARÍA LÓPEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

A lo largo de varios siglos el Sistema Sanitario Español se ha ido transformando de forma progresiva partiendo de diversos modelos internos y acuerdos mundiales. Aunque las diferentes dificultades presentadas a lo largo del proceso y el intento de diversos proyectos para alcanzar un servicio sanitario que fuera aceptable, se han concertado diversas alianzas y pactos de forma universal en la búsqueda de alcanzar una fórmula correcta para una buena y eficaz gestión sanitaria.

Pese a las desigualdades políticas y sociales que ha sufrido España tales como la Guerra Civil y la marcada etapa del franquismo, poco a poco se fueron haciendo obligatorios los seguros para la salud de las personas y las autoridades pudieron llegar a un consenso en materia de salubridad con paulatina elaboración de la vigente Ley General de Sanidad.

La creación de varios seguros obligatorios a lo largo de los años han huido formando un esquema en la Nación Española, proporcionando el nacimiento de la Seguridad Social, y en consecuencia el Sistema Nacional de Salud.

La Constitución Española también ha sido de fundamental importancia en el proceso evolutivo del actual Sistema Sanitario Español ya que principalmente reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud.

En el siglo XXI, el sistema sanitario sigue estando en continuo proceso de actualización y todos esos propósitos desarrollados en el tiempo, no fueron más que para llegar al actual acuerdo de descentralización sanitario que es el modelo actual sanitario que posibilita funcionalidad en las diferentes instituciones en España. Este modelo hace visible una aceptada gestión en los procedimientos en materia de salud, facilitando el acceso de la ciudadanía a las diversas formas de atención sanitaria.

2 Objetivos

- Realizar una cronología del proceso de evolución del actual Sistema Nacional de Salud en la historia de España, además de exponer cuales han sido los métodos y razones que nos han traído a la actual configuración de los servicios sanitarios.
- Manifiestar las circunstancias que han supuesto dificultades en la constitución del actual Sistema Sanitario Español, además de los objetivos superados para poseer un modelo sanitario universal y gratuito.

3 Metodología

Para realizar el trabajo hemos efectuado búsquedas literarias y bibliográficas con la ayuda de buscadores gratuitos disponibles tales como: Dialnet, Lilacs, Google académico, Cinahl y Scielo; combinando palabras claves como: sanidad, evolución, siglos, organización sanitaria, sistema nacional de salud, salud pública, sistema sanitario, organización mundial de la salud, instituciones sanitarias, entre otras. Hemos clasificado los varios contenidos disponibles y una vez estimados, hemos elegido lo más apropiado para desenvolver el trabajo. Como criterios de inclusión hemos utilizado: textos en idiomas castellano e inglés y hemos excluido aquellos textos que no tenían de acceso gratuito en los buscadores utilizados.

4 Resultados

Al final del siglo XIX, España sufre una profunda crisis social, política y económica, por la pérdida de sus colonias americanas, originado diversos gastos por las diferentes guerras. Todo eso se plasma en graves deficiencias sanitarias tales como un atroz servicio del suministro de agua y alcantarillado urbano, provocando una enorme aparición de enfermedades infectocontagiosas y una gran mortalidad generalizada.

Entre los siglos XIX Y XX, con la modernización y actualización de los países europeos en sus técnicas de salud, incorporando de forma masiva nuevos principios preventivos y terapéuticos contra las enfermedades transmisibles, fueron creados los Convenios Sanitarios Internacionales firmados por las principales autoridades de las naciones, de los cuales estaba incluida España en beneficio de la salud pública y del comercio internacional. Dichos convenios condujeron en 1903 y 1908, a la instauración de sendos organismos permanentes la Oficina Sanitaria Panamericana y la Oficina Internacional de Higiene Pública. Esta última con sede en París, fue el primer organismo sanitario con competencias universales hasta la Segunda Guerra Mundial. Los Convenios Internacionales supusieron un cambio en la lucha contra las enfermedades, pasando de la preocupación por la procedencia, al examen de salud de los viajeros o incidencias sanitarias en los viajes. En función de estos acuerdos que obligaban a la notificación de brotes epidémicos, actuación preventiva en origen sobre pasajeros y mercancías o la incorporación de medios de desinfección permanentes a bordo de los barcos, se generaron pautas internacionales de comportamiento respecto a peste y cólera (1903), fiebre amarilla (1912) o viruela y tifus exantemático (1926).

Al mismo tiempo, las regulaciones sanitarias internas debieron ajustarse a los acuerdos internacionales, por lo que la reforma de la Sanidad marítima y de fronteras (lo que competía a la Sanidad Exterior en España) estuvo en primer plano de actualidad a comienzos de siglo.

A pesar de las nuevas prácticas, la intervención de la Sanidad Pública y la filantropía, no disminuyeron las lacras del siglo anterior (tuberculosis, venéreas, alcoholismo, neurosis) aparecían nuevas enfermedades sociales. La promoción de campañas contra la mortalidad infantil y la tuberculosis fue la primera plasmación práctica de los principios de la Higiene social.

El progreso de los propósitos organizativos de la sanidad en España: Todo empieza en 1804, donde se inicia, por parte del Ministro del Consejo de

su Majestad Carlos IV, D. Benito Puente, el llamado plan sobre la Ordenanza de Sanidad Marítima y Terrestre, este plan debido a los acontecimientos ocurridos en Aranjuez, en 1808, dieron al traste con dicha ordenanza.

En 1814, ya reestablecida la monarquía absoluta, con la vuelta de Fernando VII, se aborda un Reglamento General de Sanidad, por la Junta Suprema de Sanidad, enviado por Fernando VII, a su médico de cámara, el Dr. Jáuregui, junto con la Ordenanza de Sanidad de Benito Puente, el informe es más favorable a la ordenanza que al proyecto de reglamento, por lo que el Dr. Jáuregui inicia en noviembre de 1815, la redacción de su propia formativa, denominada Reglamento de Sanidad Marítima y Terrestre.

En 1820, una Real Orden encomienda una comisión creada al efecto, denominada " Redacción de un Proyecto de Ley Sanitaria ", en base a los documentos anteriores, finalizando sin obtener ningún fruto.

En 1821, se intenta desarrollar la necesaria norma, por Real Decreto. Una nueva comisión redacta el Proyecto de Código Sanitario para la Monarquía española en abril de 1822, tras su paso por las Cortes, fue devuelto a la comisión que decepcionada, se negó a asumir las enmiendas.

Ya el 27 de febrero de 1908, bajo el reinado de Alfonso XII, se constituye el Instituto Nacional de Previsión (INP), mediante la creación de una ley que proclama su constitución. Esta era una ley que preveía la organización, por parte del Estado, de un INP, como medio para extender e inculcar la previsión popular, especialmente la realizada en forma de pensiones de retiro. Fue el organismo gestor de mayor entidad y más larga vida, duró de 1908 a 1978. Es el primer paso dado en nuestro país en materia de política social de previsión.

Las Intituciones Sanitarias en el franquismo:

Un gran paso para la evolución de la sanidad en España, fue que se adherirá a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta adhesión fue en 1951. Desde entonces hasta la muerte de Franco se ejecutaron unos 21 proyectos diferentes y como consecuencia de la Guerra Civil ya se podía considerar a España como un país subdesarrollado para los Servicios de Asistencia Técnica de Naciones Unidas. De hecho, España fue uno de los escasos países europeos en recibir ayudas después de 1953.

Tras la visita a España del profesor Colin Fraser Brockington, que actúa como consultor de la OMS, termina por dictaminar que la situación sanitaria española

es peor que en otros muchos países que estaban en vías de desarrollo. Este profesor recomienda la reorganización de la administración periférica y propone la elaboración de una nueva ley de Sanidad. Además formula la necesidad de una modernización en la formación de personal. Todos estos planteamientos no se aplicaron en modo de reforma hasta el periodo de transición política.

En un primer momento, nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) se organizaba en base a un modelo de Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), pero lo hizo a diferencia de otros modelos europeos creando una extensa red centros y/o ambulatorios de atención primaria, donde se realizaba el mayor porcentaje de los contactos entre médico y enfermo. La gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas pequeñas pudieron ser realizadas con la creación de los Centros Quirúrgicos de Cupo y la creación de hospitales, independiente de su tamaño, se fueron transformando en ciudades sanitarias o también llamados grandes hospitales, con todas las especialidades médico-quirúrgicas existentes. Esta red de centros asistenciales se unificó bajo las dependencias orgánicas y funcionales de un organismo denominado Instituto Nacional de Previsión (INP) creado en el año 1919; INP fue el inicio y propulsor de todos los seguros que surgieron posteriormente.

El primer seguro social obligatorio en España se crea en 1919 con la denominación de «Retiro Obrero». En 1929 se implanta el seguro de Maternidad, declarándose subsistentes ambas normas por la Ley de 9 de septiembre de 1931, durante la II República. En 1932 el aseguramiento del Accidente de Trabajo, creado en el año 1900, se hace obligatorio para todas las actividades. En este mismo año 1932, el ministro Largo Caballero ordenó al INP la propuesta de una ampliación de la cobertura sanitaria, que se discutió en el Parlamento, y que hubiera redactado una Ley que hubiera transformado a la larga el INP en un Servicio Nacional de Salud, pero la guerra civil española de 1936 no permitió aprobar ninguna ley al respecto, por lo que el programa de desarrollo de los derechos reconocidos a los trabajadores en la Constitución republicana de 1931, se vio frustrado parcialmente, con la única creación del denominado «régimen obligatorio de subsidios familiares» en el 1938. Con posterioridad, el Retiro Obrero se transforma en subsidio de Vejez en 1939, integrándose posteriormente en el año 1947, en el seguro de «Vejez e Invalidez», que cubre el riesgo de invalidez, no derivada de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, y a partir de 1955, también el riesgo de muerte.

El seguro obligatorio por enfermedad (SOE): ofrecía a sus asegurados asistencia sanitaria por enfermedad, incluyendo la maternidad, pero no hacía lo mismo con

patologías profesionales y derivadas de accidentes de trabajo. Fue convertida, por el Ministerio de Trabajo en norma el 14 de diciembre de 1942, y se considera la base para la sanidad casi universal y gratuita que conocemos hoy en día.

Al SOE lo preceden diferentes seguros como el Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (SOVI), que recibió su nombre en 1947, pero fue aprobado en 1939, a partir de las recomendaciones del Fuero de trabajo, una de las principales referencias legislativas del régimen de Franco. De este conglomerado de seguros nació más tarde la Seguridad Social, y poco después el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), organismo encargado de administración y gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social Española:

-En 1977, España crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, actualmente denominado Ministerio de Sanidad.

-En 1978, tras la aprobación de la Constitución Española se producen una serie de cambios primordiales en su ordenamiento: queda reconocido el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y con el establecimiento de las Comunidades Autónomas y la nueva Organización Territorial del Estado, se favorece la asunción y la distribución de competencias sanitarias por parte de las mismas. La gestión y administración de algunos servicios asistenciales se han descentralizado en forma de repartir ciertos poderes. En este mismo año también se reforma la gestión institucional de la seguridad social, la salud y el empleo y se suprime el Instituto Nacional de Previsión, trasladando la gestión y administración de los servicios sanitarios del Sistema de Seguridad Social (SS) al Instituto Nacional de la Salud, organismo de nueva creación.

-En 1981 de acuerdo con el principio de descentralización territorial, se inicia el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las comunidades autónomas, proceso que finaliza en el año 2001.

-En 1986 la Ley General de Sanidad configura el nuevo módulo de organización sanitario español, creándose el Sistema Nacional de Salud (SNS), y define el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado.

-A partir de 1989, se incrementa y se amplía la previsión dictaminada en la Constitución Española en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos. Por una parte, se produce el cambio de financiación del gasto sanitario público, que pasa a ser fundamentalmente asumido por el Estado, a través del sistema impositivo ordinario. Por otro lado, se extiende la cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en el sistema y que fueron colectivos sin recursos suficientes.

-En 2002, al hacer totalmente efectivo los traspasos de competencias del Estado

a las Comunidades Autónomas, Regiones, en materia de asistencia sanitaria, el Instituto Nacional de la Salud queda disuelto, es decir se ha descentralizado. A partir de entonces, la prestación sanitaria pública pasa a ser asumida por el Sistema Nacional de Salud, a través de los servicios de salud autónomos.

5 Discusión-Conclusión

El repaso de la historia de la sanidad en España, nos da una vista, en retrospectiva, de lo difícil que ha sido llegar al desarrollo de las normativas sanitarias en el país, y el gran paso que hemos dado en la protección de la salud y el bienestar social. Vemos también que en los momentos de mayor crisis: política, social y económica, han sido verdaderos impulsores de las mejores ideas, permitiendo propulsar diferentes leyes de larga proyección en lo que respecto a salud se refiere.

Para que una sociedad pueda alcanzar cierto estado de bienestar, uno de los pilares más importantes es el sistema sanitario que le caracteriza. Las prestaciones y organización de las vías que posibilitan el acceso a respuestas de necesidades en materia de salud es vital para lograr el confort de la población en general.

Es cierto que hay una enorme diferencia de los países desarrollados en cuanto a países tercermundistas, pero la atención a la salud se ha hecho imprescindible en cualquier parte del mundo para lograr una buena calidad de vida de los ciudadanos en general. Cabe decir también que, en los países donde la sanidad es totalmente gratuita, esta deja de ser en cierta medida valorada por la ciudadanía, pero sigue siendo una de sus principales prioridades en cuanto le sean necesarias.

En España, los acuerdos legislativos y los avances tecnológicos, han propiciado en los días de hoy que la sanidad sea universal y gratuita y cada vez la atención en el sistema sanitario es realizado de forma que no solo el usuario pueda recibir una buena evaluación de su cuadro clínico, sino también que a lo largo de su vida éste sea continuado. El cuidado que reciben los ciudadanos por parte de cualquier institución sanitaria, en cualquier momento de su vida, es, en cierta manera, eficaz y eficiente. En este sentido, se puede decir que el sistema ha evolucionado favorablemente.

Aunque el sistema sanitario y sus servicios sean en su gran mayoría, responsabilidad de los poderes públicos cabe resaltar que la participación de todos los ciudadanos es de vital importancia para que el sistema sanitario pueda desarrollar una buena atención y evolucionar sobretodo en calidad.

6 Bibliografía

1. LA ECONOMÍA EN ESPAÑA EN EL SIGLO XIX de Alejandro Rodríguez.
2. POR LA SALUD DE LAS NACIONES: HIGIENE MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA SOCIAL, Madrid Akal (1992) , de E. Rodríguez Ocaña.
3. LA SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA EN EL CONTEXTO EUROPEO 1890-1925 por Esteban Rodríguez Ocaña.
4. LA SANIDAD FRANQUISTA VISTA DESDE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, El informe Brockington (1947), de Colin Fraser Brockington.
5. LA SALUD PÚBLICA DURANTE EL FRANQUISMO, de Pedro Marset, José Miguel Sáez y Fernando Martínez.
6. REAL DECRETO 1746/2003, de 19 de diciembre de 2019.
7. LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.- BOE 102.

Capítulo 95

EL PODER DE LA COMUNICACIÓN, EMPATÍA CON EL PACIENTE

SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS

ANA MARÍA LÓPEZ MENÉNDEZ

CARMEN FERNANDEZ ALONSO

YOLANDA BANGO MARAÑA

DANILLA FERREIRA MARQUES

1 Introducción

La necesidad del ser humano por comunicarse proviene desde la época de las cavernas, utilizando todos los recursos al alcance para crear sistemas de comunicación con los que interactuar y avanzar como especie. Dichos sistemas han variado durante los siglos, pasando por jeroglíficos egipcios, señales de humo, palomas mensajeras, telégrafos, para llegar en la actualidad al teléfono, internet, etc.

Esta habilidad para avanzar nos lleva al momento de desarrollo tecnológico en el que nos encontramos. Dicho avance nos ha ayudado de manera extraordinaria, haciendo de la comunicación un proceso tan amplio que es estudiado en materias tan diversas entre sí como la filosofía, psicología, historia, economía, biología o ciencias del conocimiento.

Varios investigadores coinciden en que la comunicación es un proceso estocástico, en el que influyen multitud de fenómenos aleatorios, dicho proceso se produce entre un emisor libre de elegir el mensaje que desea enviar y un destinatario que recibe esa información y puede interpretarla de varias maneras, no siempre con la misma intencionalidad con la que fue enviada.

La capacidad del ser humano para comunicarse es tan grande, que cualquier acción humana es capaz de comunicar, abarcando todos los sentidos. Somos capaces de interactuar y transmitir de multitud de maneras, ya sea a través de gestos, palabras, movimientos, expresiones, etc.

Esta capacidad llevada al ámbito sanitario (tanto en atención primaria, como especializada), se traduce en proporcionar un nivel de calidad en la atención al paciente; algo fundamental para todo el personal, sanitario y no sanitario. Por ello, tenemos que tener en cuenta que para una correcta atención al usuario debe de haber una condición principal: comunicar de forma adecuada el mensaje que queremos transmitir.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conseguir que el paciente entienda correctamente la información que le hemos trasladado.

Objetivos secundarios:

- Evitar confusión a la hora de transmitir datos, tales como fechas, horas, lugares, etc., verificando siempre que el mensaje se ha comprendido perfectamente.
- Proporcionar la información necesaria para una correcta identificación entre el usuario y la unidad encargada en ese momento de la comunicación.
- Lograr que el mensaje enviado por profesionales administrativos sea exactamente igual al mensaje recibido por el paciente.
- Incrementar la habilidad de empatizar con el usuario y tener en cuenta su capacidad de atención y disponibilidad en ese momento, para asegurarnos de que ha comprendido a la perfección la información dada.
- Evitar suposiciones y confirmar que no queda ninguna duda al respecto.
- Aplicar el proceso de información para mejorar la comunicación tanto verbal como escrita.

3 Metodología

Para la realización de esta publicación se han utilizado entre otros buscadores los siguientes: Google Académico, Latindex, Slideshare, Medline, Dialnet, Cinahl, etc. Además del campus virtual de Orión Formación. Haciendo búsquedas bibliográficas y combinando distintas palabras clave como: comunicación, historia de la comunicación, atención al paciente, gestión de la información, técnicas de comunicación, etc.

Después de valorar los diferentes contenidos encontrados, se ha seleccionado una parte importante de información para realizar el estudio. Enfocándolo siempre al campo sanitario y buscando la mayor utilidad para la realización de tareas en las unidades administrativas. Se han incluido textos en idioma español, excluyendo aquellos que no disponen de acceso gratuito.

4 Resultados

Contenidos en la comunicación:

Toda comunicación tiene un contenido personal, formado por los sentimientos a la hora de expresar el mensaje, y los datos que se transmiten y un contenido interrelativo, es decir la intención de la comunicación, el por qué se hace.

Elementos de la comunicación:

- Emisor, persona encargada de transmitir la información, con una serie de actitudes y desde una posición jerárquica, además del conocimiento para elaborar la conducta comunicativa o proceso de codificación.
- Mensaje, aquella información que se pretende trasladar al paciente teniendo en cuenta lo siguiente: simplicidad en el vocabulario empleado, importancia del tono de voz y los gestos no controlados, pronunciación correcta y evitar la codificación no adecuada.
- Canal soporte, que puede ser una circular, reunión, tablón de anuncios, boletín, etc...
- Canal lenguaje, integrado por el lenguaje verbal o forma de comunicar significados a través de las palabras y lenguaje no verbal o forma y modo de decir las cosas (expresión, postura, gestos y movimientos).
- Receptor, persona que recibe la información, en este caso el paciente, se debe tener en cuenta la atención prestada, la interpretación correcta del mensaje, la falta de capacidad o formación para comprender, la actitud, etc...

-Contexto, pudiendo ser éste, temporal (momento psicológico en que se realiza la comunicación), espacial (entorno físico) y organizativo (correcto funcionamiento de todo el proceso).

Barreras que dificultan la comunicación:

- Estereotipos, ya que actúan como una predisposición y llevan a interpretar los mensajes de acuerdo a unos criterios previos.
- Facilidad para juzgar y generalizar un rasgo específico o un hecho aislado.
- Proyección, o el hecho de atribuir a una persona características propias, generalmente negativas.
- Defensa psicológica y filtros, para evitar confusión y desorientación cuando la información trasladada al paciente no es la esperada por él.
- Tendencia a evaluar, juzgando desde nuestro punto de vista, olvidando el sistema conceptual de la otra parte.
- Inferencia, cantidad de mensajes, rapidez con que se transmiten, interrupciones en la comunicación, factores que favorecen las suposiciones y perjudican la correcta transmisión de la información.

Vectores de la comunicación:

Dentro del centro sanitario los vectores o radios de comunicación pueden ser: ascendentes, con los superiores y personal directivo; descendentes, con los colaboradores; y horizontales, con los demás compañeros de la institución o centro (internos) o con los pacientes y usuarios (externos).

La importancia de saber escuchar:

El 50% de la comunicación consiste en escuchar. Si una persona deja de escuchar es inútil hablar. La escucha eficaz no es fácil, implica interpretación, tanto del significado literal de las palabras, como de la intención del hablante; está condicionada por la actitud y la energía de la persona.

Los errores más comunes en la escucha y que siempre hay que tratar de evitar son la falta de voluntad, un entorno poco favorable, pasividad o escucha selectiva, la falta de tiempo, la réplica constante, los prejuicios, la falta de interés, desconexión, etc...

En estos casos la empatía con el paciente es básica, tenemos que tratar de ponernos en su lugar y dar la información de la manera más precisa, asegurándonos de que el usuario ha comprendido perfectamente. Así como intentar que el ambiente sea lo más relajado posible, evitando ruidos molestos y otros efectos que dificulten la conversación.

Comunicación telefónica.

Gran parte del trabajo administrativo en las instituciones sanitarias se realiza a través de la atención telefónica, ésta nos permite entrar en contacto con los pacientes y facilitarles la información correspondiente, así como la gestión de citas y resolver dudas acerca de trámites o gestiones a realizar:

-La voz, es el principal instrumento de la comunicación telefónica. Es lo que el paciente oye y en ese momento es la imagen que damos, tanto personalmente como de la institución. Con nuestra voz podemos: dar confianza, tranquilizar, persuadir, crear un ambiente agradable, pero también puede haber factores negativos y transmitir nerviosismo, inquietud, prisa...

-Por ello es importante la entonación, hablar en un volumen correcto, no a gritos ni tampoco susurros. Entender las dudas del paciente y adaptar el tono de voz a las circunstancias. Variar el tono para transmitir dinamismo, amabilidad, especialmente en el saludo y la despedida. No utilizar un tono monótono que demostraría aburrimiento o mal humor. Sonreír es importante incluso a través del teléfono, ayudándonos a empatizar con el paciente.

-Otro factor fundamental es la articulación, una correcta articulación permite que el mensaje sea comprensible. Es básica la vocalización y evitar comerse palabras.

-El éxito de la comunicación radica, en gran medida, de las palabras que utilizamos para transmitir la información; por eso es importante la elocución o el modo de elegir y distribuir los pensamientos y las palabras. A través del teléfono debemos hablar lentamente, utilizando un vocabulario inteligible y claro, de manera positiva, dando tiempo al paciente a asimilar y comprender la información. Evitando tecnicismos, palabras imprecisas o negativas que generen duda o inquietud en el paciente. El silencio nos ayuda a oír al usuario y hacer la escucha activa.

-Cada persona tiene un estilo de conducta diferente, una actitud determinada frente a distintas situaciones. Dicha actitud es tanto física, la postura que tenemos al hablar por teléfono; como psíquica, actitud positiva o negativa al realizar o al recibir una llamada telefónica. Teniendo en cuenta que transmitimos la imagen del centro o de la institución en la que trabajamos, nuestra actitud debe ser positiva, con convencimiento y autoconfianza.

Algo básico a la hora de atender una llamada telefónica es identificar correctamente al paciente en primer lugar y posteriormente conocer el motivo de su llamada para poder ofrecerle la mejor solución posible. Debemos cuidar especialmente nuestro tono de voz, para transmitir amabilidad y seguridad.

