

Editorial Científico-Técnica
Ocronos

**AVANCES EN SANIDAD, LABOR
DE EQUIPO**



Volumen 3

Avances en Sanidad, labor de equipo

Vol. III

Avances en Sanidad, labor de equipo. Vol. III

ISBN: 978-84-1142-341-0

Edita: Editorial Científico Técnica Ocronos

<https://ocronos.com>

Reservados todos los derechos.

Ni la totalidad ni parte de este libro puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información o sistema de reproducción, sin permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

ÍNDICE

Cap. 1	Prevención de las enfermedades cruzadas en el entorno hospitalario	8
Cap. 2	El celador en salud mental	19
Cap. 3	Aseo del paciente	25
Cap. 4	Actuación del celador en el servicio de farmacia	31
Cap. 5	El celador y la comunicación en centros sanitarios	37
Cap. 6	El celador en los distintos almacenes hospitalarios	49
Cap. 7	El soporte vital básico y el DEA para el ayudante de servicios	53
Cap. 8	El ayudante de servicios ante el burnout	57
Cap. 9	El riesgo de incendios y el ayudante de servicios	61
Cap. 10	El síndrome del burnout en el ámbito sanitario	65
Cap. 11	Gestión de la clínica dental en tiempos del COVID	69
Cap. 12	Régimen disciplinario del personal estatutario de los servicios de salud	80
Cap. 13	Riesgo de incendio en un centro sanitario	93
Cap. 14	Ventajas e inconvenientes de la historia clínica electrónica	102
Cap. 15	La protección de datos en el ámbito sanitario	108
Cap. 16	Mobbing: ¿cómo repercute este fenómeno en el ámbito sanitario?	115
Cap. 17	La gastroenteritis vírica en niños, recomendaciones y principales mitos	122
Cap. 18	Funciones del auxiliar administrativo de los servicios sanitarios en la unidad de admisión	135
Cap. 19	La ética profesional del auxiliar administrativo de los servicios sanitarios	140
Cap. 20	El papel del higienista en los pacientes hospitalizados	147
Cap. 21	La piel	154
Cap. 22	Funciones del técnico en cuidados auxiliares de Enfermería en esterilización	162
Cap. 23	Infecciones nosocomiales	171
Cap. 24	La TCAE en hemodiálisis	177
Cap. 25	Sistema esquelético muscular	183
Cap. 26	El auxiliar administrativo de los servicios sanitarios y el tratamiento de datos. Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de protección de datos personales	189
Cap. 27	Virus del papiloma humano	195

Cap. 28	La prevención y el celador	202
Cap. 29	El papel del celador en el transporte sanitario	208
Cap. 30	Todo lo que el TCAE debe saber sobre muestras biológicas	214
Cap. 31	La importancia de las infecciones nosocomiales	219
Cap. 32	Pruebas radiológicas TCE servicio de urgencias	224
Cap. 33	TAC coronarias. 1 parte	230
Cap. 34	Síndrome de burnout en el personal sanitario	236
Cap. 35	Clasificación del personal estatutario de los servicios de salud.	241
Cap. 36	Bioseguridad en el laboratorio	253
Cap. 37	El trabajo en equipo dentro del sistema de salud	259
Cap. 38	Teorías de la motivación en las instituciones sanitarias	267
Cap. 39	La comunicación en el ámbito sanitario	272
Cap. 40	Evaluación de riesgo del estrés en el personal sanitario	278
Cap. 41	Prevalencia del déficit de vitamina d y los efectos adversos en el embarazo en las mujeres de Asturias. Proyecto de investigación	283
Cap. 42	Trabajo en equipo	290
Cap. 43	Infección nosocomial	298
Cap. 44	Atención y cuidado al anciano	306
Cap. 45	Como crear un plan de emergencia en una institución sanitaria	313
Cap. 46	El parto instrumental: actualización de los cuidados de la matrona en atención primaria y atención especializada en conjunto con el equipo multidisciplinar	320
Cap. 47	Técnica de espirometría en atención primaria	338
Cap. 48	El papel de la Enfermería en el servicio de obstetricia: promoción de los beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical en los recién nacidos a término	345
Cap. 49	Preparación del paciente quirúrgico. Enfoque desde Enfermería	354
Cap. 50	Parkinson	362
Cap. 51	Vasectomía. Explicación de la técnica de rasurado preoperatorio en hombres para intervención quirúrgica.	367
Cap. 52	Curación por segunda intención vs sutura secundaria en lesiones perineales por dehiscencia después del parto	372
Cap. 53	El trabajo de equipo en el entorno sanitario	378
Cap. 54	Importancia de unos correctos cuidados de Enfermería en el postoperatorio	383
Cap. 55	Células madre	389
Cap. 56	Cómo actuar ante una posible parada cardiorrespiratoria: la cadena de supervivencia	393

Cap. 57	Estrés relacionado con equipos que tienen muchas averías o contratiempos	399
Cap. 58	¿Cómo nos afecta emocionalmente la jubilación? El proceso adaptativo según Robert Atchley	404
Cap. 59	Procedimiento y evacuación en caso de incendio en hospitales	410
Cap. 60	Precauciones y consejos para el problema de las caídas de los trabajadores en los hospitales	418
Cap. 61	Permisos retribuidos en los trabajadores de hospitales	424
Cap. 62	Permisos no retribuidos y flexibilidad horaria	428
Cap. 63	Actualización estatuto marco	433

CAPÍTULO 1

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRUZADAS EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

María Beatriz Isidro Blázquez

INTRODUCCIÓN

En 1847 el obstetra de nacionalidad húngara Ignaz Semmelweiss observó que se producían infecciones en las madres y sus bebés recién nacidos cuando los cirujanos y estudiantes de medicina iban directamente a la clínica de maternidad tras practicar autopsias y disecciones de cadáveres. Según él la solución al problema de la contaminación cruzada era lavarse las manos, y como creía que el jabón no era suficientemente potente, empleaba hipoclorito. Los resultados fueron espectaculares y la tasa de mortalidad por fiebre puerperal se redujo drásticamente. A pesar de ello tuvo que enfrentarse a fuertes críticas de la comunidad médica, y hasta después de su fallecimiento no se le ha reconocido su trabajo con la mejora de la higiene hospitalaria, el uso de antisépticos, las enfermedades infecciosas y el papel de los gérmenes patógenos en ellas.

Años después Joseph Lister, considerado el padre de la cirugía antiséptica, observó que se podía evitar la aparición de los microbios en las heridas y para ello utilizó nebulizaciones de fenol para desinfectar el aire durante una cirugía además de lavar y esterilizar todo el instrumental que se utilizaba en la misma.

A finales del siglo XIX, el cirujano estadounidense William Halsted inventó los guantes de goma fina. El personal que participaba en las intervenciones quirúrgicas de su hospital debía desinfectarse las manos con cloruro de mercurio, lo que en ocasiones les producía dermatitis. En un primer momento la utilización de los guantes era para evitarlo, pero pronto se dieron cuenta de la importancia su uso para evitar infecciones y comenzaron a utilizarlos de forma rutinaria.

OBJETIVOS

- Definir los tipos de patógenos que pueden producir una infección.
- Limpieza y desinfección en centros sanitarios.
- Medidas de prevención universal.
- Tipos de Infecciones nosocomiales.

METODOLOGÍA

Se hizo una búsqueda en varias páginas web y Bases de Datos (sciELO), usando como palabras de búsqueda: enfermedades infecciosas, infecciones nosocomiales, patógenos, higiene de manos. Asimismo se han utilizado el libro “Medicina, la historia visual definitiva” de Steve Parker y apuntes de oposición.

RESULTADOS

1. Definir los tipos de patógenos que pueden producir una infección.

Los agentes biológicos son:

- 1) Microorganismos
- 2) Microorganismos modificados genéticamente
- 3) Cultivos celulares
- 4) Endoparásitos humanos: protozoos y helmintos

Los microorganismos se clasifican en:

- a) Virus: no se considera un organismo vivo en el sentido de que nacen y mueren. Sólo viven en células vivas.
- b) Hongos: se reproducen por esporas.
- c) Bacterias: pueden darse aisladas o en grupos. Se clasifican según varios criterios:
 - Si carecen de núcleo son procariotas (las que producen las enfermedades). En el caso de que lo tengan, son eucariotas.
 - Aerobias (necesitan oxígeno para su crecimiento), Anaerobias (no lo necesitan) y Anaerobias facultativas (pueden desarrollarse tanto en presencia como en ausencia de oxígeno).
 - Según su forma se clasifican en Cocos, Bacilos y Espirilos.

Las esporas bacterianas lo aguantan todo, pueden permanecer latentes durante años en el medio adecuado. Pueden ser endoesporas y exoesporas.

d) Priones o proteínas priónicas. Son extremadamente resistentes y las responsables de las encefalopatías. No existe prevención y únicamente se distinguen en la autopsia.

Los microorganismos pueden provocar Infecciones, Infestaciones (cuando son endoparásitos), alergias y toxicidades (exotoxinas, endotoxinas, micotoxinas...)

2. Limpieza y desinfección en centros sanitarios.

Se define Infección como la invasión de un agente patógeno en un huésped. Para que se produzca la infección se necesita:

- Virulencia: tipo de virus.
- Biocarga: cantidad de patógeno.
- Susceptibilidad del huésped.
- Vía de acceso.

La transmisión puede ser:

- a) Vía indirecta a través de objetos contaminados o mal esterilizados, superficies ambientales o manos contaminadas.
- b) Vía directa:
 - a. Hematológica o parenteral: por el torrente sanguíneo.
 - b. Aérea o respiratoria
 - c. Cutánea o dérmica por salpicadura en la piel.
 - d. Transmucosa por un pinchazo.

Definimos ASEPSIA como el conjunto de maniobras que evitan la contaminación de heridas, instrumental y campo quirúrgico y ANTISEPSIA como las maniobras que van a destruir los microorganismos a través de métodos físicos o mecánicos

(cepillado, lavado, fregado) y químicos con el uso de antisépticos bactericidas y bacteriostáticos.

A. PREDESINFECCIÓN

Se deposita el instrumental en cubas respetando los tipos de inmersión según el fabricante con el objetivo de disminuir la biocarga. El tipo de desinfectante puede ser de medio o de alto nivel y puede requerir aclarado o no, según instrucciones del fabricante.

B. LIMPIEZA

Se trata de eliminar la suciedad macroscópica del objeto o superficie con detergentes adecuados. Hay que tener en cuenta la dureza del agua y su temperatura, mejor con agua templada (el agua caliente favorece la coagulación de las proteínas y el agua fría solidifica los lípidos presentes en los contaminantes). No se eliminan los microorganismos pero si no se limpia bien la desinfección y esterilización no se produce.

Hay dos tipos de detergentes:

- Alcalinos: con un pH alcalino y ligeramente corrosivos.
- Enzimáticos: con un pH neutro y más adecuados para la limpieza del instrumental.

C. DESINFECCIÓN

Es un proceso de antisepsia que no elimina todos los microorganismos ni esporas bacterianas.

- 1) Alto nivel: glutaraldehído al 2%
- 2) Nivel medio: fenoles

3) Bajo nivel: compuestos amoniocuaternarios

En los quirófanos se utilizan rayos ultravioleta y flujo laminar para desinfectarlos antes de una intervención quirúrgica.

D. ESTERILIZACIÓN: elimina todos los microorganismos, también las esporas.

1) Autoclave: garantiza la eliminación de toda fuente de vida. Se realiza con agua destilada y tiene 4 ciclos: 1º Calentamiento, 2º Esterilización, 3º Despresurización, 4º Secado.

Se debe llevar a cabo un control de la esterilización con indicadores químicos que se guardará durante dos años.

2) Óxido de etileno

3) Calor seco

4) Plasma con agua oxigenada

5) Esterilización en frío.

3. Medidas de prevención universal para evitar las infecciones.

1. Higiene de manos, ya que la principal vía de transmisión de microorganismos durante la atención sanitaria son las manos

2. Vacunación como inmunización activa para evitar infecciones: todos los trabajadores de un centro sanitario deberían estar vacunados frente a la Hepatitis A y B, gripe, tosferina, triple vírica, varicela y rubeola.

3. Protección de barrera y uso de mascarilla y guantes en todos los casos en los que se atiende a un paciente. En determinados casos será necesario además ponerse el EPI.

4. Desinfección del entorno hospitalario con un correcto uso de desinfectantes en la concentración necesaria y con el adecuado tiempo de exposición. El entorno inmediato del paciente es la principal fuente de infección.

Higiene de manos.

Según la OMS, “Manos limpias salvan vidas”. Los 5 momentos que establece para para realizar la higiene de manos son:

- 1.- Antes del contacto con el paciente.
- 2.- Antes de una tarea aséptica.
- 3.- Después de la exposición a fluidos corporales.
- 4.- Después del contacto con el paciente.
- 5.- Después del contacto con el entorno del paciente.

Es importante no llevar anillos ni las uñas pintadas, ya que los patógenos se adhieren a las resinas del esmalte.

- A. Lavado higiénico: con jabón neutro y secándonos con papel desechable.
- B. Lavado antiséptico: con jabón líquido antiséptico y secándonos con toallas de papel.
- C. Lavado quirúrgico: con jabón antiséptico y cepillo de uñas, lavando hasta el codo durante 10 minutos y aclarando con abundante agua. Secar sin frotar, desde los dedos en dirección al codo.

Cómo desinfectarse las manos con solución hidroalcohólica.

- Depositar en la palma de la mano una dosis suficiente para cubrir todas las superficies.
- Frotar las palmas de las manos entre sí.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

- Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- Una vez secas, las manos son seguras.
- El procedimiento durará unos 20-30 segundos.

Cómo lavarse las manos con agua y jabón.

- Mojar las manos con agua.
- Depositar en la palma de la mano una dosis suficiente para cubrir todas las superficies.
- Frotar las palmas de las manos entre sí.
- Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
- Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
- Frotar con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
- Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- Enjuagar las manos con agua y secar con una toalla desechable. Ahora las manos son seguras.
- El procedimiento durará entre 40 y 60 segundos.

Qué hacer ante un pinchazo o corte accidental.

- 1) Dejar que la sangre fluya bajo el grifo durante unos dos minutos presionando la herida.
- 2) Lavar con agua y jabón o suero fisiológico.
- 3) Aplicar un antiséptico: povidona yodada. Nunca se debe utilizar lejía ni alcohol.
- 4) Si es posible, obtener la colaboración del transmisor e ir juntos a urgencias.
- 5) Registrar el día, hora y tipo de instrumento responsable del accidente y comunicárselo al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales inmediatamente para que valoren el riesgo asociado a la exposición.
- 6) Probablemente el servicio de PRL pida una analítica en la que se solicitan los marcadores de Hepatitis C, Hepatitis B (el personal del hospital suele estar vacunado) y SIDA, que tiene un elevado riesgo de contagio en el caso de cortes, heridas abiertas y mucosas intactas con grandes volúmenes de sangre, pero con la piel intacta no hay riesgo.

Qué hacer ante una salpicadura de sangre o líquidos:

En piel intacta lavaremos con agua corriente o gel de manos y aplicaremos un antiséptico.

Cuando se produzca en los ojos, los enjuagaremos con agua o suero fisiológico durante al menos 10 minutos. Si hay lentillas, dejarlas puestas mientras tanto. A continuación, quitar las lentillas y limpiarlas. En el caso de los ojos no se usarán jabón ni desinfectantes.

Si la salpicadura se produce en la boca, escupir y enjuagar con agua o suero fisiológico. Volver a escupir, volver a enjuagar...varias veces.

Cuando se producen salpicaduras o derrames de material infeccioso hay que usar guantes resistentes y EPI para desinfectar la zona. Primeramente se cubrirá el derrame con toallas desechables y se retirarán los vidrios y el material contaminado. Hay que lavarse después de quitarse el EPI y los guantes.

En cualquier caso se comunicará al servicio de Prevención de Riesgos Laborales para que valoren la necesidad de profilaxis post-exposición.

4. Tipos de Infecciones nosocomiales

Según la OMS la Infección Intra-hospitalaria o Nosocomial es cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible que afecta al paciente como consecuencia de su ingreso en el hospital o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo.

Se trata de una infección contraída en el hospital, reconocible microbiológicamente, que afecta al enfermo como resultado de los cuidados sanitarios recibidos, independientemente de que los síntomas aparezcan o no durante la hospitalización.

Afecta al menos al 5% de los pacientes tratados, y dado el alto coste sanitario que supone, debe hacerse hincapié en la prevención.

El Servicio de Medicina Preventiva es el encargado de los estudios de vigilancia epidemiológica de las infecciones hospitalarias con el objetivo de prevenir y controlar dichas infecciones en los pacientes y el personal de los centros sanitarios.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son:

1. Infecciones de vías respiratorias: las neumonías son las más graves y afectan especialmente a pacientes de UCI, posquirúrgicos e inmunodeprimidos. Otras infecciones de este tipo son las bronquitis y bronquiolitis. Se producen por el uso de anestésicos en intervenciones quirúrgicas, la intubación respiratoria, el uso de antibióticos, la broncoscopia y la traqueotomía.
2. Infecciones urinarias: en ocasiones son asintomáticas y pasan desapercibidas. La mayoría de las veces se originan por el uso de la sonda vesical.
3. Infecciones de la herida quirúrgica debidas a la mala esterilización del material quirúrgico, quirófano contaminado, antisépticos defectuosos o una preparación inadecuada del paciente.
4. Bacteriemias: se trata de una descarga pasajera de bacterias en la sangre a partir de un foco infeccioso que se manifiesta con temblores y fiebre. En ocasiones se producen por el uso de dispositivos intravasculares (catéteres intravenosos), aunque también pueden localizarse en el tracto urinario, la herida quirúrgica o las vías respiratorias.

5. Otras infecciones nosocomiales son:

- En el sistema digestivo: gastroenteritis, hepatitis
- Infección por episiotomía.
- Úlceras por presión, quemaduras
- Osteomielitis
- Flebitis, endocarditis, pericarditis y miocarditis en el sistema cardiovascular.
- Meningitis en el SNC
- Infecciones sistémicas: sarampión, parotiditis, rubeola, varicela.

La eliminación total de las infecciones nosocomiales es prácticamente imposible aunque es necesario reducir su tasa de incidencia y prevalencia.

CONCLUSIÓN

En España el Ministerio de Sanidad ha establecido la Seguridad del paciente como estrategia prioritaria y entre sus líneas de trabajo se encuentra la prevención de la infección nosocomial con campañas de higiene de manos.

Miles de personas mueren cada día en todo el mundo a causa de infecciones contraídas mientras reciben atención sanitaria. Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes y por ello es tan importante la higiene de manos para todo el personal que participe directa o indirectamente en la atención a un paciente.

Limpiar las manos frotándolas con un desinfectante a base de alcohol cuando las manos no estén visiblemente sucias es más rápido, más eficaz y mejor tolerado por las manos. Sin embargo hay que lavarlas con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias, manchadas de sangre y otros fluidos corporales.

CAPÍTULO 2

EL CELADOR EN SALUD MENTAL

Yolanda Cimarra Delgado

Autora: Yolanda Cimarra Delgado

Categoría: Celadora

INTRODUCCIÓN

La OMS define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad”.

La OMS define el apoyo en materia de salud mental y psicosocial como “cualquier tipo de apoyo local o externo cuyo objetivo es proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar los trastornos de salud mental”.

Una enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

La integración de la salud mental en la Seguridad Social no se hace efectiva hasta el año 1986 con la Ley 14/1986 General de Sanidad en su artículo 20, con ello se produjo una equiparación del enfermo mental con los demás pacientes y usuarios que requieren servicios sanitarios y sociales.

OBJETIVOS

- Conocer la clasificación de las unidades de psiquiatría y conocer las funciones del celador en dicha unidad.
- Conocer los tipos de reducción de un paciente psiquiátrico.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica consultando distintos libros y búsqueda en distintas bases de datos, utilizando como palabras clave “celador”, “salud mental”, “funciones”, “definición”.

RESULTADOS

La psiquiatría es entendida como la rama de la medicina que tiene por finalidad el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales y de determinados trastornos mentales, de personalidad y de conducta. También trata de evitar y remediar ciertas variantes psicológicas anormales, es decir que se desvían de la norma.

Las unidades de psiquiatría se dividen en unidades de hospitalización y unidades no hospitalarias, a continuación, las nombraremos para reconocerlas.

Unidades de hospitalización:

1. Unidades de Salud Mental del Hospital General: son plantas en hospitales en las que ingresan pacientes psiquiátricos que necesitan asistencia en régimen de internamiento.
2. Comunidad terapéutica: en ella se tratan pacientes con trastornos graves derivados por otros dispositivos de las unidades de salud mental comunitaria.
3. Unidades de hospitalización parcial:
 - 3.1. Hospital de día: es un lugar terapéutico activo, de un hospital sin camas, donde los enfermos mentales reciben una amplia actividad terapéutica durante varias horas al día, comunicándolo después a su centro comunitario de origen.
 - 3.2. Centro de día: similar al anterior, pero con un contenido más socializador y rehabilitador.
 - 3.3. Hospital de noche: espacio de hospitalización vespertina y nocturna para enfermos laboral y socialmente activos que tienen dificultades para permanecer en su domicilio según sus peculiaridades psicosociales.

Unidades no hospitalarias: suelen ser dispositivos intermedios, en los que se realizan terapias grupales.

1. Unidades de rehabilitación.
2. Unidad de Salud Mental Infantil.
3. Unidad de Docencia y Psicoterapia.
4. Dispositivos de protección comunitaria: hogares post-cura, hostales terapéuticos, granjas terapéuticas, hogares protegidos.

Un internamiento forzoso ha de solicitarse siempre a una autoridad judicial y en el caso de que sea urgente por decisión del médico se deberá avisar en las siguientes 24 horas al juez.

A pesar de la integración de la salud mental en la Seguridad Social en 1986 no se ha producido ninguna adecuación normativa de las funciones que les corresponden al personal no sanitario, sin embargo, se recogen en protocolos de actuación y normas de régimen interior, basándose en las necesidades del enfermo mental.

Funciones del celador en unidades psiquiátricas:

- Vigilar la puerta de acceso, controlando las entradas y salidas, no permitir el acceso a personas no autorizadas y evitar que se introduzcan objetos, comidas o bebidas que resultasen peligrosos o no autorizados.
- Cuidar el entorno ambiental de los pacientes.
- Controlar la estancia y circulación de familiares y visitantes, tanto en las habitaciones como en las estancias comunes, evitando cualquier acción que perjudique el orden.
- Ayudar al aseo personal de los pacientes que lo precisen, y vigilar a los que no quieren asearse para incentivar a que lo hagan.
- Evitar que los enfermos hagan un uso indebido de ropa y enseres de la unidad, colaborando con el resto del personal sanitario para mantener un orden.

- Recoger medicación de la farmacia.
- Trasladar aparatos o mobiliario.
- Vigilar a los pacientes en sus paseos y acompañarlos si fuese necesario.
- Trasladar a los pacientes a otras unidades o consultas del centro.
- Vigilar el orden y armonía entre los pacientes.
- Ayudar al personal sanitario en la administración de medicación y tratamientos a pacientes que se niegan a colaborar.
- Ayudar en la reducción de pacientes agitados.
- Controlar el suministro de tabaco.
- Abstenerse de comentar a familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos o tratamientos, ni pronósticos de la enfermedad.
- Abstenerse de realizar funciones impropias de su categoría.

Existen tres tipos de reducción para un paciente psiquiátrico:

1. Reducción verbal: es un proceso de comunicación entre dos o más interlocutores emitiendo mensajes verbales y no verbales e influyéndose a lo largo de la interacción. Debes hacerte con la confianza del enfermo y compensar sus actitudes positivas, estableciendo una buena alianza con él y producirle sentimientos de auto eficacia, así conseguiremos que se comunique mejor con nosotros. Hay que evitar en todo momento acusarles o amenazarles, debemos hablarles con claridad y sin tecnicismos y escucharlos activamente.
2. Reducción física: debe ejecutarla en un primer momento la autoridad judicial, el personal de la ambulancia psiquiátrica si la hubiera y en último momento el personal sanitario en colaboración con celadores, una vez reducido con las distintas sujeciones será el personal médico el encargado de decidir cuándo quitar dichas sujeciones.
3. Reducción farmacológica: cuando tenemos al paciente indefenso e inmovilizado debemos intentar convencerlo para administrarle medicación para su relajación.

CONCLUSIONES

El paciente psiquiátrico es una persona que requiere paciencia y comprensión, por lo que el celador debe tener una actitud positiva y ganarse la confianza del paciente para que éste se sienta cómodo y tranquilo.

Todo ambiente de trabajo favorable hace que la enfermedad, tanto física como mental, mejore y el celador junto con el personal sanitario, trabajando en equipo, hacen posible que la unidad funcione correctamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Temario a oposiciones celador SICEPA.

2. FEAFES Salud Mental Galicia.

<https://feafesgalicia.org/salud-mental/que-es-la-salud-mental/>

3. Formación en cuidados Formacurae.

<https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/TEMA-10-MENTAL.pdf> SALUD-

CAPÍTULO 3

ASEO DEL PACIENTE

Yolanda Cimarra Delgado

INTRODUCCIÓN

La higiene es una suma de procesos que se realizan para aumentar y conservar la salud y prevenir enfermedades. Entre los hábitos y estilos de vida saludables figura una adecuada higiene para cualquier enfermo, ya se encuentre en su casa u hospitalizado, la higiene adquiere una gran importancia ya que sin ella la enfermedad puede llegar a ser más grave haciendo menos resistente el organismo.

Podemos distinguir dos clases de higiene: la higiene individual (conjunto de normas y hábitos encaminados a conservar la salud de la propia persona) y la higiene social (las normas aplicables a la comunidad), que contribuyen a una salud completa.

En un centro hospitalario, donde el contacto con los enfermos es constante, la higiene es un punto clave a tratar y hay que cuidar hasta el más mínimo detalle.

La higiene de los pacientes hospitalizados recae, por norma general, en la figura del TCAE, ayudado por los celadores y bajo la supervisión de la enfermera. Por este motivo el celador debe conocer los tipos de aseo que se le pueden proporcionar a los pacientes y la forma de realizarlos.

El aseo del paciente es la limpieza y lavado del cuerpo y mucosas externas para proporcionar comodidad y bienestar al paciente, lo que permite una mejor defensa de la piel contra las enfermedades.

OBJETIVOS

- Conocer los objetivos de una buena higiene.
- Conocer por parte del celador los tipos de aseo que existen y la forma de realizarlo para ayudar a la TCAE a la correcta higiene de los pacientes encamados.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica consultando distintos libros y búsqueda en distintas bases de datos, utilizando como palabras clave “celador”, “aseo”, “paciente”.

RESULTADOS

El aseo e higiene del paciente se lleva a cabo con los siguientes objetivos:

- Evitar acumulación de secreciones y proliferación de bacterias ayudando a que no aparezcan infecciones que se pudieran producir en piel y mucosas.
- Eliminar células escamadas y suciedad, evitando así el mal olor.
- Observar cualquier signo que nos pueda orientar hacia un problema de salud.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Ayudar al bienestar físico y psíquico del paciente, estimulando la comunicación con él.
- Disminuir la temperatura corporal en casos de fiebre.
- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente.

Según el Estatuto de Personal no Sanitario los celadores tienen como funciones referidas al aseo del paciente, excepcionalmente lavar y asear a los enfermos masculinos encamados o que no puedan realizarlo por sí mismos, atendiendo a las indicaciones de las supervisoras de planta o servicio o personas que las sustituyan legalmente en sus ausencias y también bañarán a los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos, siempre de acuerdo con las instrucciones que reciban de las supervisoras de plantas o servicios o personas que las sustituyan. Ayudarán a las enfermeras y ayudantes de planta al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, debido a sus dolencias para hacerles las camas. Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo, no pueda este ser movido

sólo por las enfermeras o ayudantes de planta, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para recogida de excretas de dichos enfermos.

Distinguiremos dos tipos de aseo, en ducha y en cama.

Aseo en ducha:

- Lo realizan los pacientes que pueden levantarse y tienen autonomía suficiente para hacerlo.

- Se debe comprobar que el baño está en condiciones de usarlo y tiene todo lo necesario para el aseo.

- Acompañar al paciente al baño si fuese necesario.

- Disminuir el riesgo de caídas, mediante antideslizantes y medidas de sujeción.

- Prevenir el riesgo de quemaduras comprobando la temperatura del agua.

- Evitar que se encierre en el baño.

- Una vez terminado avisar al servicio de limpieza para poder ser usado de nuevo.

- Al paciente se le debe proporcionar: jabón líquido, esponja, toalla para cuerpo y otra para cara, camisón o pijama, bata y zapatillas y bolsa para la ropa sucia.

Aseo en cama:

- Se realiza en pacientes que conservando o no la movilidad deben permanecer en cama.

- Normalmente lo realizan entre dos personas (TCAE y celador) para aumentar la seguridad del paciente y disminuir el tiempo empleado.

- Para el aseo necesitaremos: jabón o esponja jabonosa, palangana con agua caliente entre 37 y 40° C, empapador, equipo de aseo bucal, peine, tijeras de punta roma, colonia, cuña, loción hidratante, toalla grande y pequeña, camisón o pijama, bata, zapatillas, sábana bajera, sábana encimera, sábana entremetida si fuese necesario, colcha, almohadón y bolsa para ropa sucia.

Protocolo de actuación:

-La secuencia a la hora de realizar el baño es enjabonado, enjuagado/aclarado y secado.

-El celador se coloca de un lado de la cama y el TCAE del otro lado, garantizando su seguridad.

-Se debe explicar al paciente que se le va a hacer y cómo, pidiéndole siempre su colaboración.

-Tanto TCAE como celador deben realizar lavado de manos previo y a continuación ponerse guantes de un solo uso antes de comenzar con el aseo, una vez terminado desecharlos. Repetir mismos pasos para un nuevo paciente, nunca usar los mismos guantes de otro paciente.

-Por norma general, siempre que no haya contraindicaciones, se colocará al paciente decúbito supino para lavar la parte superior del cuerpo y en decúbito lateral para lavar la parte posterior.

-Proteger la intimidad del paciente dejando solo expuesto la parte del cuerpo a lavar, protegiendo el resto con una toalla.

-Se lava cada zona del cuerpo del paciente una vez, evitando mojar la cama, acto seguido se seca la parte del cuerpo lavada, asegurándonos de que no quede la piel húmeda, sobre todo en los pliegues para no crear alteraciones cutáneas.

-Se le puede aplicar loción corporal para evitar la piel seca y así masajear zonas sometidas a presión mejorando el riego sanguíneo.

-El agua ha de cambiarse todas las veces necesarias durante el proceso.

-Una vez terminado el aseo se viste al paciente con el pijama o camisón y se hace el cambio de sábanas.

CONCLUSIONES

El aseo mejora la calidad de vida del enfermo. Una buena higiene en las personas hospitalizadas debe ser minuciosa para que la piel pueda realizar sus funciones de protección, de regulación de la temperatura corporal, de secreción, de absorción y de sensibilidad. Una piel sana es una piel lisa, integra e hidratada.

Los TCAE junto con los celadores hacen posible la realización de un buen aseo personal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Temario a oposiciones celador SICEPA.

2. Celadores online de Instituciones Sanitarias:

<http://celadoresonline.blogspot.com/p/aseo-del-paciente-entre-los-habitos-y.html>

CAPÍTULO 4

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN EL SERVICIO DE FARMACIA

Yolanda Cimarra Delgado

INTRODUCCIÓN

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece que la administración sanitaria del Estado es el organismo competente para valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios y que los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a las condiciones mínimas establecidas por esta Ley.

El encargado de dicho servicio será el facultativo farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria, además de un equipo multidisciplinar; farmacéuticos, FIR, DUE, TCAE, auxiliares administrativos y celadores.

La custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponde exclusivamente a farmacias legalmente autorizadas abiertas al público y a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud.

OBJETIVOS

- Conocer los objetivos y las actividades en el servicio de farmacia, así como las funciones del celador en dicho servicio.
- Conocer las distintas áreas que forman el servicio de farmacia, para poder ser diferenciadas por todo el equipo multidisciplinar que trabaja allí.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica consultando distintos libros y búsqueda en distintas bases de datos, utilizando palabras clave como “celador”, “funciones farmacia”, “farmacia hospitalaria”.

RESULTADOS

El servicio de farmacia hospitalaria debe cumplir los siguientes objetivos:

- Conseguir que cada paciente reciba la medicación y dosis adecuada a sus necesidades.
- Llevar un control de farmacovigilancia intrahospitalario, para prevenir o disminuir reacciones adversas.
- Coordinarse con el resto de los facultativos implicados en cada paciente.
- Informar sobre los avances farmacéuticos.
- Realizar investigaciones y evaluar resultados, tanto propios como con otras unidades del hospital.
- Hacer cumplir la Ley sobre estupefacientes y psicótopos. (Cualquier petición de estos productos debe ir firmada por un facultativo).

Las actividades que se realizan en el servicio son:

- Controlar y dispensar todo tipo de medicamentos, incluidos los que están en fase de investigación clínica.
- Preparar y dispensar: fórmulas magistrales, soluciones, nutriciones, etc.
- Controlar los botiquines en las distintas unidades y servicios del hospital.
- Proponer la adquisición de nuevos medicamentos o productos.
- Envasar y reenvasar en dosis individuales, tanto medicamentos sólidos como líquidos.
- Establecer un sistema de información para llevar un control de consumos, gastos y costos.