A través de las conversaciones telefónicas se resuelven multitud de tareas en el ámbito administrativo, tales como: facilitar cita previa para distintos servicios

como medicina, enfermería, pediatría, odontología, etc., información sobre tarjeta sanitaria, inscripción de recién nacidos, cambios de médico, etc., transferir llamadas; atender quejas, sugerencias, etc. Por eso, es sumamente importante pensar más rápidamente que el usuario que nos está planteando sus dudas, pero nunca hablar más deprisa que él.

Por último, antes de finalizar la llamada debemos estar seguros que el paciente ha comprendido perfectamente la información dada y nuevamente utilizar un tono cortés para despedirnos, dando así una buena imagen de la institución y una sensación de seguridad en el usuario.

5 Discusión-Conclusión

El proceso de comunicación no siempre es fácil, ya que consta de multitud de elementos complejos. Tanto el emisor como el receptor son personas que manifiestan sentimientos que influyen a la hora de transmitir la información y de recibirla. Esto dificulta a veces la comunicación, lo que repercute en la correcta interpretación del mensaje que se ha querido enviar.

Así mismo es fundamental el contexto en el que se realiza dicha comunicación, porque puede influir de manera positiva o negativa en el proceso de transmitir perfectamente la información y de que ésta sea recibida correctamente.

Igualmente importante es la capacidad de empatizar con el paciente para evitar confusión e interpretación errónea, y requiere nuestro esfuerzo constante para que nunca queden dudas sin aclarar, ni problemas sin resolver.

Por último debemos tener en cuenta que decir algo no significa que nos hayan oído, lo cual no quiere decir que nos hayan entendido, y por supuesto no implica que la información esté asumida para finalmente aplicarla.

Por todo esto, somos responsables si el paciente interpreta mal un mensaje, debiendo verificar que se ha comprendido correctamente, ya que lo principal no es lo que se dice, sino lo que se entiende.

6 Bibliografía

1. "Historia de la comunicación: de la crónica a la disciplina científica". Antonio Checa Godoy. Sevilla, 2008.

2. "Aspectos metodológicos de la historia de la comunicación". Mercedes Román Portas. Sevilla, 2000.
3. "La historia total y sus enemigos en la enseñanza actual", en VV. AA. Carlos Martínez Shaw, 1995.
4. "Didáctica Universitaria". Comisión de Docencia, Universidad de Sevilla. Sevilla, pp. 85-111.
5. "Introducción a la historia de la comunicación". Julio Montero Díaz y José Carlos Rueda Laffond, 2001. Social, Ariel Comunicación, Barcelona, pp. 18-19.
6. "Metodologías de la historia de la comunicación social", Universitat Autònoma de Barcelona, J. L. Gómez Mompert, editor, 1995.
7. "Nuevas fuentes para la historia de la comunicación. Hemerotecas, bibliotecas y catálogos en red", Antonio Checa Godoy, 2004.
8. "Historia de las teorías de la comunicación", Armand y Michèle Mattelart. Barcelona, 1997.
9. "Historia de la comunicación", del lenguaje a la escritura. Raymond Williams Ed.

Capítulo 96

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES EN EL ÁMBITO SANITARIO POR PERSONAL ADMINISTRATIVO

NATALIA GONZALEZ FUEYO

OVIDIO CERRILLO MIRANDA

MAR CASTRO FUEYO

1 Introducción

Todo paciente tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud.

La protección de Datos personales es un derecho fundamental recogido en el artículo 18.4 de la Constitución Española y regulado por el Reglamento Europeo de Protección de Datos (RGPD), la LOPD y su reglamento de desarrollo.

Esta normativa vincula a todos los sectores, tanto profesionales que operan en el ámbito sanitario, a las clínicas, a los hospitales, a los centros médicos y a las instituciones sanitarias como al personal no sanitario.

La regulación de la protección de datos, en este caso, se complementa con la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002, de 14 de noviembre, la cual se encarga de regular los derechos y las obligaciones en materia de información y documentación

clínica en la que se regula su historial, para ello es necesario dejar claro que se entiende por historia clínica y por datos de salud.

2 Objetivos

- Conocer las características de los registros y los requisitos que debe cumplir un fichero.
- Diferenciar los diferentes tipos de consecuencias según el delito cometido ante el uso de datos personales y ficheros en el ámbito 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, Scielo y Medline, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La Historia Clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial.

Por otro lado el RGPD, define los datos personales como los relativos a la salud física o mental de una persona física, incluida la prestación de servicios de atención sanitaria, que revelen información sobre su estado de salud. Por lo tanto, cualquier información relativa a:

- Una enfermedad.
- Una discapacidad.
- El riesgo de padecer enfermedades.
- El historial.
- El tratamiento clínico o el estado fisiológico o biomédico del interesado, independientemente de su fuente, por ejemplo, un médico u otro profesional sanitario o no sanitario, un hospital, un dispositivo médico, o una prueba diagnóstica in vitro.

Por lo trascendental que puede tener este tipo de datos para la privacidad del interesado, el RGPD, da a este tipo de datos el adjetivo de Especialmente Protegidos, lo cual hace que se deban cumplir una serie de condiciones adicionales para su tratamiento conforme a la normativa.

Los principios fundamentales que deben formalizar los responsables de los datos (entre ellos el personal no sanitario) para el cumplimiento de la normativa son los mencionados a continuación.

1. Consentimiento. Tiene que existir, según la nueva normativa europea, un consentimiento Explícito o Recogido por escrito. Así lo recoge el artículo 9 del citado Reglamento, que es la base legal, para el tratamiento de este tipo de datos.

2. Calidad de los datos. Se deben recoger los datos de los pacientes siempre que sean adecuados, veraces y pertinentes. La información sanitaria, de acuerdo con el artículo 4.7 de la LOPD, no puede recopilarse de forma desleal, fraudulenta o ilícita. La recogida y el tratamiento de datos de salud persiguen una finalidad principal que se manifiesta en la propia finalidad de la historia clínica: garantizar una asistencia adecuada al paciente. La información básica para la asistencia sanitaria ha de contar, como mínimo, con los siguientes datos:

- Documentación referida a la hoja clínico-estadística.
- Autorización de ingreso.
- Informe de urgencia.
- Exploración física.
- Evolución.
- Órdenes médicas.
- Hoja de interconsulta.
- Informes de exploración complementaria.
- Consentimiento informado.
- Informe de anestesia.
- Informe de quirófano o de registro del parto.
- Dossier de anatomía patológica.
- Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- Aplicación terapéutica de enfermería.

Además los pacientes deben ser informados en todo momento de:

- Existencia de estos ficheros.
- Finalidad del mismo.
- Posibles destinatarios de la información.
- Identidad y dirección del responsable del mantenimiento del mismo.
- Posibilidad del ejercicio de sus derechos.

Es obligatorio en cada centro sanitario la existencia de una hoja de información al paciente en la que le solicita su autorización para el tratamiento de sus datos. En ella deben constar, entre otros datos:

- Nombre del profesional y del centro donde ha sido atendido el paciente
- Propósitos de la petición
- Expresa conformidad de publicación del caso clínico en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud
- Nombre del paciente
- Documento de identidad o pasaporte y su firma autorizando expresamente que se utilicen los datos de su historia clínica en las condiciones que se describen en el informe.

En cuanto a la confidencialidad, el secreto profesional es de obligatorio cumplimiento por el personal que tenga acceso a los datos del paciente, tanto sanitario, como no sanitario, incluso cuando la relación que vincule a las partes haya finalizado. Se obliga a los centros médicos a adoptar las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad y el procedimiento legal de acceso. Para cumplir todo esto, deben garantizarse unas medidas de seguridad.

La nueva normativa ya no las establece por niveles, si no que prevé que se apliquen medidas en función del riesgo que puedan ocurrir en el tratamiento de los datos, por lo tanto, atendiendo a esto, en el caso del tratamiento de datos de salud el nivel del riesgo es enorme, por lo que es necesario diseñar unas medidas organizativas y de seguridad conforme a dicho riesgo.

La evaluación de impacto es un análisis del riesgo cuyo objetivo es permitir a los responsables del tratamiento tomar medidas adecuadas para reducir dichos riesgos (minimizar la probabilidad de su materialización y las consecuencias negativas para los interesados). Asimismo, las medidas de seguridad y los protocolos que se deban llevar a cabo han de plasmarse en un Documento de Seguridad. Dicho documento deberá estar siempre a disposición de la Agencia Española de Protección de Datos para su consulta si así lo requiriera.

En cuanto al registro de las actividades de tratamiento, los responsables y los encargados están obligados (siempre en los casos de tratamientos de datos de salud, genéticos o biométricos con independencia de emplear o no a más o menos de 250 personas), a mantener un registro de las actividades de tratamiento que realicen. Este registro debe de contener al menos los siguientes datos:

- Identificación y datos de contacto de responsable, corresponsable, representante y delegado de protección de datos.

- Fines del tratamiento.
- Descripción de categorías de interesados y datos.
- Categorías de destinatarios existentes o previstos (inclusive en terceros países u organizaciones internacionales).
- Transferencias internacionales de datos y documentación de garantías para transferencias de datos internacionales exceptuadas sobre base de intereses legítimos imperiosos.

Se deberá contar con un Delegado de protección de Datos, ya que así lo exige la nueva normativa comunitaria. Los centros sanitarios legalmente obligados al mantenimiento de las historias clínicas de los pacientes tendrán que tener nombrado un DPO y comunicar dicho nombramiento a la AEPD.

Es habitual, que los datos se comuniquen entre entidades para el mejor tratamiento del paciente. En estos casos, el interesado deberá tener constancia de ello, ya que será él quien permita esta transmisión. El responsable del fichero deberá cumplir determinados requisitos:

- Definir en un contrato escrito la regulación del tratamiento de datos por cuenta de un tercero,
- Establecer que ese tercero, únicamente tratará los datos conforme a sus instrucciones.
- Comprobar que los datos no serán utilizados con fines distintos a los determinados en el contrato, ni serán comunicados a otras personas.
- El tercero deberá cumplir con las mismas medidas de seguridad que las que cumpla el responsable del fichero.

La única excepción a este consentimiento se establece en el caso de que la comunicación de los datos tenga por objeto la prevención, el diagnóstico y la asistencia sanitaria de los afectados a los que se refieren. Hay que tener en cuenta también, el caso particular y excepcional de las Mutuas y de las Compañías de seguros, los datos médicos pueden comunicarse de acuerdo al principio de calidad y únicamente para llevar a cabo la elaboración de la factura del gasto sanitario.

En todo este tratamiento especial de los datos personales en la sanidad, desde el punto de vista de personal no sanitario, hay que tener también presente la regulación de los derechos ARCO. Los pacientes podrán ejercitar libremente su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de su historia clínica. Para ello, el responsable deberá colaborar con ellos, facilitarles un informe o, en su defecto, una copia del mismo. No obstante, el procedimiento para el ejercicio de estos derechos debe hacerse siempre respetando unos plazos y unas pautas

tanto para ejercerlos, como para facilitarlos.

Siempre que se proceda a la creación, modificación o cancelación de un fichero que contenga datos personales, se deberá notificar a la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) para llevar a cabo su inscripción en el Registro General de Protección de Datos. Por último, en el caso de alta del fichero, la inscripción en el registro ha de realizarse con anterioridad a su uso. La notificación no conlleva coste económico alguno. Simplemente implica el compromiso por parte del responsable de que el fichero declarado para su inscripción cumple con todas las exigencias legales.

Quien tenga como desempeño el manejo de datos de pacientes, es necesario saber, que se establece un plazo de conservación de al menos cinco años contados desde el alta de cada proceso asistencial. Por tanto, cuando un paciente reciba el alta o por cualquier motivo deje de asistir a la clínica, no se puede proceder a eliminar sus datos (Existen unos plazos mínimos para la conservación de datos). Igualmente ocurriría en el caso de que el paciente solicitara la cancelación de sus datos. Estos no podrían ser cancelados, si no quedarían debidamente bloqueados.

El Código Civil determina además, un plazo de quince años para poder llevar a cabo una acción por responsabilidad civil, plazo que computa desde que el reclamante tiene conocimiento del daño. No obstante, a efectos prácticos, este plazo se incrementa en quince años más ya que si el daño se conoce justo antes de que venzan los primeros quince, automáticamente se prorrogará por otros quince años más.

El Hospital, puede comunicar los datos a las Mutuas, puesto que existe habilitación legal para ello. Siempre de acuerdo al principio de calidad y respecto a las funciones encomendadas. A estos datos médicos puede acceder todo el personal directamente implicado en la atención del paciente. En cuanto a familiares y allegados, se les podrá facilitar la información siempre que acrediten un interés legítimo, así como, su identidad y siempre y cuando el paciente no haya manifestado expresamente su voluntad de lo contrario.

Otro dato a tener en cuenta, es el tratamiento que se deben dar a esos datos, por el carácter de confidencialidad que tienen. Como regla general, se debe contar con el consentimiento expreso del paciente, si sus datos fueran usados para fines de investigación.

Sería conveniente, para esta situación, separar los datos identificativos de los

datos médicos, es decir, proceder a una armonización de los datos, para que a través de los mismos no pudiera ser identificado. El incumplimiento de estos preceptos fundamentales implica sanciones económicas.

Cabe destacar que con la aplicación de la nueva regulación las multas van en función de la vulneración de la norma, pudiendo llegar hasta los 10.000.000 € o el 4% de la facturación global anual. A continuación se muestran algunas sanciones en casos de incumplimientos, conforme a la gravedad de los hechos.

Como causas leves destacan:

- La no inscripción del fichero de datos personales en el Registro General de Protección de Datos.
- No proporcionar la información necesaria a los pacientes a los que se les está solicitando los datos o la de incumplir el deber de secreto.

Causas graves serían:

- Incumplir la finalidad de los datos para los que se han recogido.
- Proceder a la recogida de datos de carácter personal sin recabar el consentimiento expreso de las personas afectadas.
- Mantener los ficheros que contengan datos personales sin las debidas condiciones de seguridad.

Como causas muy graves se tipifican, por ejemplo:

- El no atender de forma sistemática el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación u oposición.
- La comunicación o cesión de los datos de carácter personal, más allá de los casos en que estén permitidas.
- La omisión de forma sistemática del deber legal de notificación de la inclusión de datos personales en un fichero.

5 Discusión-Conclusión

Con todo lo expuesto, se pretende dar una pincelada, a grandes rasgos de cómo tratar los datos de los pacientes, cómo custodiarlos, obligaciones de confidencialidad y responsabilidad en caso de incumplimiento.

Con ello se pretende concienciar de la importancia del tema a tratar y de la especial cautela a seguir por el personal administrativo, quienes en su día a día deben tener muy presentes las pautas anteriormente citadas.

6 Bibliografía

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

Capítulo 97

RIESGOS LABORALES EN EL TRABAJO DE AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ANA MARÍA LÓPEZ MENÉNDEZ

CARMEN FERNANDEZ ALONSO

DANILLA FERREIRA MARQUES

YOLANDA BANGO MARAÑA

SUSANA ISABEL VILLALOBOS DE GODOS

1 Introducción

Entre otras tareas el trabajo de auxiliar administrativo consiste en actualizar, registrar y almacenar información, además de gestionar citas, agendas, atención telefónica y otras funciones, siempre dentro de las instituciones sanitarias, que es el ámbito al que nos referimos.

Entendemos que se trata de un trabajo básicamente de oficina, lo que conlleva una serie de características que lo definen claramente como un trabajo sedentario. Teniendo a raíz de esto consecuencias en la salud, que de no tomar las medidas oportunas pueden afectar de manera grave a diversas partes del cuerpo, tales como la espalda, piernas, músculos y articulaciones... Incluyendo también un riesgo de padecer obesidad, para lo que una buena alimentación es primordial.

En multitud de ocasiones se adoptan posturas que pueden favorecer numerosas patologías de índole músculo-esqueléticas, como por ejemplo lumbalgias, hernias

discales, contracturas, ciática, etc..Debido en muchas ocasiones a mantener posturas inadecuadas durante horas a lo largo de la jornada laboral, como pueden ser: mantener las piernas cruzadas, torcer la cabeza, curvaturas anormales, hombros tensionados y levantados, todo lo que lleva a complejos problemas de salud.

Hemos observado que el riesgo por carga de trabajo puede desencadenar también en depresión y burnout. Según datos de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud Laboral, el estrés laboral afecta al 28% de los trabajadores europeos, siendo el segundo problema de salud laboral junto con los dolores de espalda. Esto va yendo a más en el tiempo, existiendo una técnica reciente llamada Mindfulness con demostrados beneficios conseguidos con la práctica diaria.

2 Objetivos

- Respetar las señales e indicaciones sobre posibles riesgos.
- Evitar las malas posturas a la hora de ejecutar el trabajo.
- Evitar llevar una vida sedentaria.
- Minimizar ruidos.
- Adaptar todos los factores que intervienen en el control postural.
- Promover el ejercicio físico.
- Fomentar los hábitos de vida saludables.

3 Metodología

Para realizar este trabajo he realizado búsquedas bibliográficas en varios buscadores libres como: Google académico, Medline, Slideshare, empleando palabras clave tales como: riesgos laborales, auxiliar administrativo, malas posturas, trabajo de oficina, prevención de riesgos, medidas preventivas, etc. Después de revisar y evaluar todos los textos he hecho una selección de los datos más relacionados con el puesto de auxiliar administrativo para desarrollar el trabajo. He empleado textos principalmente en castellano.

4 Resultados

De acuerdo a la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales y teniendo en cuenta uno de sus principios generales, que es evitar los riesgos, debemos tener en cuenta los siguientes puntos.

Algunos de los riesgos más comunes a tener en cuenta en el desarrollo del trabajo de auxiliar administrativo serían:

- Las caídas, tropezones o algún que otro golpe contra objetos que estén mal colocados.
- Los contactos eléctricos mal instalados y posibles incendios.
- Malas posturas a la hora de estar sentados frente a la mesa de trabajo, desgastado las articulaciones indebidamente.
- Manipulación de cargas indebidamente a la hora de trasladar cajas de papel para impresoras, carpetas, archivadores, algún tipo de mobiliario, etc.
- Futuros problemas de visión, debido a la iluminación insuficiente, excesivo uso de pantallas o mal ajustado su brillo y contraste, así como las radiaciones generadas por las mismas.
- También han de tenerse en cuenta los riesgos acústicos, que pueden interferir en la concentración y provocar estrés.
- Demasiado frío o un exceso de calor en la oficina también pueden ser motivo de desconcentración en el trabajador, incluyendo la calidad del aire que, después de estar un prolongado tiempo en el edificio, puede afectar en el caso de escasa ventilación.
- Debemos tener también en cuenta factores psicosociales, asociados a la relación entre los diferentes profesionales y compañeros, además de la relación con los usuarios.

Todos y cada uno de estos riesgos, deben contar con unas medidas preventivas para mejorar la salud y el bienestar de los trabajadores, mencionando a continuación algunas de ellas.

- Tener bien despejadas las zonas de paso y canalizados todos los cables, sin entorpecer las zonas de trabajo y ayudar en la medida de lo posible, en el mantenimiento del orden dentro del espacio de trabajo.
- Evitar la exposición a contactos eléctricos. Revisar por parte de los profesionales correspondientes las instalaciones. Nunca utilizar aparatos que estén mojados o deteriorados. En caso de incidente o avería, desconectar la corriente y avisar a los técnicos.
- Los extintores de incendios deben estar ubicados en lugares accesibles y bien señalizados.
- Adaptar todos los factores que intervienen en el control postural, comenzando por la mesa de trabajo, que debe de estar a un espacio suficiente, ajustar la altura de la silla debidamente y tener un adecuado apoyo lumbar. No apoyar el codo, o antebrazo en el reposabrazos de la silla mientras se escribe o se hacen otras tareas.

- Evitar tener los hombros levantados y tensionados, así como doblar la espalda innecesariamente.
- Es sumamente importante que el monitor esté a la altura adecuada y no necesitemos ni bajar, ni subir la cabeza con movimientos excesivos, ajustando correctamente el brillo y contraste en la pantalla.
- Se debe evitar tener las piernas cruzadas, para una buena circulación, además de no tenerlas colgando o con los pies recogidos, utilizando un reposapiés adecuado.
- Si en un momento dado es necesario levantar alguna carga, como habíamos mencionado anteriormente, se debe de hacer de la forma correcta, flexionando las piernas y levantando el peso con la espalda lo más recta posible, con el objeto de prevenir dolores de espalda y lesiones.
- Minimizar los ruidos colocando los elementos más molestos y ruidosos, como pueden ser las impresoras o fotocopiadoras lo más alejadas posible (siempre que se pueda) del trabajador.
- Proteger en la medida de lo posible las entradas de calor mediante elementos que cubran las ventanas, al igual que las entradas de frío, sellando todas las filtraciones de aire, además de no poner el aire acondicionado excesivamente frío en verano, o tener un excesivo calor en invierno. Se evita así los cambios bruscos de temperatura, vigilando el correcto mantenimiento de los sistemas de calefacción y ventilación por parte de los profesionales correspondientes.
- Procurar buscar una posición alejada de las fuentes de radiación y eliminarlas cuando sea posible.
- La iluminación debe de ser la correcta, aprovechando al máximo siempre que sea posible la luz natural.
- En las situaciones laborales y puestos en los que se permita, es recomendable rotar de puesto de trabajo y cambio de tareas entre los distintos trabajadores, alternando trabajos que requieran mayor y menor concentración, evitando de esta manera estrés y monotonía.
- Fomentar las pausas también puede ser muy beneficioso, realizando descansos de cinco minutos por cada hora de trabajo. Las tareas monótonas no deben superar las cuatro horas y media de trabajo efectivo delante de la pantalla.
- Además existen una serie de ejercicios, como los que se exponen a continuación, que se deben alternar a lo largo de la jornada para beneficio de los trabajadores:
- Levantar la cabeza de vez en cuando, realizar estiramientos y ejercicios de relajación, como inclinar levemente la cabeza hacia atrás. Bajar la barbilla hacia el pecho, inclinar lateralmente la cabeza de derecha a izquierda, subir los hombros con los brazos caídos a lo largo del cuerpo, bajar los hombros.
- Con las manos en la nuca y la espalda recta flexionar lateralmente la cintura

y dejar caer los brazos: derecho e izquierdo alternativamente. Brazos a la altura del pecho con los codos flexionados y un antebrazo sobre otro, llevar al máximo los codos hacia atrás. Así como ponerse de pie de vez en cuando, para facilitar la circulación, ya que permanecer muchas horas sentado no nos ayuda.

- Respecto a los factores psicosociales, que conlleva tanto la relación con superiores y compañeros, como con los usuarios, existe una técnica llamada Mindfulness, que puede ayudarnos positivamente en el trabajo. Dicha técnica consiste en parar, respirar y prestar toda la atención a lo que se está haciendo, esto aumenta el bienestar de los empleados, mejora el desempeño del trabajo bajo presión, reduce el absentismo y los conflictos laborales. Evitando de esta manera las situaciones de estrés a las que en multitud de ocasiones se ve sometido el personal auxiliar administrativo.

5 Discusión-Conclusión

Para que nuestro rendimiento como personal administrativo sea el óptimo, debemos ser conscientes de nuestro cuerpo, la posición que adopta y sus limitaciones. Emplear las posturas adecuadas a la hora de trabajar y llevar un ritmo de vida saludable, incrementando el ejercicio físico y una correcta alimentación en nuestro día a día, favorece mucho el resultado en el trabajo.

Cuando el cuerpo se encuentra físicamente en plenas condiciones, en líneas generales, la mente va acorde a esto, es decir que estaremos perfectamente preparados física y mentalmente para afrontar el trabajo y desarrollarlo como cabe esperar. Además de prevenir muchos de los riesgos mencionados anteriormente, con lo que se evitan numerosas bajas laborales y se mejora el resultado final.

6 Bibliografía

1. Ocronos: Revista médica y de enfermería.
2. Prevención y manejo del estrés en la profesión sanitaria.
3. Prevención de Riesgos Laborales para el administrativo, auxiliar administrativo y técnicos de función administrativa. Rafael Ceballos Atienza.
4. Reglamento sobre lugares de trabajo. Real Decreto 486/1997.
5. Slideshare: artículo de Ismael Aparicio y María Cebrero.

Capítulo 98

IMPORTANCIA DE LA HIGIENE EN LA COCINA HOSPITALARIA

JOSÉ MARÍA DE LOS DOLORES PRIETO

1 Introducción

Son muchas las evidencias que avalan que la higiene y la asepsia han sido, a lo largo de la historia, dos temas cruciales sobre los que el hombre ha estado muy concienciado, especialmente en relación a las infecciones y la prevención de éstas. En las últimas décadas, la higiene hospitalaria en su conjunto ha adquirido especial importancia, debido al creciente interés y visibilidad que han desarrollado las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, el auge de los organismos multirresistentes a los antibióticos, y el enorme impacto económico que suponen al sistema sanitario.

La higiene hospitalaria es un concepto amplio, el cual se define como el conjunto de medidas establecidas en el medio ambiente hospitalario con el objetivo de prevenir infecciones o combatir los riesgos para la salud de pacientes y profesionales. La higiene hospitalaria supone la coordinación de la higiene personal y la limpieza y desinfección de espacios y ambientes hospitalarios; siendo éstos considerados como elementos críticos, imprescindibles y de primera necesidad por los profesionales del sector, contribuyendo de forma fundamental a la calidad asistencial y a la seguridad del paciente.

La higiene personal se define de forma general como el conjunto de condiciones y prácticas llevadas a cabo con el único fin de preservar el estado de salud de cada individuo y prevenir la transmisión de enfermedades.

Definimos la limpieza hospitalaria como la remoción mecánica empleando agua y detergentes o productos enzimáticos, de cualquier tipo de partícula, ya sea de origen orgánico o inorgánico, de las superficies y objetos en contacto con los pacientes, familiares y profesionales.

Por último, entendemos por desinfección la eliminación, reducción o inactivación de los microorganismos residentes y de su potencial infeccioso en objetos inanimados o superficies, en función del uso que se le va a dar. La esterilización sin embargo, es un proceso químico o físico definido y validado que supone la destrucción de cualquier forma de vida microbiana, incluyendo esporas, de los materiales y objetos empleados en la práctica clínica.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de una exhaustiva limpieza e higiene en la cocina de un hospital.
- Sintetizar las técnicas correctas de limpieza personal antes de realizar un trabajo para asegurar una higiene adecuada.
- Exponer cómo la asepsis y limpieza adecuada reduce la posibilidad de riesgo de infección y transmisión de enfermedades.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica se hará a partir de diversos artículos, web y protocolos, y para la búsqueda bibliográfica se han utilizado bases de datos como Dialnet, Cuiden Plus y Scielo. Se ha rechazado toda la bibliografía mal contrastada o desactualizada.

4 Resultados

A pesar de los grandes avances logrados en tecnología y en materia de higiene, limpieza y desinfección, la gran preocupación actual por el impacto de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) o, como tradicionalmente se les ha denominado infecciones nosocomiales (IN), ha hecho que aumente la concienciación sobre unas mejores prácticas higiénicas entre el personal sanitario, y una adecuada limpieza, desinfección y esterilización de los espacios hospitalarios.

Higiene personal como base para la salud del paciente.

Aunque habitualmente se asocia con el concepto de limpieza, la higiene tiene un significado mucho más profundo, incluyendo todos los hábitos y prácticas del estilo de vida que generan un entorno más sano y seguro para cada individuo. A pesar de que las autoridades sanitarias hayan definido unos estándares.

Higiene hospitalaria: retos y perspectivas de la limpieza y desinfección en la calidad asistencial y seguridad del paciente en cuanto a lo que higiene se refiere, el concepto y las prácticas habituales pueden variar enormemente entre zonas geográficas y culturas.

Por tanto, unas buenas prácticas higiénicas tanto de los profesionales sanitarios, como de los pacientes y visitantes, constituyen de forma natural la primera contribución evidente a la seguridad del paciente en el entorno hospitalario. Éstas, deberían estar completamente integradas en la práctica clínica y realizarse siguiendo los protocolos establecidos, ya que el entorno asistencial es complejo y cualquier incumplimiento de estos protocolos, por menor que sea, puede tener implicaciones graves para los pacientes y profesionales.

Además de la higiene personal de los profesionales sanitarios, es especialmente importante la bioseguridad e higiene ambiental, ya que el entorno hospitalario puede ser una fuente considerable de vectores y contaminaciones cruzadas entre pacientes, si no se adoptan las medidas de control y vigilancia apropiadas.

La práctica de unos correctos hábitos de higiene es de especial importancia en las zonas críticas del hospital como quirófanos, unidades de cuidados intensivos, neonatología, diálisis, trasplantes, unidad de aislamiento hematológica, zonas de curas y habitaciones de pacientes aislados. En estas zonas, tanto el personal de limpieza como los profesionales sanitarios han de ser conocedores de las normas higiénicas y cumplir meticulosamente los protocolos establecidos. Además, se recomienda realizar controles microbiológicos ambientales de carácter periódico, especialmente para la detección de hongos.

De esta forma, se pretende reforzar los buenos resultados siguiendo unos procedimientos exhaustivos y rigurosos, y adoptar las medidas de control necesarias ante resultados no satisfactorios.

Existen otras zonas o ámbitos, que aun siendo no críticos, exigen un alto nivel de compromiso del personal en materia de higiene, ya que pueden acarrear riesgos importantes para la salud y seguridad del paciente y de los profesionales. Estas

áreas hospitalarias son:

-Cocina, cafetería y office de planta. Una incorrecta manipulación de los alimentos, junto con una limpieza inefectiva de los espacios y utensilios pueden generar un elevado riesgo por toxiinfección alimentaria en los pacientes, visitantes y profesionales del hospital.

-Laboratorios. La posibilidad de adquirir una infección por accidente en el laboratorio, es un riesgo laboral muy importante a tener en cuenta. Por ello, el seguimiento de los protocolos y el desarrollo de medidas de control y prevención son fundamentales para una correcta adecuación a las normas de Prevención de Riesgos Laborales.

El aumento de la población con riesgo de contraer una infección debido a su interacción con el sistema sanitario y el carácter más invasivo de la asistencia sanitaria en la actualidad, hacen que las IRAS pongan cada vez más en riesgo la seguridad de los pacientes. Asimismo, no debemos olvidar que los profesionales sanitarios están expuestos a los mismos riesgos del entorno que los pacientes, además de estar en riesgo de adquirir infecciones debido al contacto con pacientes enfermos o fluidos corporales contaminados, debiéndose focalizar esfuerzos en neutralizar cualquier evento adverso e incidente evitable en pacientes y profesionales.

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en Europa se producen al menos 4,5 millones de IRAS al año, representando 37.000 muertes directamente atribuibles a IRAS y contribuyendo a otras 110.000 muertes al año. Además, las IRAS producen alrededor de 16 millones de días de hospitalización adicionales (12). Fuente: Elaboración propia de Antares Consulting a partir de datos de la OMS (12).

Higiene hospitalaria: retos y perspectivas de la limpieza y desinfección en la calidad asistencial y seguridad del paciente En España, según el último informe EPINE disponible, la prevalencia de las IRAS producidas en el propio ingreso (PPI) alcanza el 5,6%.

Cabe destacar que el 20,9% de los casos de IRAS detectados en el estudio EPINE han sido precedidos por un procedimiento quirúrgico. Las IRAS constituyen una de las principales preocupaciones y retos a afrontar por parte de los centros asistenciales hoy en día, siendo cada vez más frecuentes los planes de acción y campañas desarrolladas para su control y prevención. El uso desmesurado de antibióticos, y las resistencias adquiridas por los microorganismos multirresistentes complican aún más la lucha efectiva contra las IRAS. Esto se traduce en una necesidad latente de intervenciones de mejora con la implicación de frentes di-

versos, como la racionalización del uso de antibióticos, la concienciación sobre las prácticas higiénicas, la mejora en las prácticas de limpieza y desinfección, el perfeccionamiento de las técnicas de aislamiento, la monitorización de infecciones e incluso la participación activa de pacientes, a través del empoderamiento de los mismos.

Higiene de manos.

El uso de guantes es otra medida efectiva de protección, instaurada de forma generalizada en el entorno sanitario desde hace décadas. La utilización inadecuada e indiscriminada de los guantes por parte de los profesionales sanitarios puede conllevar riesgos, tanto para los pacientes como para los profesionales, eliminando o reduciendo su efecto protector.

Se ha demostrado que el uso de guantes puede suponer una barrera para el cumplimiento de la higiene de manos, ya que los profesionales desconocen que los guantes también pueden ser vías de transmisión de infecciones. Por ello, aunque se recomiende el uso de guantes en determinadas ocasiones, siempre deben complementar a una adecuada higiene de manos y usarse correctamente, especialmente cuando el profesional pueda entrar en contacto con sangre y otros fluidos corporales potencialmente contaminados.

No se debe olvidar que el uso de guantes no sustituye al lavado de manos, debiéndose realizar este procedimiento antes e inmediatamente después del uso de guantes.

Adicionalmente, los profesionales han de tener en cuenta otra serie de aspectos relacionados con la higiene de manos:

- Se desaconseja rotundamente llevar anillos o joyas durante la jornada laboral, ya que favorecen la colonización bacteriana.
- Es necesario mantener las uñas cortas y no emplear ni esmaltes ni uñas postizas, ya que esto puede contribuir a la transmisión de patógenos.
- Cualquier cambio en la capa superficial de la epidermis, fomenta la colonización de microorganismos, por lo que se recomienda cuidar la piel para aumentar la eficacia de la fricción y el lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

El aumento de la sensibilización de los profesionales sanitarios y el auge de la cultura de gestión de riesgos ha reforzado la relevancia de la higiene hospitalaria

y su importancia respecto a los resultados en salud y la calidad asistencial.

Los profesionales sanitarios consideran fundamental sensibilizar aún más a los profesionales que desarrollan labores de higiene y desinfección, con el objetivo de fortalecer su autopercepción sobre la importancia de su labor en el proceso global de la atención sanitaria y la salud de los pacientes.

Por otra parte, se percibe la necesidad de llegar a acuerdos a nivel nacional que establezcan estándares consensuados de higiene hospitalaria, que garanticen la unificación de criterios, la homogeneización de ámbitos de actuación y que faciliten su implantación dada la existencia de múltiples actores involucrados.

La diversidad de actores implicados en los diferentes niveles de decisión y operativos hace que la higiene hospitalaria sea un ámbito complejo, que requiere asumir un liderazgo sólido y con un alto grado de corresponsabilidad de cara a lograr mejores resultados y optimizar la coordinación.

Como elemento relevante, se observa la necesidad clara de fortalecer la innovación y utilización de tecnologías en materia de higiene hospitalaria. La tecnología se considera un elemento clave, fortaleciendo las actuaciones preventivas y contribuyendo a minimizar el denominado factor humano, es decir, la variabilidad en la aplicación de los protocolos y métodos.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [Sede web]. Génova, Suiza (2015). Higiene [consultado 15 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://goo.gl/GcicRe>
2. Rutala WA, Weber DJ, Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). «Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities.» Centre for Disease Control and Prevention. Atlanta, USA (2008).
3. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene (SEMP-SPH). «Guía de uso de desinfectantes en el ámbito sanitario de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene». 2014.
4. Block SS. Disinfection, sterilization, and preservation. 5ª Edición. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
5. Blancou. «History of disinfection from early times until the end of the 18th century.» *Rev Sci Tech Off Int Epiz*, 1995: 31-39.
6. Harold E. «Evolution of the Surgical Glove.» *J Am Coll Surg*, 207 (2008): 948-50.

7. Guthrie D. Historia de la Medicina. Barcelona: Salvat, 1947.
8. Henao G. «La lucha de I. F. Semmelweis en la génesis de un nuevo paradigma.» *Iatreia*, 12 (1999); 3: 152.
9. Correa A, Escobar M, Gómez C, Jaramillo S. «Limpieza y desinfección.» *Hospital Pablo Tobón Uribe*, 2002: 95-106.
10. Attewel, A. «Florence Nightingale (1820-1910)». *Perpectivas: revista trimestral de educación comparada*, 28 (1998): 173-89.
11. Green, VW. «Surgery, sterilization and sterility.» *J Healthc Mater Manage*, 11 (1993): 48-52.
12. Organización Mundial de la Salud. «Report on the burden of endemic Health Care-Associated Infection worldwide». *Clean Care is Safer Care*, 2011. Disponible en: <http://goo.gl/rqyCSc>
13. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. «EPINE, Resumen 1990-2014.» 2014.

Capítulo 99

ATENCIÓN, SALUD, COMUNIDAD Y PERSONAL ADMINISTRATIVO

AMOR ROCES MARTÍNEZ

COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La salud comunitaria es una estrategia colaborativa, intersectorial y multidisciplinaria que busca mejorar la calidad de vida de las personas mediante abordajes de Salud Pública y de desarrollo comunitario y centrada en el fomento de la participación y el trabajo con las comunidades respetando sus valores culturales. Así, desplaza el foco de la enfermedad al bienestar y desde la restitución de la salud a su promoción. La salud comunitaria implica la participación en la atención primaria de todo el personal clínico que abarca desde las personas médicas, las personas trabajadoras, administrativas de los centros de salud, trabajadoras sociales, parientes, cuidadores y pacientes.

Tener la valoración que realizan los usuarios supone considerar a los ciudadanos como parte activa del proceso de definición de políticas públicas para la salud. La satisfacción en la atención recibida se basa en la suma de las valoraciones de los profesionales que forman parte del mismo como son, entre otros, personal médico, enfermería, Auxiliares, Administrativos y personal de la limpieza.

2 Objetivos

-Analizar investigaciones que abordan la participación del personal administrativo en experiencias de Salud Comunitaria como medio para mejorar la calidad

de vida de las personas.

-Conocer la importancia del papel del personal administrativo en la valoración del servicio prestado en Centros de Atención Primaria.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica y la base de datos analizada para la elaboración de este capítulo fue Dialnet. Los criterios para elegir los artículos fueron nivel de reconocimiento científico, ámbito de intervención y perspectiva de la revista. Se utilizaron palabras clave como: salud comunitaria, participación comunitaria, condicionantes sociales de la salud, calidad de vida, políticas públicas de salud Comunitaria, personal administrativo.

4 Resultados

Algunos de los resultados que apuntan los estudios analizados son: la importancia de implicar a las comunidades, la Administración Local y los distintos sectores interesados en la definición de estrategias para mejorar la salud de la población. Es fundamental generar conocimientos y metodologías para trabajar adaptadas a los diversos colectivos y territorios y promover un compromiso comunitario por la salud colectiva. En ese sentido la importancia, junto con la atención médica, del papel del personal administrativo en la percepción de la atención recibida por las pacientes en los centros, así como de adaptar los procedimientos administrativos de los centros para hacer frente a este desafío.

Las personas usuarias de los Centros de Atención Primaria tienden a valorar diversos aspectos del Servicio recibido, además del acto médico en Sí. Las cuestiones relacionadas con la organización de los Centros tienen mucha importancia en la valoración del servicio. En este sentido, el papel del personal administrativo en cuestiones como la solicitud de citas, la admisión, la gestión de la documentación o de historias clínicas y la información al usuario, es fundamental para que exista un correcto desarrollo de la atención sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Los estudios analizados revelan la importancia de fomentar la salud comunitaria y visibilizar los condicionantes sociales de la salud de la población a la hora de

plantear políticas públicas efectivas que mejoren la calidad de vida de las personas. Los aspectos relacionados con la organización y entre ellos la labor de auxiliares administrativos, tienen mucha importancia en la valoración por parte de las personas usuarias de la atención sanitaria. El papel de acompañamiento y organización del personal administrativo en los centros de salud es fundamental para mejorar la relación con las personas usuarias.

6 Bibliografía

1. Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P. & Fernández, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. Salud Comunitaria y administración local, 32(S1), pp. 32-97. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org>
2. Pasarín, M. I. & Díez E. (2016). Salud comunitaria: una actuación necesaria, Gaceta Sanitaria, 27(6), pp.477-478. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org>
3. Hernán García, M., March, S., Botello Díaz, B., Cubillo Llanes, J., Gea Caballero, V. & Segura Benedict, A. (2018). Quién, cómo y qué: salud comunitaria y administración local. Salud comunitaria y administración local 32(S1), pp. 1-4. Recuperado de: <http://www.gacetasanitaria.org>

Capítulo 100

EL TRABAJO ADMINISTRATIVO EN SANIDAD Y LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

AMOR ROCES MARTÍNEZ

COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ

1 Introducción

Partimos de una perspectiva feminista y crítica en el análisis de la salud en el trabajo que tiene en cuenta no solamente las repercusiones del trabajo en sí, sino la conjunción del trabajo con otros factores extra-laborales marcados por el género. Las condiciones de trabajo van a tener un impacto diferente en la salud de hombres y mujeres y no existen medidas preventivas específicas de riesgos laborales desagregada por sexos excepto aquellas reservadas para aspectos biológicos asociados con la maternidad y que construyen las políticas desde criterios aparentemente neutros basados en patrones masculinizados. En sectores como el sanitario es importante tener en cuenta la desvalorización social del cuidado como un factor fundamental a la hora de entender las condiciones laborales.

2 Objetivos

Analizar investigaciones que abordan la incorporación de la perspectiva de género al análisis de la salud en el trabajo que incluya el contexto social y considere las diferencias de género en el abordaje y tratamiento de la salud laboral comprendiendo como un fenómeno complejo.

3 Metodología

La base de datos analizada para la elaboración de este capítulo fue Dialnet. Los criterios para elegir los artículos fueron nivel de reconocimiento científico, ámbito de intervención y perspectiva de la revista. Se utilizaron palabras clave como: trabajo administrativo, género, salud laboral, salud de las mujeres y empleo.

4 Resultados

A los riesgos más comunes asociados a las actividades administrativas como el dolor de espalda y piernas relacionado con la postura en el trabajo, dolores de huesos, articulaciones y tendones relacionados con el uso del teclado, trastornos relacionados con el estrés laboral y las altas cargas de trabajo, lesiones de la vista y trastornos relacionados a las condiciones de los espacios (falta de luz, aire acondicionado, etc.). A esto también hay que sumarles las consecuencias relacionadas con el acoso por razón de género o acoso sexual que afectan a la salud mental, con la situación laboral, con la conciliación de la vida familiar y laboral y con la desvalorización social del cuidado como un factor muy importante a la hora de explicar las condiciones laborales de las mujeres en el ámbito sanitario.

5 Discusión-Conclusión

En España la situación de las mujeres en el trabajo sigue siendo más desfavorable que la de los hombres. Los estudios analizados revelan la importancia de visibilizar el sistema sexo-género en la salud laboral de las personas administrativas entendiendo la salud en relación con el contexto socio-histórico y desde las condiciones sociales que sitúan a las mujeres en una posición vulnerable.

6 Bibliografía

1. Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., & Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 24-35.
2. Torada, R., & Moreno, N. (2001). *Salud laboral y género. Mujer y trabajo. Problemática actual*. Valencia: Germanía.
3. Pautassi, L. C. (2001). *Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina*. CEPAL.

Capítulo 101

TERCERA EDAD, PERSONAL ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN SANITARIA

AMOR ROCES MARTÍNEZ

COVADONGA SAN ROMÁN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea la importancia de que la Atención Primaria esté adaptada a las personas mayores. En ese sentido, todos los ámbitos, incluyendo el trabajo administrativo en los centros, tienen que adoptar medidas específicas para promover el acceso universal e igualitario por parte de las personas mayores a la Atención Primaria de Salud.

2 Objetivos

Dar visibilidad a las investigaciones realizadas que muestren el papel de las personas administrativas en la promoción del acceso igualitario y universal por parte de las personas mayores a la Atención Primaria.

3 Metodología

Para la realización de éste capítulo fueron utilizadas bases de datos de búsqueda bibliográfica como Dialnet y Scielo. Las palabras utilizadas fueron: atención sanitaria, personas mayores, personal administrativo y acceso universal.

4 Resultados

Los centros deben adaptar sus procedimientos administrativos a las necesidades de todas las personas y específicamente de las personas mayores. Además, es importante fomentar la continuidad de la atención mediante registros de las atenciones prestadas en todos los niveles de atención sanitaria y de Servicios Sociales. En la organización de los servicios comunitarios de salud debe de participar todo el personal sanitario además de los propios usuarios. La información ofrecida desde el centro para las personas usuarias debe de estar adaptada a las personas mayores. La importancia de tener en cuenta los problemas de movilidad favoreciendo la atención domiciliaria cuando sea necesaria y otras formas de desplazamiento adaptadas.

5 Discusión-Conclusión

Aumentar la calidad de la atención de la salud de las personas que envejecen es uno de los grandes retos de nuestras sociedades cada vez más envejecidas e implica a todo el personal sanitario. Desde el trabajo administrativo se puede visibilizar y tener en cuenta las necesidades específicas de las personas mayores para mejorar la organización y forma de funcionamiento de los Centros de Atención Primaria.

6 Bibliografía

1. Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, Alfonso, Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., Garcia Marín, N., & Alvear Valero de B., Fernando. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683-699. Recuperado de <http://scielo.isciii.es>
2. Gonzalo, E., & Pasarín, M.I. (2004). La Salud de las personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl. 1), 69-80. Recuperado de <http://scielo.isciii.es>
3. Hoskins, I., Kalache, A.; Mende, S.(2005) *Hacia una Atención Primaria de salud adaptada a las personas de edad*. Geneva: WHO. Recuperado de: <https://www.scielosp.org>

Capítulo 102

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL ENTORNO SANITARIO

MARÍA DEL CARMEN RIOPEDRE PÉREZ

LAURA SAIZ GONZALEZ

1 Introducción

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste ocupacional o profesional, es un padecimiento que se produce como respuesta a presiones prolongadas que una persona sufre ante factores estresantes emocionales e interpersonales relacionados con el trabajo. El término burnout fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger. 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. Es la primera vez que el desgaste profesional entra en la clasificación, anunció Tarik Jasarevic, portavoz de la OMS.

2 Objetivos

- Definir el término síndrome de burnout.
- Conocer los signos y síntomas más comunes.
- Prevenir el síndrome.
- Conocer los tipos de burnout.

3 Metodología

La metodología utilizada para realizar nuestro trabajo se fundamenta en una búsqueda documental y bibliográfica en páginas especializadas como PubMed, MedLine, Cochrane, etc. y en revistas especializadas de corte científico como Science, Nature, Semergen etc. Se utilizaron las palabras clave como: burnout y estrés.

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.

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.

Entre los signos y síntomas más comunes de agotamiento se destacan:

- La alienación de las actividades relacionadas con el trabajo: las personas que experimentan agotamiento ven sus trabajos como cada vez más estresantes y frustrantes. Pueden volverse cínicos sobre sus condiciones de trabajo y las personas con las que trabajan. También pueden distanciarse emocionalmente y comenzar a sentirse adormecidos por su trabajo.
- Síntomas físico : el estrés crónico puede provocar síntomas físicos, como dolores de cabeza y de estómago o problemas intestinales.
- Agotamiento emocional: el agotamiento causa que las personas se sientan agotadas, incapaces de hacer frente y cansadas. A menudo les falta energía para hacer su trabajo.

-Rendimiento reducido: el agotamiento afecta principalmente las tareas cotidianas en el trabajo, o en el hogar, cuando el trabajo principal de alguien consiste en cuidar a los miembros de la familia. Los individuos con agotamiento se sienten negativos sobre las tareas. Tienen dificultad para concentrarse y, a menudo, carecen de creatividad.

La mejor manera de prevenir el burnout es a través de un cambio en la manera de interpretar o procesar la información del entorno laboral, porque "lo que nos produce la emoción no es lo que nos pasa, sino el cómo nos tomamos lo que nos pasa", ha señalado Ramón González Correales, coordinador del grupo de Salud Mental de Semergen. 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.

5 Discusión-Conclusión

El síndrome de burnout posee una alta incidencia entre el personal que se dedica al cuidado de la salud y a la atención personal, es conocida su capacidad de aceptar la calidad de vida de los individuos que lo sufren, por lo que es vital entenderlo para poder prevenirlo y tratarlo.