En términos generales se ocupan de adquirir, clasificar, controlar, conservar y dispensar medicamentos y demás productos de uso farmacológico.

Funciones del celador en el servicio de farmacia:

- Recepción del material, comprobando que corresponde con el que figura en los albaranes.
- Acondicionamiento del material como son agua destilada, alcohol y sueros. El acondicionamiento de los medicamentos lo hará el personal sanitario.
- Transporte del material dentro de la farmacia, movilizándolo el material pesado.
- Distribución de medicación y otros productos a las distintas unidades de hospitalización mediante el carro de unidades. Estos carros están provistos de cajetines numerados, cada uno de ellos corresponde a un paciente donde va la medicina destinada para él.
- Transporte de productos desde otras unidades (como el almacén) hasta la farmacia.
- Traslado de recipientes vacíos desde otras unidades hasta la farmacia y volver a repartirlos. Deberá llevar el agua destilada del laboratorio a la farmacia.
- Colaborará con el inventario general y llevará un control periódico para comprobar existencias reales de todos los productos almacenados.
- Transporte de productos citostáticos desde la farmacia hasta el hospital de día o plantas de oncología, debe hacerse en contenedores específicos para que llegue en buenas condiciones al usuario.

Áreas que forman el servicio de farmacia:

1. Área de almacenamiento y conservación de medicamentos: aquí se almacenan y conservan productos y medicamentos según sus características para cubrir las demandas del centro. Hay una zona de estanterías donde los medicamentos están en orden alfabético y otra zona donde se guardan los productos más voluminosos. Hay determinados medicamentos que necesitan un almacenaje especial como son los: termolábiles (sensibles al calor, se guardan en cámaras frigoríficas), estupefacientes y psicotrópicos (sólo tienen acceso a ellos los farmacéuticos y se guardan bajo llave) y los fotosensibles.

2. Área de dispensación farmacológica: se dispensan los medicamentos solicitados en los formularios. En las distintas unidades hospitalarias existen pequeños almacenes farmacológicos, estos se dispensan por el personal de Enfermería autorizados previamente por un médico. Los estupefacientes y psicotrópicos necesitan recetas especiales, por ello su dispensación esta muy controlada.
3. Área de farmacotecnia: aquí se preparan dosis especiales de ciertos medicamentos y fórmulas magistrales, esta área debe tener buenas condiciones de higiene y asepsia para evitar cualquier tipo de riesgo sanitario al manipular los productos.
4. Área de nutrición artificial: se preparan soluciones de nutrición artificial enteral (administración de sustancias nutritivas a través de una sonda nasogástrica) o parenteral (cuando no es posible la alimentación por vía oral ni por sonda, se aplican por vía endovenosa todos los constituyentes de una dieta completa) en ambas ocasiones es para cubrir el aporte de nutrientes en pacientes que lo necesiten por su condición o patología.
5. Área de citostáticos: son sustancias que impiden o retardan la división celular, son utilizados en tratamientos contra el cáncer. Esta área tiene una zona estéril en la que realizar la dosificación y preparación.

CONCLUSIONES

El servicio de farmacia hospitalaria es fundamental ya que administra medicamentos y otros productos para ser administrados a pacientes ingresados en distintas unidades de hospitalización, así como aquellos en régimen ambulatorio que precisen de vigilancia, supervisión y control.

Deben de garantizar la responsabilidad de adquisición y calidad de los medicamentos, así como su correcta conservación, cubriendo las necesidades de los pacientes.

Los celadores en este servicio con sus funciones contribuyen al correcto funcionamiento de este, ya que, entre otras cosas, es el encargado de distribuir la medicación y productos a los diferentes servicios hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Temario a oposiciones celador (SICEPA)
 2. Celadores online de Instituciones Sanitarias:
<http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-22-funciones-del-celador-en-la.html>
 3. Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios:
<https://www.boe.es/eli/es/l/2006/07/26/29/con>
- Fundación MEDAC. La farmacia hospitalaria, un servicio de gran valor sanitario:
<https://medac.es/blogs/sanidad/farmacia-hospitalaria>

CAPÍTULO 5

EL CELADOR Y LA COMUNICACIÓN EN CENTROS SANITARIOS

M^a Ángeles Valdés Rodríguez, José Manuel Suárez Alfreso, Eric Arroyo Mediavilla

AUTORES Y CATEGORÍAS

M.^a Ángeles Valdés Rodríguez, celadora

José Manuel Suárez Alfredo, celador Eric Arroyo Mediavilla, celador

INTRODUCCIÓN

La comunicación es el proceso mediante el cual se intercambia información, esta información se desarrolla en toda especie que tenga vida ya que se está demostrando que el reino vegetal también percibe las vibraciones y mediante su estado se comunica, una planta nos dice si está a gusto o hay que cambiarla de sitio, pero donde realmente se ve claramente el papel tan importante que cumple es en el reino animal. Los animales se comunican a través de olores sonidos, etc, siendo capaces de moverse en manadas y avisar a otros individuos del grupo si hay peligro, necesitan ayuda o a través del olor percibir el celo de la hembra, pero es en la especie humana donde realmente adquiere verdadera importancia y a lo que vamos a dedicar nuestro estudio. Dentro del proceso de comunicación hay muchas variables a tener en cuenta, tanto los elementos como el contexto en el que se desarrolla, así como las capacidades que tienen para llevar dicho proceso a cabo los sujetos que quieren desarrollarla, también la cultura, las religiones. Aunque cuando hablamos de comunicación pensamos en el lenguaje o en la escritura, también podemos ver como otras variables ocupan una importancia relevante, como el lenguaje corporal, el tono de voz,sonrisa, la proximidad entre los interlocutores, los gestos, la forma de vestir. Ciertas capacidades de la personalidad pueden facilitar mucho el desarrollo de ésta, tales como la empatía, la asertividad, respeto, claridad del lenguaje, amabilidad.

OBJETIVOS

Analizar la importancia de la comunicación a la hora de desarrollar un trabajo y más el trabajo de la sanidad, puesto que hay diferentes niveles de comunicación, entre compañeros, que en ocasiones ante una urgencia se genera un nivel de

estrés el cual puede crear ciertas tiranteces y además de ésta puede depender la vida de un paciente, puesto que una mala interpretación puede tener consecuencias irreversibles y la comunicación con los usuarios o pacientes, éstos en ocasiones están nerviosos o es preciso comunicarles noticias poco agradables, así será muy importante la forma en la que se lleva a cabo.

Estudiar como también se puede perfeccionar una buena comunicación a través de la formación.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo utilicé diferentes medios, entre ellos destaca la consulta de diferentes páginas web, utilizando el Google Académico, usando las palabras claves:

“comunicación, clases de comunicación, elementos de la comunicación, la comunicación en el medio sanitario, habilidades en la comunicación, lenguaje no verbal. También me sirvió de mucho mi experiencia personal tanto en el trabajo en el servicio de salud como en empresas privadas, viendo y analizando la diferencia entre una persona u otra a la hora de expresarse o comunicar cualquier orden.

DESARROLLO

Comunicación es la capacidad de intercambiar información entre diferentes sujetos con el fin de transmitir un pensamiento, para ello se requieren diferentes elementos, que a continuación desglosaremos, cada uno de esos elementos desarrollan un rol importante para que ésta pueda llegar a completarse con éxito

Elementos de la comunicación:

Emisor: es el encargado de emitir el mensaje, pudiendo tratarse de una persona o de un grupo. Ese pensamiento o idea que tiene y desea transmitirlo.

Receptor: es quien recibe el mensaje y lo interpreta, puede ser una persona o un grupo más o menos numeroso, este decodificará el mensaje pudiendo responder o no

Código: es el conjunto de elementos, signos y reglas utilizadas para transmitir aquello que deseamos comunicar (mensaje), debe ser conocido tanto por el emisor como por el receptor para que la comunicación goce de éxito. Ejemplos de los diferentes códigos son: los diferentes idiomas, con su correspondiente ortografía, gramática, letras, fonética, signos, las señales de tráfico, el lenguaje de braille.

Mensaje: es el pensamiento o contenido que se desea transmitir entre el emisor y el receptor, es en donde está la información a enviar, puede ser:

Canal de comunicación: es el medio a través del cual se transmite el mensaje entre el emisor y el receptor. Existen gran variedad de canales, para la comunicación oral el aire, para la comunicación escrita el papel, soportes como el móvil, un ordenador, televisión. Se pueden dividir en dos grupos, según a quien vaya dirigido:

- Personales: cuando ésta va dirigida a un sujeto en concreto, como el lenguaje entre dos personas,
- Masivos: si el emisor se dirige a gran cantidad de receptores, como los medios de comunicación tanto televisión como la prensa escrita.

Además podemos hacer otra clasificación dependiendo de si el emisor espera respuesta o no:

- Unidireccionales: en este caso el emisor no espera la retroalimentación, sólo emite el mensaje sin esperar respuesta.
- Bidireccionales: en este caso el receptor responde al mensaje que el emisor ha emitido, produciéndose el conocido feedback o retroalimentación.

Ruido: son las interferencias que la comunicación puede tener en su proceso, lo cual puede ser uno de los motivos más importantes por lo que no se lleve al final.

Retroalimentación: esta es la verificación del receptor de que la información fue recibida correctamente y bien entendida

Contexto: este también es un elemento muy importante en la información, ya que se trata de la situación en la que se produce el acto de comunicación, por ejemplo si recibo una llamada y estoy leyendo un email, la atención no será la misma y por consiguiente la interpretación tampoco.

En las relaciones personales es de vital importancia ser un buen comunicador, tanto a nivel familiar, entre amigos o en el ámbito laboral, está demostrado que las personas que se comunican competentemente son más felices y les ayuda a todos los niveles de los quehaceres diarios. Hay habilidades comunicativas que aunque no se dominen del todo pueden trabajarse para poder desarrollarlas mejor, entre ellas destacan:

- Escucha activa
- Asertividad
- Lenguaje no verbal
- Resolución de conflictos
- Validación emocional
- Negociación
- Lenguaje verbal
- Empatía
- Escribir
- Leer
- Respeto
- Capacidad de persuasión
- Credibilidad

Hay diferentes tipos de comunicación y se pueden clasificar desde distintos criterios: Comunicación verbal y no verbal dependiendo si el mensaje se verbaliza o no:

1. Verbal: se usan las palabras, ya sean escritas o habladas, usando un código

- Comunicación oral: se usan palabras o sonidos, que se emiten con unos fonemas gracias a las cuerdas vocales, se transmiten a través del aire y el receptor lo recibe por el oído.
- Comunicación escrita: los códigos a utilizar van a ser los escritos, se usarán alfabetos como códigos, se emite a través de la escritura, bien sea en papel, ordenador, móvil...y se percibe por la vista para poder descifrarlo

2. No verbal: esta se lleva a cabo sin usar ningún tipo de palabra, emplea cualquier signo de otro tipo como el lenguaje corporal, enfatiza el lenguaje verbal expresando emociones o sentimientos, también puede sustituir palabras, aunque parezca mentira es un lenguaje muy importante, ya que en caso de conocer el idioma entre dos o más personas pueden comunicarse utilizando este mensaje, aunque la comunicación es más ambigua.

- Paralingüística: factor asociado al lenguaje verbal como son el volumen, timbre, ritmo, tono, silencios.
- Kinésica: asociados al comportamiento, gestos, mirada, postura, proximidad
- Proxémica: es el distanciamiento que guardan entre si los interlocutores.
 - ✓ Intima: hasta 45 cm, se usa en personas muy cercanas o después de haber dado el consentimiento, como a un médico para que nos explore.
 - ✓ Personal: de 45 a 120 cm, se da entre conocidos, pero no íntimos.
 - ✓ Social: de 120 a 360 cm, no es posible el contacto físico, se usa en conversaciones formales.
 - ✓ Pública: más de 360 cm, es la utilizada en reuniones, conferencias.
- La imagen personal: tanto la forma de vestir de una persona como los rasgos físicos.

Diferentes tipos de clasificaciones en la comunicación:

1. Según el número de participantes:

- Individual: entre emisor y receptor, muy privado.
- Colectiva: si son más de dos personas la que intercambian los mensajes.
- Intrapersonal: cuando la persona busca la comunicación consigo misma.
- Interindividual: se produce cuando dos personas expresan simplemente sentimientos.
- Intragrupal: si se produce entre diferentes personas bien sean pertenecientes al mismo grupo o a varios.
- Intergrupal: en este caso se refiere a cuando se da la comunicación entre grupos
- Masiva: un emisor único habla a la audiencia.

2. Según el canal sensorial:

- Auditiva: si el mensaje es percibido a través del oído
- Táctil: esta se percibe a través del tacto, como es el caso del lenguaje en braille.
- Olfativa: en este caso es el sentido del olfato quien nos dará la información, ej: si huelo a quemado, el mensaje será de alerta.
- Gustativa: este mensaje será enviado a través del gusto.

3. Según el canal utilizado:

- Tradicional:
 - Papel: en el caso de los mensajes escritos.
 - Aire: en el caso de los mensajes hablados.
- Tecnológico:
 - Telefónico: a través del aparato telefónico.
 - Virtual o digital: a través de internet, tanto artículos de blogs o a través de Skipe.
 - Televisiva: será la televisión quien nos trasmita el mensaje en este caso.
 - Cinematográfica: esta se produce gracias al cine.

4. Según la finalidad o su uso:

- Publicitaria: su fin será dar a conocer algo, bien sea producto o un servicio a ofrecer.
- Periodística: se realiza a través de los diferentes medios de comunicación y el motivo es dar información al receptor.
- Educativa: esta es a nivel educativo y formador. Ej: un profesor explica a los alumnos.
- Política: se usa para transmitir diferentes ideologías y persuadir en el receptor.
- Sexual: como su nombre indica el contenido es sexual, bien sea con lenguaje verbal o no verbal, aquí encontramos enmarcado el conocido sexting, que es el envío de fotografías de contenido erótico a través de whatsapp.
- Emocional: puede ser verbal o no verbal, pero su finalidad al final es expresar sentimientos.

La comunicación en las organizaciones:

Este apartado adquiere una gran importancia en el tema que estamos tratando, ya que en el caso de los hospitales el desarrollo final del trabajo va en función de la calidad de la comunicación que se está llevando a cabo, también ayuda a conocer a los trabajadores o entre compañeros

El fin que tiene es difundir los mensajes para conseguir unos logros con ciertos requerimientos para los miembros de la organización, aunque en ocasiones también se puede realizar hacia afuera para dar a ver las metas de la organización, para que la sociedad perciba tareas realizadas...

Para proceder a la comunicación en este medio hay que diferenciar a quien va dirigido, que variarán en cuanto al nivel piramidal que se quiere comunicar.

Podemos dividirla en dos grupos:

1. Comunicación interna: es la que se lleva a cabo dentro de la organización, creando vínculos entre las personas, además de la vía personal también se puede ayudar de folletos, emails, redes sociales. Que se vuelve a subdividir en:

a) Descendente: este es el mensaje que pasa de los mandos más altos hasta las bases, pasando por los diferentes escalados.

b) Ascendente: en este caso es cuando se emite el mensaje desde la base hacia los cargos superiores de la pirámide.

2. Comunicación externa: estos serán los mensajes que se emiten y reciben desde la organización hacia el entorno y al revés, como son clientes, en nuestro caso pacientes, proveedores, es de vital importancia cuidar la comunicación externa puesto que de ella depende la visión que tengan de la entidad.

La comunicación en las organizaciones cumple funciones muy importantes como son:

- Motivación: para que el personal rinda mejor
- Información: para aclarar o poner en conocimiento cualquier noticia, pueden usarse diferentes medios.
- Interacción: para incentivar una interacción entre los miembros del equipo, puede hacerse a través de reuniones sociales, aunque en estos momentos debido a la pandemia sufrida se ven mermados.
- Control: para informar del debido comportamiento, o formas de actuar frente a nuevas normativas.
- Feedback: es la retroalimentación, entre la organización y los empleados o entre la empresa y el exterior.

La gran importancia de realizar una buena comunicación en el desarrollo del trabajo sanitario.

El ámbito sanitario es de los campos en los que más importante es que la comunicación se desarrolle de forma adecuada y podemos diferenciarla así:

1. Comunicación entre profesionales: es fundamental para tomar cualquier decisión de forma correcta.
2. Comunicación entre profesionales y familiares: la forma de dar cualquier noticia de enfermedad a un familiar es de gran importancia, ya que la misma información dada de una forma u otra puede ser diferente, pudiendo dar aliento o inseguridad
3. Comunicación entre los profesionales y el paciente: es lo que se le llama “la comunicación terapéutica”, se transmite la información a la vez que estrategias a seguir, recursos de los que se disponen o diferentes alternativas al posible tratamiento.

CONCLUSIÓN

Para una buena comunicación terapéutica es necesario desarrollar habilidades de comunicación ya mencionadas en el apartado anterior, ya que de ello puede depender el efecto de sanación, por lo que debemos darle gran importancia y no pasarla por alto, para ello se deben tener en cuenta las diferentes pautas:

- Estudiar el contenido del mensaje.
- Analizar al paciente para ver el nivel de comprensión y así por adaptarla correctamente
- Valorar el posible impacto del mensaje a transmitir.
- Buscar palabras que faciliten la comprensión.
- Tener a mano cierta información adicional por si hiciese falta recurrir a ella.
- Estar muy atentos a la comunicación no verbal, puesto que deben unirse los gestos o posturas al mensaje que se está transmitiendo.
- El feed-back, ocupará también un papel relevante.

Así mismo la comunicación entre los profesionales es de vital importancia para ayudar al correcto funcionamiento de la empresa o en este caso el ente sanitario, siendo muy importante la calidad y claridad del mensaje para actuaciones rápidas y efectivas ante una situación de emergencia o en situaciones que aunque no sean de tanta gravedad puedan desencadenar problemas posteriores y también si todo fluye de forma ordenada las relaciones entre compañeros y superiores o subordinados gozará de mayor satisfacción lo que se proyectará también en una mayor calidad en el desarrollo del trabajo a desempeñar.

BIBLIOGRAFÍA

✓ Peiró, R. (2021, 6 agosto). Elementos de la comunicación. Economipedia. Recuperado 23 de octubre de 2021, de <https://economipedia.com/definiciones/elementos-de-la-comunicacion.html>

- ✓ Mendieta, P. I. (2020, 8 diciembre). 30 tipos de comunicación y principales características. Pedro Irusta Mendieta. Recuperado 1 de noviembre de 2021, de <https://pedroirustamendieta.com/es/tipos-comunicacion-caracteristicas/>
- ✓ Peiró, R. (2021b, agosto 6). Elementos de la comunicación. Economipedia. Recuperado 23 de octubre de 2021, de <https://economipedia.com/definiciones/elementos-de-la-comunicacion.html>
- ✓ Sanz, G. (2021, 10 febrero). 33 Tipos de Comunicación y sus Características [Ejemplos + Infografía]. Nagore García Sanz. Recuperado 24 de octubre de 2021, de <https://nagoregarciasanz.com/tipos-de-comunicacion-caracteristicas/?reload=939510>
- ✓ Sandoval, A. (2020, 6 febrero). Tipos de comunicación: ¿cuáles son y cómo gestionarlos? - Think Big Empresas. Think Big. Recuperado 20 de octubre de 2021, de <https://empresas.blogthinkbig.com/comunicacion-en-su-empresa/>
- ✓ Castro, S. (2020, 21 octubre). Comunicación Efectiva. Instituto Europeo de Psicología Positiva. Recuperado 25 de octubre de 2021, de <https://www.iepp.es/comunicacion-efectiva/>
- ✓ Olleta, A. A. (2020, 12 enero). La importancia de comunicar bien en el ámbito sanitario. The Conversation. Recuperado 26 de octubre de 2021, de <https://theconversation.com/la-importancia-de-comunicar-bien-en-el-ambito-sanitario-129282>
- ✓ P. (2020, 11 agosto). LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO. FIATC Residencias. Recuperado 30 de octubre de 2021, de <https://www.fiatcresidencias.com/la-comunicacion-en-el-ambito-sanitario/>

CAPÍTULO 6

EL CELADOR EN LOS DISTINTOS ALMACENES HOSPITALARIOS

Lucia Prado Castro

Se conoce almacén como local o edificio donde se reciben, preparan y almacenan, normalmente mercancías, deberá estar óptimamente preparado para aprovechar al máximo el espacio disponible.

La figura del celador encargado del almacén está contemplada en el acuerdo del Consejo de Ministro 26/06/1990 que modifica el Real Decreto Ley 3/1987, de 11 de septiembre

Por lo tanto, será el responsable:

1. de recepcionar las mercancías y comprobar los albaranes una vez que el servicio de transporte, lo deje en el muelles de descarga, este deberá comprobar que coincidan la cantidad que figura con el número de unidades enviadas por el proveedor, una vez recepcionado y comprobado que la mercancía se encuentra en buen estado, previo dictamen del recepcionista del almacén, que le corresponde también a la figura del celador, se entregarán dichos albaranes a su superior jerárquico, encargado de llevar a cabo las funciones de contabilidad. Los almacenes sanitarios han de ser capaces de llevar a cabo las tareas de aprovisionamiento, es decir conocer las necesidades de las distintas dependencias sanitarias que van a provisionar, lo que permite llevar a cabo una mejor gestión, del departamento de compras y ventas.

Normalmente se suele hacer un inventario una vez al año, para establecer las necesidades con carácter anual

Modo de adquisición de los productos y servicios necesarios de un almacén, los cuales se rigen por la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

Las Administraciones Públicas en general y las Instituciones Sanitarias Públicas en particular, están sujetas al procedimiento administrativo que establece la Ley de Contratos de las Administraciones

2. Una vez hecho esto, el celador deberá ubicar las mercancías, en los lugares designados para ello en el almacén, optimizando espacio, costes e identificando cada una de las cajas con las estanterías asignadas para ello, por códigos, para que cuando las distintas dependencias hospitalarias o centros sanitarios hagan un pedido, sea más fácil localizar los materiales. Algunos criterios a seguir para la colocación de las mercancías podría ser: complementariedad, compatibilidad, rotación o frecuencia, tamaño, etc., esto se llevará a cabo dependiendo de las dimensiones o volumen del almacén, también es muy importante el uso que se le vaya a dar, por eso nos encontraremos con por lo menos tres tipos de almacenes, como mínimo es decir:

ALMACENES CENTRALES, se almacenan importantes cantidades de productos de todo tipo, normalmente sirven para abastecer a grandes complejos hospitalarios o sirven a varios hospitales más pequeños y centros de salud.

ALMACENES GENERALES, son el tipo de almacenes con los que cuentan la mayoría de hospitales de tamaño mediano, (material clínico fungible, aparataje, material quirúrgico, material de limpieza, material de oficina, etc.)

ALMACENES PEQUEÑOS, disponen de un pequeño número de existencias de cada referencia, para garantizar el funcionamiento, en periodo corto de tiempo, sería un claro ejemplo los pequeños almacenes que tienen las plantas de un hospital o un centro de salud.

En la gran mayoría de hospitales, todas las mercancías que se reciben al llegar al almacén general, pero luego existen unos ciertos artículos que al recibirlos el celador, tiene que llevarlos a un almacén específico, por ejemplo el almacén de lencería (se almacenaría todo lo relacionado con la ropa de cama, entremetidas, toallas, sacos de grúa, uniformes de personal, etc.), almacén de farmacia (todo lo relacionado con medicación y demás productos farmacéuticos), almacén para alimentos, estos suelen estar cerca de la zona de cocinas del almacén, así podrán tenerse los perecederos que llevan consigo un sistema de almacenaje diferente al resto de productos, al ser un almacenaje exclusivo le permite tener una cámara propia para cada tipo de alimento; y en resto de los anteriores podrían en cada caso concreto permitir el uso de diferentes tipos de colocación por peso, por tallas, por tamaños, por colores, a diferencia que el almacén, sea para el uso de mantenimiento o papelería, entonces, tendría que ser un almacenaje ordenado y con los pasillos muy bien delimitados. Normalmente en los grandes hospitales los tipos de almacenaje para mercancías especiales que más se llevan a cabo son dependiendo de forma y espacio

La norma UNE-EN 12845. “Sistemas fijos de lucha contra incendios. Sistemas de rociadores automáticos”, limita la altura de almacenamiento en isla o bloques hasta un máximo de **7,60 m** para un adecuado funcionamiento de los rociadores automáticos de la instalación de protección contra incendios.

3. En todos los almacenes o dependencias de almacenaje, para todas las instituciones sanitarias, deben estar provistas de una guía o mapa, así cuando los celadores de las distintas estancias del centro hospitalario vayan a buscar un pedido, con los vales de pedido debidamente cumplimentados, es decir, con código, ubicación y firmados por su supervisor inmediato, se les puede hacer entrega del material solicitado con mayor facilidad y en el caso de que el celador de almacén no se encuentre en el momento que lo requieran en su puesto de trabajo, cualquiera debe ser capaz de localizar la mercancía, que la dependencia del hospital requiera

4. Una de las tareas más importantes, en cualquier almacén, pero en los sanitarios por razones más obvias, porque es una tarea mucho más compleja por la gran variedad y cantidad de productos que se manejan, por lo tanto conocer el proceso para gestionarlo se vuelve fundamental.

El objetivo de este modo de actuar es el de mantener unas existencias suficientes de productos y materiales que garanticen la continuidad de las funciones encomendadas a las diferentes secciones o unidades del centro sanitario, aunque su suministro de estas se realice de forma no continua, no llevar una adecuada rotación de los stocks puede hacer que los artículos caduquen o envejezcan y dentro de un ámbito sanitario esto no sería posible por las consecuencias que podría tener. Por lo tanto registrar los movimientos de los artículos realizando revisiones periódicas y estimaciones de stocks máximos y mínimos, mediante la valoración de existencias y la gestión de inventarios llevar un control por los diferentes servicios y así detectando todo tipo de anomalías.

En cualquier caso y en cualquier tipo de almacén, deberán estar ubicados fuera de las instalaciones del centro, independientes para poder evitar la circulación innecesaria de personal ajeno a dichas dependencias, quedando perfectamente explicado que la figura del celador es totalmente necesaria para el buen funcionamiento de dichos almacenes.

CAPÍTULO 7

EL SOPORTE VITAL BÁSICO Y EL DEA PARA EL AYUDANTE DE SERVICIOS

Darío Quiñones Salgado

Darío Quiñones Salgado Ayudante de servicios

El soporte vital básico y el DEA son dos herramientas fundamentales para cualquier persona que trabaje en un hospital, especialmente para el personal de gestión y servicios. En situaciones de emergencia, estos conocimientos pueden ser la diferencia entre la vida y la muerte de un paciente. En este texto, vamos a profundizar en qué consiste el soporte vital básico y el DEA, así como en la importancia de contar con personal capacitado en estas técnicas.

El soporte vital básico es un conjunto de técnicas que se utilizan para salvar vidas en situaciones de emergencia médica. Estas técnicas se centran en el control de las vías respiratorias, la ventilación y la circulación. El objetivo principal del soporte vital básico es mantener al paciente con vida mientras se espera la llegada de un equipo médico especializado. Las técnicas básicas del soporte vital incluyen la apertura de las vías respiratorias, la respiración artificial y la compresión cardíaca. La apertura de las vías respiratorias se logra mediante la inclinación de la cabeza hacia atrás y la elevación del mentón. Esto permite que el aire fluya hacia los pulmones y el paciente pueda respirar. Si el paciente no respira por sí solo, se debe realizar respiración artificial a través de una mascarilla o un tubo endotraqueal. La compresión cardíaca consiste en presionar el pecho del paciente rítmicamente para mantener el flujo sanguíneo. Es importante destacar que el soporte vital básico no es una técnica exclusiva de los profesionales médicos. Cualquier persona puede aprender las técnicas básicas del soporte vital y aplicarlas en una emergencia médica. De hecho, es altamente recomendable que el personal de gestión y servicios de un hospital tenga conocimientos básicos en esta materia para poder responder con eficacia en caso de emergencias médicas en el hospital.

Otro aspecto fundamental en la atención de emergencias médicas en el hospital es el uso del DEA o desfibrilador externo automático. El DEA es un dispositivo portátil que se utiliza para restablecer el ritmo cardíaco normal en pacientes con paro cardíaco repentino. El dispositivo analiza el ritmo cardíaco del paciente y, en caso de detectar una arritmia grave, emite una descarga eléctrica para restablecer el ritmo normal. El uso del DEA en los primeros minutos de una emergencia médica puede ser crucial para salvar la vida del paciente. Por lo tanto, es fundamental que el personal de gestión y servicios del hospital esté capacitado en el uso del DEA y tenga acceso a estos dispositivos en caso de emergencia. La capacitación en soporte vital básico y el uso del DEA no solo es

importante para el personal de gestión y servicios del hospital, sino para todos los empleados. Esto incluye a los médicos, enfermeras, administradores, personal de mantenimiento y todos los que trabajan en el hospital. La capacidad de responder rápidamente a una emergencia médica puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte de un paciente. En muchos casos, los empleados del hospital son los primeros en responder a una emergencia médica. Por lo tanto, es importante que tengan los conocimientos y es fundamental que tengan los conocimientos y habilidades necesarias para brindar atención de emergencia básica mientras llega el personal médico especializado. Esto no solo puede salvar vidas, sino que también ayuda a reducir el tiempo de respuesta y mejora la calidad de la atención médica que se brinda en el hospital. Además, es importante destacar que la capacitación en soporte vital básico y el uso del DEA no solo son beneficiosos en el entorno laboral del hospital. Estos conocimientos pueden ser útiles en cualquier situación de emergencia en la vida diaria, como en el hogar o en la comunidad.

Por lo tanto, es esencial que el personal de gestión y servicios del hospital tenga acceso a programas de capacitación en soporte vital básico y uso del DEA. Estos programas pueden ser ofrecidos por el propio hospital o por organizaciones externas especializadas en capacitación en emergencias médicas. Estos programas suelen ser prácticos y enfocados en situaciones reales de emergencia, permitiendo que los participantes adquieran habilidades prácticas y estén preparados para responder ante situaciones de emergencia. Es importante destacar que la capacitación en soporte vital básico y el uso del DEA deben ser actualizadas regularmente para mantener los conocimientos y habilidades actualizados. La atención médica y las técnicas de emergencia están en constante evolución, por lo que es esencial que el personal de gestión y servicios del hospital esté actualizado con las últimas técnicas y prácticas.

En resumen, el soporte vital básico y el uso del DEA son herramientas esenciales para cualquier persona que trabaje en un hospital, especialmente para el personal de gestión y servicios. Estos conocimientos y habilidades pueden marcar la diferencia en la atención de emergencia y pueden salvar la vida de un paciente. Por lo tanto, es fundamental que el personal de gestión y servicios del hospital tenga acceso a programas de capacitación en emergencias médicas, y que estas capacitaciones sean actualizadas regularmente para mantener los conocimientos y habilidades actualizados. La capacitación en emergencias médicas no solo es beneficiosa para el entorno laboral del hospital, sino que también puede ser útil en cualquier situación de emergencia en la vida diaria. Por otro lado, el personal de gestión y servicios del hospital también debe ser consciente de la importancia de mantener un ambiente seguro para los pacientes y el personal del hospital. Esto incluye ser proactivo en la identificación y eliminación de posibles riesgos para la salud y la seguridad en el hospital. Por ejemplo, el personal de gestión y servicios debe estar capacitado en la identificación y prevención de caídas de pacientes, así como en la limpieza y

desinfección de equipos y áreas de alto contacto para prevenir la propagación de enfermedades infecciosas. Además, el personal de gestión y servicios del hospital también puede estar en contacto directo con los pacientes y sus familiares. En este sentido, deben estar capacitados en la comunicación efectiva y en cómo responder a las preguntas y necesidades de los pacientes y sus familias de manera adecuada y respetuosa. Esta habilidad puede ser muy valiosa para mejorar la experiencia del paciente y aumentar la satisfacción del servicio. Otro aspecto importante en la capacitación del personal de gestión y servicios del hospital es la prevención y el manejo de situaciones de violencia y agresión. En algunos casos, los pacientes o sus familiares pueden estar bajo mucho estrés y presión, lo que puede llevar a comportamientos violentos o agresivos. En tales situaciones, el personal de gestión y servicios del hospital debe saber cómo manejar y prevenir estos comportamientos, mientras protege su propia seguridad y la de los demás.

En conclusión, el soporte vital básico y el uso del DEA son habilidades cruciales para el personal de gestión y servicios del hospital. Además de estas habilidades, el personal debe estar capacitado en la prevención y el manejo de riesgos y situaciones de violencia, así como en la comunicación efectiva y respetuosa con los pacientes y sus familias. La capacitación adecuada puede mejorar la calidad de la atención médica que se brinda en el hospital, garantizar un ambiente seguro para los pacientes y el personal, y mejorar la experiencia del paciente y aumentar la satisfacción del servicio. Por lo tanto, es esencial que el personal de gestión y servicios del hospital tenga acceso a programas de capacitación adecuados y actualizados para garantizar la seguridad y la calidad de la atención médica en el hospital.