El síndrome del Burnout entre el personal sanitario y no sanitario está, en un nivel medio. Cómo se ha podido observar en esta revisión bibliográfica, el estudio sobre el síndrome de burnout se ha desarrollado a lo largo de estos últimos 35 años, tanto en el contexto laboral cómo en otros ámbitos. Pero los problemas relacionados a él continúan cada vez más actuales y evidentes en distintas poblaciones. Es cierto, que todas las actividades laborales sanitarias y no sanitarias que necesiten de una gran dedicación por parte de los implicados, donde las exigencias físicas y psicológicas sean constantes, pueden contribuir para que los síntomas clásicos del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal) estén presentes.

6 Bibliografía

1. Sociedad española de médicos de atención primaria.

2. Etiología y prevención del síndrome del Burnout en los trabajadores de la salud. María Noelia Vanessa Thomaé, Elio Adrián Ayála, Marina Soledad Sphan, Mercedes Alejandra Stortti. Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina-Nº153.- Enero 2006.
3. <https://revistamedica.com/burnout-desgaste-personal-sanitario/>
4. Vidotti V. Riveiro, R.P. Galdino, M.J.Q. Martins, J.T. Burnout Syndrome & Shift Work Among the Nursing Staff. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2018; 26: E30-22.

Capítulo 103

IMPORTANCIA DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE LOS PACIENTES

JUAN CARLOS VILLAMOR ARROYO

1 Introducción

La figura del celador constituye un pilar básico. El paciente durante su estancia en las instituciones sanitarias. Necesitará la interacción de los profesionales de la salud con el objetivo de llevar al paciente a una mejora de su proceso de salud o enfermedad, es por lo que el celador estará debidamente informado y preparado para entre otros ayudaren la movilización de pacientes.

2 Objetivos

Destacar la importancia del celador en la movilización de pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cada vez más , los pacientes ingresados en el Hospital requieren de unos cuidados específicos. Estos pacientes (politraumatizados quirúrgicos) necesitarán una ayuda para el desarrollo de sus funciones elementales, tales como levantarse, acostarse, deambulación, traslado del paciente de un servicio a otro. Todas sus necesidades funcionales, básicas y diarias en las que el celador jugará un papel importante. Entre las funciones que el celador tiene podemos destacar algunas como son: el celador ayudará a las enfermeras y auxiliares a la movilización y traslado de pacientes, así como para hacer las camas a pacientes encamados. En la planta el celador llevará el paciente a la habitación designada ayudando al personal de enfermería a acostar al paciente y devolviendo la camilla o silla de ruedas a su procedencia. Traslada a los pacientes desde la unidad correspondiente a su destino: quirófano, reanimación y viceversa, llevando la documentación clínica de cada paciente que será facilitada por la enfermera de la unidad de procedencia. En el servicio de urgencias el celador trasladará al paciente a consultas médicas: en camilla o silla de ruedas y ayudará al auxiliar a colocarlo en la camilla de reconocimiento médico.

La movilización y traslado de pacientes se puede considerar que son las funciones más específicas del celador, debiendo tener en cuenta que el mejor o peor desempeño va a tener consecuencias directas en el bienestar y salud del paciente como del propio trabajador.

5 Discusión-Conclusión

En la movilización o traslado del paciente, además de cualidades físicas y buena voluntad, se necesita unos criterios establecidos que permiten evitar riesgos y favorecer la comodidad de las dos partes implicados (paciente celador). No solo se deben de conocer las técnicas de movilización y traslado, sino que además sea capaz de razonarlas.

6 Bibliografía

1. Cruz Roja Española. Técnicas de movilización y traslado de pacientes.
2. El celador ante el paciente geriátrico- Logoss pag.55-56-57.

Capítulo 104

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMO INTEGRANTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR A NIVEL HOSPITALARIO

ANA MARIA CANELO DIAZ

SUSANA TERRONES VEGA

SUSANA PÉREZ CASTAÑO

MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO

MARIA CARMEN PLATAS FERNANDEZ

1 Introducción

Los equipos interdisciplinarios y equipos de trabajo han surgido en la última década como factor fundamental de funcionamiento en diversos servicios, especialmente el sanitario. Así, en el ámbito de la sanidad la creación de estos grupos conlleva una gran coordinación entre sus integrantes, con la dificultad añadida que esto supone en múltiples circunstancias (Gimeno, 2006).

Por lo anteriormente mencionado, los equipos que se conforman en el ámbito de la salud deben encontrarse equilibrados con relación a la importancia y participación de cada uno de sus miembros. Sin embargo, en ocasiones este equilibrio no se produce, viéndose amenazado por tensiones, exigencias o presiones externas.

Estas situaciones generarán conflictos internos que pueden afectar, en última instancia, no solo al adecuado funcionamiento del equipo en sí, sino también a la asistencia posterior que estos profesionales dispensen al paciente (Sánchez, 2011).

A causa de lo previamente expuesto, muchos centros sanitarios se han centrado en los últimos años en desarrollar labores formativas que aporten a estos profesionales las herramientas que les permitan a abordar, convenientemente, conflictos surgidos en el equipo de trabajo (Serrano Guerra, 2003).

El auxiliar administrativo, es un profesional que no suele contemplarse como parte integral e imprescindible de los equipos de trabajo e interdisciplinarios. Sin embargo, si se analiza esta figura detenidamente, detectamos que será quien más habitualmente se relacione con los pacientes y sus familiares, conociendo en detalle información que puede ser de gran utilidad dentro de un equipo multidisciplinar. Asimismo, dadas las características de sus funciones habituales, tendrá la capacidad de adaptarse de forma dinámica a diferentes circunstancias, buscando y aplicando soluciones rápidas. Por ello, es un trabajador fundamental cuyo impacto en los equipos de trabajo ha de ser analizada.

2 Objetivos

Analizar la implicación del auxiliar administrativo dentro de un equipo de trabajo en el Sistema Nacional de Salud (SNS), así como las habilidades de las que debe disponer para actuar convenientemente como parte esencial de dicho equipo.

3 Metodología

Para responder a este objetivo, se ha llevado a cabo una revisión teórica a través de la base de datos Google Scholar, Scielo y PubMed, con restricción de fecha 2010-2020 y combinando los siguientes descriptores: trabajador social, factores laborales, carga mental, efectos, consecuencias y sanidad. A través de estos tópicos, se encontraron 11 documentos, que se discriminaron de la siguiente manera: se tuvieron en cuenta para su análisis solo los trabajos tipo paper, se descartaron aquellos documentos que no se relacionaban con el tema de interés. De este modo, se eliminaron 4 salidas de la web. Por todo esto, el total de documentos analizados fue de 7.

4 Resultados

El auxiliar administrativo forma parte imprescindible de los equipos de trabajo que podemos encontrar dentro de un servicio de salud. En este sentido, debe atenderse a que este profesional desarrolle una serie de capacidades comunicativas y las aplique en su día a día. Habrá de tenerse en cuenta el destinatario o interlocutor de dicha información, así como las características de la información a transmitir, pues en función de estos factores dicha transmisión se realizará de manera verbal o por escrito, y siguiendo en diversos casos protocolos claramente definitivos en casos de informaciones sensibles o que revistan gravedad.

Asimismo, el auxiliar administrativo debe tener en cuenta que, dentro de un equipo multidisciplinar el objetivo de todos los miembros de dicho equipo ha de ser común: el bienestar y la pronta mejoría de los pacientes usuarios del servicio. Por ello, las habilidades comunicativas deben fundamentarse en:

- Asertividad.
- Empatía.
- Respecto.
- Humildad.
- Escucha activa.

Ha de tenerse en cuenta, de manera añadida que, aunque en los equipos de trabajo y multidisciplinarios generalmente se encuentra una figura central que coordina y establece las pautas de actuación, todas las figuras que lo integran son igualmente importantes y esenciales en el mantenimiento de la rueda del sistema nacional de salud. En este sentido, el administrativo debe poder participar en las decisiones y cuestiones planteadas en la misma proporción que los demás miembros del equipo.

Por todo lo anterior, se halla como fundamental para que el equipo de trabajo y multidisciplinar sean eficaces, las cuestiones que siguen:

- Abordaje adecuado de situaciones de conflicto, fomentando el debate sano y la autocrítica.
- Detección temprana de situaciones de acoso o discriminación, notificándolo a quien proceda de forma inmediata.
- Formación continuada, que permita una correcta participación, coordinación y cooperación.
- Capacitación en habilidades comunicativas, de autocontrol y en inteligencia emocional, que servirán asimismo en la relación directa con los usuarios del ser-

vicio de salud.

Por lo anteriormente mencionado, el equipo al completo debe ser capaz de negociar y comprometerse, estableciendo objetivos y metas tanto a corto como a largo plazo, adecuados y accesibles.

5 Discusión-Conclusión

Se concluye que el equipo multidisciplinar debe ser capaz de detectar problemas y solucionarlos de forma eficaz y eficiente. Por ello, diversas habilidades han de ser trabajadas de forma continuada por estos profesionales.

El auxiliar administrativo, por su parte, será un profesional fundamental en dicho equipo, ya que será quien recibirá comúnmente las quejas, reclamaciones y recomendaciones del público y ciudadanía que asiste a los servicios sanitarios. Por ello, será una fuente fiable de información, que vive en primera persona como aspectos negativos y positivos de los servicios de salud inciden en las vidas particulares de los usuarios y pacientes.

Por todo lo anterior, los equipos interdisciplinarios son una herramienta eficaz en la organización de los servicios de salud, siempre y cuando en ellos primen la equidad y el respeto, sin perder de vista la meta final a la que todos deben atender: el bienestar de los pacientes.

6 Bibliografía

1. Flores De Gortari, S., & Orozco Gutiérrez, E. (1978). Hacia una comunicación administrativa integral. 311 1 CIC-UCAB/0265 20040128 GR.
2. García, J. (1998). La comunicación interna. Madrid: Díaz de Santos.
3. Gimeno, F. R. (2006). Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario. *Revista española de lingüística aplicada*, (1), 217-230.
4. Ibáñez, C., Ávila, R., Gómez, M. D., & Díaz, R. (2008). EL EQUIPO INTERDISCIPLINAR COMO INSTRUMENTO BÁSICO EN CUIDADOS PALIATIVOS: A PROPÓSITO DE UN CASO. *Psicooncología*, 5.
5. Rivera, A. B., Rojas, L. R., Ramírez, F., & de Fernández, T. Á. (2005). La comunicación como herramienta de gestión organizacional. *Negotium*, 1(2), 32-48.
6. Sánchez, C. C. (2011). La comunicación en el hospital: la gestión de la comunicación en el ámbito sanitario (Vol. 42). *Comunicación Social*.

7. Sánchez, F. S., Marín, F. J. S., & Benavente, Y. L. (2008). Un estudio cualitativo para conocer las características que definen y mejoran la formación en comunicación asistencial e interprofesional. *Revista de calidad asistencial*, 23(6), 253-258.
8. Serrano Guerra, E. (2003). Los procesos de formación dentro de los equipos interdisciplinarios de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 3-4.

Capítulo 105

IMPORTANCIA DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE A AGRESIONES EN LOS CENTROS SANITARIOS

MARIA CARMEN PLATAS FERNANDEZ

ANA MARIA CANELO DIAZ

SUSANA TERRONES VEGA

SUSANA PÉREZ CASTAÑO

MARILIA DE FÁTIMA MORAIS DE MELO

1 Introducción

La violencia, tanto física como psicológica, en los lugares de trabajo, es un problema que está presente en todos los sectores laborales y ha crecido en los últimos años, llegando a ser una preocupación de primer orden en los países industrializados, y estando cada vez más presente en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, como bien señala el informe Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud, elaborado conjuntamente por la OIT, la OMS y varios organismos más de ámbito internacional en el año 2002.

Un informe de la Unión Europea, señala que un 4% de los trabajadores ha sufrido alguna vez violencia física por parte de clientes y usuarios, y muchos otros empleados aseguran haber sufrido amenazas, insultos e intimidaciones por parte de éstos.

Según señala el informe ya citado, el 25% de las agresiones en centros de trabajo ocurren dentro del ámbito sanitario, facilitadas por la interacción cercana entre el personal, tanto sanitario como administrativo, y los pacientes, familiares y acompañantes.

También indica que las consecuencias sobre los profesionales pueden ir desde la desmotivación por el trabajo, el estrés y la ansiedad, hasta las lesiones físicas derivadas de una agresión, y estima que las agresiones más el estrés suponen un 30% de las bajas por enfermedad o accidente.

En los últimos años se han elaborados protocolos de actuación por parte de los servicios de las instituciones sanitarias, frente al problema de la creciente violencia, su prevención y tratamiento. Haremos referencia entre ellos al Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros asturianos, de 2017, que pretende principalmente dos objetivos: garantizar la defensa de los profesionales de la sanidad pública dentro del SESPA y proporcionar a los usuarios un entorno tranquilo en los centros sanitarios.

Este tipo de planes desarrollan un protocolo de actuación que regula el tratamiento al profesional agredido, así como la comunicación, registro y seguimiento de las agresiones, la coordinación con servicios jurídicos, servicios de protección de riesgos laborales, etc, llevando a la práctica el derecho “a recibir asistencia y protección de las Administraciones públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones”, reconocido en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Merece citarse también que la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en su artículo 550, reconoce como delito de atentado contra la autoridad a las agresiones a los funcionarios públicos, cuando se encuentren ejerciendo las funciones de sus cargos, o con ocasión de ellas. Hace especial mención a los funcionarios docentes y a los sanitarios.

2 Objetivos

- Acercar el estudio de las agresiones en centros sanitarios desde el punto de vista y la implicación del auxiliar administrativo como parte integrante del equipo de trabajo cara al público.
- Analizar las causas de esa violencia, personal más vulnerable, perfil del usuario violento, tipología de las agresiones, protocolos de actuación en situaciones conflictivas y marco legal de la violencia laboral.

3 Metodología

Se ha realizado una investigación por diversas publicaciones del sector sanitario en la última década, a partir de bases de datos como Scielo, Pubmed y Medline, un estudio pormenorizado del Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros asturianos y una revisión de las leyes que regulan el marco legal de la protección del personal al servicio de la salud en centros públicos.

4 Resultados

A. Factores de riesgo/origen de la violencia:

La OIT (2002) define la violencia en el lugar de trabajo como “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 ejercicio de su actividad profesional o como consecuencia directa de la misma”.

Las situaciones conflictivas que, en ocasiones, derivan en violencia laboral han crecido en el ámbito sanitario. La crisis de los últimos años ha generado situaciones de inestabilidad laboral o paro, problemas familiares, etc. Los grandes cambios sociales debidos al desarrollo tecnológico y las redes sociales, han hecho cambiar de forma radical las relaciones personales y han variado las escalas de valores. En este nuevo entorno social se han incrementado los casos de estrés, baja autoestima, ansiedad, falta de adaptación y habilidades sociales, frustración, escasa capacidad para resolver conflictos, depresión, abuso de sustancias y otros comportamientos adictivos, etc, todo ello circunstancias que pueden alterar el comportamiento de las personas y acabar en reacciones violentas.

Los trabajadores más expuestos a sufrir agresiones son todos aquellos que trabajan cara al público, sean profesionales sanitarios como médicos y enfermeras, o

personal no sanitario. El auxiliar administrativo suele ser, en muchos casos, el primer contacto de los pacientes y familiares a su llegada a un establecimiento sanitario, el que concierta su cita o le realiza otros trámites burocráticos, y el que actúa como receptor de las quejas y reclamaciones.

El agresor puede percibir como más vulnerables a los trabajadores con poca experiencia, a los que estén realizando sustituciones, a los pertenecientes a minorías, a las mujeres, a los jóvenes o a cualquiera que transmita poca seguridad por su aspecto o comportamiento.

El desencadenante de un comportamiento violento puede ser un retraso en la hora de la cita, listas de espera largas, masificación o incomodidad en la sala de espera, recibir un diagnóstico con el que el paciente no está de acuerdo, o no recibir la prescripción de la medicación que esperaba.

En la actuación del auxiliar administrativo: errores en las citaciones, explicaciones poco claras sobre los trámites que el paciente debe hacer o dónde debe dirigirse, o cualquier otra circunstancia, puede ser percibida por el usuario como una falta de atención a su persona y una mala calidad del servicio, que no se corresponde con sus expectativas. Todo ello, unido a los prejuicios existentes en buena parte de la sociedad contra los empleados públicos, hace que el auxiliar administrativo sea uno de los perfiles laborales con riesgo de sufrir violencia.

B. Perfil del agresor:

El agresor no tiene un perfil único. Puede tratarse de personas habitualmente agresivas con un historial de comportamiento violento, personas con poca habilidad para manejar situaciones conflictivas y poca tolerancia a la frustración, personas que sufren enfermedades mentales, o personas con problemas de control de los impulsos, adicciones tanto con sustancias (alcohol, drogas), como sin sustancia (ludopatías y otras dependencias). Tipología de comportamientos violentos:

-Agresiones físicas: es el empleo de la fuerza física a través de empujones, bofetadas, patadas, golpes, heridas de arma blanca o arma de fuego en los casos más graves. Producen daños físicos y lesiones de distinta consideración.

-Agresiones verbales: son amenazas, coacciones y otros comportamientos intimidatorios, que pueden producir daño psicológico.

-Delitos contra la libertad sexual, acoso, etc.

-No hay distinción entre el tipo de violencia que puede sufrir el personal sanitario y el administrativo.

C. Prevención y actuación:

En la prevención de situaciones conflictivas y agresiones, el Plan de Prevención y Actuación del SESPA, se señalan varios puntos donde tiene un papel clave el personal administrativo. Destacamos los siguientes:

- La importancia de la señalización y la información. El auxiliar administrativo, al ser la primera persona en tener contacto con el paciente, es quien mejor puede orientarle sobre la ubicación de consultas, el horario de visitas, etc. Ofrecer una buena atención desde el principio reduce el riesgo de situaciones conflictivas.
- Optimizar los sistemas de cita previa para evitar la formación de colas y los retrasos en las consultas, es tarea del auxiliar administrativo y de su correcta ejecución depende evitar tensiones. Las esperas son uno de los desencadenantes de comportamientos violentos.
- Formación de los profesionales en habilidades comunicativas y resolución pacífica de conflictos: reconocer al posible paciente problemático, entender sus circunstancias personales y sociales, y aprender a tratarlo. Saber también en qué situaciones es conveniente avisar al personal de seguridad.

Ante una situación peligrosa, se intentará siempre, como primera medida, intentar dialogar con el agresor. Nunca se debe responder a provocaciones o demostrar por nuestra parte comportamientos despectivos o agresivos hacia él. Si no es posible el diálogo, debe primar la seguridad. Se debe tratar de mantener una distancia, o salir si se está en un espacio cerrado, consulta o despacho. Así mismo, hay que activar la alarma o avisar al personal de seguridad. Es importante mantener la calma y evitar en todo lo posible la alteración del orden público que pueda afectar a otros pacientes. Todo ello requiere una labor coordinada de equipo, de todo el personal de la dependencia sanitaria.

5 Discusión-Conclusión

Las situaciones conflictivas y las agresiones son cada vez más frecuentes en entornos laborales, y el sector sanitario es uno de los más afectados, suponiendo la cuarta parte de los actos violentos totales.

Los profesionales de hospitales y centros de salud tratan a diario con personas que se enfrentan a enfermedades, dolor, incertidumbre ante el diagnóstico, pérdida de un ser querido, etc. Todo ello son situaciones que pueden generar reacciones de nervios, estrés, ansiedad, y pueden llegar a desencadenar agresividad en algunos individuos si perciben que no se les está tratando e informando de forma adecuada y con toda la celeridad deseada por su parte.

Todo el personal de los centros sanitarios debe estar preparado para hacer frente a estas situaciones. Los planes de prevención y actuación de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas incidirán especialmente en la concienciación de todo el personal sobre la importancia de este problema, y sobre la formación en habilidades sociales de diálogo y resolución de conflictos, empatía con el usuario de los servicios de salud, y actuación en caso de agresiones.

El papel comunicador del auxiliar administrativo, como primer contacto del paciente, es de suma importancia en la percepción de calidad, información y buena atención por parte de pacientes y familiares. La buena actuación del área de administración reduce en buena medida las agresiones e incidentes violentos.

6 Bibliografía

1. OIT/CIE/OMS/ISP (2002), Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. Ginebra : Programa conjunto OIT/CIE/OMS/ISP sobre La violencia laboral en el sector de la salud.
2. Plan de Prevención y Actuación frente a potenciales situaciones conflictivas en centros asturianos, de 2017, elaborado por el Servicio de Salud del Principado de Asturias.
3. Orden 212/2004, de 4 de Marzo, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se establecen las directrices y líneas generales para la elaboración de planes de prevención y atención frente a potenciales situaciones conflictivas con los ciudadanos en los centros e instituciones sanitarias públicas y se crea la comisión central de seguimiento, Comunidad de Madrid.
4. Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud.
5. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
6. Maestre M, Rosique I. Protocolo de Actuación ante Situaciones Conflictivas con los Ciudadanos en un Hospital. Hospital Universitario Puerta de Hierro. 2007.

Capítulo 106

EL PERSONAL HOSPITALARIO ANTE EL PACIENTE CONTAGIOSO

MARIA LUISA ALONSO RODRIGUEZ

MARIA DEL CARMEN ALONSO COMBARRO

ARACELI COSMEN ÁLVAREZ

HILDA CUERVO MENENDEZ

1 Introducción

El contacto con el paciente contagioso forma parte de los riesgos biológicos a que están expuestos los trabajadores del hospital, ya que afecta a todas las categorías. El riesgo biológico se define como la posible exposición a microorganismos que pueden dar lugar a enfermedad motivada por la actividad laboral. Es el riesgo que con mayor frecuencia nos encontramos en un hospital pero que a la vez también puede ser evitado en buena medida si tenemos las debidas precauciones, empezando por las precauciones universales.

En este capítulo vamos a tener en cuenta la legislación y en especial las medidas de prevención que establece la OMS (Organización Mundial de la Salud). Citaremos también las medidas prácticas que tomamos en el hospital ante un accidente biológico y el tratamiento que tenemos que darle a los residuos biológicos contaminados.

2 Objetivos

- Evitar la propagación de enfermedades contagiosas.
- Conocer el protocolo de actuación ante un accidente biológico.
- Conocer el proceso de tratamiento y eliminación de residuos sanitarios contaminados.

3 Metodología

Para hacer este capítulo se ha revisado la legislación vigente en la materia, desde la más amplia sobre riesgos laborales a la más específica sobre riesgos biológicos. Hemos consultado la base de datos MedLineplus, el Índice Médico Español (IME) y realizado búsquedas en Google Académico.

4 Resultados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de tres niveles de prevención como objetivo de la Medicina del Trabajo. La prevención primaria engloba las principales medidas de actuación como:

- Vacunación.
- Educación sanitaria.
- Normas de higiene personal como lavado de manos, no comer ni beber en la zona de trabajo...
- Usar equipos de protección o barrera según el tipo de contagio: guantes, mascarillas, bata...
- Desinfección y esterilización correcta del instrumental y superficies. La utilización de material desechable de un solo uso puede ser recomendable.
- Cuidado con la utilización de objetos cortantes y punzantes.

La prevención secundaria se aplica cuando las medidas anteriores han fracasado o no se han realizado, el trabajador ha quedado expuesto al agente biológico y el objetivo es evitar que le cause enfermedad. Trata de detectar la enfermedad en los primeros estadios para impedir su avance con las medidas adecuadas.

La prevención terciaria son las estrategias que se aplican en la fase clínica y de rehabilitación de la enfermedad, para evitar su progresión, complicaciones o que se agrave y deje secuelas, tratando de mejorar la calidad de vida del paciente.

Cuando se habla de prevención cuaternaria es tanto para referirse a las actividades que tienen como finalidad evitar, disminuir o paliar el daño o enfermedad causado por las actividades sanitarias, como a las posibles recaídas.

Dentro de la Prevención Primaria, la que se hace antes del accidente, además de las actuaciones sobre las personas (vacunación, precauciones universales o EPI's adecuados), hay que incluir las actuaciones sobre el medio ambiente: usar contenedores y materiales de bioseguridad, es decir la adecuada eliminación de los residuos contaminados que han de pasar por un circuito de limpieza diferente al resto de materiales con los que no se pueden mezclar.

En el ámbito hospitalario también hay que conocer los distintos tipos de aislamiento, que según la propagación del contagio pueden ser aislamiento de contacto, estricto, inverso, respiratorio, etc. Saber las medidas de protección que hay que tomar ante cada tipo, la señalización en la puerta, colocación de EPI's para entrar en la habitación, contenedores, etc.

La prevención secundaria, la que se lleva a cabo después del accidente requiere una actuación inmediata que incluye la comunicación al responsable, contactando con el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales o el Servicio de Urgencias, que le aplicaran la profilaxis postexposición y el seguimiento serológico si son necesarios. La prevención secundaria incluye también los cribados.

Las medidas inmediatas a tomar ante un accidente percutáneo son:

- Retirar el objeto cortante o punzante, limpiar la herida con agua corriente, sin frotar, dejando salir la sangre durante dos o tres minutos.
- Desinfectar la herida con un desinfectante como la povidona yodada y aclarar bien.
- Tapar la herida con un apósito.

Si la contaminación ha sido por salpicadura de sangre o fluidos sobre la piel hay que lavarlo con jabón y agua. Y si es sobre mucosas se debe lavar rápidamente y durante un rato con agua abundante o suero fisiológico.

Cuando las salpicaduras de sangre o fluidos se producen sobre una superficie u objetos el procedimiento a seguir es:

- Colocarse guantes resistentes.
- Verter lejía diluida sobre la superficie contaminada.
- Limpiar la superficie con toallas desechables.
- Quitarse los guantes y lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

Tener el calendario de vacunas al día incluyendo las recomendadas al personal hospitalario es fundamental ante el paciente contagioso, así como rodearse de un entorno de trabajo con los mejores avances y técnicas posibles. La formación e información a los trabajadores sobre todos los aspectos relacionado con los agentes biológicos, tratamiento y gestión de los residuos generados es igualmente importante, tanto para trabajar con más seguridad como para evitar caer en la estigmatización de ciertas enfermedades, que significa estigmatizar de las personas enfermas.

Resulta fundamental respetar las indicaciones de las autoridades sanitarias sobre las medidas preventivas a tomar por la población en general y de forma particular por el personal hospitalario ante las infecciones contagiosas, tipos de aislamientos, procedimientos de actuación, etc.

Con todas las precauciones la seguridad total no existe, el riesgo viene dado no solo porque falte o falle alguna de las prevenciones sino también porque continuamente están apareciendo nuevos agentes, bacterias, virus, hongos, etc., como el actualmente devastador coronavirus COVID-19 por lo que la investigación constante no es una opción sino una urgente necesidad que no se puede interrumpir. Formas de prevención nunca llevadas a la práctica como el aislamiento y las cuarentenas a gran escala sobre poblaciones con millones de habitantes están tratando de frenar el contagio y que los hospitales y los sistemas sanitarios no lleguen a colapsar, poniendo a prueba todo lo establecido hasta el momento.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.
2. R.D. 664/1997 de 12 de mayo sobre protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición de agentes biológicos durante el trabajo.
3. ORDEN de 25 de marzo de 1998 por la que se adapta en función del progreso técnico el R.D. 664/1997 anterior.
4. Precauciones y aislamientos ante patología infecciosa. Servicio de M. Preventiva del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. 2002.
5. Manual de prevención de enfermedades infectocontagiosas. Unión de Mutuas.
6. Manual para la prevención del riesgo de accidente biológico. Mutualia.
7. Riesgos Biológicos. Logos.
8. Búsquedas en Google.

Capítulo 107

LAS ADICCIONES Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL

PILAR BLANCO GARCIA

BALBINA ALONSO BRASA

MARTA ISABEL GEA RODRÍGUEZ

CARMEN DOLORES MARTINEZ RUA

ROSA ISABEL GONZÁLEZ MENÉNDEZ

1 Introducción

Las adicciones son un problema que se generan por muchas causas y para abordarlas se requiere de profesionales. Hay muchos factores que provocan las adicciones como los factores psicológicos, familiares, sociales, culturales y económicos políticos.

La Dirección de Salud Mental (2012) dice hay dos tipos de conductas adictivas que dependen de circunstancias personales y medio ambientales una hacia las sustancias tóxicas y otras comporta mentales que es una dependencia sin la intervención de sustancias químicas exógenas como por ejemplo la adicción al juego donde no hay signos visibles en el cuerpo.

En esta sociedad surgen nuevas tendencias que se asocian al consumo desmedido como las compras, el trabajo, sexo, juego, cuidado del cuerpo y se llaman las nuevas adicciones.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar la importancia del trabajador social en los casos de adicciones.

Objetivos secundarios:

- Mejorar la calidad y bienestar de la persona y será corrigiendo al máximo sus problemas.
- Llevar a cabo una educación preventiva continua.
- Coordinar los programas y los equipos para que tengan coherencia.
- Desarrollar políticas preventivas.
- Conseguir la participación de las poblaciones.
- Apoyar las acciones de las instituciones.
- Integrar a todos los sectores.
- Alcanzar la interdisciplinariedad.
- Promover la sostenibilidad.
- Incentivar la investigación.
- Llevar a cabo tareas de evaluación.
- Reprogramar para generar participación.

3 Metodología

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

4 Resultados

El trabajador social para obtener resultados con el paciente tiene que corregir al máximo sus problemas de personalidad, reemplazar la sensación de ansiedad e inseguridad por una de bienestar proporcionándole los medios para que pueda adquirir seguridad en si mismo así como sentido de responsabilidad familiar, personal y con su entorno social. Los programas deben de ser flexibles y acordes a las necesidades de cada usuario.

5 Discusión-Conclusión

Los trabajadores sociales sostienen que lo más importante en la terapia es manejarse a través del área afectiva hay que darles la oportunidad de ser tratados como seres humanos. Para estos pacientes es útil la actividad grupal donde se relacionan con otros individuos que tienen problemas comunes y esto contribuye a neutralizar en algo ese sentimiento de cosa mala que experimentan por la actitud hostil y rechazo de la sociedad.

Desde el área social hay que evaluar ciertas variables que evidencien en que grado la persona y su familiar muestra cierta capacidad de adaptación a la realidad o se encuentran parados por su historia y sus circunstancias. Hay que tener capacidad de restablecer vínculos familiares y afectivos que permitan integración y aceptación de determinados patrones de convivencia. Posibilidad de reinserción social por la incorporación al área laboral. Formad de contención por el conocimiento de redes sociales. Abordar el conflicto familiar que es el escaso compromiso de sus miembros como roles confusos. Reconstrucción histórica del sujeto y su familia.

6 Bibliografía

1. AIGTS y FITS (2004) Ética Trabajo Social.
2. Ander Egs (1972) Trabajo Social como acción liberadora.
3. Becerra R.M (1999) Trabajo social en drogadicción.
4. Bravo D.J (2013) Intervención del trabajo Social en las adicciones dentro del programa juego responsable.
5. Burger Jarrero sobre reflexiones en torno a la ética en las intervenciones del trabajo social.
6. Jimdo (2007) Trabajo social y adicciones.
7. Lopez J.M (2011) Intervención y saberes de acción desde el trabajo social.
8. Molina A.B (2014) Trabajo Social e inclusión socio laboral.
9. Rico Perdiguero (2014) Trabajo Social en la prevención violencia filio paternal.
10. Solum Donas B (2001) Adolescencia y juventud en América Latina.
11. Sthlik (2008) Adicciones una situación de compromiso.

Capítulo 108

EL CELADOR EN EL ÁMBITO QUIRÚRGICO

RAMÓN CASTAÑO LLERANDI

1 Introducción

Celador definición según la RAE adj. Que ceta o vigila. m. y f. Persona destinada por la autoridad para ejercer la vigilancia.

Esta explicación dada por la Real Academia de la Lengua (RAE) es demasiado escueta ya que el celador puede tener distintas funciones dentro del hospital, dependiendo del lugar en el que se encuentra trabajando. Algunos de estos lugares pueden ser urgencias, farmacia, rayos X, quirofono, etc.

Según la RAE: m. Local convenientemente acondicionado para hacer operaciones quirúrgicas de manera que puedan presenciarse al través de una separación de cristal, y, por ext., cualquier sala donde se efectúan estas operaciones.

2 Objetivos

Conocer el papel del celador en el medio quirúrgico.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se han tenido en cuenta varias bases de datos científicas como son Scielo, Dialnet o PubMed, gracias a estas se han podido

sacar los siguientes resultados y conclusiones con respecto al celador en el ámbito quirúrgico.

4 Resultados

El área quirúrgica se divide en tres partes: zona negra, gris y blanca.

-La zona negra es una zona de entrada la cual incluye oficinas, baños, vestuarios y admisión quirúrgica.

-Zona gris: es la zona limpia a la cual hay que entrar correctamente uniformado.

Zona blanca: es el área estéril en el cual se encuentran las salas de operaciones.

Funciones del celador dentro del quirófano:

-Ayudarán a médicos, supervisoras o enfermeras en todas las tareas propias del celador destinado en estos servicios.

-Trasladarán a los pacientes desde el punto en el que se sitúen hasta el quirófano, transportando junto con él su historia clínica.

-Auxiliarán al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones. Ayudando a colocarlo en la posición adecuada.

-Se encargarán de transportar los aparatos o mobiliario precisos para la intervención, moviendo dentro de la misma aquellos que sean necesarios.

-Transportarán documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención a distintos sitios como anatomía patológica, laboratorio, etc.

-Debe respetar todas las normas poniendo especial interés en la higiene o asepsia.

-Señalarán ante sus superiores todos los deterioros o daños que puedan ver en la limpieza y mantenimiento del centro sanitario.

-Transportarán a la zona de mortuorio a aquellas personas fallecidas durante alguno de los tratamientos. Al igual que todos los miembros del cuerpo que sean amputados.

-También realizará otras funciones similares a las expuestas pero que no están específicamente señaladas.

- Otra de las funciones de esta profesión es rasurar cuando el tratamiento es de urgencia o no hay ningún peluquero disponible.

5 Discusión-Conclusión

La labor del celador en el servicio quirúrgico es fundamental puesto que es la primera persona que trata con el paciente antes de su intervención quirúrgica y es la encargada de su traslado al finalizar la misma. Por ello, tenemos que tener

en cuenta que tenemos que tener empatía y respeto hacia la situación de cada paciente.

6 Bibliografía

- Sonsoles. (2018). Tema 14: Normas de actuación del celador en los quirófanos. 29/12/19, de celadores online de instituciones sanitarias Sitio web: [http://celadoresonline.blogspot.com /p/tema-14.html](http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- <https://www.scielo.org/es/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 109

COMUNICACIÓN TELEFÓNICA EN LOS CENTROS DE SALUD POR EL PERSONAL ADMINISTRATIVO, AUXILIAR ADMINISTRATIVO Y CELADOR

MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO

1 Introducción

Los humanos nos comunicamos para relacionarnos entre los miembros de la sociedad. La comunicación es la acción consciente de intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir información u opiniones distintas.

Así los canales de comunicación entre las personas pueden ser bien mediante lenguas naturales bien mediante modalidades de signos. Los medios utilizados sea de la naturaleza que sea, es un sistema de comunicación

El lenguaje oral que consiste en la comunicación mediante signos vocales es el lenguaje por excelencia entre los componentes de las sociedades. Cuidar este tipo de comunicación es fundamental en cualquier estamento que dé un servicio público y en concreto las unidades administrativas de atención primaria y especializada, pues son la primera línea de contacto y la puerta de entrada del usuario/a a todo tipo de gestiones.

2 Objetivos

- Conocer las características de la comunicación telefónica.
- Ofrecer al ciudadano un canal de comunicación que le permita estar satisfecho con el trabajo de las Unidades Administrativas de los Centros de Atención Primaria.
- Mejorar la atención al ciudadano/a.

3 Metodología

Para la elaboración del presente texto, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica 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 hablamos nos comunicamos mediante el lenguaje oral e intentamos buscar cuatro propósitos fundamentales:

- Concreción de ideas, es decir conocer con exactitud la información que queremos comunicar.
- Utilización de un tono correcto, que permita regular el sentimiento y la expresión de lo que queremos decir.
- Utilización de una comunicación no verbal adecuada que representa un porcentaje muy alto en la comunicación.
- Habla de forma que el interlocutor entienda lo que escucha, ya que a veces el léxico administrativo es muy farragoso.

Por todo ello los integrantes de las unidades administrativas deben expresarse con tono y el estilo apropiados. El uso del estilo oral por parte del servicio administrativo tiene que tener los siguientes aspectos:

- 1.Claridad. El/la auxiliar administrativo/a y celador/a debe utilizar términos que se encuentren al alcance de toda la ciudadanía. Debemos no utilizar palabras técnicas, evitando cacofonías, anfibologías y las confusiones.
- 2.Concisión. Se debe utilizar palabras indispensables, justas y significativas para expresar lo que quiere decir y no utilizar la verborrea, la redundancia que nos

acercan a obstruir el canal de comunicación con el/la ciudadano/a.

3.Coherencia. En la comunicación oral es muy importante el orden de las ideas y evitar contradicciones.

4.Sencillez. En la comunicación la sencillez permite que la información llegue al usuario de forma más rápida. Por ello debemos de huir de lo enrevesado y lo artificioso.

5.Naturalidad. Un informador/a será natural cuando se sirve de su propio vocabulario.

Aunque la comunicación presencial es muy importante en las unidades administrativas, en los centros de atención primaria, la comunicación vía telefónica, ocupa también una gran parte de las consultas por parte de la ciudadanía. La comunicación a distancia a través del teléfono, tiene ciertas particularidades que son necesarias conocer por parte de los componentes de las unidades administrativas de atención primaria.

El lenguaje telefónico.

El teléfono es un dispositivo que nos permite hablar entre las personas, ahora bien, lo importante en una unidad administrativa, es atender al usuario que se encuentra al otro o hilo telefónico. Debemos de tener en cuenta que la atención telefónica ha de ser lo más diligente posible.

La mayoría de las comunicaciones de la unidad de atención primaria se realizan a través de teléfono bien porque el usuario/a contacte con nosotros, bien porque nosotros contactamos con él/ella. El manejo adecuado del teléfono permite a los componentes de la administración el uso de una herramienta muy poderosa que permite conseguir una comunicación efectiva con el usuario/a que está en el otro lado permitiendo una comunicación efectiva, provechosa y satisfactoria.

Cabe destacar que un uso inadecuado hace que el teléfono se convierta en una herramienta muy peligrosa, que se convertirá en el peor enemigo de la unidad administrativa, dando una imagen no adecuada de lo que es un servicio público al servicio de la ciudadanía. Para conseguir una comunicación efectiva debemos tener en cuenta los siguientes elementos:

1. La voz. Las palabras que utilicemos serán la entrada del usuario al centro. Por ello debemos contestar con una voz agradable, natural, clara y armoniosa. Por todo ello no debe ser, monótona, apagada, brusca, en ningún caso agresiva. Además, debemos hablar con nitidez, vocalizando bien, y con una velocidad normal.

2. La actitud. Desde las unidades administrativas la actitud debe ser profesional, y

en todo momento positiva. Hay que entender que la administración es la primera puesta de contacto del usuario con su centro de salud, y una respuesta agradable, puede transformar una situación negativa en positiva.

3. El lenguaje. Debemos no utilizar términos desconocidos o que puedan producir confusión. Por ello debemos ser claros y precisos, evitando el uso de tecnicismos. En caso de que sea necesario su utilización se debe explicar en claridad en qué consisten.

4. El silencio. En la comunicación a veces es necesario el guardar un silencio de unos segundos. Cuando esto ocurre la persona que está al otro lado telefónico puede no entenderlo y para él/ella es segundos que se hacen interminables.

Por ello, en este caso, hay que explicar al usuario/a lo que va a ocurrir, y por qué razón te vas a quedar callado. Si el trámite requiere más tiempo debemos informarle del tiempo que va a llevar y dar la posibilidad de llamar al usuario una vez acabado, tan pronto como podamos. Esto permite que el usuario no tenga que estar un tiempo largo al teléfono en silencio y para que no tenga que estar pendiente de la llamada durante un tiempo exagerado.

Durante una conversación también puede haber silencios por parte el empleado/a de la administración, cuando el usuario nos está contando lo que quiere solucionar. En este caso debemos dar a entender al usuario/a que no sólo estamos oyéndolo sino también escuchándolo. Para ello utilizaremos las funciones fácticas de lenguaje utilizando expresiones como, "si, ya", "desde luego", "claro", "entiendo", etc.

También debemos de tener en cuenta una serie de directrices para el manejo adecuado del teléfono, en función de si recibimos una llamada o si la realizamos nosotros. En cada uno de los casos el mecanismo de la comunicación tiene aspectos diferentes pues en un caso seremos emisores y en otro seremos receptores. Al realizar una llamada a los usuarios/as tenemos que tener en cuenta:

1. Preparación. Antes de realizar la llamada tenemos que tener en cuenta los siguientes pasos:

A. A quién va dirigida la llamada. Identificar al usuario al que va dirigida la llamada, llevando a cabo un tratamiento adecuado.

B. Que tengo que comunicar, es decir cuál es el objeto de la llamada.

C. Cómo voy a decirlo.

D. Qué voy a necesitar para realizar mi llamada, es decir, hay que tener a mano todos aquellos datos y documentación necesaria que vamos a utilizar.

2. Realización de la llamada. Durante la realización de la llamada debemos de

seguir los siguientes pasos:

- A. Saludar:” Buenos días, centro de salud de
- B. Presentarnos: le habla “..... de la administración de su centro de salud”.
- C. Identificar: Debemos identificar al usuario/a con el que queremos hablar. Aquí se debe aplicar la ley de protección de datos, pues no podemos dar información a otra persona diferente del destinatario/a.
- D. Justificar la llamada. Explicar por qué se le llama.
- E. Crear un clima acogedor en la conversación, para ello es importante emplear el nombre de nuestro interlocutor/a frecuentemente, pero sin abusar.
- F. Aplicar técnicas de escucha activa.
- G. Exponer de forma objetiva y profesional, para ello debemos precisar, aclarar y llegar a un acuerdo.
- H. Concretar lo acordado y antes de finalizar la llamada hacer un resumen de pactado. Una fórmula podría ser, “Bien Sr. González, recuerde pues que su próxima cita la hemos concertado para el próximo jueves día 10 a las 11:15 con su doctor/a.
- I. Además, recordar al usuario/a que para cualquier duda puede llamarnos para aclararla.
- J. Despedirnos adecuadamente.

Al recibir una llamada debemos de tener en cuenta:

- A. Contestar la llamada lo antes posible, sin hacer esperar. Como norma general una llamada nunca debe supera tres tonos.
- B. Una vez cogida la llamada debemos, saludar y presentarnos, con el nombre del servicio con el que ha conectado y ofrecer nuestra ayuda. Una fórmula adecuada puedes ser, “Buenos días, centro de salud de “...” le atiende Begoña, en que puedo ayudarle”.
- C. Centrarnos en la llamada y aplicar las técnicas de escucha activa.
- D. Hablar agradablemente, creando una atmósfera positiva entre el usuario y la administración.
- E. No mantener conversaciones paralelas.
- F. En caso de que, en el trámite, el/la usuario/a deba esperar, indicarle por qué va a esperar e indicarle el tiempo de espera. Si el trámite es largo en el tiempo, dar la posibilidad de que el usuario/a cuelgue y devolverle la llamada lo antes posible, para indicarle la resolución de su petición.
- G. Antes de finalizar la llamada hacer un resumen de pactado. Una fórmula podría ser, “Bien Sr. González, recuerde pues que su próxima cita la hemos concertado para el próximo jueves día 10 a las 11:15 con su doctor/a.

H. Agradecer su llamada, indicándole que en cualquier momento puede volver a llamar si lo necesita, recordándole que estamos a su servicio y despedirnos de forma correcta.

I. Deberíamos esperar a que la otra persona cuelgue, pues si colgamos bruscamente da sensación de que queremos librarnos del usuario/a rápidamente. En cualquier caso, es necesario que antes de colgar el usuario/a haya entendido la respuesta que le hemos emitido en relación a la resolución a su problema.

J. En algunos casos podemos encontrarnos casos especiales como cuando la persona que nos habla no lo hace en la lengua vehicular, tenemos que hacerle saber que no le entendemos y preguntar a algún compañero/a si puede entenderle. Otro caso especial es la utilización de un lenguaje no adecuado por parte del usuario/a. En este caso hay que hacerle ver que ese tipo de lenguaje no es el adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Las Unidades Administrativas de los centros de atención primaria son la puerta de acceso de la ciudadanía al sistema de salud, ya que para acceder a cualquiera de sus servicios es necesario una comunicación inicial con ellos. La gran mayoría de estos contactos se realizan vía telefónica por ello, es necesario un protocolo adecuado para que la ciudadanía se sienta escuchado y su petición sea tratada con eficiencia y eficacia, debido al carácter público del servicio. El usuario/a debe sentir que estamos a su servicio y que haremos todo lo posible por atender y solucionar sus peticiones.

6 Bibliografía

1. <https://www.psicologia-online.com/tecnicas-para-la-comunicacion-eficaz-3124.html>
2. <http://www.mailxmail.com/curso-atencion-telefonica-como-administrativa>
3. <https://www.deustosalud.com/blog/gestion-sanitaria/claves-para-buena-atencion-telefonica-centro-sanitario>

Capítulo 110

INFORMÁTICA BÁSICA PARA PERSONAL NO SANITARIO: ADMINISTRATIVO, AUXILIAR ADMINISTRATIVO, CELADOR Y DE GESTIÓN

MARÍA BEGOÑA SUÁREZ DEL BARRIO

1 Introducción

La competencia informática es básica en cualquier sector profesional, pues favorece la automatización, seguimiento y control de los procesos de trabajo. Una base informática es esencial para la mayoría de los procesos de trabajo y mejorar el acceso a la información en su entorno social llegando a formar profesionales informados y cualificados sin miedo a las TIC.

Dar un primer paso hacia el conocimiento de los elementos básicos del ordenador, así como tratar los primeros pasos en Internet, el correo electrónico y el acercamiento a las páginas de contenido sanitario es fundamental para el personal no sanitario de Atención Primaria y Especializada. Si bien el personal administrativo funciona en su trabajo con múltiples programas informáticos, cada vez más el personal no sanitario-celador está empezando a usar los mismos programas.

El personal no sanitario (celador-auxiliar administrativo-administrativo, etc.) ha de adquirir unos conocimientos teóricos informáticos básicos para así poder desarrollar las destrezas informáticas necesarias para poder acceder a los programas que ha de manejar en su trabajo.

-El OMI es un programa de citas de Atención Primaria que maneja tanto el personal administrativo como el celador.

-La Intranet del Área nos comunica con los Servicios Centrales del SESPA. Tanto el celador como el personal administrativo a través de la Intranet consulta su nómina, accede al correo corporativo, calendario laboral, puede cambiar sus claves, envía el parte de averías a mantenimiento, busca los números de teléfono de todos los centros del área, accede a la sede del Instituto Adolfo Posada, y muchas más opciones disponibles para el empleado público el área de salud, etc.

El personal administrativo tiene acceso a varios programas informáticos para realizar su trabajo, como son entre otros:

1. OMI en todas sus especialidades: OMI-GUR, OMI-LAB, OMI-estadísticas, etc.
2. Sipres.
3. Intranett.
4. E-Visado.
5. Veleno.
6. Selene.
7. Zimbra.
8. Microsoft Office, etc.

Por tanto, el conocimiento de los conceptos teóricos claves de un ordenador se hace imprescindible conocerlos para este tipo de personal, auxiliar administrativo, administrativo y celador.

1. Partes de un ordenador:

-CPU: Unidad Central de Procesos o Microprocesador: es el lugar donde se interpretan y ejecutan las instrucciones de los programas. En ella se distinguen dos partes principales: la Unidad de Control y la Unidad Aritmético-Lógica. El microprocesador es el cerebro del ordenador.