CAPÍTULO 8

EL AYUDANTE DE SERVICIOS ANTE EL BURNOUT

Darío Quiñones Salgado

Darío Quiñones Salgado Ayudante de servicios

El burnout laboral es un problema que afecta a muchos trabajadores en todo el mundo. Se trata de un estado de agotamiento emocional, físico y mental que se produce como resultado del estrés laboral prolongado. El burnout puede tener graves consecuencias para la salud y el bienestar de los trabajadores, y puede afectar su rendimiento en el trabajo y su vida personal fuera del trabajo. El burnout laboral se caracteriza por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. El agotamiento emocional se refiere a sentirse cansado y agotado física y emocionalmente debido al trabajo. La despersonalización se refiere a una actitud negativa y distante hacia los compañeros de trabajo y hacia el trabajo en sí mismo. La falta de realización personal se refiere a sentir que el trabajo no tiene significado y que no se está haciendo una contribución significativa.

Hay muchas causas potenciales del burnout laboral, incluyendo la sobrecarga de trabajo, la falta de control sobre el trabajo, la falta de apoyo social en el trabajo, la falta de recursos y el conflicto entre el trabajo y la vida personal. Los trabajadores que están expuestos a estas condiciones durante un largo período de tiempo pueden sentirse cada vez más estresados y emocionalmente agotados, lo que puede llevar al desarrollo del burnout.

Los síntomas del burnout laboral pueden variar de una persona a otra, pero pueden incluir fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas digestivos, trastornos del sueño, problemas de concentración y memoria, y cambios en el estado de ánimo, como irritabilidad o depresión. Los trabajadores que experimentan estos síntomas durante un largo período de tiempo pueden tener dificultades para cumplir con sus responsabilidades laborales y personales, y pueden necesitar tiempo fuera del trabajo para recuperarse.

Para prevenir el burnout laboral, es importante que los empleadores tomen medidas para crear un ambiente laboral saludable y positivo. Esto puede incluir proporcionar a los trabajadores la formación y el apoyo necesarios para realizar su trabajo de manera eficaz, establecer expectativas claras y realistas, y reconocer y recompensar el buen desempeño. También es importante que los empleadores promuevan un equilibrio adecuado entre el trabajo y la vida personal, fomentando la flexibilidad y ofreciendo opciones de trabajo desde casa. Los trabajadores también pueden tomar medidas para prevenir el burnout

laboral. Esto puede incluir establecer límites claros entre el trabajo y la vida personal, asegurarse de que se toman descansos regulares durante el día, y buscar apoyo social fuera del trabajo. También puede ser útil hablar con un profesional de la salud mental si se están experimentando síntomas de burnout, ya que pueden ofrecer consejos y estrategias para manejar el estrés.

Si ya se ha desarrollado el burnout laboral, es importante buscar ayuda de un profesional de la salud mental lo antes posible. El tratamiento puede incluir terapia cognitivo-conductual, que se centra en identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento negativos, y técnicas de relajación y manejo del estrés, como la meditación y la respiración profunda.

Además de las causas mencionadas anteriormente, existen otros factores que pueden contribuir al desarrollo del burnout laboral, como la falta de comunicación en el lugar de trabajo, la falta de reconocimiento por el trabajo bien hecho, la falta de apoyo emocional y la falta de autonomía en el trabajo. También puede haber una falta de oportunidades para el desarrollo profesional y la falta de equidad y justicia en el lugar de trabajo, lo que puede provocar una sensación de injusticia e impotencia.

Es importante destacar que el burnout laboral no solo afecta al trabajador, sino también a la empresa. Los trabajadores que sufren de burnout pueden ser menos productivos, cometer más errores y tener una actitud negativa hacia el trabajo. Además, el costo económico del burnout laboral puede ser significativo, ya que los empleadores pueden tener que cubrir los costos de la atención médica y la pérdida de productividad.

Para prevenir el burnout laboral, los empleadores pueden tomar medidas proactivas para fomentar un ambiente de trabajo saludable. Esto puede incluir la promoción de prácticas de gestión del tiempo y el estrés, la creación de un ambiente de trabajo colaborativo y la promoción de un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal. Los empleadores también pueden ofrecer programas de bienestar, como programas de ejercicios y de yoga, y proporcionar recursos para el manejo del estrés, como consejería y asesoramiento.

Los trabajadores también pueden tomar medidas para prevenir el burnout laboral. Es importante que los trabajadores establezcan límites claros entre el trabajo y la vida personal, y que se aseguren de tomar descansos regulares durante el día. También es recomendable buscar apoyo social fuera del trabajo, ya sea de amigos y familiares o de grupos de apoyo. La práctica de técnicas de relajación, como la meditación y la respiración profunda, también puede ayudar a reducir el estrés y prevenir el burnout. El burnout laboral es un problema común y grave que puede afectar a los trabajadores en todo el mundo. Las causas pueden variar, pero los efectos pueden ser devastadores tanto para el trabajador como para la empresa. Los empleadores y los trabajadores pueden tomar

medidas proactivas para prevenir el burnout laboral, y los tratamientos profesionales están disponibles para aquellos que ya están experimentando síntomas. Al abordar el burnout laboral de manera proactiva, los trabajadores pueden disfrutar de una vida más equilibrada y satisfactoria tanto en el trabajo como fuera de él.

En conclusión, el burnout laboral es un problema importante que afecta a muchos trabajadores en todo el mundo. Puede tener graves consecuencias para la salud y el bienestar de los trabajadores, y puede afectar su rendimiento en el trabajo y su vida personal fuera del trabajo. Es importante que los empleadores tomen medidas para prevenir el burnout laboral, como crear un ambiente laboral saludable y promover un equilibrio adecuado entre el trabajo y la vida personal. También es importante que los trabajadores tomen medidas para prevenir el burnout laboral, como establecer límites claros entre el trabajo y la vida personal y buscar apoyo social fuera del trabajo. Si ya se ha desarrollado el burnout laboral, es importante buscar ayuda de un profesional de la salud mental lo antes posible. Con el tratamiento adecuado, los trabajadores pueden recuperarse del burnout y volver a disfrutar de su trabajo y su vida personal.

CAPÍTULO 9

EL RIESGO DE INCENDIOS Y EL AYUDANTE DE SERVICIOS

Darío Quiñones Salgado

Darío Quiñones Salgado Ayudante de servicios

Los incendios son una amenaza grave para la seguridad y el bienestar de las personas, especialmente en los centros sanitarios donde se encuentran pacientes y personal de atención médica. Por esta razón, es esencial contar con planes de emergencia efectivos para prevenir y responder a los incendios en estos entornos. Los centros sanitarios, como hospitales, clínicas y centros de atención a largo plazo, son lugares donde se llevan a cabo actividades que implican el uso de equipo médico y maquinaria, productos químicos y gases inflamables, lo que aumenta el riesgo de incendios. Además, los pacientes que se encuentran en estos centros suelen tener problemas de movilidad y otros problemas de salud que dificultan su evacuación en caso de incendios.

Es por eso que es crucial que los centros sanitarios tengan planes de emergencia sólidos y bien pensados para manejar situaciones de incendios. Estos planes deben incluir medidas preventivas, de respuesta y de recuperación. Las medidas preventivas incluyen la identificación y eliminación de riesgos de incendios, como la eliminación de materiales inflamables y la instalación de sistemas de detección de humo y alarmas de incendio. También es importante capacitar al personal en medidas preventivas y de seguridad contra incendios, sobre todo al personal de cocina debido a que su lugar de trabajo es especialmente vulnerable a este peligro, como la manipulación adecuada de materiales peligrosos y la revisión regular de los sistemas de seguridad. Las medidas de respuesta deben establecerse para garantizar que el personal y los pacientes puedan evacuarse rápidamente y de manera segura en caso de incendio. Esto incluye la designación de salidas de emergencia claras y señalizadas, la realización regular de simulacros de evacuación y la capacitación del personal en medidas de evacuación y rescate.

Las medidas de recuperación deben establecerse para garantizar que los centros sanitarios puedan reanudar sus actividades lo antes posible después de un incendio. Esto incluye la realización de evaluaciones de daños y la planificación de reparaciones y restauraciones necesarias para que el centro sanitario vuelva a estar en pleno funcionamiento.

Además de estas medidas, los planes de emergencia también deben incluir la comunicación efectiva y la coordinación con los servicios de bomberos y de emergencia locales. Esto es esencial para garantizar que los servicios de

emergencia puedan responder rápidamente a los incendios en los centros sanitarios y proporcionar asistencia y apoyo necesarios.

Es importante destacar que los planes de emergencia para incendios en centros sanitarios deben adaptarse a las necesidades específicas del centro y de sus pacientes. Por ejemplo, los centros de atención a largo plazo pueden tener pacientes con discapacidades físicas y cognitivas que requieren atención especial en caso de evacuación. Los incendios son una amenaza grave para los centros sanitarios y la seguridad de los pacientes y del personal. Es esencial contar con planes de emergencia efectivos para prevenir y responder a los incendios en estos entornos. Los planes de emergencia deben incluir medidas preventivas, de respuesta y de recuperación, así como la comunicación efectiva y la coordinación con los servicios de bomberos y de emergencia locales. Además, los planes de emergencia deben revisarse y actualizarse regularmente para garantizar que sigan siendo efectivos y adecuados para las necesidades cambiantes del centro. Esto incluye la revisión y actualización de los sistemas de detección de incendios y alarmas, así como la capacitación continua del personal en medidas de seguridad contra incendios.

Otro aspecto importante de los planes de emergencia es la asignación de roles y responsabilidades claras para el personal en caso de incendio. Cada miembro del personal debe saber exactamente qué se espera de él o ella en caso de un incendio y estar capacitado para realizar sus funciones de manera efectiva. Además, es importante designar un líder de emergencia responsable de coordinar las medidas de respuesta en caso de incendio y asegurarse de que se sigan los procedimientos adecuados.

Los planes de emergencia también deben tener en cuenta las necesidades de los pacientes y sus familias en caso de incendio. Esto incluye la comunicación clara y efectiva con los pacientes y sus familias durante un incendio y la implementación de medidas especiales para aquellos pacientes que requieren atención adicional o que tienen dificultades para evacuar. Es importante que los centros sanitarios trabajen en colaboración con sus comunidades locales y servicios de bomberos y de emergencia para prevenir y responder a los incendios. Esto puede incluir la realización de actividades de concientización y educación sobre la prevención de incendios y la implementación de medidas de seguridad en hogares y comunidades locales.

Además, los centros sanitarios también deben tener en cuenta los riesgos específicos de incendios en sus instalaciones, como la presencia de equipos médicos y tecnológicos altamente inflamables, materiales y sustancias químicas peligrosas y el almacenamiento inadecuado de productos inflamables. Es importante que los centros sanitarios realicen inspecciones regulares para identificar y abordar cualquier riesgo potencial de incendios y asegurarse de que

todos los equipos y materiales se almacenen y manejen de manera segura. La capacitación continua del personal en medidas de seguridad contra incendios es crucial para garantizar que el personal pueda responder rápidamente y de manera efectiva en caso de un incendio. Los planes de emergencia deben incluir simulacros de incendios regulares para permitir que el personal practique sus roles y responsabilidades y se familiarice con los procedimientos de respuesta en caso de emergencia.

En caso de un incendio, es importante que los centros sanitarios tengan medidas de evacuación y escape efectivas para garantizar la seguridad de los pacientes, el personal y los visitantes. Esto puede incluir la instalación de sistemas de escape adecuados, la capacitación del personal en técnicas de evacuación seguras y la identificación de rutas de escape claras y accesibles en todas las áreas del centro. Los centros sanitarios también deben tener planes de recuperación en caso de incendios, que incluyen la limpieza y restauración de las áreas afectadas, la identificación y evaluación de los daños y la evaluación de los riesgos para la salud y la seguridad después de un incendio.

En conclusión, los incendios son una amenaza grave para la seguridad y el bienestar de los pacientes y el personal en los centros sanitarios. Es esencial que estos centros tengan planes de emergencia sólidos y bien pensados para prevenir y responder a los incendios en estos entornos. Los planes de emergencia deben incluir medidas preventivas, de respuesta y de recuperación, así como la asignación de roles y responsabilidades claras para el personal y la comunicación efectiva con los pacientes y sus familias. Además, los planes de emergencia deben revisarse y actualizarse regularmente para garantizar su efectividad y adaptabilidad a las necesidades cambiantes del centro. Con medidas adecuadas y efectivas, los centros sanitarios pueden proteger a sus pacientes y personal y garantizar su seguridad en caso de un incendio. Los planes de emergencia y la preparación para incendios en los centros sanitarios son esenciales para garantizar la seguridad del personal, los pacientes y los visitantes. Los planes deben ser exhaustivos y tener en cuenta los riesgos específicos de incendios en instalaciones de atención médica, la capacitación continua del personal en medidas de seguridad contra incendios y la realización regular de simulacros de incendios. Además, los planes deben incluir medidas de evacuación y escape efectivas y planes de recuperación en caso de incendios. Con medidas adecuadas y efectivas, los centros sanitarios pueden prevenir y responder a los incendios y garantizar la seguridad y el bienestar de todos los involucrados.

CAPÍTULO 10

EL SÍNDROME DEL BURNOUT EN EL ÁMBITO SANITARIO

Cintia Martín-Castaño Martínez

AUTOR: Cintia Martin-Castaño Martínez

CATEGORÍA: TCAE

INTRODUCCIÓN

El síndrome de BURNOUT también denominado como síndrome del trabajador quemado hace referencia a un estado de agotamiento físico y psicológico vinculado al ámbito laboral, al estrés producido por el trabajo y al estilo de vida del empleado.

La OMS reconoció en 2019 este síndrome como enfermedad profesional.

Aunque esta enfermedad se puede desarrollar en cualquier ámbito laboral, tras pasar la pandemia del COVID-19 se han visto elevados los casos de personal sanitario que la padecen, por eso es de vital importancia que tanto los TCAE como los demás profesionales sepan todo lo relacionado con esta enfermedad para poder detectar sus síntomas si los padecen, como todas las claves para poder prevenirla.

OBJETIVOS

Conocer los síntomas de la enfermedad Conocer las principales causas que la provocan Conocer las claves para poder prevenirla

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda a través de las siguientes bases de datos: Scielo, PubMed o Google académico entre otros, utilizando como palabras clave: Síndrome del trabajo quemado, BURNOUT, OMS, etc...

DESARROLLO

El síndrome de BURNOUT fue descrito por primera vez por el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974 en Nueva York.

Esta enfermedad es consecuencia de un estrés laboral crónico, por eso afecta en gran medida al personal sanitario ya que están expuestos a tratar con el sufrimiento y la muerte de personas enfermas.

Puede presentar diferentes síntomas dependiendo de la persona que la padezca, las principales señales para detectar la enfermedad son: agotamiento emocional, despersonalización y poca realización, todas ellas a nivel psicológico, pero esta enfermedad también produce varios síntomas físicos que pueden variar de una persona a otra, entre ellos se incluye:

- Dolores de cabeza o musculares

- Mareos

- Cansancio

- Problemas gastrointestinales

- Cambios de apetito

- Palpitaciones y temblores

- Problemas sexuales y problemas de sueño Todo este conjunto de síntomas puede tener consecuencias negativas para el trabajador, algunas de ellas son:

- Consecuencias físicas: Puede influir o empeorar en ciertos aspectos de la salud como contracturas musculares, pérdida de cabello, problemas dermatológicos, respiratorios, etc

- Consecuencias psicológicas: Afecta al autoestima, la persona que lo padece puede sufrir fatiga crónica, puede provocar problemas en el estado de ánimo como ansiedad o depresión, e incluso afectar de tal manera a la conducta del individuo causando en él diversas adicciones como el alcohol, las drogas o la ludopatía entre otras.

- Consecuencias sociales: Puede provocar aislamiento social y aumento de los problemas familiares y de pareja

- Accidentes: El síndrome del BURNOUT aumenta el riesgo de sufrir accidentes dentro y fuera el ámbito laboral.

Tanto los TCAE como el personal de Enfermería, son de las profesiones en las que más incidencia se ve del síndrome del BURNOUT, una de las manifestaciones más tempranas de que estos profesionales están padeciendo la enfermedad es la disminución de la calidad del trabajo.

Es uno de los motivos principales de abandono de la profesión.

Existen algunas medidas con las que se puede prevenir la enfermedad:

- Dar a conocer toda la información posible sobre la enfermedad, sus síntomas y sus consecuencias, de manera que se pueda detectar de forma rápida.
- Permanecer atentos a las condiciones del ambiente laboral
- Fomentar la realización de actividades fuera del ámbito laboral
- Impartir formación sobre habilidades sociales y estrategias para enfrentarse mejor a los cambios.

CONCLUSIONES

El síndrome de BURNOUT es una enfermedad que hasta hace unos años era poco conocida, a día de hoy se desconocen las causas exactas que hacen que un individuo pueda padecerla, pero sí que se ve un aumento considerable de casos de profesionales sanitarios que la padecen.

Algunos especialistas indican que para poder prevenir la enfermedad se podrían aplicar tres medidas clave: Mejorar las condiciones de trabajo, incrementar el salario y aumentar la formación continuada.

Por eso me parece importante que todos los profesionales sanitarios tengan la suficiente información sobre esta enfermedad para poder detectar síntomas rápidamente y comenzar a tratarla.

CAPÍTULO 11

GESTIÓN DE LA CLÍNICA DENTAL EN TIEMPOS DEL COVID

María Beatriz Isidro Blázquez

INTRODUCCIÓN

Los virus del coronavirus no son nuevos, se conocen desde hace tiempo pero hasta principios de este siglo XXI sólo causaban signos leves parecidos a la gripe. Sin embargo el virus ha mutado volviéndose más agresivo y contagioso para el ser humano.

Se llaman coronavirus por la envoltura que poseen en forma de corona. Distinguimos entre coronavirus y COVID-19: el coronavirus es el causante de la enfermedad y COVID-19 es el nombre que se le ha dado a esta nueva enfermedad.

OBJETIVOS

1. Informar de la forma de transmisión del coronavirus.
2. Exponer las medidas que se tomarán en la Clínica Dental para reducir al máximo el riesgo de contagio.
3. Instrucciones al paciente sobre el cuidado de su cepillo dental en época de COVID.

METODOLOGÍA

Se hizo una búsqueda en varias páginas web y Bases de Datos (SciELO), usando como palabras de búsqueda: clínica dental, coronavirus, transmisión COVID-19, EPI, mascarillas, lavado de manos.

RESULTADOS

1.- ¿Cómo se contagia?

- La persona infectada estornuda y lanza partículas de virus.
- El virus se deposita sobre objetos o entra directamente en los pulmones,
- Al tocar el objeto, el virus pasa a nuestras manos, no estamos infectados pero podemos transmitir el virus.
- Si nos lavamos las manos, la cadena de transmisión se interrumpe. Si damos la mano a alguien o tocamos algún objeto, otra persona se convertirá en portador del virus.

Si ya portamos el virus y nos tocamos ojo, nariz o boca, es cuando podremos infectarnos.

El periodo de incubación desde que una persona se contagia hasta que aparecen los signos es de 5 o 6 días.

Los signos y síntomas de la enfermedad más comunes son tos, fiebre y cansancio extremo. Además pueden producirse otros como congestión nasal, fatiga, secreción nasal, dolor de garganta, dolor de cabeza, diarrea, dificultad para respirar, ageusia y agnosia.

Afecta con más severidad a los mayores de 65 años y a personas con patologías previas: cardiovasculares, pulmonares y diabetes.

En el 80% de los casos la enfermedad es leve, en el 15% es severa y en el 5% es crítica.

En la Clínica Dental todo el personal en contacto con el paciente está sometido a riesgo de infección y por eso deben tomarse medidas de protección.

2.- Medidas genéricas

Definimos EPI (Equipo de protección individual), como cualquier equipo que protege al personal de los riesgos que pueden amenazar su seguridad o su salud en el trabajo así como cualquier complemento o accesorio destinado a tal fin.

Todo el personal que se encuentre en la Clínica Dental deberá portar una mascarilla FFP2. En el caso de contacto directo con un paciente se colocará encima de ésta una mascarilla quirúrgica, que cambiaremos con cada paciente. El paciente sólo retirará su mascarilla cuando esté sentado en el sillón dental y mientras se le realiza el tratamiento.

Se usará doble par de guantes: un par en todo momento y otro que cambiaremos cada vez que pasemos a atender a un nuevo paciente.

Usaremos también protección ocular y/ o facial, (es decir, gafas y/o pantalla), que desinfectaremos después de cada uso con alcohol de 70 ° o sumergiéndolas en agua con un poco de lejía.

Respecto a la ropa de trabajo, cada día cambiaremos el pijama y usaremos encima una bata desechable impermeable. Llevaremos en todo momento un gorro y los zuecos estarán cubiertos con unas calzas mientras estemos en el gabinete.

3.- Medidas específicas en la Clínica Dental

- Triage telefónico cuando el cliente llama a la Clínica Dental para pedir una cita.

El objetivo es averiguar el motivo de la consulta del paciente y valorar si es o no urgente.

Le vamos a hacer una serie de preguntas:

- Tiene o ha tenido fiebre en los 14 días previos?
- ¿Presenta o ha presentado tos o cualquier otro signo respiratorio en los 14 días previos?
- ¿Y diarrea u otros signos digestivos en los 14 días previos?
- ¿Cansancio o malestar general en los 14 días previos?
- ¿Ha tenido pérdida del olfato o del sentido del gusto en los 14 días previos?

¿Ha estado en contacto o conviviendo con algún sospechoso o confirmado de COVID-19?

- ¿Ha tenido el COVID-19?
- ¿El motivo de su llamada es una urgencia?

En el caso de que haya contestado con algún SI y de que tenga más de 37,5 ° centígrados se pospondrá la cita para al menos dentro de 14 días a no ser que se trate de una urgencia: dolor, inflamación, traumatismo, hemorragia.

- Instrucciones telefónicas al paciente.

Se le pide al paciente que acuda sólo a la Clínica Dental, a no ser que se menor de edad o que sea una persona con necesidad de ayuda, en cuyo caso únicamente se permite un único acompañante.

Deberá acudir sin pendientes, collar, piercings...y con el pelo recogido.

Es importante que acuda a la hora a la que está citado, ni antes ni después.,

Asimismo se puede informar al paciente de la preferencia de abonar con tarjeta y no con efectivo para reducir riesgos de contaminación.

- Protocolo de recepción del paciente.

El recepcionista de la Clínica llevará mascarilla quirúrgica y estará situado detrás de una mampara de metacrilato.

Al llegar a la Clínica se le tomará la temperatura con un termómetro de infrarrojos (sin contacto) y le pediremos que se desinfecte las manos con gel hidroalcohólico, al menos durante 20 segundos.

- Protocolo de organización de la sala de espera.

Cuando el paciente pase a la sala de espera, rogarle que no deambule por la misma y que recuerde mantener una distancia de seguridad de 1,5 metros con el resto de los pacientes si los hubiere, ya que lo ideal es organizar la agenda para que no coincidan.

- Protocolo de organización de espacios comunes.

En la sala de espera se habrán retirado revistas y folletos de lectura, juegos de mesa, adornos, cuadros y posters...Además los asientos serán de fácil limpieza, evitando las tapicerías.

En el aseo se sustituirán las toallas por papel secante y se colocará un dispensador con jabón líquido.

Además se ventilarán los espacios durante 5-10 minutos cada hora.

- Qué hacemos antes de que el paciente pase al gabinete.

Planificaremos el tratamiento que se le va a realizar para organizar el material y prepararemos únicamente el instrumental que sea estrictamente necesario; lo que no se vaya a utilizar estará guardado en cajones cerrados.

El odontólogo y el higienista se colocarán el EPI adecuado: mascarilla FFPS cubierta con mascarilla quirúrgica que se cambiará con cada paciente, doble par de guantes, calzas cubrezapatos, bata impermeable y protección ocular.

Se colocará film en las zonas de más contaminación: agarradera de la lámpara del sillón, el asa de la bandeja porta-instrumental del sillón y la botonera del equipo.

Protegeremos con funda desechable el instrumental rotatorio y la lámpara de polimerización.

Comprobaremos asimismo la escupidera y el sistema de aspiración del equipo.

- El paciente en el gabinete.

Antes de que entre en el área clínica, se le darán al paciente unas calzas para cubrir los zapatos y en cuanto entre en el gabinete se cerrará la puerta.

Se sentará en el sillón y le colocaremos el babero impermeable.

Antes de empezar el tratamiento se le dará un colutorio de peróxido de hidrógeno al 1% que mantendrá durante 30 segundos en boca y que escupirá sin enjuagarse.

- Durante el tratamiento.

Colocaremos unas gafas al paciente y se utilizará una aspiración de alta potencia para disminuir la propagación de aerosoles.

Se evitará el uso de la jeringa aire-agua del equipo porque genera aerosoles y se secará con gasa. Cuando sea posible se refrigerará con jeringa manual con agua o con suero fisiológico.

Es conveniente usar dique de goma porque se disminuirá en un 70% la carga viral.

El material e instrumental que se vaya utilizando se irá colocando en una bandeja desechable.

El trabajo a 4 manos (de odontólogo e higienista dental) facilita el control de la infección, por lo que se llevará a cabo siempre que sea posible.

Cuando se termina el tratamiento el paciente se quitará la protección ocular y las calzas cubrezapatos.

- Instrucciones postoperatorias al paciente.

Le daremos la siguiente cita y le recordaremos que venga solo, sin joyas y con el pelo recogido. Asimismo le informaremos de que ante la aparición de cualquier signo o si entra en contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19 deberá avisarnos para cambiarle la cita.

El pago se realizará preferiblemente con tarjeta de crédito, pasaremos una toallita con hidrogel al datafono después de su uso.

- Desinfección de impresiones.

Las impresiones dentales requieren de un tratamiento especial frente al coronavirus al no ser efectivo el glutaraldehído frente al mismo. Durante todo el procedimiento el personal deberá llevar el EPI colocado.

1) En primer lugar se limpiará y enjuagará con agua para disminuir la biocarga.

2) Las impresiones de alginato se pulverizarán con un desinfectante a base de hipoclorito de sodio al 1% y se colocarán en una bolsa sellada por 10 minutos. Por otro lado, las impresiones de elastómeros (siliconas y poliéteres) se meterán en una solución de hipoclorito sódico al 1% durante 15-20 minutos. Las soluciones preparadas de hipoclorito sódico tienen una eficacia de 24 horas, por lo que se prepararán diariamente y se tirará el sobrante al finalizar el día.

3) Enjuagar de nuevo

4) Colocar en una bolsa sellada para su envío al laboratorio indicando la manera en la que ha sido desinfectada y durante cuánto tiempo.

- Desinfección de prótesis.

- Las prótesis metal-cerámicas y esqueléticas se meterán en alcohol durante 5 minutos y luego se enjuagarán.

- Los acrílicos se sumergirán en una solución de hipoclorito sódica al 1% durante 10 minutos y posteriormente se enjuagarán.

- Protocolo de desinfección del área clínica entre dos pacientes.

Todo el material y el instrumental utilizado con un paciente será llevado al área de desinfección y esterilización con el EPI puesto.

El film, paños y material contaminado será llevado al área de desinfección y depositado en el contenedor de tapa dura accionado por pedal.

Utilizaremos una bayeta desechable para frotar las superficies desde las zonas más limpias a las más sucias. No usaremos pulverizador por el riesgo de dispersión viral.

Pondremos especial cuidado en la limpieza y desinfección de las zonas de contacto con el paciente (apoyabrazos y apoyacabezas), escupidera, bandeja porta-instrumental, el asa de la lámpara del equipo, los botones de accionamiento del sillón y el sistema de aspiración.

Los productos habitualmente utilizados en clínica para la desinfección son eficaces frente al coronavirus, si se dejan actuar al menos 2 minutos.

Ventilaremos el área clínica durante 5-10 minutos.

Para la desinfección del instrumental se seguirán los procedimientos habituales en la clínica con compuestos fenólicos, hipoclorito de sodio al 10% y ácido peracético.

El material se esterilizará según los procedimientos habituales, el autoclave suele ser la opción más habitual para ello.

Los EPIs y demás material contaminado se depositarán en el contenedor de tapa dura accionado con pedal.

Tanto las gafas como las pantallas deben desinfectarse entre pacientes, rociándolas con alcohol de 70 grados y secándolas inmediatamente.

- Limpieza y desinfección al finalizar el día.

Todas las zonas comunes deberán ser limpiadas y desinfectadas a diario. Para los suelos se recomienda una mopa impregnada en hipoclorito de sodio (30 ml por cada litro de agua). Para los pomos de puertas y ventanas, mesas, interruptores y otros elementos se utilizará una solución alcohólica al 70%.

En la zona clínica se limpiará y desinfectará el sistema de aspiración. Respecto a la escupidera, se dejará actuar el desinfectante unos dos o tres minutos antes de descargarla.

El autoclave se pondrá tantas veces como sea necesario a lo largo del día para esterilizar el material, previamente embolsado en bolsitas termoselladas.

La ropa de trabajo se lavará a 60 grados, cada día, preferiblemente con lejía

4.- El cuidado del cepillo dental en época de COVID-19.

Si en general es muy importante mantener el cepillo dental en buenas condiciones, en tiempos de pandemia es indispensable seguir una serie de recomendaciones que dará el higienista bucodental al paciente antes de que abandone el gabinete:

1. Hay que lavarse muy bien las manos con agua y jabón antes de tocar el cepillo dental. Los virus pasan de la mano a la mucosa oral.
2. Proceder al cepillado de dientes habitual: con pasta fluorada, durante dos minutos y al menos dos veces al día y siempre por la noche antes de ir a dormir.
3. Enjuagar bien el cepillo después de cada uso para eliminar restos de pasta y detritus alimentarios.
4. Mientras dure la epidemia de coronavirus se recomienda desinfectar el cabezal del cepillo con povidona con agua oxigenada diluida al 1%, durante 1 minuto al menos.
5. Secar bien el cepillo dando vueltas de derecha a izquierda para eliminar el exceso de agua.
6. Los cepillos deben almacenarse con el cabezal hacia arriba y no amontonados por el riesgo de contaminación cruzada de uno a otro al tocarse. Lo ideal es no tener el cepillo a la vista, sino guardado.
7. Al finalizar, volver a lavarse bien las manos con agua y jabón, durante al menos 40 segundos.
8. Se cambiará de cepillo:
 - a. Al menos cada 3 o 4 meses.
 - b. Cuando las cerdas del cepillo estén deterioradas.
 - c. Después de haber estado enfermo.
9. Jamás compartir el cepillo de dientes por el riesgo de contagio, no solo de la COVID-19, también de SIDA y otras enfermedades.

CONCLUSIÓN

La pandemia ha modificado la forma de gestionar la rutina diaria en la Clínica Dental y la figura del higienista dental ha tomado relevancia porque en la mayoría de los casos es quien se ha encargado de implantar las medidas de prevención de la COVID-19, además de la educación al paciente y el fomento de los hábitos saludables que venía realizando desde siempre.

- No comer entre horas alimentos azucarados: pan de molde, snacks, zumos industriales, yogures líquidos...

- Cepillarse los dientes después de las comidas, 3 veces al día, con un dentífrico de al menos 1450 ppm de flúor.
- Utilizar seda dental o cepillos interdentes para las zonas interproximales.
- Y enjuagarse con un colutorio sin alcohol, una vez al día, preferiblemente por la noche.

La higiene bucodental debe ser una prioridad, también en época de pandemia ya que las recomendaciones de los profesionales de la salud dental nos van a ayudar a tener una boca sana, sin dolores ni enfermedades, lo que redundará en una mejora de nuestra calidad de vida.

CAPÍTULO 12

RÉGIMEN DISCIPLINARIO DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Clara Belén Saavedra Cotarelo

Nombre: Clara Belén Saavedra Cotarelo.

Palabras clave: Salud, Servicio, Falta, grave, personal, suspensión, estatutario.

1. INTRODUCCIÓN.
2. PRINCIPIOS DE LA POTESTAD DISCIPLINARIA.
3. CLASES Y PRESCRIPCIÓN DE FALTAS.
 - 3.1. CLASES DE FALTAS.
 - 3.1.1. FALTAS MUY GRAVES.
 - 3.1.2. FALTAS GRAVES.
 - 3.1.3. FALTAS LEVES.
 - 3.2. PRESCRIPCIÓN DE FALTAS.
4. CLASE, ANOTACIÓN, PRESCRIPCIÓN Y CANCELACIÓN DE FALTAS.
 - 4.1. SEPARACIÓN DE SERVICIO.
 - 4.2. TRASLADO FORZOSO CON CAMBIO DE LOCALIDAD.
 - 4.3. SUSPENSIÓN DE FUNCIONES.
 - 4.4. TRASLADO FORZOSO A OTRA INSTITUCIÓN O CENTRO SIN CAMBIO DE LOCALIDAD.
 - 4.5. APERCIBIMIENTO.
5. PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO.
6. MEDIDAS PROVISIONALES.
7. CONCLUSIÓN.
8. REFERENCIAS.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley 14/1986, General de Sanidad, estableció que un Estatuto Marco regularía la normativa básica aplicable al personal estatutario en todos los servicios de salud, conteniendo normas básicas y diferenciadas de la regulación general de los funcionarios públicos.

La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, establece las bases reguladoras del personal estatutario de los servicios de salud del Sistema Nacional de salud mediante el Estatuto Marco del personal estatutario.

El personal estatutario de los Servicios de Salud se regirá por la legislación específica del Estado, por las Comunidades Autónomas en el ámbito de competencias correspondientes y en lo previsto en el Estatuto del Empleado Público.

El personal estatutario ostenta una serie de derechos y obligaciones, y es por esto que cuando comete una infracción de sus obligaciones incurrirá en responsabilidad disciplinaria por las faltas que cometa. (Artículo 70).

2. PRINCIPIOS DE LA POTESTAD DISCIPLINARIA. (Artículo 71).

(1). El régimen disciplinario responderá a los principios de tipicidad, eficacia y proporcionalidad en todo el Sistema Nacional de Salud. En cuanto su procedimiento responderá a los principios de inmediatez, economía procesal y pleno respeto de los derechos y garantías correspondientes.

(2). Los órganos competentes de cada servicio de salud ejercerán la potestad disciplinaria por las infracciones que cometa su personal estatutario, sin perjuicio de la responsabilidad civil, patrimonial o penal que pueda derivarse de tales infracciones.

(3). La potestad disciplinaria corresponde al servicio de salud en el que el interesado presta servicios al cometer la falta, con independencia del servicio de salud en el que inicialmente obtuvo su nombramiento. Las sanciones que, en su caso, se impongan tendrán validez y eficacia en todos los servicios de salud.

(4). Cuando de la instrucción de un expediente disciplinario resulte la existencia de indicios fundados de criminalidad, se suspenderá su tramitación poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

- (5). Los hechos declarados probados por resoluciones judiciales firmes vinculan a los servicios de salud.
- (6). Solo podrán sancionarse las acciones u omisiones que, al producirse, constituyan infracción disciplinaria. Las normas definidoras de infracciones y sanciones no serán susceptibles de aplicación analógica.
- (7). Entre la infracción cometida y la sanción impuesta deberá existir la adecuada proporcionalidad.
- (8). La cancelación de las sanciones disciplinarias impedirá la apreciación de reincidencia.

3. CLASES Y PRESCRIPCIÓN DE LAS FALTAS. (Artículo 72).

3.1. CLASES DE FALTAS

Las faltas disciplinarias pueden ser muy graves, graves o leves.

3.1.1. FALTAS MUY GRAVES

- El incumplimiento del deber de respeto a la Constitución o al respectivo Estatuto de Autonomía en el ejercicio de sus funciones.
- Toda actuación que suponga discriminación por razones ideológicas, morales, políticas, sindicales, de raza, lengua, género, religión o circunstancias económicas, personales o sociales, del personal y de los usuarios, o por la condición por la que estos accedan a las instituciones o centros sanitarios.
- El quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de los usuarios y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios.
- El abandono del servicio.
- La falta de asistencia durante más de cinco días continuados o la acumulación de siete faltas en dos meses sin autorización ni causa justificada.

- El notorio incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios.
- La desobediencia notoria y manifiesta a las órdenes o instrucciones de un superior directo, mediato o inmediato, emitidas por éste en el ejercicio de sus funciones, salvo que constituyan una infracción manifiesta y clara y terminante de un precepto de una ley o de otra disposición de carácter general.
- La notoria falta de rendimiento que comporte inhibición en el cumplimiento de sus funciones.
- La negativa a participar activamente en las medidas especiales adoptadas por las Administraciones públicas o servicios de salud cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.
- El incumplimiento de la obligación de atender los servicios esenciales establecidos en caso de huelga.
- La realización de actuaciones manifiestamente ilegales en el desempeño de sus funciones, cuando causen perjuicio grave a la Administración, a las instituciones y centros sanitarios o a los ciudadanos.
- El incumplimiento de las normas sobre incompatibilidades, cuando suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.
- La prevalencia de la condición de personal estatutario para obtener un beneficio indebido para sí o para terceros, y especialmente la exigencia o aceptación de compensación por quienes provean de servicios o materiales a los centros o instituciones.
- Los actos dirigidos a impedir o coartar el libre ejercicio de los derechos fundamentales, las libertades públicas y los derechos sindicales.
- La realización de actos encaminados a coartar el libre ejercicio del derecho de huelga o a impedir el adecuado funcionamiento de los servicios esenciales durante la misma.
- La grave agresión a cualquier persona con la que se relacionen en el ejercicio de sus funciones.
- El acoso sexual, cuando suponga agresión o chantaje.
- La exigencia de cualquier tipo de compensación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.
- La utilización de los locales, instalaciones o equipamiento de las instituciones, centros o servicios de salud para la realización de actividades o

funciones ajenas a dichos servicios.

- La inducción directa a la comisión de una falta muy grave y la cooperación con un acto sin el cual no se habría cometido.
- El exceso arbitrario en el uso de autoridad que cause perjuicio grave al personal subordinado o al servicio.
- La negativa expresa a hacer uso de los medios de protección disponibles y seguir las recomendaciones establecidas para la prevención de riesgos laborales, así como la negligencia en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.

3.1.2. FALTAS GRAVES

- La falta de obediencia debida a los superiores.
- El abuso de autoridad en el ejercicio de sus funciones.
- El incumplimiento de sus funciones o de las normas reguladoras del funcionamiento de los servicios cuando no constituya falta muy grave.
- La grave desconsideración con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.
- El acoso sexual, cuando el sujeto activo del acoso cree con su conducta un entorno laboral intimidatorio, hostil o humillante para la persona que es objeto del mismo.
- Los daños o el deterioro en las instalaciones, equipamiento, instrumental o documentación, cuando se produzcan por negligencia inexcusable.
- La falta de rendimiento que afecte al normal funcionamiento de los servicios y no constituya falta muy grave.
- El incumplimiento de los plazos u otras disposiciones de procedimiento en materia de incompatibilidades, cuando no suponga el mantenimiento de una situación de incompatibilidad.
- El incumplimiento injustificado de la jornada de trabajo que, acumulado, suponga más de 20 horas al mes.
- Las acciones u omisiones dirigidas a evadir los sistemas de control de horarios o a impedir que sean detectados los incumplimientos injustificados de la

jornada de trabajo.

- La falta injustificada de asistencia durante más de tres días continuados, o la acumulación de cinco faltas en dos meses, computados desde la primera falta, cuando no constituyan falta muy grave.
- La aceptación de cualquier tipo de contraprestación por los servicios prestados a los usuarios de los servicios de salud.
- La negligencia en la utilización de los medios disponibles y en el seguimiento de las normas para la prevención de riesgos laborales, cuando haya información y formación adecuadas y los medios técnicos indicados, así como el descuido en el cumplimiento de las disposiciones sobre seguridad y salud en el trabajo por parte de quien no tuviera la responsabilidad de hacerlas cumplir o de establecer los medios adecuados de protección.
- La comisión de faltas muy graves encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de una falta grave y la cooperación con un acto sin el cual no se habría cometido.

3.1.3. FALTAS LEVES

- El incumplimiento injustificado del horario o jornada de trabajo, cuando no constituya falta grave.
- La falta de asistencia injustificada cuando no constituya falta grave o muy grave.
- La incorrección con los superiores, compañeros, subordinados o usuarios.
- El descuido o negligencia en el cumplimiento de sus funciones cuando no afecte a los servicios de salud, Administración o usuarios.
- El descuido en el cumplimiento de las disposiciones expresas sobre seguridad y salud.
- El incumplimiento de sus deberes u obligaciones, cuando no constituya falta grave o muy grave.
- El encubrimiento, consentimiento o cooperación con cualquier acto a la comisión de faltas graves.
- Las comunidades autónomas podrán, por norma con rango de ley, establecer otras faltas además de las tipificadas en los apartados anteriores.

3.2. PRESCRIPCIÓN DE FALTAS.

- Las faltas muy graves prescribirán a los cuatro años.
- Las graves a los dos años.
- Las leves a los seis meses.

El plazo de prescripción comenzará a contarse desde que la falta se hubiera cometido y se interrumpirá desde la notificación del acuerdo de iniciación del procedimiento disciplinario, volviendo a correr de nuevo si éste estuviera paralizado más de tres meses por causa no imputable al interesado.

4. CLASES, ANOTACIÓN, PRESCRIPCIÓN Y CANCELACIÓN DE LAS SANCIONES. (Artículo 73).

- (1). Las faltas serán corregidas con las siguientes sanciones:

4.1. SEPARACIÓN DEL SERVICIO.

Se impondrá por faltas muy graves y esta sanción comportará la pérdida de la condición de personal estatutario.

Durante los seis años siguientes a su ejecución, el interesado no podrá concurrir a las pruebas de selección para la obtención de la condición de personal estatutario fijo, ni prestar servicios como personal estatutario temporal.

Igualmente, durante dicho período, no podrá prestar servicios en ninguna Administración pública ni en los organismos públicos o en las entidades de derecho público dependientes o vinculadas a ellas ni en las entidades públicas sujetas a derecho privado y fundaciones sanitarias.

4.2. TRASLADO FORZOSO CON CAMBIO DE LOCALIDAD.

Podrá imponerse como consecuencia de faltas muy graves. No tendrán derecho a indemnización, con prohibición temporal de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse a la localidad de procedencia hasta un máximo de cuatro años.

4.3. SUSPENSIÓN DE FUNCIONES.

Si esta sanción se impone por faltas muy graves, no podrá superar los seis años ni será inferior a los dos años.

Si se impusiera por faltas graves, no superará los dos años. Si la suspensión no supera los seis meses, el interesado no perderá su destino.

4.3. TRASLADO FORZOSO A OTRA INSTITUCIÓN O CENTRO SIN CAMBIO DE LOCALIDAD.

Esta sanción podrá imponerse como consecuencia de faltas graves. Tendrán prohibición temporal, hasta un máximo de dos años, de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse al centro de procedencia.

4.4. APERCIBIMIENTO.

Se impondrá por faltas leves y será siempre por escrito.

(2). Las comunidades autónomas, por la norma que en cada caso proceda, podrán establecer otras sanciones o sustituir las indicadas en el apartado anterior.

(3). La determinación concreta de la sanción, dentro de la graduación que se establece en el apartado (1), se efectuará tomando en consideración el grado de

intencionalidad, descuido o negligencia que se revele en la conducta, el daño al interés público, cuantificándolo en términos económicos cuando sea posible, y la reiteración o reincidencia.

(4). Las sanciones impuestas prescribirán:

- Por faltas muy graves a los cuatro años.
- Por faltas graves a los dos años.
- Las faltas leves a los seis meses.

El plazo de prescripción comenzará a contarse desde la firmeza de la resolución sancionadora o desde que se quebrante el cumplimiento de la sanción cuando su ejecución ya hubiera comenzado. Se interrumpirá cuando se inicie, con conocimiento del interesado, el procedimiento de ejecución de la sanción impuesta y volverá a correr de nuevo si el procedimiento se paraliza durante más de seis meses por causa no imputable al interesado.

(5). Las sanciones disciplinarias firmes que se impongan al personal estatutario se anotarán en su expediente personal. Las anotaciones se cancelarán de oficio conforme a los siguientes periodos, computados desde el cumplimiento de la sanción:

- Cuatro años para las sanciones impuestas por faltas muy graves.
- Dos años para las sanciones impuestas por faltas graves.
- Seis meses para las sanciones impuestas por faltas leves.

(6). En ningún caso se computarán a efectos de reincidencia las anotaciones canceladas.

5. PROCEDIMIENTO DISCIPLINARIO. (ARTÍCULO 74).

(1). No podrá imponerse sanción por la comisión de faltas muy graves o graves, sino mediante el procedimiento establecido en la correspondiente Administración pública.

Para la imposición de sanciones por faltas leves no será preceptiva la previa instrucción del procedimiento a que se refiere el párrafo anterior, salvo el trámite de audiencia al inculpado, que deberá evacuarse en todo caso.

(2). El procedimiento disciplinario se ajustará, en todos los servicios de salud, a los principios de celeridad, inmediatez y economía procesal, y deberá garantizar al interesado, además de los reconocidos en el artículo 35 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, los siguientes derechos:

- A la presunción de inocencia.
- A ser notificado del nombramiento de instructor y, en su caso, secretario, así como a recusar a los mismos.
- A ser notificado de los hechos imputados, de la infracción que constituyan y de las sanciones que, en su caso, puedan imponerse, así como de la resolución sancionadora.
- A formular alegaciones en cualquier fase del procedimiento.
- A proponer cuantas pruebas sean adecuadas para la determinación de los hechos.
- A ser asesorado y asistido por los representantes sindicales.
- A actuar asistido de letrado.

6. MEDIDAS PROVISIONALES. (Artículo 75).

(1). Como medida cautelar, y durante la tramitación de un expediente disciplinario por falta grave o muy grave o de un expediente judicial, podrá acordarse mediante resolución motivada la suspensión provisional de funciones del interesado.

(2). Cuando la suspensión provisional se produzca como consecuencia de expediente disciplinario, no podrá exceder de seis meses, salvo paralización del procedimiento imputable al interesado.

Durante la suspensión provisional, el interesado percibirá las retribuciones básicas. No se le acreditará haber alguno en caso de incomparecencia en el procedimiento.

Si el expediente finaliza con la sanción de separación del servicio o con la de suspensión de funciones, sus efectos se retrotraerán a la fecha de inicio de la suspensión provisional.

Si el expediente no termina con la suspensión de funciones ni se produce la separación del servicio, el interesado se reincorporará al servicio activo según se establezca en la resolución y tendrá derecho a percibir las retribuciones básicas y complementarias, incluidas las variables que hubieran podido corresponder.

(3). Se podrá acordar la suspensión provisional, como medida cautelar, cuando se hubiera dictado auto de procesamiento o de apertura de juicio oral conforme a las normas procesales penales, cualquiera que sea la causa del mismo.

En este caso, la duración de la suspensión provisional se extenderá, como máximo, hasta la resolución del procedimiento y el interesado tendrá derecho a la percepción de las retribuciones básicas en las condiciones previstas en el apartado anterior.

(4). Procederá la declaración de la suspensión provisional, sin percepción de retribuciones, por la tramitación de un procedimiento judicial y durante el tiempo que se extienda la prisión provisional u otras medidas decretadas por el juez, si determinan la imposibilidad de desempeñar funciones derivadas del nombramiento por más de cinco días consecutivos.

(5). Las comunidades autónomas, mediante la norma que resulte procedente, podrán establecer otras medidas provisionales para los supuestos previstos en este artículo.

7. CONCLUSIÓN

La Ley 55/2003 viene a establecer ese Estatuto Marco al que hace referencia la Ley 14/1986, General de Sanidad.

El régimen disciplinario del personal estatutario de los servicios de salud queda reflejado en el Capítulo XII de la Ley 55/2003, de 16 diciembre, en su Estatuto Marco.

8. REFERENCIAS

1. https://www.google.com/search?q=ley+55%2F2003+de+16+de+diciembre+del+estatuto+marco+del+personal+estatutario+de+los+servicios+de+salud&rlz=1C1GCEA_enES1054ES1054 &sourceid=chrome&ie=UTF-8
2. <https://www.colmedjaen.es/legislaciones/ley-552003-del-estatuto-marco-del-personal- estatutario-de-los-servicios-de-salud>
3. <https://boe.gob.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101&p=20151015&tn=2>
4. <https://www.formacurae.es/wp-content/uploads/2019/12/Tema-3.-EM-y-EBEP-1.pdf>

CAPÍTULO 13

RIESGO DE INCENDIO EN UN CENTRO SANITARIO

M^a Dolores Alonso Vior, Isabel M^a Alonso Fernández

Isabel M^a Alonso Fernández, M^a Dolores Alonso Vior

1 Introducción

El riesgo de incendio, puede originarse en centros sanitarios, durante el desarrollo de nuestro trabajo, bien sea por sus características, la estructura o la concentración de materiales y productos inflamables, así como por causas eléctricas o térmicas.

En caso de incendio, existen daños que varían según el tipo de fuego que se produzca, el cual puede ocasionar asfixia, intoxicación por inhalar el humo, quemaduras, múltiples lesiones, etc. Llegando incluso a desencadenar la muerte por asfixia o por quemaduras graves.

La normativa que está vigente en materia de Prevención de Riesgos Laborales, obliga al empresario a una acción permanente de seguimiento de la actividad preventiva; con el fin de perfeccionar de manera continua las actividades de identificación, evaluación continua de todos los puestos (médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio, técnicos en radiodiagnóstico, técnicos en cuidados de auxiliar de Enfermería, pinches de cocina, celadores, etc) y control de los riesgos que no se hayan podido evitar, disponiendo lo necesario para adaptar las medidas de prevención necesarias dentro del centro sanitario; como es el plan de incendios.

2 Objetivos

- Tratar de definir la forma más efectiva de prevención de incendio.
- Analizar las posibles medidas preventivas para mejorar las condiciones de seguridad y salud de los trabajadores y usuarios, así como de las medidas preventivas a tomar, para minimizar las consecuencias ante un incendio en un centro sanitario.

3 Metodología

Se ha tenido en cuenta la normativa existente ley 31/1995 de 8 de noviembre, así como el Real Decreto 2267/2004, de 3 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de seguridad contra incendios en los establecimientos. Normativa del CTE (código técnico de edificación).y el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia.

Hemos consultado publicaciones procedentes de Medline, PubMed y Scielo.

A su vez hemos buscado las siguientes palabras clave, riesgos en trabajos sanitarios, fuego en hospitales, incendio, prevención de incendios, detección de incendios.

4 Resultados

El uso de materiales combustibles en el sector sanitario provoca a menudo; fuegos no deseados, que pueden causar numerosas lesiones y daños tanto a los usuarios como al personal sanitario.

El incendio es el resultado de una reacción química entre un combustible y el oxígeno. Para su inicio necesita de un aporte de energía de activación o calor, que a su vez genera unos productos de combustión junto a mucho más calor que el precisado inicialmente.

En este sentido, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales aparte de regular el conjunto de derechos y obligaciones derivados del derecho básico de protección de los trabajadores, también, regula las actuaciones a desarrollar en situaciones de emergencia.

Así, en concreto, el artículo 20 de dicha Ley establece la obligación del empresario de analizar las posibles situaciones de emergencia y adoptar las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación

de los trabajadores, designando para ello al personal encargado de poner en práctica estas medidas y comprobando periódicamente su correcto funcionamiento.

Independientemente de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, se establece el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia. Dicha norma determina que en el sector sanitario por su potencial peligrosidad, importancia y posibles efectos perjudiciales sobre la población, el medio ambiente y los bienes, debe tener un tratamiento singular. De manera que existe una normativa sectorial específica para los establecimientos sanitarios como es la Orden de 24 de octubre de 1979, sobre protección anti incendios en establecimientos Sanitarios.

En la evolución de un incendio se pueden diferenciar cuatro fases diferentes cuya duración está relacionada con el combustible (sólido, líquido o gas) que se encuentra inmerso.

1ª Fase incipiente: el fuego está latente pero no produce humo visible. Existen desprendimientos de partículas que son transportadas por aire, no obstante, no pueden observarse por el ojo humano. No hay llamas.

2ª Fase latente: existen humos visibles y grandes desprendimientos de partículas. Fase latente donde aún no hay llamas. Volátiles.

3ª Fase de llama: se establece en atmósferas propicias en las que la proporción del oxígeno se acerca bastante al 20%. Las llamas se desarrollan con suma rapidez.

4ª Fase de calor: se producen grandes desprendimientos de calor que van acompañados de humos y gases tóxicos. En esta fase es donde se consolida el fuego.

Para prevenir que se inicie el incendio, hay que evitar que se constituya el “tetraedro del fuego”, el cual se da en caso de coincidir en el mismo espacio y momento; combustible, comburente, energía de activación y reacción en cadena.

Por otro lado existe diferencias en el tiempo de propagación de un incendio, este varía en función del tipo de combustible o energía de activación. De hecho existen diferentes tipos de fuegos en función del factor del fuego que los produce y, en consecuencia, las actuaciones para su control o protección pueden ser diferentes. Con carácter general, algunas normas para la prevención del riesgo de incendio en los centros sanitarios pueden ser:

- Conozca en todo momento su ubicación dentro de su centro de trabajo.
- Ubique las salidas de emergencia y manténgase siempre despejadas.
- Mantenga limpio y ordenado su lugar de trabajo.

- No acumule materiales, papeles, prendas de vestir, u otros objetos, sobre las máquinas en funcionamiento o sobre objetos que desprendan calor.
- No sobrecargue las líneas eléctricas.
- Evite las conexiones y la situación de aparatos eléctricos junto a las cortinas u otros elementos combustibles.
- No manipule los enchufes.
- Desconecte los aparatos e instrumentos eléctricos una vez haya acabado su función.
- No almacene productos inflamables.
- Avise al personal responsable si detecta cualquier anomalía.
- Conozca la ubicación de los extintores y su funcionamiento.
- Infórmese sobre los medios de extinción disponibles y su localización.
- Conozca la señalización y uso de los medios de protección contra incendios y nunca coloque obstáculos que impidan la visibilidad de los mismos.

Las medidas preventivas sobre la reacción en cadena, para evitar la propagación del incendio, están muy limitadas técnicamente a causa de que se deberá de actuar sobre el combustible. De manera que se deberá de impedir la combustión del combustible, mediante la superposición física o química de compuestos que dificulten la propagación en su origen y que actúan como inhibidores.

Por ejemplo los trabajos de reparación y mantenimiento; en ocasiones generan chispas o llama que al alcanzar material combustible o inflamable, producen incendios, la precaución está en separar estos factores e impedir la combustión, si no se puede impedir la combustión, hay que intentar extinguirlo, lo antes posible: son cuatro los métodos para extinguir el fuego, aunque en algunas situaciones se emplean más de un método al mismo tiempo (mixtos)según el agente extintor utilizado y la forma de aplicarlo. Estos son los métodos:

1. Enfriamiento o refrigeración: eliminación de calor.
2. Sofocación: eliminación o separación del comburente (recubrimiento, proyección de gas inerte).
3. Desalimentación: eliminación del combustible.
4. Inhibición: interrupción de la reacción en cadena.

Cuanto antes sea la actuación al descubrir y avisar de la existencia de un

incendio, menos daños va a ocasionar, por eso es bueno invertir en unos buenos sistemas de detección y alarmas de incendios. La detección de un incendio se puede realizar por:

- Detección humana: los usuarios del centro sanitario o los propios trabajadores detectan el incendio y avisan a estos. En consecuencia, es imprescindible una correcta formación del personal del ámbito sanitario en materia de incendio pues es el primer y principal eslabón del plan de emergencia.
- Detección automática: instalaciones fijas de detección de incendios que permiten la detección automática del incendio instantáneamente da las señales de alarma para la puesta en marcha del Plan de Emergencia.
- Sistemas mixtos.

Es fundamental detectar con rapidez los incendios para evitar la propagación de los mismos y sus consecuencias. Precisamente, un sistema de detección automática, en general, se caracterizan por la rapidez de detección, si bien también puede tener detecciones erróneas.

En caso de detección de incendios, son varias las acciones que permiten reducir las graves consecuencias que pueden generar el incendio:

- Proteger, prioritariamente a nosotros mismos. Es importante asegurarnos de que no nos exponemos a ningún peligro y después debemos asegurar la zona.
- Avisar o alertar de forma rápida y poner en acción a los equipos de intervención.
- Mantener la calma.
- Difundir la alarma para la evacuación de los ocupantes, usuarios, pacientes, etc.
- Si considera posible el control del fuego, intente apagarlo.
- Apoyo, recepción, información y colaboración con el cuerpo de bomberos y el servicio de emergencias.

PAS: 1º - PROTEGER, 2º - AVISAR, 3º - SOCORRER

En caso de evacuación del centro de trabajo por un incendio, deberemos de actuar de la siguiente forma:

- Deje lo que esté haciendo y prepárese para abandonar el centro.
- Mantenga la calma. Es muy importante mantener la calma.
- Actúe ordenadamente, sin correr pero con rapidez.

- No actúe por su cuenta, seguir las instrucciones que se les aporte el personal asignado para emergencias.
- No utilices el ascensor, puesto que puede hacer de chimenea en el incendio.
- Baje las escalera pegado a la pared y dejando espacio para los equipos de salvamento.
- Si tiene pacientes a su cargo:
 - . Informales de la necesidad de abandonar el Centro.. Utilice los medios que se encuentren a su alcance para el desplazamiento de los enfermos con discapacidad motriz (sillas de ruedas, camas móviles, etc.).
 - Colabore en la evacuación de pacientes dirigiéndose hacia una salida de emergencia.
- Diríjase al punto de reunión o encuentro que le haya indicado el personal encargado. Medios técnicos de lucha contra incendios:

Las actuaciones para extinguir un incendio parten de la contribución de un agente que provoca la fractura del “tetraedro del fuego”, es decir, la extinción de incendios está basada en la eliminación de uno o más de los factores mediante un agente extintor.

Existen varias sustancias proyectadas sobre un fuego que se pueden utilizar en la lucha contra incendios, a los cuales denominamos agentes extintores. Los que se utilizan más frecuentemente son: agua, espuma, polvos, anhídrido carbónico y halones.

1º Los extintores son equipos portátiles comunes en cualquier centro de trabajo, local comercial, etc. Ahora bien, su eficacia depende de la aptitud para hacer frente a una o varias clases de fuego normalizadas (A, B, C, D). Los extintores de incendio, son un medio adecuado de combatir el fuego en su etapa de inicio, ya que tienen una limitada capacidad, son útiles para conatos de incendio pero no son capaces de combatir fuegos o incendios generalizados.

2º Las instalaciones fijas de lucha contra incendios proporcionan una gran capacidad De extinción y permiten la intervención sobre fuegos que han pasado de sus primeras Fases del incendio.

Los edificios, establecimientos y las zonas cuyos usos se encuentran relacionados con el sector sanitario, como hospitales, es obligatorio estar protegidos por unas instalaciones equipadas con bocas de incendio (BIE).

Los trabajadores deben de conocer y participar en el Plan de Emergencias del centro Sanitario. En este sentido, se define como "El conjunto de actividades y

medios destinados para que las personas que puedan ser afectadas por un siniestro o emergencia sepan coordinar sus esfuerzos con el fin de minimizar las consecuencias del mismo". Así, su objetivo fundamental es evitar la improvisación en situaciones de incendio, requiriendo un documento en el que se plasme la organización, los medios materiales disponibles y las actuaciones a desarrollar según los casos.

El sector sanitario donde el nivel de riesgos graves es elevado debido a la presencia de determinadas sustancias peligrosas, se concretó la creación e implementación de carácter obligatorio de un Plan de Emergencias mediante la Orden de 24 de octubre de 1979, sobre protección anti incendios en establecimientos sanitarios.

Concretamente, se establece que se deberá de evaluar y determinar dentro de cada centro:

- Analizar las posibles situaciones de emergencia.
- Adoptar las medidas necesarias en materia de:
 - Primeros auxilios.
 - Lucha contra incendios.
 - Evacuación de los trabajadores.
- Designar el personal encargado de poner en práctica estas medidas, siempre y cuando posean formación necesaria.
- Comprobar periódicamente su correcto funcionamiento y que se disponga del material adecuado.

5 Discusión-Conclusión

Establecer unas buenas medidas de prevención y protección contra incendios es primordial, puesto que existen dentro del hospital, circunstancias como pueden ser las actividades de reparación y mantenimiento, o la actividad en las cocinas con altas temperaturas capaces de producir un incendio, por ello mantener una adecuada separación de materiales peligrosos, protección, almacenamiento adecuado y mantenimiento tanto en los equipos como en la limpieza y orden de trabajo del personal ayudará a disminuir el riesgo de incendio. Y evitar que se produzca. En el caso de producirse el adiestramiento del personal del hospital es clave para obtener unos resultados muy positivos en la ejecución e implantación del plan de incendios del hospital.

Realizar simulacros de incendios, al menos una vez al año proporciona una formación y entrenamiento muy útil a la hora de afrontar un posible incendio con más seguridad, puesto que siendo conocedores podemos mitigar los efectos y restarle intensidad al riesgo en el incendio.

6 Bibliografía

- <http://www.seguridad-laboral.es>
- <http://cidbimena.desastres.hn/docum/ops/publicaciones/049s/049s.10.htm>

CAPÍTULO 14

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

M^a Dolores Alonso Vior, Isabel M^a Alonso Fernández

M^a Dolores Alonso Vior, Isabel M^a Alonso Fernández

1 Introducción

Las tecnologías de la información (TICs) nacen de los avances en la informática y las telecomunicaciones, representados sobre todo por el ordenador y el internet.

La distribución a prácticamente cualquier lugar de la informática y las telecomunicaciones ha llevado el mundo hacia un mundo digital y ha hecho aparecer la sociedad del conocimiento y la información de la que ya formamos parte.

El uso de las TICs en el sector sanitario está más retrasado que en otros sectores de la sociedad, quizás debido a la velocidad en el avance de las mismas y el volumen de recursos que requeriría el avance del sistema sanitario a una velocidad similar, aunque la introducción homogénea y ordenada redundaría en una mejora en la asistencia sanitaria al favorecer que los diferentes sistemas de información distribuidos en las diferentes organizaciones sanitarias sean compatibles entre sí garantizando una adecuada distribución de los datos.

El principal núcleo de información es la sanidad lo constituyen las historias clínicas que con la aparición e implementación en la sanidad de las TICs se ha convertido en muchos casos en la historia clínica electrónica. La historia clínica electrónica recoge, al igual que la historia clínica clásica, el registro de la relación entre el usuario y los profesionales que lo asisten en el proceso de la atención sanitaria y consiste en el uso de las TICs para pasar de los registros de estos datos en papel a un concepto más amplio ya que la historia clínica electrónica, además del registro cronológico de todos los datos en relación con la salud de una persona, preventivos y asistenciales, desde su nacimiento hasta su fallecimiento, incluyendo las historias de atención primaria y de atención especializada, recoge y unifica datos de áreas diversas, que pueden ser consultados en lugares diferentes al de recogida o almacenaje, permitiendo el acceso a la práctica totalidad de los datos recogidos del usuario sin tener en cuenta el ámbito de recogida y evitando así la monopolización de datos. La historia clínica digital también da respuesta a los cambios en la propia asistencia sanitaria, que ya no solo recoge información médica durante los estados patológicos de cada usuario, sino que de acuerdo al modelo interdisciplinario del sistema sanitario actual recoge información clínica e información complementaria a esta como puede ser la información socio-sanitaria.

No cabe duda de que la historia clínica electrónica es más versátil y se adapta mejor a las características actuales del sistema sanitario pero la informatización del ingente volumen de datos que genera el sistema sanitario y la sensibilidad de los datos que alberga, supone una enorme complejidad no exenta de riesgos, de hecho la seguridad de la información sensible que se introduce, almacena y distribuye mediante el uso de la historia clínica electrónica es uno de los mayores retos a los que se enfrenta el sistema sanitario con el uso de las TICs.

2 Objetivos

- Informar sobre las características de la historia clínica electrónica.
- Favorecer la integración y aceptación de este tipo de historia clínica mediante el conocimiento de la misma.
- Dar a conocer las ventajas e inconvenientes de la historia clínica electrónica.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en las bases de datos PubMed, Cuiden plus, ClinicalKey y CINAHL, en Castellano e Inglés, que trate sobre la historia clínica electrónica, de su funcionamiento y de sus ventajas e inconvenientes, usando para ello las palabras clave: Historia clínica electrónica (Electronic health record), Informatización de la información sanitaria (Computerization of health information), Sistemas de comunicación (Communication systems) y Seguridad de la información (Information safety) y usando el operador booleano AND.

4 Resultados

Teniendo en cuenta que la Historia clínica electrónica es el método más versátil y que mejor se adapta al funcionamiento actual de los sistemas de salud parece necesario conocer sus ventajas para detectar los puntos fuertes que se pueden desarrollar para tender a la excelencia en la asistencia sanitaria, a la vez que se tienen en cuenta sus desventajas para establecer medidas que minimicen sus efectos.

Ventajas:

- Facilita el análisis inteligente de los datos clínicos.
- Facilita la investigación y la docencia.
- Sencilla recuperación de datos.
- Mayor uniformidad en el registro de datos que en la historia en papel.
- Legibilidad absoluta e inalterabilidad.
- Control de acceso a la información contenida.
- Mejora en el modo de compartir datos, sobre todo entre organizaciones o sistemas sanitarios.
- Permite incorporar imágenes digitales a la historia.
- Permite incorporar sistemas de ayuda a la toma de decisiones clínicas.
- Mejora la seguridad en la prescripción de medicamentos.
- Facilita una gestión integral del paciente y permite una trazabilidad de las actuaciones.
- Facilita la evaluación y el control institucional.
- Evita gastos de imprenta.

Desventajas:

- Los sistemas de almacenaje de la información son de gran tamaño, poco flexibles y difíciles de mantener.
- Si falla el sistema de almacenaje generalmente falla todo.
- Compartir información entre organizaciones o sistemas sanitarios aun supone un reto debido a la escasez de estándares comunes.
- Accesibilidad dependiente de recursos tecnológicos.

- Pérdida de la relación personal profesional/paciente.
- Riesgo de pérdida confidencialidad.
- Personas ajenas a la salud, como el personal dedicado a la informática, tienen acceso a los datos y tienen el control de los mismos.
- Necesidad de seguridad en la custodia de datos informatizados debido a la vulnerabilidad a software malignos.
- Necesidad de dar formación específica para su manejo al personal sanitario
- Requiere el uso de tecnología.

5 Discusión-Conclusión

La historia clínica electrónica mantiene un registro adecuado de los datos de los usuarios que facilita una mayor capacidad de almacenamiento de información, un mejor acceso a los mismos, facilidad en la recuperación de datos para la docencia y la investigación o la mejora en la seguridad en su tratamiento. No obstante existen riesgos de vulneración de la confidencialidad y la protección de datos, hechos que deben ser tenidos en cuenta para centrar esfuerzos y recursos en evitar tales vulneraciones de derechos.