-Periféricos de entrada: son los que permiten que el usuario aporte información al ordenador. Entre ellos cabe destacar:

Teclado.

Ratón.

Escáner.

Micrófono.

-Periféricos de salida: Son los que transmiten los resultados obtenidos tras el proceso de la información por el ordenador al exterior para que pueda ser utilizado por los seres humanos u otros sistemas diferentes. Cabe destacar:

Impresora.

Plotter.

Monitor.

Videoproyectores.

Auriculares y altavoces.

-Periféricos de entrada/salida: son los que se utilizan para transmitir información al ordenador y al usuario, tanto de forma alternativa como simultánea.

Tarjeta de red.

Pantalla táctil.

-Modem:

Impresoras multifuncionales (impresora+fax+escáner+fotocopiadora).

Lectores de tarjetas.

2. Sistemas operativos: el sistema operativo es imprescindible para que un ordenador funcione. La función principal que desempeña cualquier sistema operativo es la de hacer de intermediario entre los elementos físicos o hardware que componen nuestro ordenador (pantalla, teclado, disco duro, impresora, etc.) el usuario, haciendo así más fácil su manejo.

-Características de los sistemas operativos: eficiencia, habilidad para evolucionar, administración de hardware, relacionar dispositivos, organizar datos, manejar las comunicaciones de red, facilitar las entradas y salidas, técnicas de recuperación de errores, evitar que otros usuarios interfieran y compartir datos.

-Enumeración de los sistemas operativos de más antiguo al más actual:

MS-DOS: fue el primer sistema operativo que podía utilizarse en ordenadores de diferentes fabricantes.

OS/2 de IBM

UNIX/Linux: es el sistema más estable y se puede decir que el padre de todos los sistemas operativos.

MacOs: sólo funciona en los ordenadores Macintosh de Apple. Pionero en un sistema con entorno gráfico, menús, ventanas y uso del ratón.

Windows: entre los que podemos enumerar Windows 1.0, Windows 2.0, Windows 3.0, Windows 3.1, Windows 3.11, Windows 95, Windows NT, Windows 98, Windows Millennium, Windows 2000, Windowsxp, Windows 2003 Server, Windows Vista, Windows 7, Windows 8 y Windows 10.

3. Correo electrónico: el SESPA proporciona a sus empleados una cuenta de correo electrónico para acceder al correo corporativo cuyo dominio es @sespa.es. Desde la Intranet del área se accede al correo o bien, se busca en el Google correo SESPA y ya encontramos el acceso al correo deseado. A él nos llegan todo tipo de

Comunicaciones desde los Servicios Centrales del Sespa o bien de nuestros jefes inmediatos:

A. Carpetas del correo electrónico:

- Bandeja de entrada: ahí encontramos todo el correo que nos llega.
- Correo no deseado: ahí encontramos el correo no deseado o el spam.
- Elementos enviados: almacena una copia de los correos enviados.
- Elementos eliminados o papelera: almacena correo eliminado. Una vez borrado de esta carpeta ya no puede recuperarse.
- Borrador: almacena correo que nosotros guardamos sin enviar o que lo guarda el ordenador.
- Otras carpetas, etc.

B. Envío de mensajes: se abre Nuevo mensaje y se rellenan los apartados:

- Para: direcciones de destinatarios principales.
- CC: con copia. Aquí escribimos la dirección de destinatarios que queremos que reciban una copia (carbón copia).
- CCO: copia oculta. Aquí escribimos la dirección de destinatarios que queremos que reciban el mensaje y que los demás no sepan que lo han recibido.
- Asunto: escribimos el título reducido del mensaje a enviar.
- Contenido del mensaje: en ese cuadro escribimos el contenido del mensaje que deseamos enviar. Tenemos la opción de enviar archivos adjuntos. Como por ejemplo, enviar la estadística de la noche o del día al Departamento de Estadística. Esto puede hacerlo tanto el celador como el auxiliar administrativo o administrativo.
- Icono de enviar: y se envía el mensaje a las direcciones deseadas.

4. Buscadores: en nuestro trabajo son muy necesarios. Como su propio nombre indica sirven para buscar cualquier cosa que necesitemos saber en relación a nuestro trabajo. Por ejemplo, la dirección de un centro de salud de otra comunidad a la que hay que remitirle algún documento. O buscar el teléfono de algún organismo que nos demanda el usuario/a, etc. Hay muchos buscadores pero el que usamos más comúnmente es el Google.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Adquirir nociones básicas de informática: elementos de un ordenador, sistemas operativos, soportes informáticos, etc.

Objetivo secundario:

-Conocer los accesos más comunes a Internet: Correo electrónico, Intranet, buscadores, etc.

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. Manuales de Usuario del Personal no sanitario. Cada programa mencionado tiene su Manual de Empresa Corporativo.
2. <https://www.areatecnologia.com/informatica/perifericos.html>
3. https://correo.sespa.es/help/es/advanced/zimbra_user_help.htm

Capítulo 111

EL CELADOR ANTE LA PERDIDA DE CONSCIENCIA DE UN PACIENTE

JUAN CARLOS VILLAMOR ARROYO

1 Introducción

La pérdida de consciencia o inconsciencia, es el estado en el que el cerebro tiene abolidos determinados actos reflejos y solo reacciona ante determinados estímulos, en función de la profundidad o grado de inconsciencia alcanzado. En estos estados también pueden verse afectados las reacciones vegetativas.

Todo desvanecimiento o desmayo conlleva, como respuesta del mecanismo autónomo de defensa, a una caída, con ello el encéfalo pretende asegurar su aporte de sangre, favoreciendo el riesgo, ante la posible disminución de la presión sanguínea. El objetivo principal del celador ante la pérdida de consciencia de un paciente será mantener la permeabilidad de la vía aérea (que los conductos estén libres de obstrucciones) y comprobar que respira y tiene pulso. Aflojar la ropa, u objetos que opriman el pecho, cuello o cintura. Se la coloca sobre la espalda y las piernas relativamente elevadas manteniéndolo tumbado durante unos minutos, (posiblemente recuperará la consciencia en unos minutos). Tratará de avisar al servicio médico más cercano explicando lo ocurrido.

2 Objetivos

Exponer una aproximación y manejo por parte de un celador ante una pérdida de consciencia.

3 Caso clínico

En este caso nos referimos a una mujer de 40 años con antecedentes de patologías gástricas, una vez vista y chequeada por el equipo médico es diagnosticada de shock hipovolémico por su hemorragia interna a nivel gástrico. Se tratará de determinar el grave estado del trastorno circulatorio que ocasiona una disminución importante del riego sanguíneo en la periferia del cuerpo, pudiendo provocar un funcionamiento renal deficiente. A veces el colapso es el único indicio de una hemorragia interna gástrica o intestinal. El equipo médico seguirá la pauta general ante una pérdida de consciencia anteriormente expuesta, como puede ser mantener la permeabilidad de la vía aérea y que tiene pulso. Iniciar la reanimación cardio pulmonar en caso necesario. Si se mantienen las constantes vitales, colocar al paciente en posición antishock o trendelenburg y la cabeza girada ligeramente hacia un lado. Traslado urgente a un centro sanitario (si el caso fuera extrahospitalario). Mantener en calor a la víctima.

4 Discusión-Conclusión

Una persona que esté semiinconsciente, decimos que está desorientada. Si encontramos a una persona inconsciente desconociendo la causa, examinaremos la documentación, medallas o pulseras sanitarias que nos indique si la persona es diabética, epiléptica. Se debe diferenciar el tipo de shock, pudiendo ser hipovolémico, traumático, anafiláctico. La actuación médica iría orientada a cada tipo

5 Bibliografía

1. El celador en servicios especiales y centros de salud.
2. Formación Continuada Logoss. Pag. 113,114,115 y 116

Capítulo 112

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN MORTUORIO Y SALA DE AUTOPSIAS

JUAN CARLOS VILLAMOR ARROYO

1 Introducción

Todos los hospitales tienen una sala de mortuorios, a donde son trasladados todos los cadáveres (esta es una función del celador). El cadáver permanecerá temporalmente, lo más probable en una cámara frigorífica, posteriormente el cadáver irá al cementerio y en algunos casos si procede se hará una autopsia.

El mortuario contará con la presencia de, al menos, un celador tanto de día como de noche que puede permanecer cerrado pero al cuidado del celador de mortuorios que dispondrá de las llaves para abrir en caso necesario. El celador de mortuorios colocará el cadáver en la losa o en el frigorífico (según órdenes médicas) como es el caso de fallecidos por causas desconocidas o accidentes.

Aportando todos los datos tales como nombre y apellidos, fecha y hora de entrada y salida en el mortuario. Cuando proceda llevará el cadáver a la sala de velatorios donde los familiares lo podrán ver antes de que llegue la funeraria.

En el caso de que la muerte sea por causas desconocidas se le practicará la autopsia para determinar la causa de su muerte.

2 Objetivos

Exponer las principales funciones de un celador en un mortuario y sala de autopsias.

3 Caso clínico

En este caso tenemos a un hombre de mediana edad que sufre un desvanecimiento. Falleciendo a los pocos minutos, es por lo que se decide realizar una autopsia no clínica para conocer la causa del fallecimiento del paciente.

El celador preparará la mesa de necropsias y todo el instrumental que el facultativo vaya a necesitar. El celador estará debidamente vestido con ropa de quirófano (estará en contacto con fluidos corporales). Una vez colocado el cadáver en la mesa de necropsias y en la posición indicada, ayudará al médico en las funciones propias del celador de mortuorios. Una vez concluida la necropsia preparará y aseará el cadáver para su posterior retiro de la mesa, limpiando la mesa y el instrumental también llevará al horno crematorio los restos que queden en la sala. Por último es el encargado tanto de abrir como de cerrar la sala de autopsias.

4 Discusión-Conclusión

La figura del celador de mortuorios y autopsias es específica y fue creada por la Dirección General del Insalud (resolución 22 de mayo de 1981). Entre las funciones están auxiliar en la extracción de vísceras y coser el cadáver.

5 Bibliografía

- Conocimientos básicos y funciones del celador - Logoss páginas 295,296 y 297
- Oposiciones celadores- Mad - página 122

Capítulo 113

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA SALUD COMUNITARIA

MARÍA DOLORES PASCUAL ALVAREZ

1 Introducción

La atención primaria (AP) y la salud pública (SP) han tenido trayectorias paralelas, con escasos puntos de encuentro y coordinación en lo que se refiere a la acción comunitaria para la mejora de la salud de la población. Considerando la salud comunitaria como la salud individual y de grupos en una comunidad definida, determinada por la interacción de factores personales, familiares, por el ambiente socio-económico-cultural y físico, y la intervención en salud comunitaria como la acción en el nivel local para lograr su mejora, la atención primaria y la salud pública son actores clave del entorno sanitario para llevarla a cabo. De todas formas, su actuación deberá contar con otros agentes territoriales, incluida la población.

La inclusión de la salud comunitaria como un objetivo del sistema sanitario hace evidente la necesidad de buscar y lograr una acción más coordinada e integral, lo cual debe introducir cambios en diversas áreas, entre las que destacan la formación de los profesionales, los contratos a los proveedores de servicios, los sistemas de definición de las carteras de servicios y la organización de los servicios.

El mantenimiento y la mejora de la salud de la comunidad, objetivo de la salud comunitaria, va más allá de la atención a las enfermedades expresadas. La mejora de la salud de la población, especialmente en aquellos países con un sistema sanitario de cobertura universal, como es el Sistema Nacional de Salud en España, es atribuible en gran parte a políticas e intervenciones externas al sistema sanitario.

Este hecho se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que los determinantes de la salud son factores de diferentes niveles, desde los más cercanos al individuo (el micro-ambiente [la vivienda]) hasta los niveles más alejados (generalmente políticas nacionales o supranacionales), aunque casi todos ellos no relacionados directamente con las acciones de los servicios sanitarios.

Aunque AP y SP tienen competencias profesionales y administrativas propias, la salud comunitaria requiere que se complementen y coordinen en actividades y procesos para la mejora del nivel de salud de las comunidades a nivel local. Así pues, la AP y la SP pueden tener puntos de encuentro que no siempre han sido reconocidos en la práctica. Por ejemplo, cuando la AP tiene orientación comunitaria, a diferencia de la AP dedicada solamente a la demanda, comparte con la SP su orientación a la salud de la población. En algunos casos, funciones que actualmente están cubiertas por la SP podrían estarlo por un equipo de AP con clara orientación comunitaria, y en otros casos la acción comunitaria mejoraría si AP y SP se completaran y aunaran objetivos, recursos y esfuerzos.

Tanto la AP como la SP tienen en España un ámbito de intervención común, la población, siempre que sus espacios territoriales coincidan, especialmente en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, con cobertura poblacional, y que desde la reforma de la AP, ésta tiene responsabilidad sobre la población que reside en su área de influencia (zona básica de salud). Considerando que la intervención en salud comunitaria implica poner en marcha procesos que acaben influyendo en el nivel de salud de la comunidad, podemos estar de acuerdo en que tanto la SP como la AP deben ejercer de forma integrada sus competencias en beneficio de la salud comunitaria.

2 Objetivos

Describir y analizar el papel de la AP y la SP en el desarrollo de la mejora de la salud comunitaria.

3 Metodología

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

seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Deben considerarse diversos aspectos para lograr la integración y poder avanzar en el desarrollo de la acción comunitaria:

- Coordinación: una asignatura todavía pendiente de nuestro sistema sanitario son los problemas de coordinación entre niveles asistenciales y aún más si incluimos agentes de otras administraciones, como son los profesionales de la SP, y todavía más difícil con otros profesionales (servicios sociales, técnicos municipales, educación, etc.). La acción comunitaria es difícil e ineficiente si no hay una buena coordinación entre todos los servicios que proveen servicios a la comunidad específica.
- Sinergias que deben establecerse en el nivel comunitario: algunas cuestiones clave hacen referencia a los roles, los liderazgos y las relaciones. En este sentido, hay decisiones que deben tomarse en el nivel político, otras en el nivel técnico-gerencial, y otras a nivel comunitario, en función de lo que cada agente o servicio represente en la comunidad. Es importante destacar que la orientación comunitaria sea presentada claramente y conocida por todos los implicados.
- La mejora del nivel de salud de la comunidad requiere también actores no sanitarios: en la salud comunitaria, AP y SP desempeñan un rol central como catalizadores de cambios, pueden liderar procesos de acción comunitaria, etc., pero también hay otros agentes clave y se deberá sumar su participación y compromiso. Esto se relaciona igualmente con el posible riesgo de un incremento de la medicalización en el cuidado de la salud cuando la acción comunitaria es liderada desde los servicios de salud.
- Participación comunitaria: es necesaria, pero requiere una actitud no dominante del equipo sino de «compartir». Es necesaria porque la modificación de los determinantes de la salud no es prescriptiva, no sucede porque el profesional sanitario indique su necesidad; hay tomas de decisiones que el profesional sanitario puede recomendar como necesarias, pero está fuera de su área de influencia el poderlas llevar a cabo. Para conseguir la corresponsabilidad y la implicación de agentes (servicios, entidades, vecinos y vecinas, etc.) hay que garantizar que puedan participar en las diferentes tomas de decisiones que la acción comunitaria implica (detección de necesidades, priorización, determinación de acciones). También hay que tener en cuenta que la acción comunitaria, realizada desde una perspectiva de equidad (necesaria dada la reconocida existencia de desigualdades

sociales en salud), debe contemplar que los grupos más vulnerables pueden no estar representados y no por ello han de ser olvidados. - «Cartera de servicios»: la acción comunitaria para la mejora de la salud no se ajusta bien a que esté determinada por una cartera de servicios clásica, establecida de forma vertical, de arriba abajo. Pero al mismo tiempo, si la acción comunitaria no queda contemplada dentro de la cartera de servicios (de AP, de SP, incluso de servicios sociales u otros), continuará la situación actual de absoluta fragilidad y diversidad, en la cual la implicación en la acción comunitaria por parte de los servicios de salud depende más de voluntades individuales que de directrices desde la gestión de los servicios. La acción comunitaria requiere que la cartera de servicios se establezca teniendo en cuenta una toma de decisiones bottom-up (desde la comunidad y el equipo al nivel central-superior), que complemente la más tradicional y frecuente top-down (desde los niveles centrales a los más locales).

- Para el desarrollo de la acción comunitaria es necesaria una voluntad política firme, que se traduzca en la inclusión de objetivos relacionados con esta orientación en los contratos con los proveedores de los servicios de AP y SP. Asimismo, es importante revisar la formación de los profesionales, que debe incluir también las competencias necesarias para la acción comunitaria.

Ya en el informe SESPAS del año 2008 se abordó la situación de la SP y la AP en España, y las áreas que podrían beneficiarse de su mayor colaboración, entre ellas la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y las intervenciones para reducir desigualdades sociales en salud. En la actualidad, el desarrollo de la acción comunitaria desde la administración sanitaria en España está caracterizado por la heterogeneidad tanto en directrices como en prácticas. Es una de las partes menos desarrolladas en términos generales de la reforma de la AP, que influyó más en el desarrollo de la prevención clínica y la educación sanitaria individual.

Las sociedades científicas de AP han sido las que de forma más estable han mostrado hasta ahora un compromiso explícito con el papel de la intervención comunitaria en España. Dos ejemplos de ello son la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (CAMFIC), mediante la creación en el año 1987 y el soporte hasta la actualidad del grupo de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), que entre otras tareas ha realizado formación de profesionales de AP en la orientación comunitaria, y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFyC) al crear, en 1996, el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Más recientemente, y como consecuencia de los procesos anteriores, la CAMFIC también ha dado apoyo a la red Actuando

Unidos Por la Salud (AUPA), red de centros de AP que tienen proyectos de intervención comunitaria. Esta red se está abriendo a la SP, y actualmente tiene en marcha un ambicioso proyecto formativo conjunto para profesionales de AP y de SP, especialmente orientado a compartir experiencias y prácticas de acción comunitaria, realizando un aprendizaje conjunto a partir de la reflexión de las propias prácticas.

5 Discusión-Conclusión

La AP y la SP son dos agentes clave en el desarrollo de la salud comunitaria, y la acción de ambas ha de ser coordinada e integrada. Para ello se requiere un establecimiento claro y explícito de objetivos, funciones, recursos y relaciones. La estructura y el sistema de los servicios de salud deben favorecer la acción comunitaria, tanto desde la AP como desde la SP, no dejándola exclusivamente al criterio de buenas voluntades profesionales.

Es conveniente reducir la heterogeneidad territorial que hasta el momento se está ofreciendo en el campo de la intervención en salud comunitaria, tanto desde la AP como desde la SP. Como mucho, la heterogeneidad en la acción comunitaria debería responder a diferencias de necesidades poblacionales. Finalmente, hay que tener en cuenta que no se parte de cero, que hay experiencias locales de intervención comunitaria, tanto en AP como en SP e incluso de ambas conjuntamente, de las cuales se puede aprender

6 Bibliografía

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

Capítulo 114

ALERGIAS ALIMENTARIAS: DETERMINACIÓN DE LA HIPERSENSIBILIDAD AL HUEVO MEDIANTE LA MEDICIÓN DE INMUNOGLOBULINAS E

NOEMÍ GÓMEZ MARTÍNEZ

1 Introducción

En los países desarrollados está aumentando de forma evidente las alergias alimentarias en los últimos años. Igual que otras alergias alimentarias, ésta se inicia tras el contacto con la proteína del huevo. La prevalencia de la alergia al huevo oscila entre 0,5 % y el 2,5 % de la población infantil y en adultos, se estima que es un 0,2%.

Las alergias alimentarias son la respuesta del sistema inmunitario a los alérgenos presentes en el alimento, los cuales son proteínas naturales. En el caso del huevo estos alérgenos están presentes tanto en la clara como en la yema:

- Clara: ovomucoide (11%), ovoalbúmina (54%), ovotransferrina o conalbumina (12%), ovomucina (1,5%) y lisozima (3,5 %). El Ovomucoide, debido a ser la proteína más resistente al calor y a la acción enzimática digestiva, es el mayor alérgeno del huevo. La Ovotransferrina y la Lisozima son alérgenos más débiles por ser menos estables al calor.
- Yema: gránulos, livetinas, lipoproteínas de baja densidad. La a-livetina o albúmina sérica está presente en plumas, carne y huevo de gallina, y la inhalación

de partículas de plumas o comer huevo y carne de gallina produce síntomas de alergia.

La World Allergy Organization, en 2003, propuso una nueva nomenclatura de las reacciones alérgicas y similares, según la cual las reacciones desfavorables a los alimentos de origen no tóxico deben denominarse hipersensibilidad. Si existe una reacción inmunitaria se referirá a alergia alimentaria. Las alergias alimentarias pueden clasificarse en función de si la reacción inmunitaria implica o no la participación de anticuerpos de la clase IgE. Según la World Allergy Organization: “cuando se hablaba de intolerancia a los alimentos por reacciones alérgicas que se presentaban a estos, ahora se debe denominar hipersensibilidad no alérgica”.

Los síntomas son varios y depende del mecanismo inmunológico implicado:

- Reacciones mediadas por IgE: son respuestas inmediatas. Los síntomas aparecen poco después de la ingesta, habitualmente en menos de dos horas. Tales reacciones pueden ser: cutáneas (urticaria), digestivas (alergia oral así como vómitos, diarreas y dolor abdominal), respiratorias (rinoconjuntivitis y asma), anafilaxia (inducida por ejercicio y alimentos, es decir, se presenta tras la ingestión del alérgeno y el posterior ejercicio).
- Reacciones no mediadas por IgE: se trata de respuestas retardadas en las que predominan las manifestaciones gastrointestinales. Las reacciones pueden ser: proctocolitis asociada a proteínas, enteropatía, enterocolitis, enfermedad celíaca.
- Formas Mixtas: dermatitis atópica, trastornos gastrointestinales eosinofílicos, cólico del lactante, estreñimiento, reflujo gastroesofágico.

Las formas de diagnóstico incluyen tanto la realización de la historia clínica del paciente en el que se determinen antecedentes familiares, pruebas cutáneas o Prick Test con el alimento fresco o cocido o con extractos comerciales y la determinación de inmunoglobulinas E en suero, entre otras.

2 Objetivos

Identificar el diagnóstico en el laboratorio de la alergia al huevo, que implica la determinación de inmunoglobulinas de tipo IgE totales y específicas en suero, así como las técnicas que se llevan a cabo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos científicos y publicaciones académicas revisadas disponibles en las principales bases de datos: Scielo, Slideplayer, Elsevier. Se emplearon como descriptores: incidencia, síntomas, diagnóstico, alergia al huevo, determinación de IgE. Se emplearon como criterios de inclusión textos escritos en idioma castellano e inglés, y se excluyeron aquellos que carecieran de acceso gratuito.

4 Resultados

Cuando las pruebas in vivo en el paciente están contraindicadas y para confirmar la alergia, se realizan pruebas complementarias en el laboratorio, que implican la determinación de la Inmunoglobulina E (Ig E) total y específica, ya que, después de la leche, el huevo es uno de los alimentos que más frecuentemente causa reacciones de hipersensibilidad mediadas por Inmunoglobulina E en niños y también en adultos.

La hipersensibilidad de tipo I mediada por Ig E es causada por una segunda exposición al alérgeno, ya que en la primera exposición no se desencadenó la reacción alérgica.

La determinación de Ig E total sérica no sirve como único diagnóstico de la alergia, ya que es normal en el 50% de los pacientes con hipersensibilidad. Es un marcador de personas que tienen reacciones alérgicas frecuentes. En caso de presentar niveles elevados de Ig E total hay que determinar los niveles de Ig E específica para el alérgeno en cuestión.

Los métodos más frecuentes para determinar esta inmunoglobulina son el radioinmunoensayo (RIA) y el enzimoimmunoensayo (EIA). En ambos métodos, se emplea un anticuerpo anti-IgE humano inmovilizado en una fase sólida, que fija la IgE presente en el suero del paciente. Después se incorpora un anticuerpo anti-IgE humano marcado, bien con una enzima que cataliza una reacción cromogénica (EIA), o con un isótopo radiactivo (RIA), con lo cual es posible cuantificar la IgE plasmática.