Parece que para evitar la vulneración de derecho y hacer de la historia clínica electrónica una herramienta que mejore la calidad de la asistencia sanitaria aun es necesario crear y utilizar estándares que faciliten el comparto de información a nivel global para garantizar una adecuada atención sanitaria en una sociedad global en la que los usuarios disponen de una movilidad cada vez mayor, ya que la asistencia sanitaria centrada en el usuario debe garantizar que los datos no solo estén disponibles allí donde esté el usuario, sino que su modo de recogida y almacenamiento sea tan similar que cualquier profesional sepa dónde buscar cada dato, agilizando el acceso a la información.

Parece que la introducción de la historia clínica electrónica en España ya es un hecho, pero si esto ya parece haber supuesto una revolución, la verdadera revolución podría llegar si se establecen medidas adecuadas para minimizar el efecto de las desventajas y se potencian sus ventajas, de tal modo que la historia clínica electrónica pase a ser un sistema global que unifique la inclusión, clasificación y gestión de los datos sanitarios, estando estos siempre a disposición de las necesidades de asistencia del usuario, sean estas cuales sean y se produzcan donde se produzcan.

6 Bibliografía

1. Alonso-Sánchez A, Iraburu M, Saldaña ML; De-Pedro-Montalbán MT. Implantación de una historia clínica informatizada: encuesta sobre el grado de utilización y satisfacción en un hospital terciario. *An del sist de nav.* 2004; 27(2): 233-239.
2. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin.* 2002; 118(1): 18-37.
3. Ponseti-Socias M. Experiencia de las TIC en el Hospital Son Llátcer. *Todo hospital.* 2008; 248: 387-397.
4. Altés J. Papel de las tecnologías de la información y la comunicación en la medicina actual. *Sem Fund Esp Reumatolog.* 2013; 14(2): 31-35.
5. González Cocina E, Pérez Torres F. La historia clínica electrónica. Revisión y análisis de la actualidad. *Diraya: la historia de salud electrónica de Andalucía. Rev Esp Cardiol.* 2007; 7(3): 37-46.
6. Páez Borda A, Redondo González E, Sáenz Medina J, Fernández Matarroso L, Marín Valero M, et al. Nuevas posibilidades organizativas en la era de la historia clínica electrónica. *Actas Urol Esp.* 2009; 33(10): 1046-1049.
7. Aleixandre-Benavent R, Ferrer-Sapena A, Peset F. Informatización de la historia clínica en España. *El profesional de la información.* 2010; 19(3): 231-239.
8. Carrión Señor I, Fernández Alemán J, Toval A. Gestión del control de acceso en historiales clínicos electrónicos: revisión sistemática de la literatura. *Gac Sanit.* 2012; 26(5): 463-468.

CAPÍTULO 15

LA PROTECCIÓN DE DATOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

M^a Dolores Alonso Vior, Isabel M^a Alonso Fernández

M^a Dolores Alonso Vior Isabel M^a Alonso Fernández

1 Introducción

Las funciones administrativas que se desarrollan en un centro sanitario, presenta unas peculiaridades distintas a las realizadas en cualquier otro entorno administrativo. Se entiende por sistema sanitario el conjunto de instituciones, personal especializado y equipamiento que está destinado a la promoción, protección y restauración de la salud de individuos, colectividades y su entorno.

La OMS lo define como un conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a la salud en los hogares, los lugares de trabajo y las comunidades, así como en el medio ambiente físico y psicosocial, y en el sector de la salud y otros sectores afines. Añade la OMS que para que un sistema sanitario sea óptimo debe caracterizarse por:

- Dar cobertura a toda la población, sin distinciones, es decir, ser universal.
- Ofrecer una atención integral que no solo se centre en la asistencia, sino que contemple la promoción, prevención y rehabilitación.
- Distribuir equitativamente sus recursos. • Ser eficiente, no solamente eficaz, lo que implica mejorar las prestaciones y en general, el nivel de salud de la población al menor coste posible.
- Ser flexible para ser capaz de dar respuestas acertadas y rápidas a cualquier nueva necesidad
- Permitir la participación real de la población de la planificación y gestión del propio sistema sanitario.

Además de estos rasgos propuestos por la OMS, numerosos expertos añaden que un sistema sanitario debe ser plenamente accesible, eficiente desde los puntos de vista micro y macro económicos y capaz de satisfacer a sus usuarios.

Por todo ello, se puede decir que un sistema sanitario es uno de los mejores indicadores del nivel de desarrollo de un país y grado de bienestar de que disfrutaban sus habitantes.

Analizando un poco la historia, vemos que la idea de un sistema sanitario es relativamente reciente, ya que prácticamente hasta el siglo XIX se basaba en el trato directo entre el enfermo y el médico. Las cosas empezaron a cambiar con el avance científico, y sobre todo con los cambios sociales que trajo consigo la Revolución Industrial.

Esta supuso la aparición de toda una clase social: el proletariado, que para sobrevivir dependía exclusivamente del salario obtenido por su trabajo, por lo que si enfermaban quedaba toda la familia en una situación de absoluto desamparo.

Fue una de las primeras reivindicaciones de esta nueva clase obrera, y para dar respuesta a ello, en 1883 el canciller alemán Bismarck creó el primer seguro obligatorio. Así se creaba una red de asistencia sanitaria controlada por el Estado, que era la única autoridad sanitaria.

Aunque muy limitado, hoy se entiende que éste fue el origen de los actuales sistemas de sanidad pública de países como Alemania, Francia y Austria. Más tarde, en 1948, con el llamado Informe Beveridge aparece en el Reino Unido un modelo de sistema sanitario en el que la sanidad es pública y financiada con cargo a los presupuestos del Estado, reservándose el Estado la capacidad normativa, la planificación sanitaria y la salud pública. Los servicios sanitarios se prestan en condiciones de universalidad, equidad y gratuidad. En la actualidad, es también el modelo que siguen, por ejemplo, Italia, España, Portugal y los países nórdicos. Siguiendo los modelos, desde el punto de vista de la propiedad y dirección de los sistemas sanitarios, éstos pueden ser:

- Público: formado por el conjunto de servicios sanitarios pertenecientes y dependientes de las distintas administraciones públicas. Como tal, se encarga de desarrollar las políticas de salud de esos poderes públicos.
- Privado. Lo integran servicios sanitarios que dependen de empresas privadas.
- Y podría hablarse de un tercer tipo, el mixto, que sería el que se da en España y en la mayor parte de los países de nuestro entorno, en el que la sanidad pública y privada coexisten.

El panorama de la sanidad en España a principios del siglo XX no difería del de otros muchos países: quien disponía de recursos económicos acudía a la

medicina privada, quedando la asistencia sanitaria del resto de la población en manos de la beneficencia y de las organizaciones gremiales y religiosas. A partir de 1900, en que aparece el primer seguro social de la historia española, recogido en la Ley de Accidentes de Trabajo, los mecanismos de protección de protección social, organizados por los obreros y patronos empezaron a multiplicarse.

En 1908 aparece el Instituto Nacional de Previsión, que subsistiría hasta 1978. Era un organismo con personalidad administrativa y fondos propios distintos a los del Estado, aunque éste puso un capital inicial de garantía y aseguraba subvenciones anuales. Abarcaba los seguros de vejez, las pensiones de supervivencia, el seguro popular de vida y de renta, los seguros infantiles, los seguros de invalidez, accidentes, enfermedad y maternidad.

Las primeras colaboraciones del Estado con las asociaciones profesionales de médicos, farmacéuticos y matronas, aparecen en 1929 con el seguro obligatorio de maternidad que recoge prestaciones como las asistencias del embarazo y el parto.

El siguiente gran hito en la historia reciente del sistema sanitario español es la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) en 1942. Se trata de un seguro de salud de ámbito nacional, concebido para los trabajadores, sus familias y pensionistas. Entre las prestaciones que incluía estaba la enfermedad y maternidad.

En 1963, la Ley de Bases de la Seguridad Social implantó un Sistema sanitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación. En 1966, la Ley General de la Seguridad Social, reformada en 1974, en un sistema con tres niveles: ambulatorio, ambulatorio de especialidades, y hospitales. En 1978 la Constitución Española en su Título I (Derechos y Deberes Fundamentales), capítulo III (de los Principios Rectores de la Política Social y Económica), artículo 43, aparece el derecho de protección a la salud y la obligación de los poderes públicos a organizar la salud a través de medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios. También se exige a los poderes públicos el mantenimiento de un régimen público de seguridad social que garantice la asistencia y las prestaciones sociales a todos los ciudadanos especialmente en caso de desempleo. A partir de aquí se producirán grandes cambios en el sistema sanitario español.

Ese mismo año, se celebra una Conferencia Internacional sobre atención primaria de salud, en Ama-Ata (Kazajistán) en la que se cuestiona los sistemas sanitarios vigentes por costosos e ineficaces, y se propuso convertir la atención primaria dirigida a las comunidades en el eje de unos nuevos sistemas sanitarios. Es cuando se crea la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria, para la atención primaria de salud.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y analizar la perspectiva histórica del sistema sanitario español y sus orígenes.

Objetivos secundarios:

- Realizar un análisis de la definición que da la OMS al concepto de sistema sanitario y las funciones que le atribuye.
- Destacar la relevancia que supuso la Ley General de Sanidad en la formación del Sistema Nacional de Salud.
- Determinar las principales funciones y características del actual Sistema de Salud español.

3 Metodología

Investigación y revisión bibliográfica de diferentes fuentes, especialmente la Ley

14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad, que establece la regulación de las acciones encaminadas a la protección de la salud establecida en el artículo 43 de la Constitución Española.

4 Resultados

La LGS construía, de forma pragmática, el SNS a partir de la realidad existente y preveía dos procesos de integración en el SNS. El primero, relacionado con la concepción integral de la salud, creaba los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas (CCAA) y planteaba la integración en ellos de las políticas de salud y las de los servicios de atención.

Por primera vez en el sistema sanitario español se planteaba un abordaje integral uniendo la salud pública, la planificación sanitaria y los servicios asistenciales que habían estado tradicionalmente separados. El segundo proceso se refería a la integración de los diferentes subsistemas de cobertura con financiación pública. Los dos procesos son claramente diferentes. El primero, la creación de los Servicios de Salud, puede considerarse como la seña de identidad de un sistema orientado a la protección de la salud que utiliza sinérgicamente todos sus recursos y capacidades para ello. Este proceso aparentemente culminó en el año 2002, cuando se completaron las transferencias de la Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) a todas las CCAA.

El segundo, relacionado con la integración de los sistemas de protección sanitaria con financiación pública, era el proceso necesario para poder hablar del SNS como el sistema sanitario público en España, y se refiere a los conceptos de universalidad, financiación y organización del sistema, un sistema de todos para todos coherente en su organización con la estructura del Estado.

5 Discusión-Conclusión

Un Sistema Sanitario se define como el conjunto de instituciones, personal especializado y equipamiento que está destinado a la promoción, protección y restauración de la salud de los individuos, colectividades y su entorno. Debe dar cobertura universal, tener una concepción integral de la salud, hacer distribución equitativa de sus recursos, procurar eficiencia económica, flexibilidad y aceptación de la participación social.

Las funciones propias de un sistema sanitario son la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, la restauración de la salud y las funciones de servicio (administrativas, demográficas, docentes, de investigación, epidemiológicas...).

Basándose en el modelo alemán de Bismarck de finales del siglo XIX, el sistema sanitario español logra el primer hito con la aparición de los seguros sociales.

Posteriormente le seguiría la creación del Instituto Nacional de Previsión en 1919, la institución del Seguro Obligatorio de enfermedad en 1942, la Ley General de la Seguridad Social de 1966, la Ley General de Sanidad de 1986 con la aparición del Sistema nacional de Salud y la descentralización territorial del sistema.

El Sistema Nacional de Salud español integra a todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud, ya sean de la Administración del Estado o de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Es universal, descentralizado,

orientado a la atención integral de la salud, financiado con fondos públicos y con participación social.

La estructura fundamental del Sistema Nacional de Salud es el Área de Salud que se divide en Zonas Básicas de Salud. Un área integra dos niveles: la atención primaria de salud, desarrollada por equipos interdisciplinarios en centros de salud, y la atención especializada, realizada en hospitales.

6 Bibliografía

- Ley 14/1986 de 25 de abril, Ley General de Sanidad.
- Artículo 43 de la Constitución Española.
- Asistencia sanitaria y Seguridad social en España, Segovia de Arana, Jose María.
- Revista de Administración sanitaria. Siglo XXI.

CAPÍTULO 16

MOBBING: ¿CÓMO REPERCUTE ESTE FENÓMENO EN EL ÁMBITO SANITARIO?

Iván Caldevilla Patallo

Iván Caldevilla Patallo. Categoría profesional: Auxiliar Administrativo

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el término anglosajón *mobbing* es conocido por emplearse como sinónimo de acoso en el trabajo, aunque en su origen estuviese enfocado a otro ámbito de estudio. Es en 1971 cuando el etólogo Konrad Lorenz plasmando sus observaciones del mundo animal, utiliza esta terminología para referirse a los ataques que recibe un predador potencialmente peligroso ante una coalición de animales débiles que se siente amenazada.

A raíz de este planteamiento, algunos estudiosos, como fue el caso del doctor en psicología pedagógica Heinz Leymann, se empieza a aplicar este concepto en sus investigaciones; en su caso y por primera vez, este lo asimila a los lugares de trabajo, refiriéndose a él como una especie de hostigamiento que puede llegar a realizar un grupo de trabajadores, e incluso uno solo, en contra de otro trabajador (Leymann, 1982).

DESARROLLO

Esta extrapolación del concepto se emplea hoy en día para caracterizar una situación, cada vez más común en el ámbito laboral, que se basa principalmente en la reiteración de conductas ofensivas por parte de uno o varios de los compañeros de trabajo, con el objetivo de crear un cuadro de maltrato tanto físico como psicológico a otro compañero y conseguir que, de esta forma, este decida abandonar por cuenta propia su puesto en la empresa.

La NTP 854 del INSST recoge más concretamente la que muchos expertos consideran como la mejor definición de este fenómeno: Según esto, el *mobbing* consistiría en una “exposición a conductas de violencia psicológica, dirigidas de forma reiterada y prolongada en el tiempo hacia una o más personas por parte de otra u otras que actúan frente aquella o aquellas desde una posición de poder (no necesariamente jerárquica).

Dicha exposición se da en el marco de una relación laboral y supone un riesgo importante para la salud”.

Según esta definición, Iñaki Piñuel y Marie-France Hirigoyen proponen hasta 4 tipos de acoso diferentes:

1. El acoso horizontal que se ejercen compañeros de trabajo de una misma escala jerárquica, principalmente con el fin de obtener ventajas laborales.
2. El acoso vertical descendente que ejerce un superior jerárquico hacia un empleado.
3. El acoso vertical ascendente (menos común) que ejercen subordinados hacia su jefe; este fenómeno recibe el nombre de bossing, término proveniente del término boss, “jefe” en inglés.
4. El acoso mixto que es sufrido por un trabajador o grupo de ellos por parte de uno o varios trabajadores a la par que por su jefe.

Cada uno de ellos puede venir determinado por infinidad de causas, aunque sí que existe una serie de factores que tienden a ser los principales precursores de este tipo de situaciones. Mayormente, la falta de autoestima e inseguridad de los acosadores tiende a acabar repercutiendo en las víctimas a raíz de estas deficiencias; esto se debe a que ese sentimiento de inferioridad acaba provocando una consecución de celos y envidias que la víctima sufrirá por el mero hecho de poseer algún rasgo o cualidad que le hace destacar entre el resto de los compañeros (Piñuel y Zabala, 2001).

Las carencias emocionales tienden a ser el origen de varios de estos fenómenos tan dañinos entre la sociedad, tanto es así, que incluso llega a encontrarse en los niveles jerárquicos más altos; el abuso de poder se termina convirtiendo también en otra de las causas del mobbing. En este caso, las personas que poseen cargos superiores tienden a pagar sus frustraciones personales con aquellos que se encuentran en puestos o rangos inferiores, haciendo un uso indebido de su poder, exhibiendo su superioridad jerárquica y repercutiendo negativamente en todos aquellos que sufren esta distinción.

Existe también la posibilidad de que esta posición de poder no sea exclusivamente jerárquica, es decir, un acosador que trabaje en el mismo puesto de trabajo que su víctima puede sentirse superior a él y tratar de ejercer su acoso simplemente por factores relacionados, por ejemplo, con la antigüedad del trabajador en la empresa, la cercanía hacia los superiores jerárquicos, su carácter, su nivel académico o social, e incluso por su aspecto físico, entre otros muchos motivos.

En cuanto al caso del acoso horizontal, una de las causas que más favorece este hecho viene determinado por los tipos de clima laboral que se pueden llegar a desarrollar en los centros de trabajo; concretamente, en los que se haya establecido un ambiente hostil, como por ejemplo, a causa de la implantación de culturas empresariales con carácter competitivo que se acaban integrando a lo largo de todo el organigrama organizativo y que, por tanto, también acaba estableciendo estos casos de mobbing.

Centrándonos un poco más en el ámbito laboral que nos atañe, el mobbing no solo afecta negativamente a la salud física y psíquica del trabajador afectado, sino que también repercute de forma indirecta en la organización e incluso en los pacientes que necesitan de los servicios sanitarios.

Según el principal investigador español del fenómeno, Iñaki Piñuel y Zabala (2003), los primeros efectos de esta cadena los empieza a desarrollar un primer sujeto afectado por conductas abusivas; según se deteriora su integridad, este fenómeno acaba también haciendo mella en lo que se considera como “el trabajo en equipo” que toda organización ha de desempeñar para que los cometidos empresariales se cumplan; mermando así, la competitividad potencial de las empresas. Cuando se llega a este punto, este acoso llega incluso a tener efectos adversos en terceras personas, en este caso en los pacientes de los centros médicos donde esto se está experimentando, pues el trabajo pierde su eficiencia y no se cubren los niveles óptimos requeridos para garantizar una sanidad de calidad y que esta sea capaz de cumplir con las exigencias del sistema social.

Los problemas emergentes a partir de una situación de mobbing pueden derivar tanto en un ambiente hostil en el que ni la víctima ni el resto de trabajadores pueden desempeñar sus funciones hasta que esta incomodidad generada acabe perjudicando a los pacientes de formas muy dispares: desde no atender correctamente sus necesidades, hasta dar un mal diagnóstico; aunque, los ejemplos pueden ser muy variados y de gravedades muy superiores, como podría llegar a ser el caso de una incorrecta práctica en una intervención quirúrgica.

Cuando este abuso se alarga durante un periodo de tiempo superior a seis meses, el trabajador afectado puede llegar a desarrollar una serie de efectos en su salud física y psicológica como, por ejemplo:

- Cansancio y desgana.
- Trastornos en el sueño.
- Efectos de hiperreacción psíquica (p. e. pérdidas de memoria).
- Síntomas de estrés.
- Síntomas de desajuste del sistema nervioso.
- Síntomas de desgaste físico.
- Nerviosismo, hostilidad y/o hipersensibilidad.
- Conductas depresivas.
- Aislamiento social voluntario en cualquier ambiente social.

El desarrollo de un cuadro sintomatológico de este estilo solo acaba acarreado problemas para la víctima y para su entorno; de este modo, no es de extrañar que la empresa, en este caso el centro médico, llegue a experimentar fenómenos en los que existan:

- Disminución notable de concentración en la plantilla.
- Desarrollo de un bajo rendimiento laboral.
- Aumento del absentismo y de las bajas laborales (suponiendo un impacto económico para la comunidad)
- Disminución de la operatividad personal y profesional.

Como ya se comentó anteriormente, acaba repercutiendo en terceras personas: unas bien cercanas a la víctima, tal y como son sus familiares y allegados, y otras como lo son los pacientes que necesitan de las prestaciones sanitarias.

Toda esta consecución de acontecimientos totalmente deplorables puede verse abordada gracias a la implantación de un protocolo de actuación anti mobbing que toda empresa debería adaptar a su sistema de gestión de prevención de riesgos laborales, en la que se tenga en cuenta su cultura y su política empresarial. Para ello, desde los organismos institucionales se recomienda que

los departamentos de recursos humanos tengan al menos un especialista en prevención de riesgos psicosociales que sepa identificar y tratar estos problemas de acoso laboral a la vez que llega a paliarlos a través de una serie de medidas preventivas y/o protectoras: desde la mediación con las partes, hasta la abertura de expedientes disciplinarios, sin descartar la opción de recabar la tutela de los derechos ante los tribunales.

CONCLUSIÓN

El acoso laboral lleva existiendo entre nosotros desde años inmemoriales, incluso antes de que fuese denominada por Lorenz con el término *mobbing*. Esto nos deja entrever que es un problema con el que no es fácil lidiar, pues además, se tiene constancia de que las estadísticas hablan por sí solas, puesto que entre un 5 y un 12% de los trabajadores entrevistados ratifican haber sido víctimas de acoso psicológico en sus puestos de trabajo; de hecho, alguno de los informes documentados por la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Trabajo llegó a recabar como dato significativo que en torno a ochocientas mil personas en España estaban padeciendo este fenómeno en sus respectivos trabajos (diario El País, 4 de junio 2001). De modo que podemos afirmar que este hostigamiento es nada más y nada menos que un problema de salud pública en el que una gran mayoría acaba desarrollando cuadros de estrés postraumático. Por lo tanto, tiene que ser imprescindible para cualquier organización poder abordar esta cuestión desde un punto de vista preventivo a la par que castigado, siempre y cuando se hayan inculcado métodos de conducta que busquen remediar esta realidad.

METODOLOGÍA

La metodología empleada ha consistido en la búsqueda analítica de varias fuentes de información relacionadas con el tema abordado. Se ha presentado todo aquello que mejor describe este fenómeno y se han tenido en consideración los autores más representativos del *mobbing*.

BIBLIOGRAFÍA

- Dalmau, I; Ferrer, R.; Jorba, P. (2020). Los riesgos psicosociales y sus consecuencias. Fundació Universitat Oberta de Catalunya (FUOC).
- Ethel, P. (2018). Mobbing, la configuración como enfermedad profesional dentro de la tutela jurídica de la Ley de Riesgos Laborales. Buenos Aires.
- Fidalgo, M.; Gallego, Y.; Ferrer, R. y otros (2009). Acoso psicológico en el trabajo: definición. NTP 854. Madrid: INSHT.
- Martín Daza, F.; Pérez Bilbao, J. (1998). El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing. NTP 476. Madrid: INSHT.
- Navarrete, S. (2010). Mobbing: ¿debemos seguir llamándolo así? Lorenz y Leymann revisitados. Mobbing en México – apuntes para su fundamentación. México, D. F.
- Piñuel y Zabala, I. (2003). Mobbing. Manual de Autoayuda. Buenos Aires: Editorial Aguilar.
- Piñuel y Zabala, I. (2001). Cómo sobrevivir al acoso psicológico en el trabajo. Madrid: Punto de lectura.

CAPÍTULO 17

LA GASTROENTERITIS VÍRICA EN NIÑOS, RECOMENDACIONES Y PRINCIPALES MITOS

María Santana Vaquero, Lorena Fernández Vaquero, Fermina González Camín

María Santana Vaquero. Enfermera.

Lorena Fernández Vaquero. Enfermera.

Fermina González Camín. Enfermera.

1. INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis aguda se define como una inflamación de la mucosa gástrica e intestinal, manifestada mediante vómitos, diarrea o ambos y a veces acompañado de fiebre o cólicos abdominales. La gastroenteritis es una patología muy frecuente y de alto impacto sobre todo en niños de 5 años y adultos mayores.

Cada año se producen entre 3000 y 5000 millones de episodios en el mundo, con más frecuencia en países donde los niños son más vulnerables y con poco acceso hospitalario como es el caso de los países del tercer mundo, muriendo entre 1,2 y 2,5 millones de niños a causa de diarrea y deshidratación causada por la gastroenteritis. Cada año la gastroenteritis es motivo de cerca de 1,5 millones de visitas al médico bien de atención primaria o de servicios de urgencia, 200.000 ingresos hospitalarios y 300 muertes.

No suele ser una enfermedad importante por lo que los ingresos hospitalarios suelen ser raros a no ser que se den síntomas como la diarrea mucosa o sanguinolenta sugestiva de colitis o niños de alto riesgo, pero su gravedad está más relacionada con la etiología que con la edad, siendo la causa el rotavirus la más importante y más peligrosa. Las causas más frecuentes son virales (rotavirus y norovirus) seguido de salmonella, Shigella, E. coli y campylobacter. Lo primordial e importante en todos los casos y el principal manejo es el hidroelectrolítico ya que lo más importante es la gran pérdida de líquidos y electrolitos que se pierden durante el proceso de la gastroenteritis, por lo que será importante el manejo y el reconocimiento precoz de la deshidratación, pudiendo ser ésta de tres tipos:

- ☐ Isotónica o isonatrémica, como consecuencia de la pérdida de agua y electrolitos en la misma proporción. Es la más frecuente.
- ☐ Hipotónica o hiponatrémica, en las que el riesgo de shock es más importante.

- ☐ Hipertónica o hipernatrémicas que dan síntomas neurológicos.

Entre las medidas generales para la prevención de las GEA estarían los hábitos higiénicos, considerándose primordial y casi el más importante de todas las recomendaciones el lavado de las manos, pero en el caso del rotavirus lo más importante es la vacunación contra este virus.

2. OBJETIVOS

- ☐ Conocer las principales diferencias entre la GEA vírica y bacteriana y las causantes más importantes.
- ☐ Conocer los síntomas en la gastroenteritis en niños mayores de 4 años.
- ☐ Reconocer los principales signos y síntomas de la deshidratación en niños mayores de 4 años.
- ☐ Describir los cuidados de Enfermería en la gastroenteritis en niños mayores de 4 años
- ☐ Describir las recomendaciones a seguir en niños mayores de 4 años.

3. METODOLOGÍA.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en diferentes bases de artículos científicos tipo PubMed y Scielo a la par que artículos encontrados en internet.

Los descriptores principales para encontrar los artículos han sido “gastroenteritis”, “niños”, “recomendaciones”, “síntomas”, “cuidados de Enfermería”, “deshidratación”

4. DESARROLLO

Como hemos comentado anteriormente la gastroenteritis aguda (GEA) se define como la disminución en la consistencia de las deposiciones o aumento en el número de las mismas (más de 3 en 24 horas), pudiendo ir acompañada de vómitos, dolor abdominal y/o fiebre. La duración de la misma suele ser menor a 7 días.

Las infecciones son la principal causa de las gastroenteritis, comentado anteriormente que el rotavirus es el responsable de la mayor parte de las GEA en nuestro país.

También tenemos a parte de las infecciones entéricas otras causas como son:

- Infecciones entéricas: rotavirus, norovirus, adenovirus, salmonella, campylobacter.
- Infecciones extraintestinales: respiratorias, gripe.
- Alergias alimentarias: proteínas de la leche, proteínas de la soja.
- Trastornos de la absorción: déficit de lactasa, déficit de sacarasa- isomaltasa, celiaquía fibrosis quística
- Patología gastrointestinal: colon irritable, enfermedad inflamatoria intestinal.
- Endocrinopatías: hipertiroidismo, diabetes mellitus, síndrome de Addison.
- Neoplasias: feocromocitoma, síndrome carcinoide.
- Cuadros quirúrgicos: apendicitis
- Fármacos: antibióticos, laxantes
- Intoxicaciones: metales pesados.

Los niños por lo general contraen la GEA vírica por contagio con otros niños que la han tenido o han estado expuestos a ella en guarderías, colegios u otros lugares concurridos tipo parques o lugares de ocio. La GEA vírica es muy contagiosa y se transmite con muchísima facilidad. El principal mecanismo es la fecal- oral.

Aunque lo más fácil es tener una GEA por virus, pueden ser originadas por bacterias, por tocar

o comer alimentos contaminados, especialmente aves de corral, huevos crudos, comer mariscos contaminados, beber la leche y zumos no pasteurizados, tocar animales con ciertas bacterias, ingerir agua contaminada, como agua de pozos, arroyos o piscinas.

Los síntomas más comunes en la gastroenteritis suelen ser una combinación de vómitos, diarrea, calambres o cólicos abdominales e inapetencia, aunque los principales y más característicos son la diarrea y vómitos.

En el caso de los virus provocan diarrea acuosa, casi nunca contienen mucosidad o sangre, mientras que en el caso de las bacterias provocan heces sanguinolentas y diarreas con fiebre.

COMPLICACIONES DE LAS GEA

La más importante es la deshidratación (cantidad de líquidos en el cuerpo insuficiente), debido a la pérdida de líquidos por la diarrea o los vómitos. Los niños con deshidratación leve tienen sed, pero los gravemente deshidratados están apáticos, irritables o adormilados.

Las señales más importantes de la deshidratación son las siguientes:

- Ojos hundidos.
- Lloran sin lágrimas.
- La boca está seca.
- SU producción de orina es escasa.
- Si han reducido su nivel de energía y estado de alerta.
- Disminución del relleno capilar.
- Disminución de la turgencia de la piel.

Las deshidrataciones las podemos clasificar en leves (pérdidas hídricas entre el 3%- 5% del peso corporal), moderadas (pérdidas entre 6%-9%) y graves (<10%).

DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico inicial es importante conocer si estamos frente a un cuadro de GEA y no de otra enfermedad, determinar su severidad y posibles complicaciones y distinguir la causa más probable.

El diagnóstico de la GEA aguda es clínico y no se precisa de realizar pruebas complementarias en la mayoría de los casos.

Tendremos que valorar el grado de hidratación, evitando así casos grandes de deshidratación.

Seguidamente realizaremos exploraciones complementarias, pudiendo realizarse una tira de glucemia o un sistemático de orina.

Dado que el conocimiento del agente causal no va a influir en la mayoría de las veces en el abordaje terapéutico, solo estaría indicado el estudio microbiológico de heces (coprocultivo y antígenos virales) en los siguientes casos:

- inmunodeficitarias
- diarreas mucosanguinolentas
- ingresos hospitalarios
- diagnósticos dudosos
- diarreas muy prolongadas.

En ciertos tipos de GEA provocadas por bacterias sería necesario el uso de antibióticos, pero solamente si persiste la diarrea, en el caso de que cediera la diarrea antes del resultado de la muestra ya no sería necesario el uso de los mismos.

TRATAMIENTO

El tratamiento más importante en las GEA es la rehidratación oral y casi el único tratamiento que vamos a precisar.

No existe un tratamiento específico como tal, ya que nuestro principal objetivo va a ser la corrección de la deshidratación y una vez recuperada ésta, la recuperación nutricional.

En el caso de la rehidratación oral, si el niño tolera la hidratación normal con agua y realiza una adecuada ingesta de nutrientes, bastará solamente con agua normal o líquidos, pero en el caso que no realice aporte de alimentos o no sean bien tolerados necesitaremos de hidratación con soluciones de rehidratación (SRO), tipo sueros orales. Esta rehidratación oral con SRO deben introducirse e iniciarse lo antes posible, recomendándose la administración de forma fraccionada cada 2-3 min de pequeñas cantidades de la misma.

- En caso de que no haya signos de deshidratación: 10 ml/kg, añadiendo dieta habitual del niño.
- En caso de deshidratación leve: 30-50ml/kg durante 4 horas
- En casos de deshidratación grave: ingreso hospitalario.

No se deben dar como SRO bebidas comerciales o refrescos para deportistas o preparados caseros, porque suelen tener bajo contenido en sodio, alto contenido en glucosa y osmolaridad elevada.

Son contraindicados los casos en los que se contraindica la rehidratación oral:

- Deshidratación grave, con afectación hemodinámica y/o disminución de conciencia.
- Existencia de vómitos incontrolables o grandes pérdidas fecales.
- cuadro clínico potencialmente quirúrgico
- fracaso clínico de la hidratación oral, precisando rehidratación IV.

Con respecto a la introducción de la nutrición se ha comprobado que la reinstauración de la alimentación complementaria habitual tras 4 horas de rehidratación oral conduce a una mayor ganancia de peso y no lleva a un aumento de la duración de la diarrea, por lo que no hay una justificación para la

realización de cambios significativos en la dieta del niño para el tratamiento de una diarrea aguda. En niños que no tienen deshidratación se recomienda seguir su alimentación de forma habitual, pero en el caso de deshidratación leve, se recomienda continuar el ayuno de 4 horas antes de iniciar la introducción de alimentos.

Los alimentos candidatos deben de ser nutritivos, de fácil digestión y absorción, apetentes para el niño, intentando evitar alimentos azucarados o muy grasos. Se ha demostrado que los alimentos de carbohidratos complejos, verduras, frutas, lácteos y carnes magras son bien tolerados en las GEA.

En el caso de la leche y lactosa, en el 90-95% de los casos no está indicada una leche sin lactosa, habría que valorar la aparición de signos y síntomas de malabsorción.

En los últimos años se ha demostrado la efectividad de los probióticos, siendo los más empleados los lactobacillus, sobretodo *Lactobacillus GG*, el *reuteri* y *saccharomyces boulardii*. Estos reducen la intensidad y la duración de la diarrea.

La mayoría de los niños no van a precisar de tratamiento farmacológico, pero los más usados en estos procesos son los inhibidores de la motilidad intestinal (loperamida), modificadores de la secreción intestinal (sales de bismuto) y sustancias absorbentes (colestiramina, sales de aluminio), pero su uso no está indicado en la población infantil ya que no hay estudios suficientes demostrando su eficacia.