El radioinmunoanálisis (RIA) es una de las técnicas más sensibles para detectar la antígenos o anticuerpos en bajas concentraciones en suero por lo que es realmente útil para la detección de Ig E, ya que este anticuerpo se encuentra en muy bajos niveles en suero.

También se emplean los enzimoimmunoensayos ELISA (enzyme linked immunosorbent assay). En este método, el antígeno inmovilizado, que se encuentra unido a la IgE específica del paciente, se detecta por anticuerpos anti-IgE unidos a una enzima, la cual es capaz de generar un producto que genera color y se mide mediante espectrofotometría.

Para la determinación de IgE alérgeno-específica, el primer ensayo comercial fue la prueba radio alergo sorbent o más conocida por sus siglas (siglas en inglés) como RAST. Este término se usa para referirse a ensayos in vitro para la detección de IgE específica, aunque hoy en día los métodos utilizan enzimas en lugar de radionúclidos.

La Prueba de Radioalergenoabsorbencia (RAST) es un procedimiento por el cual se cuantifica la cantidad de anticuerpos IgE circulantes en suero específicos de alérgeno. El alérgeno, sujeto a un disco de papel, reacciona con el Anticuerpo IgE específico presente en el suero. Tras un lavado en el que se elimina la IgE específica, se añaden anticuerpos marcados radiactivamente que van dirigidos contra la IgE y con los cuales forman un complejo. La radiactividad que emite este complejo se mide con un contador. Cuanto mayor es la radioactividad detectada mayor es la cantidad de anticuerpos específicos presentes en la muestra.

5 Discusión-Conclusión

Según Jiménez Martín A.P. en su artículo “Estudio de los niveles de IgE específica y de IgG4 respecto a la adquisición de tolerancia en pacientes alérgicos al huevo” se obtiene que los valores de Ig E total son poco específicos ya que su elevación puede deberse a diversas patologías, entre las que se encuentra la dermatitis atópica; así niveles elevados no se relacionan con la no tolerancia. Además, indica en su estudio, que los alérgenos IgE específicos son un marcador de sensibilización alérgica y no de enfermedad alérgica.

En su artículo, Góngora-Meléndez concluye que la determinación de IgE sérica específica tiene menor sensibilidad que las pruebas cutáneas, aunque con algunas técnicas actuales como el CAP o RAST, se puede lograr una sensibilidad hasta del 90%.

En el artículo “IgE-mediated allergy to egg protein. Allergologia et Immunopathologia” se indica que la determinación de la IgE específica y las pruebas cutáneas tiene los mismos problemas de interpretación. Además de que un

resultado negativo para Ig E específicas para ovoalbumina y ovomucoide tiene un alto valor predictivo negativo, pero no excluye la reactividad clínica. Así el valor predictivo positivo varía según la prevalencia de la enfermedad y el tipo de patología.

Después de la revisión de varios artículos se puede decir que la sola determinación de las inmunoglobulinas E tanto totales como específicas para las proteínas del huevo, o de cualquier otro alimento, no puede servir para diagnosticar una hipersensibilidad o alergia. Junto con las determinaciones séricas hay que tener en cuenta si el paciente presenta resultados positivos para las pruebas cutáneas o Prick Test, una cuidadosa anamnesis del paciente, una dieta de exclusión apropiada, entre otras pruebas.

6 Bibliografía

1. Sánchez J, Restrepo MN, Mopan J, Chinchilla C, Cardona R. Alergia a la leche y al huevo: diagnóstico, manejo e implicaciones en América Latina. *biomedica*. 8 de octubre de 2013;34(1):143.
2. García BE, Gómez B, Arroabarren E, Garrido S, Lasa E, Anda M. La alergia alimentaria en el siglo XXI. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2003;26. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
3. Góngora-Meléndez MA, Sienna-Monge JJJ, Río-Navarro BED, Castañón LÁ. Aproximación práctica al diagnóstico de la alergia alimentaria. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2010;67:9.
4. Quirós Joselyn. Diagnóstico de alergias utilizando IgE alérgeno-específico. *Rev. méd. Hosp. Nac. Niños (Costa Rica)* [Internet]. 2003 Jan ; 38(1-2): 20-25. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462003000100004&lng=en
5. Echeverría Zudaire LA. Novedades en diagnóstico y prevención de la alergia alimentaria. En: AEPap (ed.). *Congreso de Actualización Pediatría 2019*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 233-247.
6. Martorell A, Alonso E, Boné J, Echeverría L, López MC, Martín F, et al. Position document: IgE-mediated allergy to egg protein. *Allergologia et Immunopathologia*. septiembre de 2013;41(5):320-36. Disponible en: Asociación Española de Personas con Alergia a Alimentos y Látex AEPNAA. <https://www.aepnaa.org/>
7. Jiménez Martín A.P., Torres Borrego J., Cañete Estrada R. Unidad de Gestión Clínica de Pediatría. H.U. Reina Sofía Unidad de Neumología y Alergias Pediátri-

cas. H.U. Reina Sofía. Unidad de Endocrinología Pediátrica. H.U. Reina Sofía. Estudio de los niveles de IgE específica y de IgG respecto a la adquisición de tolerancia en pacientes alérgicos al huevo. *Vox Paediatrica* 2014; XXI(1):16-21

8. Ramírez Guzmán J. Alejandro Docente: Dr. Jorge Arturo Alveláis Palacios Universidad Autónoma de Baja California. Escuela de Ciencias de la Salud Medicina. Hipersensibilidad tipo 1 inmunología. Disponible en: <https://pt.slideshare.net/AlexRamrez2/hipersensibilidad-tipo-1-inmunologa/2>

9. Cátedra de Inmunología Clínica . Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Químicas Hipersensibilidad. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/5610222/>

Capítulo 115

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

M.CONCEPCION CERRA

1 Introducción

El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los Poderes Públicos, uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo y se desarrolla en la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Consecuencia de ello y en aplicación de las Directivas 89/391/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de trabajadores en el trabajo, junto con las Directivas 92/85/CEE, 94/33 CEE y 91/383/CEE relativas a la protección de la maternidad y de los jóvenes y al tratamiento de las relaciones de trabajo temporales de duración determinada y en empresas de trabajo temporal. Basando así el capítulo siguiente.

2 Objetivos

Dar a conocer a empresa-entidad y trabajador/es sus deberes y obligaciones y cumplir el desarrollo adecuado en el trabajo para cumplir con la normativa aplicable Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, en la materia de Prevención de Riesgos Laborales.

3 Metodología

Búsqueda y revisión bibliográfica específica en Directivas de CEE traspuestas y aplicadas a legislación Estatal Española en su Normativa vigente de Ley 31/1995 de 8 Noviembre de Prevención Riesgos Laborales.

4 Resultados

1. Aplicación directa de deberes y obligaciones de empresa- entidad:

- Evitar los riesgos y evaluar aquellos que no se pueden evitar.
- Combatir los riesgos desde su origen.
- Adaptar el trabajo a la persona para evitar el trabajo monótono y repetitivo.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Dar las debidas instrucciones y formación a los trabajadores.

2. Deberes y obligaciones del trabajador:

- Usar adecuadamente los equipos de trabajo, máquinas, herramientas y en general cualquier otro medio con los que desarrollar la actividad.
- Utilizar correctamente los medios y equipos de protección que sean facilitados y conforme instrucciones indicadas.
- Utilizar correctamente los dispositivos de seguridad existentes.
- Cooperar con el empresario o entidad para que éste/a pueda garantizar unas condiciones de trabajo que sean seguras y no entrañen riesgos para la seguridad y la salud.
- Informar de inmediato al superior jerárquico directo o la gerencia cualquier situación que entrañe un riesgo para la seguridad y salud de los trabajadores/as u otras personas. En caso de que este riesgo sea grave e inminente paralizar la actividad que da lugar al riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Aplicando y cumpliendo la normativa vigente, Ley 31/1995 DE 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, se previene y evita riesgos laborales y accidentes. En consecuencia y conclusión, a mayor aplicación tanto a empresario/entidad, como a trabajador, éstos están más formados, más preparados para actuar al respecto y en consecuencia se previene, se evita y minimizan riesgos

laborales, en definitiva accidentes y con ello, mejor uso y eficacia de los recursos aplicados.

6 Bibliografía

1. Ley 31/1995 de 8 Noviembre Prevención Riesgos Laborales.
2. Directivas 89/391/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de trabajadores en el trabajo, junto con las Directivas 92/85/CEE, 94/33 CEE y 91/383/CEE relativas a la protección de la maternidad y de los jóvenes y al tratamiento de las relaciones de trabajo temporales de duración determinada y en empresas de trabajo temporal.

Capítulo 116

PRINCIPIOS DE LA ACCIÓN PREVENTIVA RESPECTO A PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

M.CONCEPCION CERRA

1 Introducción

El artículo 40.2 de la Constitución Española encomienda a los Poderes Públicos, uno de los principios rectores de la política social y económica, velar por la seguridad e higiene en el trabajo y se desarrolla en la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Consecuencia de ello y en su aplicación y desarrollo de una política de protección de la salud de los trabajadores mediante la prevención de los riesgos derivados de su trabajo, la cuál se configura el marco general en el que habrán de desarrollarse las distintas acciones preventivas, en coherencia con las decisiones de la Unión Europea armonizadas progresivamente las condiciones de trabajo en las Directivas 89/391/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de trabajadores en el trabajo, junto con las Directivas 92/85/CEE, 94/33 CEE y 91/383/CEE relativas a la protección de la maternidad y de los jóvenes y al tratamiento de las relaciones de trabajo temporales de duración determinada y en empresas de trabajo temporal.

2 Objetivos

Dar a conocer y cumplir los principios de la acción preventiva aplicables en el ámbito laboral, conforme a la normativa vigente aplicable. Ley 31/1995 de 8 de

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Además se realizó una revisión de texto normativo Ley 31/1995 de 8 Noviembre de Prevención Riesgos Laborales, respecto a los Principios de la Acción Preventiva. Capítulo III, Artículo 15.

4 Resultados

Quedan resumidos tras revisión del texto vigente Ley 31/1995 los principios de la Acción Preventiva siguientes:

- Evitar los riesgos.
- Evaluar los que no se puedan evitar.
- Combatir los riesgos en su origen.
- Adaptar el trabajo - puesto a la persona.
- Tener en cuenta la evolución de la técnica.
- Sustituir lo peligroso, por lo que entrañe poco o ningún peligro.
- Planificar la prevención, buscando un conjunto coherente, que integre en ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.
- Adoptar medidas que antepongan la protección colectiva a la individual.
- Dar las debidas instrucciones a trabajadores.

El empresario adoptará las medidas necesarias a fin de garantizar que sólo los trabajadores que hayan recibido información suficiente y adecuada puedan acceder a las zonas de riesgo grave y específico.

La efectividad de las medidas preventivas deberán prever las distracciones o imprudencias no temerarias que pudiera cometer el trabajador.

Podrán concertar operaciones de seguro que tengan como fin garantizar como ámbito de cobertura la previsión de riesgos derivados del trabajo, la empresa respecto de sus trabajadores, los trabajadores autónomos respecto a ellos mismos

y las sociedades cooperativas respecto a sus socias cuya actividad consista en la prestación de su trabajo personal.

5 Discusión-Conclusión

Evitar y prevenir Riesgos Laborales, conforme Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención Riesgos Laborales en su aplicación del Capítulo III, Artículo 15 respecto a los Principios de la Acción Preventiva. El empresario aplicará las medidas que integran el deber general de prevención.

6 Bibliografía

1. Texto Normativo Ley 31/1995 de 8 Noviembre Prevención Riesgos Laborales.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/>.
4. <https://www.scielo.org/es/>.

Capítulo 117

FORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

M.CONCEPCION CERRA

1 Introducción

La Constitución Española en su Artículo 40.2 encomienda a los Poderes Públicos, uno de los principios rectores de la política social y económica y velar por la seguridad e higiene en el trabajo, que se desarrolla en la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de Riesgos Laborales. Tratándose de una Ley que persigue ante todo la prevención, su articulación no está exclusivamente en la ordenación de las obligaciones y responsabilidades de los actores directamente, también importantes y relacionados en el hecho laboral, si no que el propósito esta en fomentar una auténtica cultura preventiva, mediante la promoción de la mejora de la educación y formación en dicha materia y en todos los niveles educativos, que involucra a la sociedad en su conjunto y constituye uno de los objetivos básicos y de efectos quizás mas trascendentales para el futuro de los perseguidos en la citada Ley.

2 Objetivos

Dar a conocer la obligación e importancia de la formación y formar a trabajadores sobre Prevención de Riesgos Laborales y aplicar la formación recibida, conforme normativa vigente de Ley 31/1995 de 8 de Noviembre, Prevención de Riesgos Laborales.

3 Metodología

Búsqueda, estudio y revisión bibliográfica específica de Directivas de CEE traspuestas y aplicadas a legislación Estatal Española en su Normativa vigente de la Ley 31/1995 de 8 Noviembre de Prevención Riesgos Laborales, respecto a formación.

4 Resultados

Formación de los trabajadores:

- En cumplimiento del deber de protección, el empresario o entidad deberá garantizar que cada trabajador reciba una formación teórica y práctica, suficiente y adecuada en materia preventiva.
- Tanto en el momento de su contratación, cualquiera que sea la modalidad o duración de ésta.
- Cuando se produzcan cambios en funciones que desempeñe, se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en equipos de trabajo.
- Centrada específicamente en el puesto de trabajo o función de cada trabajador, debe adaptarse a la evolución de riesgos y aparición otros nuevos y repetirse periódicamente si fuera necesario.
- Deberá impartirse: siempre que sea posible, dentro de la jornada de trabajo o en su defecto a otras horas con descuento en jornada del tiempo invertido. Podrá ser impartida por empresa o entidad con medios propios o concertándola y su coste no recaerá en ningún caso en los trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Este capítulo ha mostrado cómo evitar y prevenir Riesgos Laborales basándose en un pilar fundamental como es la formación, conforme recoge la Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención Riesgos Laborales.

6 Bibliografía

1. Constitución Española: Artículo 40.2.
2. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de 1995 de Prevención Riesgos Laborales.

Capítulo 118

DEFECTOS DEL TUBO NEURAL (DTN)

MACARENA RODRIGUEZ RICO

1 Introducción

Los defectos del tubo neural (NTD) se producen cuando la médula espinal, el cerebro y las estructuras relacionadas no se forman correctamente. Los NTD se denominan defectos de nacimiento debido a que como bien dice están presentes en el nacimiento. Se producen de manera temprana en el embarazo, aproximadamente en el primer mes y pueden dar lugar a problemas graves tras el nacimiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

-Investigar de los principales factores de riesgo etiológico de los defectos de tubo neural.

Objetivos secundarios:

-Describir la embriología del tubo neural.

-Identificar los factores etiológicos relacionados con el desarrollo de defectos del tubo neural.

-Establecer la importancia del análisis de causalidad en el peritaje por responsabilidad 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los defectos del tubo neural (DTN) son las malformaciones congénitas más graves del sistema nervioso central y la columna vertebral. Son la segunda anomalía congénita mayor después de las malformaciones cardíacas, con una frecuencia que generalmente oscila entre 0,5 y 2 por cada 1000 embarazos, aunque en algunas regiones geográficas, por ejemplo, en el norte de China, se han reportado frecuencias de hasta 10 por 1000 nacimientos. Además, representan hasta el 29% de las muertes neonatales asociadas con anomalías congénitas en entornos de bajos ingresos.

Un DTN se produce tempranamente en el desarrollo del feto, cuando la médula espinal, el cerebro u otras estructuras no se forman correctamente. Los síntomas de los DTN van desde problemas físicos, como parálisis y disfunción urinaria o intestinal, hasta discapacidad intelectual y la muerte. Aún no se conocen las causas exactas de los DTN, pero existen muchos factores que tienen un rol, incluidos la genética y el entorno fetal.

Los padres que ya tuvieron un hijo con un DTN tienen un riesgo ligeramente mayor de tener un segundo hijo con un DTN. Los defectos del tubo neural generalmente se diagnostican durante el embarazo mediante análisis de laboratorio o radiografías. Los bebés con DTN podrían tener otras afecciones, como hidrocefalia o parálisis, que necesiten tratamiento más adelante en su vida.

5 Discusión-Conclusión

Los defectos del tubo neural constituyen malformaciones congénitas frecuentes en muchos países, por lo que su diagnóstico y detección temprana será de gran apoyo.

6 Bibliografía

1. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr191h.pdf>

2. <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/ntds>
3. <https://medlineplus.gov/spanish/neuraltubedefects.html>

Capítulo 119

LA HIGIENE DE MANOS COMO PREVENCIÓN Y CONTROL

ANA MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

La infección hospitalaria 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. La adopción de esta práctica posee importancia en el hecho de que gran porcentage de infecciones nosocomiales pueden ser evitadas, una vez que la mayoría de los microorganismos asociados a la microbiótica transitoria de las manos, o sea, aquella adquirida por el contacto con personas o materiales colonizados o infectados, podrían ser fácilmente eliminados a través de un adecuado lavado.

Considerando la higienización de las manos como la remoción de los "microorganismos que colonizan las capas superficiales de la piel, así como el sudor, la oleosidad y las células muertas, retirando la suciedad propicia a la permanencia y a la proliferación de microorganismos", y que uno de los mayores índices de transmisión de infección se da por las manos, su adopción debería ser contemplada por todos los profesionales de salud, para eso sería necesario la preparación adecuada de los mismos e inversiones en su concienciación.

Pero, observaciones del ambiente hospitalario reafirman la no uniformidad de conductas y rutinas referentes a su realización, y que a pesar de todas las evidencias y comprobaciones de la importancia a la adhesión a esta medida, las manos de los profesionales de salud aún se constituyen como el mayor vínculo de diseminación de las infecciones hospitalarias.

Entre los principales motivos relacionados al incumplimiento de esta práctica, según estudios recientes, está la falta de motivación, ausencia o inadecuación de lavabos o dispositivos de alcohol gel próximos a las camas, falta de materiales como jabón y alcohol además de toallas de papel y basureros, reacciones cutáneas ocasionadas por el uso de los productos recomendados, el gran número de tareas que sean realizadas ocasionando la falta de tiempo, irresponsabilidad y la ignorancia sobre la real importancia de las manos como medio de transmisión de microorganismos.

2 Objetivos

- Analizar los programas de higiene de manos y formación del personal sanitario.
- Difundir pautas de actuación correctas.
- Presentar recomendaciones acerca de la higiene de manos.
- Promover estrategias de prevención de las infecciones en atención 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

La higiene de manos con bases alcohólicas es la técnica que más se realiza y la mayoría de veces el personal sanitario cumple con todos los pasos de la misma, el momento en que más se realiza la higiene de manos es después del contacto con el paciente y a su vez la técnica más utilizada en este momento, es la higiene de manos con bases alcohólicas. El factor que desfavorece la adherencia de la higiene de manos es la falta de toallas. Se evidencia que el personal que presentan una mayor adherencia a la higiene de manos se encuentra donde existe la posibilidad de ejecutar la técnica con bases alcohólicas.

5 Discusión-Conclusión

En cuanto a la calidad entre la higiene de manos con agua y jabón, y con bases alcohólicas, esta última es la mejor aplicada, esto difiere de alguna investigación donde se determinó que la mayor parte del personal de salud tiene más conocimiento acerca de la higiene de manos clínica que de la higiene de manos con bases alcohólicas; esto puede deberse a que en los últimos años el personal de salud, en especial el de enfermería había sido capacitado para realizar lavado de manos. De acuerdo a lo evidenciado en el estudio, de los cinco momentos de la higiene de manos establecidos por la guía de la OMS, el momento aplicado con mayor frecuencia fue después del contacto con el paciente.

El principal motivo de incumplimiento es la falta de tiempo y el desconocimiento de la técnica, a parte de que este exista de forma sistemática, se evidencia una adecuada adherencia por parte del personal, lo que trae consigo que la atención de salud se propicie con la calidad y calidez que se requiere con la finalidad de garantizar la seguridad a los pacientes.

6 Bibliografía

1. Higiene de las manos: conocimientos de los profesionales y áreas de mejora, Pastora Pérez-Pérez Manuel Herrera-Usagre, Aurora Bueno-Cavanillas, María Soledad Alonso-Humada, Begoña Buiza-Camacho, Marta Vázquez-Vázquez <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n1/0102-311X-csp-31-0100149.pdf>.
2. Organización Mundial de la Salud. Guía de la OMS sobre Higiene de Manos en la Atención de la Salud http://cmas.siu.buap.mx/portal/guia_lavado_de_manos.pdf.
3. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-higiene-manos-evidenciadocientifica-sentido>.
4. Higiene de manos como estrategia fundamental en el control de infección hospitalaria: un estudio cuantitativo Coelho, M.S., Silva Arruda, C., Faria Simões, S.M. <http://scielo.isciii.es/scielo.php>

Capítulo 120

PREVENCIÓN FRENTE AL VIH/SIDA

ANA MARÍA MARTÍNEZ LÓPEZ

1 Introducción

Durante más de treinta años la lucha contra el VIH/Sida ha sido una prioridad política internacional. En el año 2001 se firmó la Declaración sobre VIH/Sida en una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA) y desde entonces se han ido sucediendo diferentes acciones, con resultados que han llevado a pensar que era posible cambiar el curso de la epidemia.

2 Objetivos

- Aumentar el nivel de información sobre mecanismos de prevención del VIH/Sida.
- Mejorar el acceso al sistema sanitario y a los programas de prevención de la infección por VIH.
- Promover prácticas de sexo más seguro, fomentando también el uso del preservativo.
- Fomentar el uso de medios de prevención en labores de tratamiento de paciente infectados.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos electrónicas (ONUSIDA), así como artículos publicados en los últimos cinco años relaciona-

dos con el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016 prorrogado hasta 2020.

4 Resultados

Gracias a los compromisos políticos y económicos, los progresos obtenidos en prevención, tratamiento y apoyo a los afectados durante los últimos diez años, han sido extraordinarios, lo que se ha visto reflejado en una disminución de las cifras de incidencia, prevalencia y de mortalidad asociada a la infección por VIH y al Sida.

Según datos de ONUSIDA publicados en el año 2019, alrededor de 37,9 millones (32,7 - 44,0 millones) de personas tenían infección con el VIH en el año 2018. Se notificó un total de 1,7 millones (1,4 - 2,3 millones) de nuevas infecciones por el VIH, habiendo disminuido esta cifra en un 33% desde 2010. En cuanto a la mortalidad el número de personas fallecidas al año por causas relacionadas con el Sida descendió de 1,2 millones (860.000 - 1,6 millones) en 2010 a 770.000 [570.000 -1,1 millones] en 2018.

5 Discusión-Conclusión

La carga sanitaria y socioeconómica que generan infecciones como el VIH/Sida en todo el mundo es enorme, no solo en los países en desarrollo, sino también en los países de mayor nivel económico, en los que se prevé que la carga de morbilidad aumentará como consecuencia de la prevalencia de algunas infecciones víricas, de los cambios en la conducta sexual y del aumento de los viajes.

Las actividades de prevención resultan imprescindibles para controlar la aparición de nuevos casos de VIH y para ponerlas en marcha hay que contar con fuentes de información que aporten datos sobre cómo se distribuyen y comportan estas infecciones.

6 Bibliografía

1. Bases de datos ONUSIDA (<https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>).
2. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios

Sociales e Igualdad (Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología Plan Nacional sobre el Sida Subdirectora General de Promoción de la Salud y Epidemiología Elena Andradas Aragonés Subdirectora General Adjunta de Promoción de la Salud y Epidemiología Begoña Rodríguez Ortiz de Salazar Jefe de Área de Prevención y Coordinación Multisectorial y Autónoma Olivia Castillo Soria Jefe de Área Asistencial y de Investigación Rosa Polo Rodríguez Jefe de Área de Epidemiología y Conductas de Riesgo Mercedes Díez Ruiz-Navarro Jefe de Sección de Apoyo Técnico María del Mar Andreu Román Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología Investigadora Titular Asunción Díaz Franco Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología Jefe de Sección Jesús Oliva Domínguez Instituto de Salud Carlos III - Centro Nacional de Epidemiología Jefe de Sección Ana María Cornejo Gutiérrez Apoyo Administrativo Magdalena Holgado Pérez 6 SANIDAD Sonia Velasco Tarrero).

Capítulo 121

LA INTERLOCUCIÓN EN EL CENTRO HOSPITALARIO

MAITE CARRIO GONZÁLEZ

1 Introducción

La comunicación en los años posteriores hasta el presente está cambiando mucho, es un elemento básico en la atención al individuo, la misión de los trabajadores es dar más importancia a mejorar la impresión que tiene el usuario en la calidad del servicio, sobre todo, en la relación personal, social y psicológico.

2 Objetivos

Meditar sobre las reclamaciones de los usuarios para poner en práctica medidas respecto a 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: Plumbed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas. Se utilizan como descriptores las palabras claves comunicación, paciente y trabajador.

4 Resultados

Dentro de la profesión uno de la presencia mas importante de la atención al paciente, es la comunicación, con ello puedes llegar a relaciones personales directas. Se puede desenvolver un propósito de conseguir una comunicación eficiente y una relación de provecho.

5 Discusión-Conclusión

Dada la importancia de desarrollar una comunicación eficiente con los usuarios, se deberían comprometer a formarse para poder estar al día con la profesión; procurar percibir lo mejor posible del paciente como ejercer la escucha activa, mostrar empatía, motivar y consolidar mostrando respeto en todo momento.

6 Bibliografía

1. Aranaz J, Mira J, Rodriguez-Marín J. La satisfacción de los profesionales como un aspecto más del control de calidad en los hospitales. *Todo Hospital* 1987; 47: 53-60.
2. Medina Aguerrebere, Pablo. El valor estratégico de la comunicación interna hospitalaria. *Revista de Comunicación y Salud*. 2012;2: 19-28.
3. Menéndez Prieto MD, Vadillo Olmo FJ. El plan de comunicación hospitalario: Herramienta de gestión sanitaria. Madrid: Editorial Club Universitario; 2009.
4. La comunicación interna. Arrúe R.. Editorial Deusto. Bilbao 1999.

Capítulo 122

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y RELACIÓN CON EL DESARROLLO DE DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER

FÁTIMA LÓPEZ JARA

1 Introducción

VPH significa virus del papiloma humano. Es la infección sexualmente transmitida más común que existe. Por lo general, el VPH es inofensivo y desaparece espontáneamente, pero algunos tipos pueden provocar verrugas genitales o cáncer. Existen más de 200 tipos de virus del papiloma humano (VPH). Alrededor de 40 tipos pueden infectar tu área genital (tu vulva, vagina, cuello uterino, recto, ano, pene y escroto) así como tu boca y garganta. Estos tipos de VPH se propagan durante el contacto sexual. (Otros tipos de VPH causan verrugas comunes, como las verrugas de las manos y las plantas de los pies, pero no se transmiten sexualmente).

Las infecciones genitales por VPH son muy comunes. De hecho, casi todas las personas sexualmente activas se contagian con el VPH en algún momento de su vida. La mayoría de las personas con VPH no tienen síntomas y se sienten perfectamente bien, por lo que generalmente si ni siquiera saben que están infectadas.

La mayor parte de las infecciones genitales por VPH son inofensivas y desaparecen solas. Sin embargo, algunos tipos de VPH pueden provocar verrugas genitales o ciertos tipos de cáncer.

Dos tipos de VPH (los tipos 6 y 11) causan la mayoría de los casos de verrugas genitales. Las verrugas no son nada agradables, pero son causadas por un tipo

del VPH de bajo riesgo, ya que no provocan cáncer ni otros problemas graves de salud. Al menos una docena de tipos de VPH pueden provocar cáncer, si bien dos en particular (los tipos 16 y 18) son los causantes de la mayoría de los casos. A estos se los denomina VPH de alto riesgo. El cáncer cervical es comúnmente asociado al VPH, pero el VPH también puede causar cáncer en tu vulva, vagina, pene, ano, boca y garganta.

La infección por VPH no tiene cura, pero hay muchas cosas que puedes hacer para evitar que el VPH tenga efectos negativos en tu salud. Hay vacunas que pueden prevenir que contraigas cierto tipo del VPH para siempre. Tu médico o enfermera pueden quitar las verrugas genitales. Los casos de alto riesgo del VPH pueden ser tratados fácilmente antes de que se conviertan en cáncer, por lo que es muy importante hacerse exámenes del VPH y citologías vaginales regularmente. Si bien los condones y las barreras de látex bucales no ofrecen una protección perfecta, pueden ayudar a disminuir las probabilidades de contagio del VPH.

2 Objetivos

Intentar concienciar de que el virus del papiloma humano es un virus que afecta a gran parte de la población y aunque, en un gran número de casos no produce grandes molestias o incluso es asintomático, puede derivar en graves problemas 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

El VPH se contagia fácilmente por contacto piel a piel cuando tienes sexo con alguien que lo tiene. Te contagias cuando tu vulva, vagina, cuello uterino, pene, o el ano entra en contacto con los genitales o la boca y la garganta de otra persona,

normalmente durante el sexo. El VPH puede propagarse incluso sin que haya eyaculación y sin que el pene penetre en la vagina, el ano o la boca.

El VPH es la ETS más común, pero la mayoría de las veces no representa un gran problema. Suele desaparecer por sí mismo y la mayoría de las personas ni siquiera saben que alguna vez lo tuvieron. Recuerda que la mayoría de las personas que tienen relaciones sexuales se contagian del VPH en algún momento de sus vidas. No te sientas avergonzado ni tengas miedo.

Lamentablemente, la mayoría de las personas que tienen un tipo de VPH de alto riesgo no muestran signos de la infección hasta que ya ha causado graves problemas de salud. Es por eso que los chequeos regulares son tan importantes. En muchos casos, el cáncer cervical se puede prevenir al detectar cambios anormales en las células que, de no tratarse, pueden convertirse en cáncer.

La prueba de Papanicolaou, conocida comúnmente como citología vaginal, sirve para detectar estas células anormales en el cuello uterino. La citología vaginal puede detectar células anormales en tu cuello uterino. Esta no es una prueba que detecta cáncer o el VPH de forma directa, pero puede descubrir cambios anormales en las células que seguramente son causados por el VPH. Las áreas afectadas pueden ser monitoreadas por tu enfermera o médico y tratadas antes de que se vuelvan algo más grave.

No existe un examen que detecte los tipos de VPH de alto riesgo que causan infecciones en la vulva, el pene, el ano o la garganta, y estas infecciones no provocan síntomas por sí mismas. Si se convierten en cáncer, entonces sí es posible que aparezcan algunos síntomas:

- El cáncer de pene, puede provocar síntomas como cambios en el color o el espesor de la piel de tu pene, o bien puede aparecer una úlcera dolorosa en tu pene.
- El cáncer anal puede causar sangrado, dolor, picazón o secreción anal, o cambios en los hábitos intestinales.
- El cáncer de vulva, puede provocar síntomas como cambios en el color o el espesor de la piel de la vulva. Puede haber dolor crónico, picazón o puede aparecer un bulto.
- El cáncer de garganta puede provocar dolor de garganta, dolor de oído persistente, tos constante, dolor o problemas para tragar o respirar, pérdida de peso o una masa o bulto en tu cuello.
- Si tienes cualquiera de estos síntomas, consulta con un médico de inmediato.

Si tengo VPH de alto riesgo, ¿tendré cáncer?

El VPH de alto riesgo puede transformar las células normales en células anormales. Con el tiempo, estas células anormales pueden llevar al cáncer. El VPH de alto riesgo afecta con mayor frecuencia las células del cuello uterino, pero también puede causar cáncer de vagina, vulva, ano, pene, boca y garganta.

Lo bueno es que la mayoría de las personas se recuperan de las infecciones causadas por el VPH sin tener ningún problema de salud. Desconocemos por qué algunas personas sufren infecciones por VPH prolongadas, cambios celulares precancerosos o cáncer. Pero sabemos que tener otra enfermedad que le impide al organismo combatir las infecciones, es más probable que el VPH provoque cáncer cervical. Fumar tabaco también aumenta la probabilidad de que el VPH provoque cáncer cervical.

La infección por VPH no tiene cura, pero por lo general el cáncer tarda varios años en aparecer, lo que permite detectar y tratar las células anormales del cuello uterino antes de que se conviertan en células cancerosas. La gran mayoría de las infecciones por VPH son temporarias y no son graves, de modo que no dediques mucha energía a preocuparte por si tienes o no VPH. Simplemente asegúrate cumplir con tus chequeos de salud periódicos, que deben incluir la citología vaginal o del VPH.

¿Cuál es la diferencia entre el VPH y las verrugas genitales?

Las verrugas genitales son protuberancias inofensivas que aparecen en la piel de tu vulva, vagina, cuello uterino, pene, escroto o ano. La mayoría de las verrugas genitales son causadas por dos tipos del VPH: el 6 y el 11. Las verrugas genitales son protuberancias carnosas y blandas que a veces semejan una coliflor miniatura. Por lo general, son indoloras y se pueden tratar y quitar como las verrugas de las manos o los pies.

Debido a que las verrugas genitales se parecen a otros problemas cutáneos con protuberancias, solo tu enfermera o médico puede diagnosticar y tratar este tipo de verrugas. Afortunadamente, las verrugas no son peligrosas y no provocan cáncer; por ello, a los tipos de VPH que causan verrugas genitales se los llama “de bajo riesgo”. Sin embargo, pueden causar irritación y molestias, y puedes transmitir el VPH que las causó a otras personas. Si crees que tienes verrugas genitales, es importante que te hagas examinar de inmediato.

Tipos de cáncer relacionados con la infección por el VPH:

-Cáncer de cuello uterino.

El cáncer de cuello uterino o cervical es el cáncer más común relacionado con el

VPH en las mujeres. Casi todos los casos de cáncer de cuello uterino son causados por el VPH. El cáncer de cuello uterino puede detectarse en sus etapas iniciales e incluso prevenirse con pruebas rutinarias de detección. La prueba de Papanicolaou detecta cambios en las células cervicales causados por la infección con el VPH. La prueba de VPH detecta la infección en sí. El cáncer de cuello uterino es prevenible mediante las vacunas y las pruebas de detección periódicas. Más de la mitad de las mujeres en los Estados Unidos que padecen cáncer de cuello uterino nunca o muy rara vez acudieron a hacerse una prueba de Papanicolaou.

-Cáncer de vulva.

El VPH también puede causar cáncer de vulva, la parte externa de los órganos genitales femeninos. Este tipo de cáncer es mucho menos común que el de cuello uterino. No se cuenta con una prueba estándar para la detección de este tipo de cáncer que sea adicional a los exámenes médicos de rutina.

-Cáncer de vagina.

La mayoría de los cánceres vaginales contienen VPH. Muchos precánceres vaginales también contienen el VPH, y puede que estos cambios estén presentes durante años antes de convertirse en un tumor canceroso. Este tipo de precáncer se puede determinar mediante la misma prueba de Papanicolaou que se usa para descubrir la presencia de cáncer y precáncer cervical. Si se descubre la presencia de un precáncer, se puede tratar y detener así el cáncer, antes de que realmente comience.

-Cáncer de pene.

En los hombres, el VPH puede causar cáncer de pene. Es más común en hombres con el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y en aquellos que tienen actividad sexual con otros hombres. Actualmente no hay una prueba estándar para la detección temprana de signos del cáncer de pene. Debido a que la mayoría de los casos de cáncer de pene comienzan por la parte interna del prepucio, puede que se puedan notar en las etapas iniciales de la enfermedad.

-Cáncer de ano.

El VPH puede causar cáncer anal tanto en hombres como en mujeres. Es más común entre las personas con el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y en hombres que tienen actividad sexual con otros hombres. No se recomiendan exámenes de detección rutinarios para el cáncer anal en todas las personas. Sin embargo, algunos expertos recomiendan pruebas de citología anal (también llamada prueba de Papanicolaou anal porque es muy similar a la prueba que se utiliza para detectar el cáncer de cuello uterino) para las personas con mayor riesgo de padecer cáncer anal. Esto incluye a hombres que tienen actividad sexual con otros hombres, mujeres que hayan tenido cáncer de cuello uterino o de

vulva, cualquiera que sea seropositivo (personas portadoras del VIH), así como cualquiera que haya recibido un trasplante de órgano.

-Cáncer de boca y garganta.

El VPH se detecta en algunos cánceres de boca y garganta que afectan a hombres y a mujeres. La mayoría de los cánceres que se descubren en la parte trasera de la garganta, incluyendo la base de la lengua y las amígdalas, está relacionado con el VPH. Estos son los cánceres más comunes vinculados con el VPH en los hombres. No hay ninguna prueba estándar para encontrar a estos cánceres en etapas iniciales. No obstante, muchos de los casos pueden ser detectados durante los exámenes de rutina que llevan a cabo un dentista, médico, higienista dental o mediante un autoexamen.

¿Se puede prevenir la infección por el VPH?

No hay una manera segura de prevenir la infección con todos los diferentes tipos de VPH. Sin embargo, hay medidas que usted puede tomar para aminorar las probabilidades de contraer el virus. También hay vacunas que pueden ser aplicadas en personas jóvenes para protegerlas de los tipos de VPH que están más estrechamente relacionados con el desarrollo de cáncer y las verrugas genitales.

El VPH se transmite de una persona a otra durante el contacto con una zona infectada del cuerpo. Aunque el VPH se puede transmitir durante el contacto sexual, incluyendo el sexo vaginal, anal y oral, la actividad sexual no es la única forma de transmisión del virus. Lo único que se necesita es el contacto de piel a piel con una zona del cuerpo infectada con el VPH. Puede que haya otras formas de infectarse con el VPH que aún se desconozcan. El VPH puede estar presente durante años sin causar ningún síntoma. No siempre causa verrugas o algún otro síntoma. Una persona puede tener el virus y transmitirlo sin saberlo.

Uso del condón:

Los condones proveen cierta protección contra el VPH, pero no ofrecen una protección completa contra la infección. Los condones deben ser usados correctamente cada vez que se tienen relaciones sexuales. Aun así, los condones no pueden brindar una protección total porque no cubren todas las zonas del cuerpo que podrían transmitir el VPH, como la piel de la zona genital o anal. No obstante, los condones proveen cierta protección contra el VPH, y también ayudan a proteger contra algunas otras infecciones de transmisión sexual. Se deberá usar un condón nuevo para cada acto sexual. El condón deberá colocarse antes de cualquier contacto con la zona genital, oral o anal y mantenerse hasta la finalización de la relación sexual.

Límite de parejas sexuales:

Si usted está sexualmente activo, el limitar el número de parejas sexuales y evitar las relaciones sexuales con personas que han tenido muchas parejas sexuales puede ayudar a disminuir su riesgo de exponerse al VPH genital. Pero como se indicó anteriormente, el VPH es muy común, por lo que incluso tener relaciones sexuales con una persona puede ponerle en riesgo.

Vacunas contra el VPH:

Las vacunas contra el VPH pueden prevenir la infección con ciertos tipos de VPH, incluyendo los tipos que están vinculados a cánceres que están relacionados con el VPH, así como tipos vinculados a las verrugas anales y genitales. Las vacunas están aprobadas para hombres y mujeres, y solo se pueden usar para prevenir la infección por VPH; no ayudan en el tratamiento de una infección ya adquirida. Para aumentar su eficacia, la vacuna se debe administrar al cumplir 11 o 12 años de edad.

Pruebas del VPH:

Las pruebas disponibles en el mercado para el VPH solo se han aprobado en mujeres para la detección de la infección en el cuello uterino. Pueden usarse para ayudar a que mujeres de cierta edad sean sometidas a prueba después de ciertos resultados en sus pruebas de Papanicolaou para ayudar a detectar el cáncer de cuello uterino. No hay una prueba del VPH que sea aprobada para la detección del virus en el pene o la vulva, o en el ano, la boca o la garganta. Tampoco existe una prueba para determinar “el estado VPH general” de un hombre o una mujer. Para la detección del cáncer de cuello uterino, la Sociedad Americana Contra El Cáncer recomienda que las mujeres de 30 a 65 años de edad se hagan la prueba de VPH y la prueba de Papanicolaou cada 5 años. (Otra opción para estas mujeres es sólo una prueba de Papanicolaou cada 3 años. Aunque esta prueba puede encontrar cambios en las células causados por el VPH, no detecta infección por VPH).

El tratamiento del VPH o de las enfermedades relacionadas con el VPH:

No hay tratamiento contra el virus en sí, pero existen tratamientos para los cambios celulares causados por el VPH. El cáncer es más fácil de tratar cuando se detecta en sus etapas iniciales por ser de menor tamaño y no haberse propagado. Algunas pruebas de detección de cáncer pueden encontrar los cambios celulares causados por el VPH en las etapas iniciales, y estos cambios pueden ser tratados antes de que se conviertan en cáncer. Las verrugas genitales visibles pueden ser eliminadas con medicamentos de receta. También pueden ser tratadas por un profesional de la salud.

5 Discusión-Conclusión

Con este artículo hemos llegado a las siguientes conclusiones respecto al Virus del Papiloma Humano (VPH):

- El VPH es un virus muy común.
- La mayoría de los hombres y las mujeres que alguna vez haya tenido contacto sexual contraerán el VPH en algún momento de sus vidas.
- No existe tratamiento para el VPH, pero en la mayoría de los casos desaparece sin tratamiento.
- El tener el VPH no implica que usted padecerá cáncer. La mayoría de las veces, el VPH desaparece por sí mismo.
- Ciertas personas están en un mayor riesgo de padecer problemas de salud relacionados con el VPH. Entre estas personas se incluye a hombres homosexuales y bisexuales, así como a personas con un sistema inmunitario debilitado (incluyendo las personas con el VIH/SIDA).
- La mayoría de las infecciones por VPH que ocasiona cáncer puede prevenirse con vacunas.
- Las pruebas de detección rutinarias pueden prevenir la mayoría de los cánceres de cuello uterino.

6 Bibliografía

1. Planned Parenthood delivers vital reproductive health care, sex education, and information to millions of people worldwide.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
3. <https://www.scielo.org/es/>
4. <https://medlineplus.gov/spanish/>

Capítulo 123

LA ASISTENCIA AL DETENIDO DESDE LA PERSPECTIVA MÉDICA-LEGAL

ABEL CAGIGAL GUTIÉRREZ

1 Introducción

La atención médica a las personas que se encuentran detenidas, puede generar una serie de dudas entre el personal médico y los agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado que realizan la custodia. Dentro del escenario común que se crea entre los protagonistas de este tipo de asistencias y del ánimo de los mismos, por ofrecer la mejor asistencia y siempre dentro de la competencia y responsabilidad profesional de cada uno.

2 Objetivos

Intentar aportar certeza en este tipo de asistencias médicas así como favorecer la necesaria colaboración que médicos y agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado deben mantener, en todo momento, en su atención conjunta al paciente detenido, para con esto garantizar que sus derechos son respetados y que la relación médico-paciente se ejerce con la mayor calidad y siempre sin descuidar la seguridad que la custodia del paciente requiere en tales circunstancias.

3 Metodología

Se lleva a cabo una búsqueda sistemática de publicaciones y normativa reguladora, relacionadas con el tema objeto de estudio, a través de internet en

diferentes páginas web y se seleccionan artículos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La primera asistencia médica de las personas detenidas, antes de la puesta a disposición judicial, se encomienda a los médicos de los centros de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencias Hospitalarias. La asistencia médica a las personas detenidas que ya se encuentran puestos a disposición judicial, corresponde a los médicos forenses.

La persona detenida no consintiese la actuación médica y siempre que no exista alguna de las causas de excepcionalidad, se debe respetar su voluntad y libre decisión de no ser asistido por un médico, incluso ante la solicitud de los agentes de los cuerpos policiales. Dado que no pueden obligar a la persona detenida a que sea sometida a un examen médico solicitado por interés propio, caso de los partes médicos de no lesiones.

Las medidas de seguridad como son el engrilletamiento y la presencia física de los agentes actuantes durante la consulta, deben ser tomadas en su justo equilibrio para no interferir en el reconocimiento médico y en todo caso debe permitir un mínimo de confidencialidad dentro de la relación médico-paciente, sin que esto ponga en peligro la integridad física de los sanitarios.

El informe clínico tiene como destinatario único al paciente detenido y ser él el que debe recibirlo en un sobre cerrado. A los agentes actuantes solo se les entregará la información sobre las instrucciones a seguir durante el tratamiento terapéutico. Cualquier discrepancia surja y no resuelta durante la asistencia a una persona que se encuentre detenida puede ser comunicada al Juez de Guardia que corresponda.

5 Discusión-Conclusión

La atención médica a una persona que se encuentre detenida puede ser fuente de dudas e incluso llegar a crear una significativa problemática entre médicos y los agentes de los Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, debiendo primar en todo caso la colaboración mutua en su atención conjunta al paciente detenido.

La asistencia médica prestada a las persona detenidas no deber ser diferente de la

asistencia habitualmente prestada al resto de pacientes. Todo paciente detenido tiene dentro de sus derechos básicos el de la asistencia médica. En ningún caso el estar privado de libertad puede suponer una merma en los derechos que le asisten como paciente.

6 Bibliografía

1. Medicina legal en asistencia primaria. Guía práctica. Barcelona: Edita Med; 2012.
2. Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, sobre procedimiento para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas, y de modificación del Procedimiento Abreviado.
3. Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses. Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero.
4. Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
5. Instrucción 12/2007 de la Secretaría de Estado de Seguridad, sobre los comportamientos exigidos a los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para garantizar los derechos de las personas detenidas o bajo custodia policial.
6. Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Capítulo 124

GESTIÓN DE CALIDAD Y SALUD

MAITE CARRIO GONZÁLEZ

1 Introducción

Los comienzos fundamentales de la gestión de la calidad se engloba el planteamiento enfocado al paciente teniendo en cuenta las carencias y las expectativas. De la misma forma estimamos importante comprender las expectativas que los profesionales muestran en un vínculo la función que conceden.

2 Objetivos

Saber el nivel de convenio entre las expectativas de los enfermos y los profesionales en correlación a la función de garantizar, tal medición administrada al incremento constante.

3 Metodología

Tenemos un acuerdo de equiparar la satisfacción percibida por los pacientes y las expectativas de los profesionales sanitarios relacionando las posteriores apariencias de las posibilidades de las funciones como la relación individual y la evaluación del rendimiento del procedimiento. Se ha empleado un sondeo de satisfacción que ha sido respondida por los pacientes y por los profesionales. El examen de los datos es elaborado mediante la semejanza de medias.

4 Resultados

Si bien en condiciones generales se contempla la cantidad de pacientes como profesionales, un elevado agrado sobre la distinta apariencia valora, la satisfacción ofrecida por los pacientes es superior a la mostrada por los profesionales. La comparación señala que los profesionales procuran quedarse menos encantados en los posteriores aspectos como la privacidad y la seguridad.

5 Discusión-Conclusión

Para finalizar la satisfacción percibida por los dos grupos corresponden al trabajo prestado es elevado. Las desigualdades descubiertas pueden estar concretadas por el significativo de los distintos grupos (paciente/profesionales). Aceptamos que esta disconformidad en relación a cualquier apariencia del trabajo, son recelosas de estudio para disponer que apariencia de la calidad percibida son suspicaces de perfeccionamiento.

6 Bibliografía

1. Gaminde Inda I. La interacción en el sistema sanitario: médicos y pacientes. Informe SESPAS 2002. SESPAS
2. Sevilla, 2002 <http://buscon.rae.es/draeI/SrvltGUIBusUsual> [consultado el 2 de septiembre de 2006]
3. Lorenzo Martínez S. Sistemas de gestión de la calidad. En Ruiz López P, Alcalde Escribano J, Landa García JI. Eds. Gestión Clínica en Cirugía. Aran, Madrid 2005. ISBN 84-95913-61-5.
4. Lorenzo S, Mira JJ, Sánchez E. Gestión de Calidad Total y Medicina Basada en la Evidencia. Med Clin (Barc). 2000; 114:460-3.



ciencia
sanitaria

cienciasanitaria.es