En el caso de que las diarreas de la GEA sean causadas por bacterias y precisemos de antibióticos, cada una de ellas va a precisar de uno diferente, pero al ser un proceso autolimitado no se ha demostrado que el tratamiento sea tan efectivo para el uso de estos antibióticos, por lo que su uso quedaría limitado solamente a unos patógenos muy concretos:

- **Shigella:** el tratamiento reduce los síntomas y el tiempo de las diarreas, reduce el riesgo de síndrome hemolítico urémico. El tratamiento recomendado sería azitromicina, cefalosporinas de tercera generación (cefixina o ceftriaxona), ácido nalidíxico o fluorquinolonas.
- **Salmonella:** solamente usaremos tratamiento antibiótico en casos de riesgo aumentado riesgo aumentado de infección extraintestinal o sepsis, asplenia, tratamiento con corticoide o inmunosupresoras, enfermedad inflamatoria intestinal, aclorhidria y menores de 3 meses.

- **Campylobacter:** es eficaz para mejorar la sintomatología y disminuir la infección si se establece antes de 3 días después del inicio de la sintomatología. El tratamiento son los macrólidos.
- **Escherichia coli enterotoxigénica:** no se recomienda la utilización de antibióticos por este patógeno de forma rutinaria.
- **Otras bacterias:** Yersinia spp, Vibrio Cholerae (doxiciclina o cotrimoxazol) o diarreas de Clostridium difficile.

Dado que el resultado microbiológico se suele retrasar unos días, el tratamiento antibiótico solamente lo empezaremos de manera empírica en niños con sospechas de bacterias como:

- Niños con diarrea con moco y sangre y fiebre elevada.
- Diarreas acuosas en niños que vienen de viajes a zonas de colera, donde se pueda sospechar esta patología.

El tratamiento parenteral en hospitalización se reservará a niños con intolerancia oral, inmunodeprimidos, sospecha de bacteriemia y neonatos o menores de 3 meses con mucha fiebre.

PREVENCIÓN

Las medidas más importantes a la hora de prevenir las GEA son las medidas de saneamiento ambiental, lavado de manos y manipulación adecuada de los alimentos.

Dado que la principal vía de contagio es la fecal- oral será primordial recalcar la importancia de la correcta higiene tanto en el medio familiar, como en lugares de ocio o colegios y guarderías, tanto con agua y jabón como se soluciones hidroalcohólicas.

Es importante enseñar a los niños a lavarse las manos y evitar comer alimentos almacenados de manera inadecuada a la par que tomar agua contaminada de pozos, piscinas etc.

Los niños con inmunodeficiencia no deben tocar reptiles, aves o anfibios porque estos animales habitualmente son portadores de la bacteria *Salmonella* y la infección que en estos niños conlleva esta bacteria es más grave.

A día de hoy se dispone de dos vacunas para prevenir la infección por rotavirus como parte del plan de vacunación infantil recomendado, la cual no está financiada que es la Rotateq, de la que se administran 3 dosis por vía oral, que se pueden administrar hasta las 32 semanas de edad. Numerosos estudios han demostrado la efectividad de la misma, disminuyendo así la necesidad de hospitalización, así como la seguridad de la vacuna.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

En el caso de que el niño padezca una GEA que precise de ingreso hospitalario será necesario:

- Poner al niño en una habitación individual y con aislamiento de contacto.
- Constantes por turno, siendo importante el peso al inicio del ingreso y durante éste. También frecuencia cardíaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria, temperatura.
- Valorar síntomas asociados como dolor abdominal y fiebre.
- Proporcionar medidas de confort y del dolor.
- Valorar las manifestaciones no verbales en caso de que los niños no hablen correctamente.
- Valorar vómitos, cuantificando su número, su aspecto y la frecuencia.
- Mantendremos una adecuada hidratación del niño, bien sea por vía oral si tolera o por endovenosa en caso de no tolerarla.
- En niños no deshidratados deberá seguir alimentación a demanda, exceptuando zumos azucarados, bebidas azucaradas y alimentos ricos en grasas.
- Anotaremos diuresis por turno cuantificando todas las pérdidas e ingestas.
- Haremos partícipes a los familiares o acompañantes de los niños en los cuidados de éste, informándonos de si realiza deposiciones y su aspecto o si realiza vómitos.
- En caso de recoger muestras se les explicará cómo deben realizarlo para evitar errores y coger muestras contaminadas.

- Trataremos las zonas irritadas según protocolo a consecuencia de las diarreas.
- Limpieza oral y bucal.
- Tratamiento farmacológico si fuera necesario.
- Valoraremos signos y síntomas de flebitis, extravasación o dolor en el caso de que el niño tuviera canalizada vía venosa periférica.

5. CONCLUSIONES.

A día de hoy, todavía la GEA sigue siendo una patología de alto impacto en la Salud Pública debido a su alta incidencia y las complicaciones que ella conlleva como es el caso de la deshidratación. Tendremos que tener en cuenta ciertas señales de alarma a la hora de controlar al niño en estas situaciones, siendo las principales SEÑALES DE ALARMA:

- Deposiciones o vómitos con sangre.
- Dolor abdominal muy intenso
- Si no tolera ningún líquido y no cede el vómito.
- Fiebre alta de varios días de evolución
- Síntomas de deshidratación comentados anteriormente.
- Diarrea de más de una semana.

Es muy necesario un buen diagnóstico de la misma, aunque en la mayoría de los casos no se precise de tratamiento más que la rehidratación oral, en alguno de los casos será preciso realizar exámenes complementarios como es en el caso de las GEA causadas por bacterias o parásitos.

Hay que tener en cuenta, que una simple rehidratación oral con sueros orales muchas de las veces bastan para el tratamiento de la misma, pero está comprobado que cuanto antes se inicie la alimentación antes se recuperará la mucosa intestinal, a la par que conduce a una mayor ganancia de peso y no conlleva a una mayor duración de la diarrea. Con todo esto se quiere decir que

no hay una justificación para la modificación de las dietas de los niños, ya que se recomienda seguir con una alimentación habitual. Hay que desmentir ciertas recomendaciones que se hacían antaño como beber el agua la cocción del arroz, dar coca. Cola etc. Evitaremos cosas muy azucaradas tipo zumos, bebidas isotónicas y nada de jarabes milagros para calmar los vómitos. Lo más importante es tener hidratado al niño bien sea con suero oral o agua si el niño come.

En el caso de niños que no tienen deshidratación se recomienda seguir su alimentación de forma habitual, pero en el caso de deshidratación leve, se recomienda continuar el ayuno de 4 horas antes de iniciar la introducción de alimentos.

A día de hoy existen vacunas para atenuar un poco los efectos de los virus principales causantes de la gea como son las vacunas, el único problema de éstas es que siguen sin estar financiadas por el SNS, por lo que el alto costo de éstas hace que mucha población con escasos recursos no pueda permitírselas y por lo tanto el niño queda sin la inmunización contra el rotavirus.

Debemos saber que el principal método de contagio de esta enfermedad es el contagio fecal- oral, por lo que el lavado de manos y la correcta enseñanza de estas es primordial para la prevención de esta enfermedad, a la para que conocer las principales medidas de salud ambiental y salud alimentaria.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Beneitez Maestre A.M, De Miguel Duran F. Gastroenteritis aguda. C.S. Barajas. C.S. Paracuellos del Jarama. Pediatría Integral 2015; XIX (1) 51-57. En línea: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2015-01/gastroenteritis-aguda/>
- Recomendaciones Servicio de Urgencias Hospital de Cabueñes. Servicio de salud del Principado Dieta para gastroenteritis aguda.
- Bravo Adan R, Barreu fAU c, González Cabeza L, Negredo Rojo E. Gastroenteritis aguda en edad pediátrica. En línea: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/gastroenteritis-aguda-en-edad-pediatrica/>.
- Roman Riechmann E, Barrio Torres J. Diarrea aguda. En línea: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2-diarrea_aguda.pdf
- Costa J, Rodrigo C. Guía de práctica clínica gastroenteritis aguda en el niño. SEIP. Madrid; Ergon: 2010. En línea: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_464_Gastroenteritis.pdf

- Garcia M.A, Olivas C, Lopez M.G. Deshidratación aguda. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2020;1:2015- 231. En línea: https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_deshidratacion.pdf
- Yalda Lucero A. Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. VOL. 25. NUM 3. Pag 463- 472 (Mayo 2014). En línea: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-etilogia-manejo-gastroenteritis-aguda-infecciosa-S071686401470063X>
- William J. Cochran. Gastroenteritis en niños. Revisión Ago. 2021. En línea: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/salud-infantil/trastornos-digestivos-en-ni%C3%Blos/gastroenteritis-en-ni%C3%Blos>
- Manrique- Martínez i, Mora- Capin A, Álvarez Calatayud G. Nuevas pautas de rehidratación en el manejo de la gastroenteritis aguda en urgencias. Vol. 9. Num. 2. Páginas 106-115 (Marzo- Abril 2011 En línea: <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatrica-continuada-51-articulo-nuevas-pautas-rehidratacion-el-manejo-S1696281811700154>
- Arregui Rodrigo A. Plan de cuidados en servicio de urgencias de atención primaria (suap) en paciente con gastroenteritis aguda (GEA). Revista Ocronos. Vol. V. N°6- jU NIO 2022. Pag inicial: Vol V, N° 6:155. En línea: <https://revistamedica.com/plan-cuidados-urgencias-gastroenteritis-aguda/>

CAPÍTULO 18

FUNCIONES DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA UNIDAD DE ADMISIÓN

Leticia García García

Leticia García García. Auxiliar Administrativo

INTRODUCCIÓN

En el RD 521/1987, de 15 de abril, se aprueba el reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud se establece que todo ingreso o consulta en un hospital debe realizarse a través del Servicio o Unidad de Admisión, siendo el sistema de acceso igual para pacientes beneficiarios de la Seguridad Social como para los que no lo son.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica es un servicio no asistencial que se encarga de facilitar el acceso del usuario a la asistencia sanitaria especializada en régimen ambulatorio o de hospitalización, además de gestionar la historia clínica. El Servicio de Admisión tiene un carácter multidisciplinar.

Las funciones de admisión de hospitalización, urgencias y pacientes ambulatorios, conforman el área de gestión de pacientes.

El auxiliar administrativo en la unidad de admisión en un centro hospitalaria constituye una figura de gran importancia en el ámbito sanitario ya que es el que gestiona toda documentación de un paciente desde su ingreso o una consulta médica hasta su alta.

OBJETIVOS

Nos centraremos en este trabajo en analizar la figura de auxiliar administrativo en el servicio de admisión dentro de un centro sanitario, tanto en lo referente al trato con los pacientes como a la prestación y asistencia a los profesionales que en el centro sanitario prestan sus servicios.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión literaria y de información en revistas científicas, manejando también información de bases de datos como Medline, Scielo o PubMed, posteriormente se ha realizado la recopilación del material más idóneo para el objetivo perseguido y a partir del mismo se han analizado los resultados de cara a establecer una conclusión final del tema.

DESARROLLO

El servicio de Admisión constituye la unidad encargada de articular en el ámbito de la Atención Primaria y Especializada del área de salud, la ordenación, coordinación y priorización de las actividades que se producen en referencia a la asistencia médica con el fin de mantener la eficiencia en la utilización de recursos y la cohesión de la organización frente al paciente y su proceso asistencial, garantizando así el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad efectiva.

Es preciso además disponer de sistemas de información homogéneos, fiables y suficientes que posibiliten los procesos de gestión, la elaboración de indicadores de rendimiento y utilización y los controles de demanda asistencial, garantizando la protección de los datos y el derecho a la intimidad de los pacientes.

El Servicio de Admisión y Documentación Clínica forma una estructura de apoyo en el hospital, basada en el concepto de gestión de pacientes como área responsable de gestionar el flujo de los mismos por los distintos servicios que la Gerencia de Atención Integrada ofrece, así como de tramitar su documentación clínica y la información asistencial generada.

Para la organización del servicio resulta imprescindible disponer de una serie de instrumentos y requisitos básicos de infraestructura y organización:

- formación continuada del personal auxiliar administrativo.
- definición y creación de ficheros y registros de acuerdo a la información que se desea manejar
- establecimiento de los circuitos internos de comunicación y control de los procesos

- desarrollo de un software básico de apoyo a la actividad interna del servicio, abierto y modificable en el tiempo para su adaptación a las necesidades de cada momento.

En el marco de la unidad de la admisión las funciones de los auxiliares administrativo o personal de gestión vienen recogidas de forma general en la Orden de 28 de mayo de 1984, en el artículo 2.d, que nos vienen a decir que la función de estos trabajadores es de apoyo material, en el ejercicio y desarrollo de las tareas administrativas-asistenciales propias de los centros hospitalarios.

El personal encargado de gestionar la unidad de admisión son los auxiliares administrativos, a quienes corresponde realizar la recogida de los datos personales y velar, como primer eslabón de la cadena asistencial, por el derecho a la asistencia sanitaria del usuario.

La unidad de admisión en un hospital se encuentra de manera genérica cerca de la puerta principal del centro, dotada de fácil acceso y correcta señalización.

Funciones principales del auxiliar administrativo en la unidad de admisión:

- Gestionar los ingresos de los pacientes en función de criterios y prioridades marcadas por el centro hospitalario en función de una lista de espera en constante actualización.
- Gestionar diariamente el registro de camas libres de un hospital.
- Avisar a los pacientes de fecha y hora del ingreso.
- Gestionar las citas de consultas externas
- Gestionar las citas de las pruebas diagnósticas.
- Apertura de las historias clínicas.
- Recibir y registrar a los pacientes, preparando la documentación necesaria para su ingreso y para su posterior alta.
- Derivación a centros concertados asignados por Servicios Centrales
- Garantizar la identificación de los pacientes, facilitándole una pulsera identificativa.

- Tramitación de pruebas diagnóstico-terapéuticas extrahospitalarias.
- Custodiar las pertinencias de los pacientes ingresados.
- Elaborar los pases de visitas.

El personal administrativo se encargará asimismo de la correcta atención de los pacientes, en este sentido si estos pasan a ingreso se lo comunicarán a los familiares. Les corresponde también avisar y gestionar el traslado en ambulancias en caso de realización de alguna prueba fuera del centro hospitalario o en el supuesto de alta médica, si fuera necesario.

CONCLUSIÓN

El auxiliar administrativo en el servicio de admisión de un centro hospitalario realiza una multiplicidad de gestiones de gran importancia en el proceso de admisión del paciente/usuario.

El auxiliar administrativo debe tener conocimiento de los programas informáticos que se utilizan en los hospitales. En este sentido el correcto manejo de esos programas de gestión hospitalaria es el que le permitirá realizar sus tareas principales como son abrir una historia clínica y citar a los pacientes tanto para consultas externas como para la realización de pruebas que pueden practicarse dentro del hospital o bien resultar en una derivación extra hospitalaria.

En último lugar es importante mencionar la importancia de la formación continuada del auxiliar administrativo, orientada siempre a conseguir ofrecer a los pacientes un servicio asistencial prestado en condiciones óptimas de eficiencia y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.opositatest.com/oposiciones/auxiliar-administrativo-de-servicios-sanitarios-normativa-comun/contenidos/la-ley-14-1986-general-de-sanidad-auxiliares-servicios-sanitarios>
2. <https://www.comunidad.madrid/hospital/principeasturias/profesionales/servicios-centrales/admision-documentacion-clinica>

CAPÍTULO 19

LA ÉTICA PROFESIONAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Leticia García García

Leticia García García. Auxiliar Administrativo

INTRODUCCIÓN

En primer lugar es preciso establecer una noción del concepto “ética”, para ello partiremos de la definición inicial que nos proporciona la RAE, la cual establece en su diccionario que la ética es el conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida. Trasladado a la esfera personal lo anterior se traduce en una obligación de cumplir con una determinada conducta. En el mundo de los profesionales sanitarios es habitual el planteamiento de estas cuestiones pero para los no sanitarios se hace necesario preguntarse si están sometidos también a principios y normas que pauten su actuación.

OBJETIVOS

Conocer los fundamentos y fuentes básicas que sustentan la ética profesional.

METODOLOGÍA

Se han realizado búsquedas de información online sobre los distintos temas usando los buscadores Google (<https://.google.es>) y Google académico (<https://scholar.google.es>) y el buscador de legislación del Gobierno de España (<https://administracion.gob.es>).

DESARROLLO

En el mundo laboral, el cumplimiento de las obligaciones, en el sentido de lo que debe ser la conducta del profesional, se denomina habitualmente ética deontológica. Este concepto supone dar un paso más allá de la mera deontología (código de normas a cumplir en una profesión), pues implica una valoración moral de los actos que realiza.

Otros autores, en cambio, la definen como ética profesional y comprende el conjunto de principios morales y modos de actuar éticos en un ámbito profesional determinado.

La ética médica está basada en cuatro principios fundamentales:

- **El principio de no maleficencia** significa que cualquier acto médico debe pretender en primer lugar no hacer daño alguno.
- **El principio de beneficencia** se refiere a que los actos médicos deben tener la intención de producir un beneficio para el paciente.
- **El principio de autonomía** alude al derecho del paciente de decidir por sí mismo sobre los actos que se practicarán sobre él.
- **El principio de justicia** obliga a tratar a cada paciente como le corresponde e implica valorar si una actuación es equitativa.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 es referencia indispensable para los Comités de Ética de las instituciones sanitarias.

El personal auxiliar administrativo (tratándose de empleados del sector público del Servicio Nacional de Salud fundamentalmente), dispone de legislación referida a dichos principios. Se trata del RD 5/2015, de 30 de octubre por los que los principios éticos que todo empleado público ha de seguir, son los que enumera el artículo 53:

- Los empleados públicos respetarán la Constitución y el resto de normas que integran el ordenamiento jurídico.
- Su actuación perseguirá la satisfacción de los intereses generales de los ciudadanos
- Ajustarán su actuación a los principios de lealtad y buena fe
- Su conducta se basará en el respeto de los derechos fundamentales y libertades públicas, evitando toda actuación que pueda producir discriminación
- Se abstendrán en aquellos asuntos en los que tengan un interés personal,
- No contraerán obligaciones económicas cuando pueda suponer un conflicto de intereses con las obligaciones de su puesto público.
- No aceptarán ningún trato de favor
- Actuarán de acuerdo con los principios de eficacia, economía y eficiencia.
- Cumplirán con diligencia las tareas que les correspondan
- Ejercerán sus atribuciones según el principio de dedicación al servicio público Guardarán secreto de las materias clasificadas

Por su parte, los principios que ordenarán la conducta de todo empleado público vienen establecidos en el artículo 54 de dicha norma:

- Tratarán con atención y respeto a los ciudadanos, a sus superiores y a los restantes empleados públicos.
- El desempeño de las tareas correspondientes a su puesto de trabajo se realizará de forma diligente
- Obedecerán las instrucciones y órdenes profesionales de los superiores,
- Informarán a los ciudadanos sobre aquellas materias o asuntos que tengan derecho a conocer, y facilitarán el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.
- Administrarán los recursos y bienes públicos con austeridad
- Se rechazará cualquier regalo, favor o servicio en condiciones ventajosas que garantizarán la constancia y permanencia de los documentos para su

transmisión y entrega a sus posteriores responsables.

- Mantendrán actualizada su formación y cualificación.
- Observarán las normas sobre seguridad y salud laboral.
- Pondrán en conocimiento de sus superiores o de los órganos competentes las propuestas que consideren adecuadas para mejorar el desarrollo de las funciones de la unidad en la que estén destinados.
- Garantizarán la atención al ciudadano en la lengua que lo solicite siempre que sea oficial en el territorio.

Por último, en el preámbulo de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre sobre el Régimen de incompatibilidades del personal al Servicio de las Administraciones Públicas, se menciona que "...parte, como principio fundamental, de la dedicación del personal al servicio de las Administraciones Públicas a un solo puesto de trabajo, sin más excepciones que las que demande el propio servicio público, respetando el ejercicio de las actividades privadas que no puedan impedir o menoscabar el estricto cumplimiento de sus deberes o comprometer su imparcialidad o independencia".

Como vemos la legislación del empleado público cubre esta necesidad de regular el comportamiento ético del empleado, ello lo lleva a cabo desde un punto de vista normativo, que es el que siguen los códigos propuestos por los Comités de Ética de los hospitales que tratan de concretar dichas normas. Un ejemplo de ello, lo tenemos en el propuesto por el Hospital Central Universitario de Asturias en el año 1999 que contempla para los trabajadores hospitalarios una serie de normas por las que el trabajador se obligará

En sus relaciones con el paciente:

1. Respetar la dignidad del paciente como persona, sin discriminación por razones de edad, sexo, raza, condición social, ideas o creencias.
2. Respetar la confidencialidad en la transmisión recíproca de información entre el paciente y el personal de la institución sanitaria.
3. Respetar la intimidad del paciente en las exploraciones y cuidados.
4. Respetar las opiniones del paciente y tratar de aceptar sus opciones aunque difieran de las propias.

5. Dar al paciente la información necesaria para permitirle tomar una decisión libremente.
6. Evitar actuaciones o procedimientos innecesarios, aunque no sean cruentos o invasivos.
7. Procurar que la calidad de vida del paciente durante su estancia en el hospital sea la mejor posible, en el marco de su enfermedad y la asistencia.

En sus relaciones laborales:

1. Respetar la estructura jerárquica en tanto no lesione los legítimos intereses de los trabajadores, los pacientes o el hospital.
2. Considerar como un deber mantener el nivel de conocimientos adecuado a la actividad que se desarrolle.
3. Solicitar y respetar la opinión de los colegas, aunque no coincida con la propia.
4. Canalizar las posiciones críticas, dentro del organigrama sanitario, evitando las actitudes despectivas o comentarios negativos y públicos hacia el hospital o alguno de sus trabajadores.

En sus relaciones con la sociedad:

1. Evitar todo acto discriminatorio en la distribución de los recursos y en la asistencia prestada.
2. Procurar que, en el caso de existir discriminación de algún tipo, ésta sea pública y objetiva.
3. Mantener como objetivo prioritario el bienestar del paciente aún en circunstancias que lo dificulten.
4. Poder ejercer en el uso legítimo de sus derechos la objeción de conciencia, respetando la opinión contraria y no interponiéndose en la actuación que el hospital arbitre.
5. Cumplir la normativa vigente, intentando modificarla si en su opinión el cambio supone una mejora en el hospital.”

CONCLUSIONES

En resumen, abordar la ética del profesional no sanitario supone asumir una serie de obligaciones entre el deber ser y los resultados obtenidos y en aceptar la complejidad del equilibrio entre derechos del paciente, legislación, principios éticos y derechos laborales. Se disponen de instrumentos normativos, son necesarios también comités de ética que establezcan una deontología. El personal auxiliar administrativo está sujetos a los mismos principios que la organización sanitaria y a sus mismos desafíos, por lo que necesita de las guías de actuación de cualquier otro profesional sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Código Ético Institucional. Hospital Central Universitario de Asturias. [Internet]. [Consultado el 4 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.hca.es/huca/web/contenidos/websdepartam/document1CAE.htm>
2. Ley 53/1984, de 26 de diciembre sobre el Régimen de incompatibilidades del personal al Servicio de las Administraciones Públicas. Boletín Oficial del Estado número núm. 4, de 4 de enero de 1985.
3. Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público. Boletín Oficial del Estado número núm. 261, de 31 de octubre de 2015.
4. Rodrigo Gutiérrez Fernández. Servicio de Salud De Castilla-La Mancha. Ética profesional y Responsabilidad Social en Sanidad. Unidades didácticas de la Escuela Nacional de Sanidad. Número 10.10. [Internet]. Disponible en: <http://espacio.uned.es/fez/view/bibliuned:500715>

CAPÍTULO 20

EL PAPEL DEL HIGIENISTA EN LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS

María Beatriz Isidro Blázquez

INTRODUCCIÓN

La alteración de la mucosa oral es lo que produce mayor discomfort en los pacientes porque afecta a su descanso, a la nutrición y a sus relaciones sociales. En estas líneas vamos a establecer los cuidados que realiza el higienista dental cuando el paciente se encuentra hospitalizado. Además veremos los efectos secundarios en la boca del paciente que necesita tratamientos paliativos y los cuidados que hay que realizar en cada caso, después de llevar a cabo una exploración exhaustiva de su cavidad oral.

OBJETIVO

Establecer los cuidados llevados a cabo por el higienista bucodental para aliviar el malestar del paciente hospitalizado y/o que necesita cuidados paliativos por sus problemas de salud.

METODOLOGÍA

Se hizo una búsqueda en varias páginas web y Bases de Datos (SciELO), usando como palabras de búsqueda: xerostomía, halitosis, prótesis, disgeusia, candidiasis, mucositis, boca sangrante, boca dolorosa. Asimismo se ha utilizado el libro “Intervención bucodental” (María Martínez Rodríguez y Sabela Ruzo Cedillo), “Técnicas de ayuda Odontológica” (IPS)

RESULTADOS

En los enfermos hospitalizados y encamados la higiene dental es fundamental, aunque en ocasiones se descuida.

En el caso del paciente encamado consciente, el higienista buscará su colaboración y se le explicará el procedimiento a seguir:

- 1) Se prepara el material necesario: cepillo de dientes, dentífrico con flúor para proteger el esmalte de los dientes y prevenir la aparición de caries, colutorio, palangana, toalla y seda dental.
- 2) Si su salud se lo permite se le ayudará a sentarse en la cama.
- 3) Quizá puede cepillarse el paciente sólo. Si no es el caso, lo hará el higienista. Se mantiene el cepillo contra los dientes a 45 ° con las cerdas externas apoyadas en el surco de las encías. Con un movimiento vibratorio mover las cerdas hacia delante y hacia atrás desde el surco gingival hacia la corona hasta limpiar todas las superficies de los dientes. No olvidar cepillar suavemente la lengua, donde se acumulan multitud de bacterias que provocan mal aliento y placa.
- 4) Pedirle al paciente que escupa sin enjuagarse para que el flúor del dentífrico haga más efecto.
- 5) Para eliminar los residuos que se encuentran en lugares donde el cepillado no llega, usaremos en hilo dental. Para ello enrollaremos cada extremo en el tercer dedo de cada mano e iremos pasándolo entre los dientes asegurándonos de limpiar todas las superficies interproximales.
- 6) Al menos una vez al día es conveniente que se enjuague con un colutorio, al menos durante 30 segundos.
- 7) Ayudar al paciente a secarse la boca.

Algunos pacientes utilizan prótesis dentales que pueden ser extraídas e higienizadas de forma independiente.

- 1) Se retiran con cuidado, utilizando guantes y gasas, primero la superior y después la inferior.
- 2) Se cepillan con un producto específico (no con dentífrico) y con un cepillo especial para dentaduras (no con el cepillo dental).
- 3) Antes de volver a colocar en boca comprobar que no presentan superficies rugosas, afiladas o desgastadas que puedan irritar la lengua, mucosas, labios o encías. Y observar la posible presencia de áreas irritadas o signos de infección.

Respecto al cuidado de la boca del paciente inconsciente los cuidados orales son muy importantes ya que su boca es propensa a secarse y por lo tanto a desarrollar infecciones. En este caso el procedimiento a seguir es el siguiente:

- 1) Colocar al paciente en decúbito lateral, ya que en esta posición la saliva sale por gravedad en lugar de aspirarse hacia los pulmones.
- 2) Hacer una torunda con gasas sobre un depresor lingual para facilitar el acceso a las zonas más difíciles e impregnarla en una solución antiséptica de clorhexidina al 0,12%. Limpiar con ella dientes, encías y lengua, cambiando la torunda para cada zona
- 3) Observar la cavidad bucal para ver si hay heridas, enrojecimientos, infección por candidiasis o cualquier otro tipo de infección.

En general, ante una persona enferma necesitada de cuidados paliativos y que no puede llevar a cabo una higiene dental normal se plantean varias opciones:

- Cepillar suavemente con un cepillo infantil después de cada ingesta.
- Si no pudiera cepillarse, realizar enjuagues con bicarbonato (una cucharadita en un vaso de agua), 5 veces al día, durante 3 días seguidos como máximo.
- Pasar unas gasitas empapadas en clorhexidina por las encías, por los dientes y por la lengua.

Para problemas específicos tomaremos las siguientes medidas:

1. Xerostomía o boca seca.

Puede ser producida por fármacos (anticolinérgicos y opiáceos), radioterapia, quimioterapia, ansiedad y depresión.

La falta de saliva puede provocar infecciones por candidiasis, aumenta la aparición de aftas y úlceras en la boca y dificulta la alimentación.

En este caso se recomienda:

- Enjuagarse la boca con tila o manzanilla, sin añadirle azúcar. Una buena idea es hacer unos cubitos de hielo y chuparlos lentamente para estimular la producción de saliva.
- Tomar caramelos ácidos sin azúcar.
- Chupar un trozo de naranja, de limón o de piña.
- Chupar cubitos de hielo.
- Vaporizar dentro de la boca con agua fría.
- Tomar helados de hielo y gelatinas.
- Utilizar colutorios sin alcohol.
- Por supuesto, ni fumar ni beber alcohol.
- No utilizar vaselina en los labios, sino cacao.

2. Halitosis.

Se pueden utilizar dos tipos de disoluciones:

- Mezclar 10 ml de agua oxigenada con 90 ml de agua.
- Mezclar 25 ml de agua oxigenada con 75 ml de agua y añadir 2 gramos de bicarbonato sódico.

3. Cuidados de las prótesis:

Es conveniente sumergirlas en lejía al 1% durante toda una noche para desinfectarla. Aclararla bien antes de volver a colocarla porque la lejía daña las mucosas de la boca.

Para el día a día las prótesis se friegan con un cepillo (no dental) y jabón neutro (no dentífrico porque se rayan).

4. Disgeusia o alteración del gusto.

Se utilizaran medidas similares que en el caso de la xerostomía. Además es importante usar especias al condimentar los alimentos y tomarlos a temperatura ambiente para disminuir su intensidad.

5. Candidiasis.

Es un tipo de micosis, una infección por hongos producida por *Candida albicans*, que se manifiesta en la boca con copos blancos o amarillentos que se desprenden al raspado (similar a yogurt), sin dolor, alteración del sabor ni escozor. También puede manifestarse en el paladar como una superficie enrojecida de la mucosa y en la lengua con una pérdida de las papilas (depapilación). En este caso si se produce alteración del sabor y escozor y estamos ante la candidiasis eritematosa.

Esta enfermedad se produce ante una situación de inmunosupresión en enfermos de cáncer y trasplantados, por fármacos o quimioterapia.

Para realizar la higiene oral de estos pacientes se utiliza un cepillo quirúrgico (muy blandito) sumergido en agua caliente y dentífricos no muy fuertes. Además pueden realizarse enjuagues con infusiones de tomillo.

6. Mucositis

Es una inflamación de la superficie mucosa que recubre la boca y que se produce cuando los tejidos de la boca reciben lesiones debido a la quimio o radioterapia contra el cáncer, ya que el tratamiento no distingue entre las células buenas y las cancerosas. El resultado es que se forman úlceras dolorosas en la boca.

El tratamiento más recomendable es enjuagarse con 5 ml de nistatina durante dos minutos y desechar. A continuación volver a enjuagarse con otros 5 ml de micostatina que sí se traga.

En el caso de que el paciente tenga prótesis es fundamental que se desinfecten.

7. Boca sangrante.

Se puede optar entre varias opciones:

1. Enjuagues con ácido clavulánico.
2. Aplicar adrenalina con una torunda en la zona sangrante, con pequeños toques.
3. Enjuagues con agua oxigenada diluida.

8. Boca dolorosa.

Aplicar una solución tópica 15 minutos antes de las comidas:

A) Lidocaína viscosas al 1 por mil, se puede tragar.

B) Juntar 250 ml de suero glucosalino al 5%, un frasco de nistatina, 20 ml de cariax, 4 ampollas de lidocaína al 2% y 2 ampollas de metamizol para elaborar un anestésico local.

CONCLUSIÓN

Es necesario aplicar cuidados en la boca en todos los enfermos con necesidades paliativas. Con ello se consigue mejorar significativamente su calidad de vida, lo que es un objetivo prioritario en el cuidado del paciente.

CAPÍTULO 21

LA PIEL

Asela Fernández Rodríguez, Magdalena Herrera Salas, Soraya Fernández Olmo

Asela Fernández Rodríguez, TCAE

Soraya Fernández Olmo, TCAE

Magdalena Herrera Salas, TCAE

Palabras clave: Piel, melanina, órgano, protección, barrera.

Metodología

Se ha buscado en Google información sobre la piel. Introducción:

La piel es el órgano más grueso, pesado y largo del cuerpo humano. La piel es la primera barrera que tenemos frente a los virus. La piel es una parte del sistema tegumentario.

Dependiendo de que parte cubra es más gruesa. La dermatología es la especialidad que estudia la piel y sus afecciones.

Objetivos

La piel la forma tres capas: La epidermis:

Es la capa que está en el exterior de la piel. Es impermeable y forma una barrera frente a infecciones. La epidermis no tiene vasos sanguíneos por lo que las células obtienen el oxígeno del aire casi exclusivamente y en menor medida de los capilares que están en la capa exterior de La dermis.

Las principales células que forman la epidermis son:

- Los melanocitos.
- Los queratinocitos.
- Las células de Merkel.
- Las células de Langerhans.

La epidermis se puede dividir en estratos:

- Estrato Corneo.
- Estrato Lúcido.
- Estrato Granuloso.
- Estrato Espinoso
- Estrato Basal.

La dermis:

Está situada debajo de la epidermis y están unidas por una membrana basal.

La dermis protege al cuerpo del estrés y la tensión. Proporciona el sentido del tacto y del calor. Los vasos sanguíneos de la dermis eliminan los desechos de las células propias y la del estrato basal y nutren.

En la dermis se encuentran:

- Las glándulas sebáceas.
- Las glándulas sudoríparas.
- Los vasos sanguíneos.
- Los folículos pilosos.

- Los vasos linfáticos.
- Las glándulas apocrinas.

La región papilar que está pegada a la dermis y la región reticular es más profunda y gruesa.

El tejido subcutáneo:

Se encuentra debajo de la dermis, gracias a ella se une la piel al hueso y al músculo esquelético así como suministrar nervios y vasos sanguíneos. Su composición es tejido adiposo, elastina y tejido conjuntivo laxo. También contiene el 50% de la grasa corporal.

Sus principales células son:

- Macrófagos.
- Adipocitos.
- Fibroblastos.

Desarrollo:

La piel tiene folículos pilosos pero no todos tiene pelos. Hay dos tipos de piel:

- Peluda: Donde hay pelo.
- Lampiña: Esta parte carece de pelo.

La piel protege al cuerpo de la pérdida de agua en exceso.

La piel está formada por distintas capas las cuales protegen a los músculos, órganos internos, huesos y ligamentos.

La síntesis de la vitamina D, la regulación de la temperatura, la sensación, el aislamiento y la protección de los folatos de la vitamina B son otras de las funciones de la piel.

La piel varía de color según de donde provengas. El color de la piel lo regula la melanina.

La melanina es producida por unas células llamadas melanocitos. El proceso para producir melanina se llama melanogénesis. Según la cantidad y el tipo de melanina que producimos los seres humanos tenemos un color u otro.

Si eres del trópico y mayores altitudes tu piel será más oscura que los que son del subtrópico.

La piel absorbe la radiación ultra violeta y la melanina está encargada de controlar la cantidad que absorbemos. La radiación ultra violeta ayuda a la producción de vitamina D pero los rayos ultra violetas en exceso pueden dañarnos la piel.

Genética del color de la piel:

Según la cantidad de radiación ultravioleta que reciben las personas tienden a tener la piel más clara o más oscura.

Los seres humanos que viven más cerca de los polos tienen la piel más clara ya que reciben menos cantidad de radiación ultravioleta. Y los seres humanos que viven cerca del ecuador tienden a tener la piel más oscura ya que reciben más cantidad de radiación ultravioleta.

El resto de los seres humanos que habitan entre estas dos franjas muestran diferentes tonos de piel según sea su exposición a la radiación ultravioleta.

En los últimos 400 años gracias a los avances en las técnicas de viajar los seres humanos se han ido desplazando por todo el mundo, así que, a día de hoy podemos encontrarnos cualquier parte del mundo personas que habitan en un mismo lugar con distintas tonalidades de piel.

La piel de las plantas de las manos y de los pies es más clara que el resto de la piel, esta diferencia se aprecia muy bien en las personas que tienen la piel oscura.

La hemoglobina que circula por las venas de la dermis y el tejido conectivo blando que está situado bajo la dermis es el principal determinante para que las personas posean una piel clara.

En cambio el principal determinante para que las personas tengan la piel oscura es la melanina.

La piel oliva:

La piel oliva en los seres humanos es un intermedio entre la piel clara y la piel oscura.

Este tipo de piel tiene media pigmentación de melanina, mayormente eumelanina. También tienen más melanosomas que gracias a ellos tiene una protección mayor frente a la radiación ultravioleta gracias a ello protege al ADN contra posibles daños y retiene las reservas de folato.

Las personas con piel oliva es muy raro que se quemen a la exposición de la radiación ultravioleta y tienden a broncearse cuando se exponen. Aunque sino se exponen mucho a las radiaciones ultravioletas puede que su piel se vuelva más clara. Las personas de piel oliva suelen ser de regiones tropicales y con alta radiación ultravioleta.

En la escala Fitzpatrick es el tono IV aunque puede abarcar también los tonos III y V. Las siguientes tribus son consideradas de piel oliva caucasoide o mongoloides de regiones tropicales (Nueva Zelanda, Micronesia, América Polinesia, Sudeste Asiático, Asia del Sur, África del Norte y Asia Occidental).

Las tribus joisanes de raza negroide que son de África Subsahariana.

Hace unos 15000 años antes de cristo tribus de piel clara se trasladaron a vivir a regiones tropicales y evolucionó a la piel oliva de mongoloides y caucasoides.

La piel clara:

Las personas de piel clara son principalmente en la escala de Fitzpatrick del tono I, II, III. Las personas con piel clara tienen poca eumelanina y están adaptadas a regiones con baja radiación ultravioleta. La raza mongoloide o caucasoide principalmente de regiones subtropicales (Canadá, El Cáucaso, Europa, Groenlandia, Alaska, Asia central, Siberia, Asia central), también se pueden presentar en regiones tropicales aunque es menos (Asia Occidental, Sudeste asiático, Asia del Sur, África del Norte). Las personas de piel clara sintetizan mayor cantidad de vitamina D. Las personas de piel clara de los tonos II, III su piel al tomar el sol se broncea.

Las personas de piel clara que tengan gran exposición a la luz solar tienen un gran riesgo de agotamiento del folato con lo que supone para estas personas un daño en el ADN, distintos tipos de cánceres sobre todo de piel y defectos de nacimiento.

Las personas con piel clara en el tono I producen muy poca melanina, lo que equivale a quemaduras en la piel, cuando se exponen a la radiación ultravioleta, a daños en el tejido conectivo y al ADN que se encuentra bajo la piel lo que puede ser un factor decisivo para que pueda tener cáncer de piel o un envejecimiento prematuro.

La piel oscura:

Las personas con piel oscura en la escala de Fitzpatrick tienen los tonos V y VI.

Las personas con piel oscura suelen proceder de regiones tropicales con alta radiación ultravioleta tales como la raza australoide (Australia, Melanesia, algunas zonas del Sudeste asiático y Asia del Sur) raza negroide África Subsahariana.

Las personas de piel oscura gracias a que tienen una gran cantidad de eumelanina tiene una gran protección a la radiación ultravioleta con lo que evita los daños al ADN que hay debajo de la piel, el agotamiento del folato, las quemaduras en la piel por exposición a la radiación solar y tiene menos signos de envejecimiento.

Las personas de piel oscura que viven en regiones donde hay poca radiación solar producen muy poca vitamina D con lo que contribuye a que puedan padecer enfermedades cardiovasculares, raquitismo, baja actividad del sistema inmunitario y distintos tipos de cáncer.

Conclusiones

La piel es un órgano fundamental para el ser humano.

Debemos mantenerla limpia para que pueda hacer correctamente sus funciones que son:

- Termorregulación.
- Función sensorial.
- Excreción.
- Regeneración.
- Barrera protectora de las agresiones externas.
- Síntesis de vitamina D.

Bibliografía

https://es.wikipedia.org/wiki/piel_humana

https://medlineplus.gov/spanish/ency/esp_imagepages/8912.htm

[https://www.eucerin.com.co>acerca_de_la_piel/conocimientos-básicos-sobre la piel/estructura-y-función_de_la_piel](https://www.eucerin.com.co>acerca_de_la_piel/conocimientos-básicos-sobre_la_piel/estructura-y-función_de_la_piel)

<https://pharmalinegroup.com/la-piel>

https://es.wikipedia.org/wiki/color_de_la_piel_humana

CAPÍTULO 22

FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ESTERILIZACIÓN

**Asela Fernández Rodríguez, Magdalena Herrera Salas, Soraya Fernández
Olmo**

Asela Fernández Rodríguez TCAE

Magdalena Herrera Salas TCAE

Soraya Fernández Olmo TCAE

Palabras clave

Esterilización, patógenos, autoclave, desinfección, limpieza.

Metodología

Se buscó información a través de Google sobre la central de esterilización y para saber las funciones que realiza una técnico en cuidados auxiliares de Enfermería en esterilización.

Introducción

La esterilización es el método por el cual se somete al material hospitalario ya sea ropa de cama, pijamas, toallas, instrumental etc... para la eliminación de la carga microbiana patógena y no patógena incluyendo también las espores.

Debemos respetar los parámetros y procedimientos adecuados para cada método y siempre hacerlos cuando ya estén limpios.

El Dr. E. H. Spaulding clasificó los criterios por los cuales un material debe ser esterilizado o simplemente con desinfectarlo es suficiente.

Los objetos se clasifican de la siguiente manera:

- Crítico: Se esterilizan
- Semi-críticos: Serán sometidos a una desinfección de alto nivel.
- No – críticos: Se limpiaran y se someterán a una desinfección de bajo nivel.

Dependiendo del material utilizado podremos utilizar un método de esterilización u otro

Hay tres tipos:

- De calor
- Químicos
- Radiación

La función del técnico en cuidados auxiliares de Enfermería dependerá de en que zona esté en la central de esterilización.

Objetivo

Se perseguirá mediante la esterilización que todo el material que es enviado a la central de esterilización vuelva a ser operativo y se pueda seguir usando por los distintos profesionales libres de toda carga microbiana patógena y no patógena incluido las esporas.

Las funciones que realizará el TCAE serán las siguientes:

- Usará bata de bioseguridad, delantal de plástico, mascarilla, careta, gorro y polainas.

- Cumplirá las normas de bioseguridad.
- Recibirá los equipos de los distintos servicios.
- Devolverá todo el material que no este prelavado y libre de material orgánico a los servicios que los han traído.
- Verificará el estado de los equipos y contará cuantos vienen.
- Preparará el detergente lubricante para meter las pinzas.
- Realizará el proceso a equipos de reuso.
- Lavará tapas frascos etc.
- Secará, organizará y empacará los equipos.
- Envasará las soluciones que a utilizado como por ejemplo jabón quirúrgico.
- Recibirá por la mañana el material prelavado.
- Recibirá y entregará los equipos siguiendo el horario:
- Tendrá que elaborar y empacar las gasas y los apósitos el mismo día.
- Empacará en bolsas de plástico los equipos que se van a entregar.
- Realizará el proceso de esterilización.
- Rellenar el cuaderno de seguimiento del material esterilizado y pegar los indicadores.
- Mirará el estado y el contenido del recipiente de reserva y en caso necesario lo rellenará.
- Marcará las soluciones que han sido diluidas y las reenvasadas.

Resultados

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería dependiendo en que zona esté deberá hacer unas funciones u otras:

- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería se colocará los elementos de protección uniforme, gorro y polainas.
- Cuando reciba el material deberá bata de bioseguridad, delantal de plástico, careta, gorro y polainas.

Zona sucia:

- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería recibirá el material mirará que este prelavado y no contenga restos orgánicos si fuese así lo devolvería al sitio de donde vino.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería realizará un conteo del material.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería sumergirá el material en el detergente durante 5 minutos o según indiquen las instrucciones del fabricante.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería cuando reciba equipos de reuso verificará que todas sus partes están separadas y prelavadas.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería procederá a lavar el instrumental de la siguiente manera:
 - Colocará el instrumental en un recipiente destinado para la limpieza y lo sumergirá en proasepsis durante 5 minutos.
 - El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería restregará con un cepillo destinado exclusivamente para ello el material.
 - Para las bandejas solo se podrá utilizar una esponja para lavarlas nunca se realizará con nada que sea metálico.
 - El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería enjuagará con bastante agua ozonizada el material.

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería para lavar equipos de reuso lo realizará de la siguiente manera:

- En un recipiente que será únicamente para este uso echará endozime y sumergirá los equipos de reuso durante 3 minutos.

- A continuación los aclarará con mucha agua ozonizada.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería colocará en la mesa una tela limpia y pondrá los equipos de reuso para secarlos.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería utilizará aire comprimido en forma racional para secar los equipos de reuso.
- Las mangueras siliconadas cortas se realizará un secado exhaustivo ya que no deberá tener ni una gota de agua en sus paredes.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería utilizará para el secado de telas que no suelten pelusa y lo colocara en la mesa.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería clasificará el material y comprobará que todo esté bien lavado y secado.

Zona de empackado:

- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería utilizará para la sección de empackado de instrumental:
- Para la primera y segunda envoltura utilizará papel crepado y ubicará en el centro del equipo entre la compresa y/o el campo el indicador.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería para empackar gasas, apósito y torundas que se han hecho en la central utilizará una envoltura de papel crepado.

El material se empackará de la siguiente manera:

- Las compresas y los apósitos se realizarán de forma individual.
- 3 torundas
- 5 gasas
- Cuando el material viene de un suministrador exterior se marcará para cada servicio los recipientes donde se entregue el material.
- Los paquetes de apósitos, torundas y gasas se pondrá la fecha de vencimiento

de la esterilización.

- Las pinzas deberán ir siempre abiertas al empacar los paquetes.
- Para las bolsas de plástico que van a meterse el material y los equipos se utilizará la selladora.

Zona de esterilización:

- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería cargará el autoclave con productos homogéneos.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería colocará verticalmente los equipos.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería no apilará nunca ni equipos ni material ya que impedirá el paso del agente esterilizante.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería según el material que vaya a introducir en el autoclave deberá programar un tiempo diferente:
- Gasas, torundas o apósitos se programara 30 minutos.
- Equipos instrumentales será por un tiempo de 45 minutos.
- Los equipos de reuso (mascaras faciales de silicona, ambú, cables de aspiración de silicona cortos) puntas de electrocauterio, se programará durante 20 minutos.
- La ropa se pondrá durante 30 minutos.

Se introducirá el indicador biológico empacado y marcado con la fecha, el número de carga, el nombre del hospital y la firma de la persona que ha realizado el procedimiento.

- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería cuando proceda a descargar el autoclave deberá colocarse:
- Gafas protectoras
- Bata de bioseguridad
- Guantes que soporten el calor por si acaso son necesarios
- Pondrá en el carro desinfectado los equipos y el material.

Zona estéril:

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería para almacenar el material procederá de la siguiente manera:

- Se lavará las manos
- Se pondrá una bata de bioseguridad, nuevas polainas, gorro y mascarilla.
- A continuación, meterá en recipientes rígidos y que tengan tapa los apósitos, gasas y torundas.
- Distribuirá en las baldas los equipos estériles.
- Tanto los contenedores como los equipos no pueden apilarse ni tocar las paredes.
- El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería para la distribución del material estéril deberá seguir unas normas:
- Para poder ingresar en el cuarto estéril deberá colocarse gorro polainas mascarilla y bata de bioseguridad.
- Pondrá el material en el carro debidamente desinfectado antes de introducirlo y se entregará el material en el horario establecido.
- Para entregar el material se realizará por la ventana y tendrá que firmar el pedido para que conste que se ha entregado.
- Las torundas, apósitos etc. irán empacadas en bolsas de plástico cerradas y/o selladas e irán en un contenedor con tapa.

Conclusiones

El TCAE en el centro de esterilización debe seguir todos los pasos al pie de la letra para no romper la cadena de esterilización, ya que con el material y los equipos se realizan operaciones, curas etc... los cuales tiene que ser todo el proceso aséptico para evitar infecciones a los pacientes y que les genere un empeoramiento de su enfermedad.

Bibliografía

<https://quercuslab.es/blog/esterilización-del-material-de-laboratorio/>

[https://www.sergas.es/sande-publica/documents/1166/
procedimientos_esterilización.pdf](https://www.sergas.es/sande-publica/documents/1166/procedimientos_esterilización.pdf)

<https://es.wikipedia.org/wiki/autoclave>

[https://saludpereira.gov.co/medios/Archivos/Manuales_2019/
Manual_central_de_esterilización.pdf](https://saludpereira.gov.co/medios/Archivos/Manuales_2019/Manual_central_de_esterilización.pdf)

CAPÍTULO 23

INFECCIONES NOSOCOMIALES

Magdalena Herrera Salas, Soraya Fernández Olmo, Asela Fernández Rodríguez

Magdalena Herrera Salas, TCAE.

Soraya Fernández Olmo, TCAE.

Asela Fernández Rodríguez, TCAE.

RESUMEN

Las infecciones relacionadas con el sistema sanitario son las que tienen relación con prácticas asistenciales en pacientes que están hospitalizados o ambulatorios y afectan al 5% de los pacientes.

La infección hospitalaria, o infección nosocomial, es llamada en la actualidad **infección asociada a la atención de la salud**, ya que hay otros sitios (distintos Al clásico hospital, sanatorio o clínica) donde las personas reciben también tratamientos o se realizan estudios diagnósticos para mejorar su salud. Estos Lugares pueden ser centros de tercer nivel, atención domiciliaria, hospitales de día, consultorios médicos donde se realizan prácticas mínimamente invasivas, centros de cirugía estética, quirófanos ambulatorios, consultorios odontológicos, etc.

OBJETIVO

Los objetivos son facilitar la implementación de medidas efectivas de prevención y control en los diferentes niveles de recursos para mejorar la calidad de la de salud, minimizar el riesgo, salvar vidas, reducir costos y limitar el uso de antibióticos para combatir estas infecciones a menudo prevenibles en todo el mundo.

METODOLOGÍA

Se ha realizado la búsqueda de información sobre las infecciones nosocomiales en Google utilizando palabras clave:

Infecciones nosocomiales, programas de vigilancia, infecciones relacionadas con el ámbito sanitario.

INTRODUCCIÓN

Se denomina “infección nosocomial” a la contraída por pacientes ingresados en un recinto de atención a la salud, no sólo se centra en hospitales.

Las infecciones nosocomiales constituyen un problema de salud importante en la actualidad a nivel mundial. Afecta a todas las instituciones sanitarias y son una causa de mortalidad, además de generar costes elevados para el sistema sanitario.

Se hace, pues, necesario establecer un sistema de vigilancia que permita conocer la epidemiología y los factores de riesgo para poder establecer medidas de prevención.

DESARROLLO

Los focos de infección nosocomial hace algunos años era el tracto urinario, actualmente se sitúa en el tracto respiratorio.

En general, estas infecciones están relacionadas con procedimientos asistenciales invasivos. El impacto que ocasionan las infecciones nosocomiales son una elevada mortalidad, prolongan la estancia hospitalaria y aumentan los costes asistenciales.

La primera medida para evitar las infecciones nosocomiales serán aplicar las medidas habituales sobre lavado de manos y asepsia en los procedimientos invasivos.

La erradicación permanente de este tipo de infecciones es algo imposible por el momento, es inevitable que exista un riesgo inherente a cualquier procedimiento invasivo; pero sí es posible una reducción del número de infecciones mediante el esfuerzo continuo de prevención.

Los microorganismos patógenos hospitalarios tienen reservorios, se transmiten casi siempre por vías predecibles y necesitan de un hospedero predispuesto, características que permiten la implementación de una serie de estrategias de supervisión y prevención.

Supervisión: La revisión computarizada basada en algoritmos de las bases de datos del hospital está reemplazando la revisión manual de los resultados de los análisis microbiológicos y la supervisión del pabellón de Enfermería, pero todos estos mecanismos realizan un seguimiento de las infecciones que se adquieren después del ingreso hospitalario. Los resultados de la vigilancia se expresan en forma de tasas y deben incluir un denominador que indique el número o el número de días que duró la intervención o el número de días que duró la intervención.

Medidas de prevención y control: La medida aislada más importante para prevenir las infecciones cruzadas es lavarse las manos.

- En los trabajadores de la salud, el lavado de las manos tiene una tasa muy reducida, menor de 50%.
- Otras medidas comprenden identificar y erradicar los reservorios de infección y minimizar el uso de procedimientos y catéteres invasivos.

Técnicas de aislamiento: El aislamiento de los pacientes contagiosos constituye un componente tradicional de los programas de control de infecciones.

- Las precauciones habituales incluyen el lavado de las manos y el uso de guantes cuando existe la posibilidad de tener contacto con sangre, otros líquidos corporales, piel no íntegra o membranas mucosas durante la atención de los pacientes. En ciertos casos, también se utilizan mascarillas, protección ocular y ropa especial.
- Normas basadas en la transmisión: Las precauciones que se toman contra la transmisión por vía aérea, por gotas de secreción y por contacto incluyen que el personal utilice (como mínimo) respiradores N95, mascarillas, quirúrgicos o ropa especial y guantes, respectivamente, para prevenir la transmisión.

CONCLUSIONES

Las infecciones nosocomiales están estrechamente vinculadas a la calidad de la atención en el entorno sanitario; por otro lado, los gérmenes están relacionados con la epidemiología de las instituciones.

Las modalidades diagnósticas son difícilmente evaluables por la ausencia de un patrón claro, y el retraso en iniciar el tratamiento incrementa la mortalidad.

Finalmente, los administradores y directores de las instituciones de salud son los responsables de la calidad de atención de sus pacientes, por lo tanto deben asegurar que un equipo de control de infecciones funcione y cumpla con los objetivos de los programas. Tratando de disminuir el riesgo que hoy conlleva la falta de éxito de estos programas y que sucede por tres razones fundamentales:

1. Falta de conocimiento en el tema: profesionales no formados, contratados para el control de infecciones.
2. Falta de apoyo político de la dirección y administradores: el equipo de control de infecciones sabe qué y cómo hacerlo, pero no se le presta atención.
3. Falta de tiempo: el equipo de control de infecciones sabe qué, cómo y además tiene el apoyo, pero no dedica la cantidad de horas necesarias para la institución.

El hospital debe asumir un compromiso global para la implementación de un efectivo y activo programa de control de infecciones. Los objetivos más importantes del programa son:

- (1) Asegurar una elevada calidad en la atención del paciente y la salud del empleado, mediante la ejecución de los componentes del programa de Control de infecciones (vigilancia, educación y consulta).
- (2) Apoyar y participar en los programas implementados por el hospital para fines de educación e investigación que implican actividades de control de las infecciones.

Las pautas utilizadas como base para desarrollar políticas y procedimientos que afecten el cuidado del paciente y la salud del empleado son desarrolladas con Las recomendaciones y estándares del Comité Conjunto para Acreditación de Hospitales (JCHAO, siglas en), las recomendaciones de los Centros De Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América (CDC), El Comité Consultor de Prácticas de Inmunización y las actuales recomendaciones De la Asociación de Especialistas en Control de Infecciones y Epidemiología (EPIC, siglas en inglés), así como de otros estándares aceptados en el ejercicio profesional vinculado a la seguridad del empleado y el ambiente hospitalario.

WEBGRAFÍA

<https://isid.org/guia/>

[https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-general-infecciones-nosocomiales-sistemas-S0213005X13000025#:~:text=Las%20infecciones%20nosocomiales%20\(d el%20lat%C3%ADn,del%20ingreso%20suelen%20considerarse%20nosocomiales.](https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-epidemiologia-general-infecciones-nosocomiales-sistemas-S0213005X13000025#:~:text=Las%20infecciones%20nosocomiales%20(d el%20lat%C3%ADn,del%20ingreso%20suelen%20considerarse%20nosocomiales.)

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-

CAPÍTULO 24

LA TCAE EN HEMODIÁLISIS

Magdalena Herrera Salas, Soraya Fernández Olmo, Asela Fernández Rodríguez

Magdalena Herrera Salas, TCAE.

Soraya Fernández Olmo, TCAE.

Asela Fernández Rodríguez, TCAE.

RESUMEN

La insuficiencia renal crónica es una alteración que afecta a la depuración, regulación y metabolismo de las glándulas endocrinas. La insuficiencia renal puede ser aguda y temporal también.

Los subproductos tóxicos dificultan la capacidad del cuerpo para regular el equilibrio ácido- alcalino, modificar el volumen corporal y la concentración de materiales disueltos y eliminar toxinas. Para garantizar la supervivencia del paciente y restaurar las funciones perdidas, debe existir un mecanismo alternativo.

OBJETIVO

El asistente técnico del equipo de Enfermería comprende las líneas intravenosas que se utilizan en los pacientes de diálisis y comprende los beneficios y los problemas asociados con cada línea.

Los pacientes de diálisis requieren cuidados extensos y se necesita una evaluación de la calidad de vida de los afectados por insuficiencia renal crónica.

METODOLOGÍA

El estudio se basó en una revisión bibliográfica para determinar los documentos más relevantes para el cuidado y la calidad de vida de los pacientes en diálisis por parte de los equipos profesionales de Enfermería. La búsqueda se realizó fundamentalmente a través de Google utilizando palabras clave haciendo a su tratamiento y epidemiología:

Diálisis, Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería en Hemodiálisis, Epidemiología de la insuficiencia renal.

INTRODUCCIÓN

Las nefropatías son consideradas actualmente un problema de salud pública debido a la incidencia en la población, los esfuerzos sanitarios para el afrontamiento y el impacto socioeconómico y en el paciente.

La hemodiálisis es un procedimiento terapéutico en el cual se filtra la sangre del paciente a través de un filtro de limpieza situado en una máquina y regresando esta de nuevo al paciente.

Los subproductos tóxicos dificultan la capacidad del cuerpo para regular el equilibrio ácido- alcalino, modificar el volumen corporal y la concentración de materiales disueltos y eliminar toxinas. Para garantizar la supervivencia del paciente y restaurar las funciones perdidas, debe existir un mecanismo alternativo.

El calcitriol y la eritropoyetina son hormonas que el cuerpo ya no produce debido a una deficiencia endocrina. Esto se considera que no pone en peligro la vida, pero la pérdida de calidad de vida es significativa. Recientemente se han logrado más avances en el tratamiento de pacientes con insuficiencia renal a través de métodos más efectivos y seguros.

DESARROLLO

Es importante señalar que la gran mayoría de los pacientes que se someten a diálisis tienen más de 60 años. Esta edad tiene muchos efectos negativos en la

salud del paciente, incluida una menor calidad de vida. Los pacientes de diálisis no están tan adaptados a las interacciones sociales nocturnas debido a su horario vespertino.

Además, es cierto que los pacientes que reciben diálisis en centros hospitalarios realizan funciones físicas adicionales a sus actividades físicas originales. Afecta a las actividades diarias, el trabajo y el cuidado de los pacientes que reciben diálisis a través de un catéter.

En la unidad de hemodiálisis se realizan múltiples tareas, parte importante de ellas las realiza la/el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería. Entre ellas se encuentran:

- Revisar el área de intervención: material de curación, confort y otros aspectos de las normas del servicio, e informar de los hallazgos.
- Realizar la recepción del paciente; este puede proceder del exterior o ser derivado de una planta. La/el Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería realizará la puesta de pijama a aquellos pacientes que no puedan hacerlo por sí mismos.
- Control de peso antes y después del procedimiento, y control de los signos vitales cada hora, del paciente.
- Administración de medicamentos según lo delegado por Enfermería.
- Atención a signos de alarma: durante la sesión de hemodiálisis, es importante estar pendiente de cualquier signo de alarma como disminución del flujo sanguíneo, cambios en la presión arterial, fiebre o dolor en el sitio de la fístula o catéter, ya que a veces el propio paciente no puede avisar o no se da cuenta y pierde la consciencia.
- Asistir al procedimiento de conexión y desconexión de Fístula y Catéter.
- Efectuar limpieza y desinfección de la máquina y paciente, en caso de derramamiento de líquidos biológicos.
- Colaborar en la dinámica de la unidad y en el traslado del paciente una vez finalizado el procedimiento.
- Realizar el retiro, lavado y desinfección del material utilizado.
- Realizar bajo supervisión el preparado y empaquetado del material.

- Realizar la recepción y entrega de material a esterilización, y ropa previo registro y firma de responsables.
- Aplicar normas de bioseguridad en la ejecución de todas las tareas.
- Asistir a reuniones y otras actividades relacionadas con la unidad.
- Colaborar en la vigilancia y control del buen funcionamiento de equipos.
- Realizar otras tareas afines a la naturaleza de su trabajo delegado por un superior y a requerimiento de la institución.

El/ la Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería realiza una labor importante en la unidad de Hemodiálisis pero también es importante la labor que realiza con los pacientes. Se basan en una buena prevención, un buen asesoramiento por parte del personal de cuidados auxiliares de Enfermería al paciente para que así pueda elegir un centro donde se sienta cómodo para realizar su tratamiento, así como su preparación tanto física como emocional de cara al inicio y durante este, ya que los pacientes que reciben hemodiálisis introducen cambios en las relaciones familiares y sociales y afectan las interacciones sociales.

Al comenzar un paciente la diálisis, el equipo sanitario debe brindar apoyo continuo para optimizar los beneficios para la salud de la modalidad seleccionada en su tratamiento.

El apoyo puede ser más necesario al inicio y puede disminuir con el tiempo.

CONCLUSIONES

La insuficiencia renal es una enfermedad progresiva en un gran número de casos. El impacto que sufre la persona al conocer que padece una enfermedad renal crónica le genera una serie de cambios que sufrirá a lo largo de todo el proceso y que este sea capaz de adaptarse a ellos.

La calidad de vida se ve afectada por muchos factores relacionados con la salud. Estos son la edad, el sexo, la disminución de la independencia, el deterioro cognitivo, la depresión, otras afecciones médicas y el tiempo que lleva recuperarse de la diálisis. La conexión emocional con el equipo de salud también es importante.

El/ la Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería es parte fundamental de la unidad de hemodiálisis y es necesario que conozca sus funciones para un buen desarrollo del trabajo en equipo de la unidad.

WEBGRAFÍA

https://revistamedica.com/responsabilidades-tcae-hemodialisis/#aoh=16842333592284&csi=1&referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com&_tf=De%20%251%24s

<http://pacienterenal.general-valencia.san.gva.es/2017/10/24/el-dia-a-dia-de-una-auxiliar-de-enfermeria-en-una-unidad-de-hemodialisis/>

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/funciones-del-tcae-en-la-unidad-de-hemodialisis/>

CAPÍTULO 25

SISTEMA ESQUELÉTICO MUSCULAR

Asela Fernández Rodríguez, Soraya Fernández Olmo, Magdalena Herrera Salas

Asela Fernández Rodríguez, TCAE

Soraya Fernández Olmo, TCAE Magdalena Herrera Salas, TCAE

METODOLOGÍA

Búsqueda en el Google toda la información sobre el sistema esquelético muscular.

Palabras clave: sistema, músculos, tipos de huesos, articulaciones, formas, fibras, enfermedades y síndromes.

OBJETIVOS

Los objetivos del sistema esquelético muscular son los siguientes, por una parte están los huesos y tipos y también están los músculos, que son los siguientes:

1- Los huesos: los huesos son parte del sistema esquelético muscular que sirven para proteger los órganos y soportan el peso de nuestros cuerpos y además los huesos dan forma a nuestro cuerpo humano;

A su vez ahí diferentes huesos como por ejemplo:

-Huesos largos: son aquellos en los que predominan la longitud sobre la anchura y el grosor; entre ellos están el fémur, el humero, la tibia, etc.....

-Huesos planos: suelen ser delgados y con aspecto curvo, están formados por dos capas de tejido óseo compacto y con tejido esponjoso y la médula ósea interior, se localizan en el cráneo y las costillas.

-Huesos irregulares: son aquellos que por sus características morfológicas no pueden incluirse en ninguno de los tipos anteriores de huesos.

Están formados por tejido óseo esponjosos y está envuelto por una capa delegado

de tejido compacto, se localizan en el cráneo, vertebras y sacro.

-Huesos irregulares: son todos los huesos que no se pueden colocar en otro grupo de huesos un ejemplo de ellos son las vértebras.

-Huesos sesamoideos: son redondeados y pequeños están metidos en el tendón sometidos a fuerza y compresión de tensión. Estos huesos están en algunas articulaciones de nuestro cuerpo humano. Un lugar donde se pueden encontrar son el los dedos de los pies.

Los huesos también tienen tres tipos de tejidos:

-Tejido compacto: Es aquél tejido frágil, denso y duro. Los osteonas son estructuras cilíndricas que tienen diversas capas concéntricas de láminas óseas. En estas láminas están insertados los osteocitos.

-Tejido poroso: Se encuentra en el interior de los huesos. La estructura es esponjosa y se parece a un panal de abejas.

Tejido subcondral: es la parte blanda que se sitúa entre la médula ósea y los cartílagos articulares.

2- Los músculos: los músculos del sistema esquelético muscular son los músculos los cuales son los que se fijan a los huesos y tiran de ellos para permitir los diferentes movimientos que realiza nuestro cuerpo humano. A su vez en los músculos ahí diferentes estructuraras de músculos; ahí tres tipos de músculos cardíaco(el musculo cardíaco o miocardio es el tejido muscular de componentes mixtos, que se localizan exclusivamente en las paredes del corazón),musculo liso(el musculo liso es considerado en las ciencias de la salud, como un tejido muscular que se ubica en los órganos de la cavidad abdominal y pélvica),musculo esquelético (el musculo esquelético es un tipo de tejido muscular estriado que conforma nuestros músculos y gracias a los cuales podemos movernos; está constituida por células o fibras musculares esqueléticas que son células largas, multinucleadas y acidófilas) y fibras musculares.

-FIBRAS MUSCULARES: es una proporción de los músculos compuestas de células que varían dependiendo del órgano en que se encuentre; la fibra es la cual debe tener la capacidad de contracción que posee el musculo de las extremidades y el tronco.

INTRODUCCIÓN

El cuerpo humano tiene aproximadamente unos 650 músculos estriados; de todos los músculos tenemos cinco importantes entre ellos y necesarios para movernos y también para realizar necesarios movimientos básicos en el día a día y son los siguientes: los pectorales, los trapecios, los cuádriceps, abdominales, bíceps y los tríceps.

¿Qué es el musculo? Es un órgano o masa de tejido compuesto de fibras que mediante la contracción y la relajación del cuerpo humano sirve para reproducir los movimientos.

Podemos clasificar a los músculos por sus diferencias que son las cuales:

- por ubicación: superficiales y profundos
- por su forma: largos, anchos, planos, cortos, esfinterianos, orbiculares.
- por tipos de movilidad: músculos voluntarios y músculos involuntarios.
- por la fibra muscular: estriados esqueléticos, estriados cardíacos y lisos.
- por su función: flexores, extensores, aductores, pronadores y supina-dores.

También llamado como sistema esquelético muscular (sistema locomotor), es un sistema del cuerpo humano que nos proporciona movimientos, estabilidad, formas al cuerpo y también hace de soporte al cuerpo humano, en este sistema se encuentran divididos en dos grandes sistemas que son los siguientes:

1) **SISTEMA MUSCULAR:** que incluye todos los tipos de músculos del cuerpo humano; los músculos esqueléticos forman partes de las articulaciones; y gracias a ellas las articulaciones podemos hacer diferentes movimientos; como por ejemplo: andar, correr, etc.

2) **SISTEMA ESQUELÉTICO:** tiene como componente principal a los huesos.

A su vez los huesos se unen entre si y gracias a ellos forman articulaciones, dando a nuestro cuerpo un esqueleto fuerte y a la vez nos facilita movilidad.

Muy importante y que poco se sabe es que los músculos también tienen enfermedades como por ejemplo las siguientes:

-trastornos musculares locales que son las siguientes: reumatismo muscular, dolor muscular generalizado, fibrosis, miosis, mialgia, fibromialgia, punto hiperestésico y punto de desencadenante.

-síndrome regionales: es el síndrome de dolor facial, síndrome de tensión en cervicales, síndrome del manguito de los rotadores, síndrome compartimental.

-y por último están los síndromes generales: síndrome de la fibrositis, síndrome de la fibromialgia, fibromialgia primaria, polimialgia y polimiositis.

FUNCIONES DE LOS MÚSCULOS

El músculo esquelético humano tiene la función de ayudar al cuerpo a desempeñar funciones como masticar alimentos y transportarlos a través del sistema digestivo; incluso cuando el cuerpo humano está relajado o sentado ahí los músculos que siguen haciendo sus funciones y no paran están en constante movimiento durante todo el día, las 24 horas del día.

CONCLUSIÓN

1- en el sistema muscular esquelético podemos encontrarnos con un dolor muscular que puedes ser a consecuencia del trabajo, y que casi siempre se presenta en la zona del cuello, en los hombros, en el antebrazo y en ocasiones también puede aparecer en la zona lumbar.

2- tener los músculos sanos para poder recuperar bien de alguna lesión que pudiéramos tener a lo largo de nuestra vida.

3- Tener unos huesos fuertes y sanos para poder formar bien las articulaciones de nuestro cuerpo humano esquelético. Que a su vez nos ayudaran a realizar los diferentes movimientos.

4- Tener un buen sistema muscular te va a soportar unos beneficios para nuestro cuerpo humano; como por ejemplo: equilibrio, beneficio corporal y estético.

RESULTADO

El sistema muscular esquelético nos proporciona diferentes movimientos, estabilidad con las articulaciones y nos mantienen de las diferentes posturas y aparte producen calor corporal.

Después a su vez los huesos sin la base de nuestro cuerpo que con ellos nos proporcionan la estructura del cuerpo (tanto como física y orgánica; las cuales son: la cabeza, el tronco, las extremidades superiores y extremidades inferiores).

Los huesos también protegen a los órganos vitales (corazón, riñones, hígado, pulmón, etc.) y producen células sanguíneas y minerales.

BIBLIOGRAFÍA

La información sobre el sistema esquelético muscular esta sacada de:

- www.google.com fisioterapia-online
- www.mhe.es/cf/sanidad
- fisioonline
- biblioteca nacional de medicina(medlineplus)
- <https://es.m.wikipedia.org>

CAPÍTULO 26

EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EL TRATAMIENTO DE DATOS. LEY ORGÁNICA 3/2018 DE 5 DE DICIEMBRE DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

Leticia García García

Leticia García García. Auxiliar Administrativo

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los datos de carácter personal ha de ser realizado correctamente ya que un manejo negligente de los mismos puede acarrear consecuencias que afecten gravemente y de manera negativa los derechos y libertades de las personas. Es preciso realizar un estudio de riesgos de cara a establecer objetivamente una valoración enfocada a un establecimiento de medidas necesarias para minorar esos riesgos.

El importante y constante avance tecnológico en el marco de las tecnologías digitales implica que sea precisa la adopción de medidas de protección de datos personales que garanticen las libertades públicas y los derechos fundamentales de los individuos, particularmente el derecho al honor y la intimidad personal y familiar, siempre en un marco de equilibrio con otros derechos fundamentales.

Debido a la particular condición de los datos personales como una materia especialmente delicada es preciso que el Auxiliar Administrativo en el campo de la Sanidad sea conocedor en todo momento de la normativa aplicable en términos de protección de datos tanto en el ámbito estatal como europeo. Es importante mencionar aquí el Reglamento General de Protección de Datos de la UE, vigente desde el 25 de mayo de 2016 y en aplicación desde el 25 de mayo de 2018. Desde ese momento el Reglamento es de aplicación con independencia de la existencia o no de una Ley estatal al respecto. En nuestro país la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales que realiza una adaptación de la normativa española al Reglamento Europea, derogando casi de manera total la Ley Orgánica de Protección de Datos 15/1999.

OBJETIVO

Estudiar la importancia del conocimiento del Auxiliar Administrativo en Sanidad sobre la Ley General de Protección de Datos así como las consecuencias y los efectos que de ello se derivan a la hora de realizar una correcta gestión y tratamiento de los datos obtenidos.

METODOLOGÍA

Para la realización del presente trabajo se ha empleado una metodología basada en la búsqueda bibliográfica de artículos publicados en diversas bases de datos científicas, tales como Cuiden, Medline, Dialnet y SciElo. Asimismo se han realizado consultas en Google Académico.

En este sentido se han llevado a cabo también una serie de consultas sobre libros, revistas y otros protocolos relacionados con la materia que nos ocupa. Las palabras clave que han servido para restringir la búsqueda han sido principalmente conceptos como “auxiliar administrativo sanidad”, “ley de protección de datos”, “tratamiento de datos”, etc.

Por otro lado, fueron establecidos también un conjunto de criterios de inclusión tales como: publicación en español e inglés, acceso a texto completo y gratuito y publicaciones que se ajustaran al objetivo de estudio establecido.

Todos los resultados llevados a estudio están reflejados en la bibliografía del trabajo.

DESARROLLO

Es fundamental que el Auxiliar Administrativo estudie y reciba formación adecuada sobre la normativa de protección de datos con el fin de que pueda consolidar de manera eficiente la privacidad en su desarrollo laboral, llevando a cabo una protección óptima y eficaz de los datos personales de los usuarios.

El derecho a la protección de datos personales viene derivado del derecho a la intimidad, recogido en el Título I (de los derechos y deberes fundamentales), Capítulo segundo (derechos y libertades), Sección 1ª (de los derechos fundamentales y de las libertades públicas), artículo 18.4 de la Constitución Española, donde se establece que “La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”.

Este derecho es a su vez reconocido por el Tribunal Constitucional en la STC 292/2000.

El hecho de que los datos tengan carácter personal no significa que solo sean protegidos los relacionados con la esfera de la vida privada o íntima de la persona sino que los datos amparados son todos aquellos que identifiquen o

permitan la identificación de una persona, pudiendo ser utilizados para confeccionar su perfil ideológico, racial o sexual, económico o de cualquier otra índole, o que sirvan para cualquier otra utilidad que en determinadas circunstancias constituya una amenaza para el individuo.

El Auxiliar Administrativo en Sanidad ha de conocer que en la actualidad en España se encuentra en vigor la Ley orgánica 3/2018 de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, la cual adapta la legislación española a las disposiciones del Reglamento Comunitario de la Unión Europea de 2016, aportando novedades y mejoras en la regulación de este derecho.

En el artículo 8 de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea en sus apartados 1 y 2 se establece lo siguiente:

- Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que la conciernan.
- Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos.

En el artículo 16 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea en sus apartados 1 y 2 viene establecido lo siguiente:

- Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan.
- El Parlamento Europeo y el Consejo establecerán las normas sobre protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos de carácter personal por las instituciones, órganos y organismos de la Unión, así como por los Estados miembros en el ejercicio de las actividades comprendidas en el ámbito de aplicación del Derecho de la Unión, y sobre la libre circulación de estos datos.

Mediante este marco normativo se establece el derecho que tiene toda persona a que sus datos de carácter personal sean protegidos, con independencia de la nacionalidad o residencia que posea dicha persona.

CONCLUSIÓN

La Protección de Datos de carácter personal es una cuestión de gran importancia para los poderes públicos y los distintos organismos nacionales e internacionales.

El Sistema Nacional de Salud y los Servicios de Salud de las Comunidades, por su carácter de entes públicos, manejan una gran cantidad de información personal de los pacientes y usuarios. Para garantizar la protección de estos datos se han creado organismos encargados de velar por el cumplimiento de la normativa que regula esta materia.

A su vez, se han creado campañas informativas orientadas a los profesionales y a los pacientes para poder dar a conocer los derechos y obligaciones referentes a esta cuestión.

El Auxiliar Administrativo en Sanidad realiza su desempeño laboral en Centros e Instituciones sanitarias, donde como decíamos, se gestiona gran cantidad de información personal de usuarios y pacientes. Por ese motivo es de suma importancia que conozca la Ley de Protección de Datos y los aspectos fundamentales que regulan esta ley. Mediante este conocimiento el Auxiliar Administrativo en Sanidad podrá aplicar y tener en cuenta dichos fundamentos a la hora de llevar a cabo su actividad laboral de manera adecuada y siempre según los cauces legales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez, C. A., Gómez, A. D. R., Montoro, F. I., Mañas, J. L. P., Reigada, T., Varela, B. A.,... & Landa, I. U. (2018). Reglamento general de protección de datos: Hacia un nuevo modelo europeo de protección de datos. Editorial Reus.
2. Mañas, J. L. P. (2016). Reglamento general de protección de datos. Revista del Consejo General de la Abogacía, (98), 26-29.
3. Zaballo Pulido, E. (2013). La protección de datos personales en España: evolución normativa y criterios de aplicación.
4. España, J. D. E. (2008). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica: texto íntegro y colección de test. CEP.
5. Europea, U. (2021). Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del

Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos)(Texto pertinente a efectos del EEE).

CAPÍTULO 27

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

María Jardón Pérez

María Jardón Pérez. Enfermera. Categoría profesional: Enfermera

Introducción

El virus del papiloma humano (VPH) es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más común. Existen gran número de tipos de VPH, un grupo de ellos pueden desencadenar cáncer cervicouterino que es una de las neoplasias que ocasiona más mortalidad en la mujer a nivel mundial, sobre todo en aquellos países que no cuentan con acceso a sanidad gratuito o bien países subdesarrollados.^{1,2}

Objetivos

El principal objetivo de este trabajo es exponer unas generalidades del VPH ya que tiene gran importancia en nuestra sociedad, así como conocer los aspectos más importantes en cuanto a su prevención.

Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica sistemática, en la que se ha realizado una búsqueda en diferentes bases de datos, tales como Medline, PubMed, y Scielo, utilizando las palabras clave (virus, papiloma, cáncer, cervix) como descriptores. Además se han consultado libros y se han empleado artículos exclusivamente en español.

Desarrollo

El VPH es una infección común y la mayoría de las personas la contraen en algún momento de su vida, generalmente sin consecuencias. La mayor incidencia de esta enfermedad se presenta en la etapa de la adolescencia, tras el inicio de la actividad sexual.⁶

Este virus pertenece a la familia Papillomaviridae y se ha clasificado en 5 géneros (alfa, beta, gamma, mu y nu). Los VPH se dividen en dos grupos en función de sus características oncogénicas; aquellos de alto riesgo (VPH 16 y 18), considerados los más virulentos y responsables del 70% de los casos de cáncer cervical invasor, y por otra parte aquellos de riesgo bajo, que suelen producir lesiones como los condilomas acuminados así como papilomatosis respiratoria recurrente, entre otras.⁸

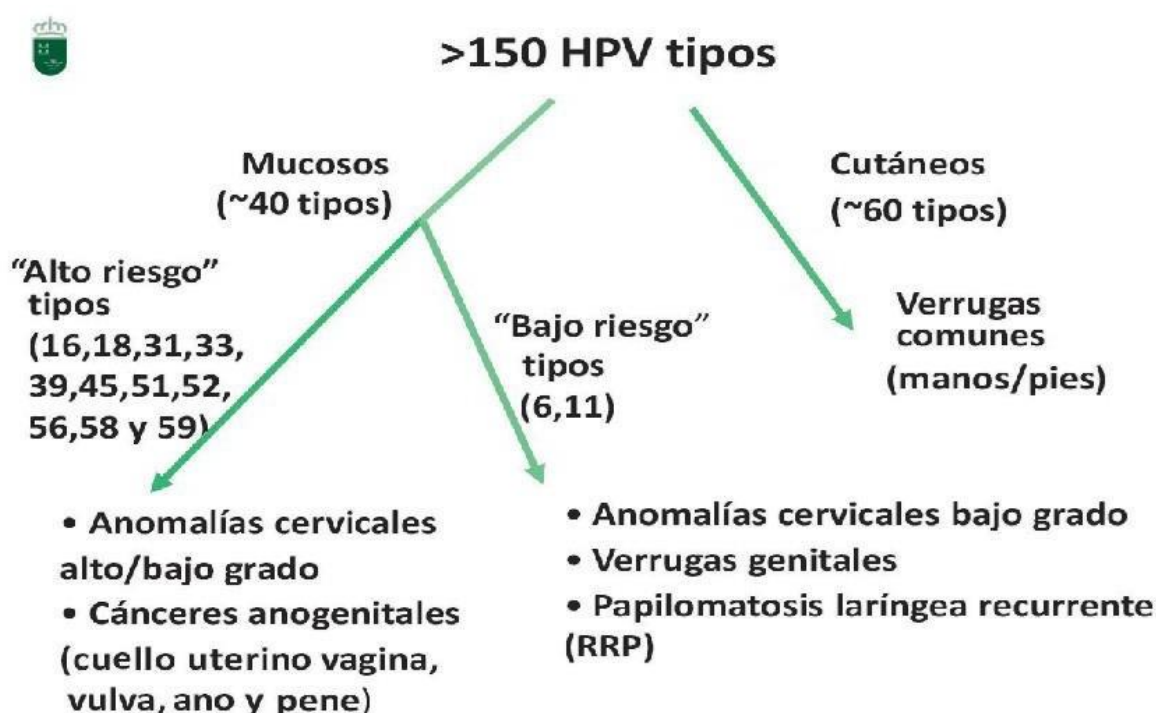
La infección por VPH esencialmente es una enfermedad de transmisión sexual. De esta manera, tanto hombres como mujeres están involucrados en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH. Es por ello por lo que los factores asociados con la infección por VPH esencialmente están relacionados con el comportamiento sexual, como es la edad de inicio de vida sexual, un alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida, o contacto sexual con individuos de alto riesgo.⁷

Es importante destacar que las lesiones difieren clínica e histológicamente en función del sexo. En la mujer son lesiones blandas, de color gris o rosado, pedunculadas y suelen agruparse en racimos. Las zonas más afectadas son la vulva, la pared vaginal, el cuello uterino, la piel perineal y el ano. En el hombre son también blandas, en la zona del pene suelen aparecer lisas y papulares, mientras que en las del perineo se asemejan a una coliflor. En ocasiones aparecen en el prepucio y el glande, y luego en el escroto y la región perianal.⁶

Los VPH infectan el epitelio cervical sin entrar en la circulación, por lo que las partículas no se exponen eficazmente al sistema inmune. Como resultado, la vigilancia inmunológica típica, que involucra el tráfico de células especializadas desde el sitio de la infección hasta órganos linfoides secundarios, se encuentra limitada o abatida. Aunado a esto, una vez dentro de la célula, la partícula del papilomavirus puede utilizar múltiples mecanismos para abatir la respuesta inmune que es necesaria para la eliminación de la infección.⁹

De esta infección de Transmisión Sexual (ITS) se derivan más de 150 tipos, 14 presentan carga oncogénica y se han clasificado en genotipos de alto riesgo causantes del 70% de Cáncer Cervicouterino y genotipos de bajo riesgo responsables de las verrugas anogenitales.⁷ (Dibujo 1) Los VPH 16 y 18 se

encuentran asociados con el 70% de todos los casos de cáncer cervical en el mundo. El cáncer de cérvix ocupa el cuarto lugar de frecuencia a nivel mundial en las mujeres y continúa siendo un problema de salud pública a pesar de los programas de cribado y vacunación. Son numerosos los estudios que han confirmado que la presencia de un VPH de alto riesgo es el principal factor de riesgo para la detección de lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado y cáncer.⁸



Dibujo 1 - Fuente: <https://www.vacunas.org/category/vacunas-una-por-una/virus-del-papiloma-humano/?print=print-search>

Prevención

Presenta un alto riesgo de contagio, aunque su evolución es muy lenta, es necesario llevar a cabo una prevención primaria mediante la vacunación, y diagnóstico precoz a través de citologías periódicas. Es de especial importancia este cribado para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado a cada persona y que no evoluciona a cáncer de cérvix invasivo.³

Los investigadores supusieron que los componentes de superficie únicos a los VPH podrían crear una respuesta de anticuerpos capaz de proteger al cuerpo contra la infección y que estos componentes podrían usarse para formar la base de una vacuna. Estos componentes de superficie pueden actuar entre sí para formar partículas semejantes a virus que no son infecciosas y que estimulan el sistema inmunitario para que produzca anticuerpos que puedan impedir que los papilomavirus completos infecten las células. Las vacunas actuales (Cervarix y Gardasil) del VPH están obtenidas a partir de una proteína (L1) de la cápsula del virus. El mecanismo de acción de la vacuna es el siguiente: entrada de la vacuna en la dermis, reconocimiento por las células dendríticas, dichas células producen una respuesta inmune específica. Gardasil, producida por Merck, se dice que es una vacuna tetravalente porque protege contra cuatro tipos de VPH: 6, 11, 16 y 18, mientras que Cervarix, producida por GlaxoSmithKline, es bivalente: 16 y 18.⁴

Existen estudios que constatan la importancia de la vacunación frente a esta infección, ya que las vacunas han mostrado una eficacia del 100% frente a las lesiones precancerosas (CIN3) causadas por los tipos de virus incluidos en ellas.¹⁰ Además existe la recomendación de incluir la vacuna tetravalente de VPH en programas de vacunación poblacional, de forma precoz, antes de la exposición al virus, para conseguir el beneficio buscado, dado que no tiene ningún efecto terapéutico contra la infección preexistente.^{4, 10, 11}

Conclusiones

Tras la realización de este trabajo ha quedado reflejado la importancia que tiene el virus del papiloma humano en nuestra comunidad, se ha convertido en una de las ETS más común y su prevención y control son una parte fundamental para evitar el cáncer de cuello de útero.

Además, se ha visto que la vacunación está claramente recomendada para prevenir esta enfermedad.

Como opinión personal veo de gran importancia una educación sanitaria firme en centros escolares donde los adolescentes planteen dudas y sean informados sobre esta y otras enfermedades de transmisión sexual, de esta manera podrían tomar conciencia sobre la prevención de este virus.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Carrillo, F. J. O., de Regil, D. B. G., & Jiménez, M. T. V. (2015). Infección por virus del papiloma humano en mujeres y su prevención. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), 157-163. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000607>
- 2 - Peláez, J. G. P., Pacheco, I. H., uvalcaba Ledezma, J. C., & Hernández, M. D. C. A. C. (2021). VPH: Generalidades, prevención y vacunación. *Journal of Negative and NO Positive Results*, 6(2), 283-292. Disponible en: <https://revistas.proeditio.com/index.php/jonnpr/article/view/3767>
- 3 - Viñuales, M. M., Claveras, A. L., Lario, A. M., Pérez, L. C., Sánchez, M. D. C. E., & Lario, R. M. (2022). Virus del papiloma humano (VPH). *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(9), 395. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8656694>
- 4 - Madero, R. G. (2021). Vacunación VPH y riesgo de cancer cervical. *MPG Journal*, 3(51), 20. Disponible en: <https://mpgjournal.mpg.es/index.php/journal/article/view/560/958>
- 5 -Gil, A. (2009). Vacunación frente a VPH en adultos. *Rev Esp Quimioter*, 22(1), 22-25. Disponible en: https://seq.es/seq/0214-3429/22/suppl1/Adultos_AngelGil.pdf
- 6 - Bohórquez, P. H. C., Bohórquez, F. A. B., Cortez, C. I. O., & Zambrano, M. J. C. (2019). El virus del papiloma humano de alto riesgo y su prevención. *RECIMUNDO*, 3(3), 1101- 1117. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/561/769>
- 7 - Martínez Figueroa, G. I., Nava Navarro, V., Báez Hernández, F. J., Mayo Abarca, J. A., & Zenteno López, M. A. (2022). Validación del instrumento: conocimientos, creencias y aceptación de la vacuna del virus del papiloma humano. *Enfermería Global*, 21(65), 328-350. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412022000100328&lang=es
- 8 - Toro-Montoya, A. I., & Tapia-Vela, L. J. (2023). Virus del papiloma humano (VPH) y cáncer. *Medicina & laboratorio*, 25(2), 467-483. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medlab/myl-2021/myl212b.pdf>
- 9 - Baldeón Miranda, E. G., & Moreira Pincay, M. S. (2022). Genotipificación del virus de vph y tipo de lesiones en cuello uterino (Doctoral dissertation,

Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Medicina).
Disponibile en:

[http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/65861/1/CD%203400-](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/65861/1/CD%203400-%20BALDEON%20MIR)
[%20BALDEON%20MIR](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/65861/1/CD%203400-%20BALDEON%20MIR)

[ANDA%2c%20ERIC%20GONZALO%3b%20MOREIRA%20PINCAY%2c%20MARI](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/65861/1/CD%203400-%20BALDEON%20MIR)
[ETA %20STEFANIA.pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/65861/1/CD%203400-%20BALDEON%20MIR)

10 - de Programa, P., & de Vacunaciones, R. (2013). Revisión del Programa de Vacunación frente a Virus del Papiloma Humano en España. Disponible en: http://gestor.camfic.cat/Uploads/ITEM_1456_EBLOG_2436.pdf

11 - Carvajal Garcés, C. F., & Morales Clavijo, M. (2010). Vacunas y nuevas tendencias para el virus del papiloma humano. Gaceta Médica Boliviana, 33(2), 70-77. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1012-29662010000200016&script=sci_arttext

CAPÍTULO 28

LA PREVENCIÓN Y EL CELADOR

Nuria Llana Collado, María Paz Soto González, María Esther Fernández Menéndez

NURIA LLANA COLLADO (Celadora)

MARÍA PAZ SOTO GONZÁLEZ (Celadora)

MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ MENÉNDEZ (Celadora)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. METODOLOGÍA

4. DESARROLLO

- a. ¿Qué es el Riesgo?
- b. ¿Qué es el Daño?
- c. ¿Qué papel juega la Prevención?

5. CONCLUSIONES

6. BIBLIOGRAFÍA

1. INTRODUCCIÓN

Si analizamos el significado de “Prevención” podemos ver que se trata de una medida que se debe tomar de manera anticipada para evitar algo negativo, en base a esto analizaremos que medidas deberá tomar el Celador en su lugar de trabajo para evitar riesgos y a su vez a que riesgos se enfrenta en los diferentes escenarios donde desarrolla su trabajo, ya que debido a su movilidad el Celador desarrolla su trabajo en diferentes puestos: urgencias, planta, quirófano, archivo,

uci.... y por ello tendrá que tomar diferentes medidas de prevención en función del puesto que ocupe. La prevención está recogida en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

2. OBJETIVOS

Los objetivos son mostrar y analizar la necesidad de la Prevención en la categoría de Celador en el ámbito sanitario para evitar futuros daños, lesiones o patologías que con acciones formativas y preventivas se pueden reducir o evitar. Conocer los diferentes riesgos que existen y enumerar los daños que se pueden sufrir.

3. METODOLOGÍA

Hemos consultado la normativa vigente en diferentes portales de internet, hemos buscado a través de palabras clave: celador, prevención, riesgo... paginas relacionadas con el tema. Hemos consultado también material de estudio de oposiciones de la categoría de Celador.

4. DESARROLLO

En el entorno sanitario el celador asume una serie de riesgos que van ligados de manera directa con su categoría profesional, estos riesgos son de naturaleza diversa y llevando a cabo una serie de actuaciones lograremos reducirlas hablamos de Prevención. Esta Prevención contempla unos elementos fundamentales que vamos a enumerar a continuación: el Riesgo y el Daño.

¿Qué es el Riesgo?

Es la posibilidad de que ocurra algo que lesione o produzca un daño a un trabajador, en este caso al Celador. Si el riesgo es probable que produzca daños en un futuro inmediato hablaremos de Riesgo Laboral Grave o Inminente aunque no se produzcan de manera inmediata. Identificar los riesgos forma parte de la

acción preventiva y las Administraciones Públicas están obligadas a llevar a cabo medidas para evitar o reducir ese riesgo. Acciones que deben tomar:

- ☐ Evaluación del puesto, un celador en planta se enfrenta a un riesgo diferente al celador en quirófano, al del celador en archivo...
- ☐ Sustitución del material peligroso por uno que no lo sea, el celador maneja en su día a día grúas, camillas, camas, sillas de ruedas en ocasiones modelos obsoletos de difícil manejo donde es muy probable que sufra una lesión, estos medios deberían ser sustituidos por modelos de más fácil manejo, más ligeros, más ergonómicos...
- ☐ Adoptar medidas preventivas colectivas, ya que es un trabajo en equipo cualquier medida colectiva obtendrá mejores resultados que medidas individuales.
- ☐ Dar formación a la llegada del celador, instrucciones para evitar riesgos ya que son puestos donde está de sobra documentado el riesgo que se asume.
- ☐ Adaptar el puesto de trabajo en función de la persona, en la medida de lo posible siempre con el objetivo de disminuir riesgos.
- ☐ Evaluar la probabilidad del riesgo y la severidad del mismo.
- ☐ Evaluar aquellos riesgos inevitables, qué consecuencias tendrá.

¿Qué es el Daño?

Podemos definir daño como cualquier alteración de la salud, del celador en este caso, causada o agravada por el trabajo. Existen varios tipos de daños:

- ☐ Enfermedad Profesional: El artículo 157 del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS) determina que se entiende por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo, están recogidas en un listado de enfermedades profesionales del Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre. Para que una enfermedad se considere profesional serán necesarias una serie de diligencias e informes donde se demuestre la causalidad, el organismo encargado de la determinación de la enfermedad profesional es el Instituto Nacional de Seguridad Social.

□ Patología: como una alteración en la salud ocasionada por las condiciones del trabajo, puede ser

- Patología laboral específica cuando hay una relación directa entre el trabajo y la lesión como son los accidentes laborales y las enfermedades profesionales.

- Patología laboral inespecífica cuando no hay relación directa, es el caso de las enfermedades del trabajo, influidas por el trabajo pero no determinadas por él.

□ Accidente Laboral: es la lesión corporal que el trabajador sufre como consecuencia del trabajo que ejecute por cuenta ajena, en el lugar de trabajo y durante su jornada laboral o en el trayecto hacia su lugar de trabajo.

¿Qué papel juega la Prevención?

Tras esa evaluación de riesgos es necesario trazar un plan de Prevención donde se enumerarán todas las acciones a llevar a cabo asignando personal cualificado para ejecutarlo y para un determinado periodo de tiempo. Para esta tarea es necesario dotar de medios económicos esta actividad, medios que se emplearán en formar e informar a los trabajadores de manera individual sin que le suponga ningún coste para el trabajador, sustituir aquellos elementos que supongan un riesgo potencial renovando e incorporando medios de manejo más fácil y seguro, establecer medidas de vigilancia que controlen aquellos factores peligrosos a los que el celador este expuesto, estas medidas incluyen también revisiones y reconocimientos periódicos a los trabajadores, abastecer de EPIS a los trabajadores celadores. Será necesario también implantar planes de emergencia, y realizar toda serie de actuaciones necesarias que minimicen o eliminen los riesgos que puedan causar cualquier daño. La Administración pública permitirá a los trabajadores participar y realizar propuestas relacionadas con la prevención y con la protección de su salud.

5. CONCLUSIÓN

El papel fundamental de la Prevención para evitar daños o lesiones en el puesto de trabajo, mas importante si cabe en el ámbito sanitario donde el nivel de riesgo es muy alto en categorías como la del Celador que está expuesto a riesgos de diversa naturaleza como contagios, dolencias de naturaleza óseo muscular, accidentes por traslados de mobiliario, desplazamiento de bombonas de oxígeno, movilización de pacientes, lesiones por manejo de grúas etc.

6. BIBLIOGRAFÍA

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-24292>

<http://celadoresonline.blogspot.com/p/riesgos-derivados-del-trabajo.html?m=1>

<https://istas.net/salud-laboral/danos-la-salud/accidentes-y-enfermedades-definiciones/definicion-de-accidente-de>

<https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/patologias-de-origen-laboral/>

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-22169-consolidado.pdf>

CAPÍTULO 29

EL PAPEL DEL CELADOR EN EL TRANSPORTE SANITARIO

María Paz Soto González, María Esther Fernández Menéndez, Nuria Llana Collado

MARÍA PAZ SOTO GONZÁLEZ

MARÍA ESTHER FERNÁNDEZ MENÉNDEZ

NURIA LLANA COLLADO

INTRODUCCIÓN

El transporte sanitario es una de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Su definición aparece reconocida en la Ley 16/2003, 28 mayo, de Cohesión y Calidad. El transporte sanitario es aquel que se hace para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por otra razón diaria, siempre en vehículos acondicionados.

Se puede realizar desde el lugar del accidente hasta el hospital o entre hospitales, sea cual sea el motivo del traslado, hay que tener en cuenta las condiciones en las que se realice, dependiendo del pronóstico del enfermo.

OBJETIVOS

Desarrollar las funciones y tareas en las que se encuentre involucrado el celador, como personal no sanitario.

METODOLOGÍA

Se realiza búsqueda en google, en las bases de datos sanitarios, con las palabras “Transporte Sanitario”.

RESULTADOS: Tipos de transporte sanitario dependiendo de:

EL CARÁCTER DEL TRASPORTE:

PRIMARIO: Es el que se produce desde la emergencia, hasta el hospital.

SECUNDARIO: Es el que se realiza entre dos hospitales.

TERCIARIO: Es el que se lleva a cabo dentro del propio hospital.

LA URGENCIA VITAL

EMERGENTE: Se realiza con los pacientes que necesiten asistencia inmediata, por encontrarse en riesgo vital.

URGENTE: Se realiza con los pacientes con los que en principio no se supone que de forma inmediata esté en peligro su vida, o la aparición de secuelas invalidantes.

DEMORABLE: Son aquellos que no necesitan una asistencia inmediata. A su vez, se subdivide en: transporte no urgente y transporte programado.

* TRANSPORTE NO URGENTE: son los que se realizan con pacientes en situación estable: los que se llevan a otros centros a recibir un tratamiento o a realizar una prueba diagnóstica, los que vuelven a su centro de origen, los que son dados de alta pero hay que trasladarlos hasta su domicilio, etc.

* TRANSPORTE PROGRAMADO: son los que se realizan a los centros para recibir tratamiento de manera periódica (hemodiálisis, radioterapia, etc.)

SEGÚN EL MEDIO EMPLEADO

TRANSPORTE AÉREO: Los medios aéreos que se pueden emplear son el helicóptero, el avión sanitario, ó un avión de línea regular adaptado.

TRANSPORTE MARÍTIMO: Se pueden realizar en barco-hospital, o en embarcación rápida, cuando el accidente suceda en el mar y no se puedan usar los medios aéreos.

TRANSPORTE TERRESTRE: Se realiza en vehículos acondicionados llamados ambulancias. El transporte se realizará por las siguientes categorías de vehículos de transporte sanitario:

-Ambulancias no asistenciales: no están acondicionadas para la asistencia en ruta. Esta categoría comprende dos clases:

*Ambulancias de clase A1: destinadas a transporte de pacientes en camilla.

*Ambulancias de clase A2: acondicionadas para el transporte conjunto de enfermos.

Éstas ambulancias deberán contar con un conductor que tenga el certificado de profesionalidad de transporte sanitario.

-Ambulancias asistenciales: permiten la asistencia técnico-sanitaria en ruta, comprende dos clases:

*Ambulancias de clase B, destinadas a proporcionar soporte vital básico y asistencia inicial.

Éstas ambulancias contarán con un conductor con posesión del título de formación de técnico de emergencias sanitarias.

*Ambulancias de clase C, que proporcionan soporte vital avanzado.

Éstas ambulancias deberán de contar con un conductor con título de formación de técnico de emergencias sanitarias, con un enfermero con título universitario Diplomado en Enfermería. Cuando la asistencia lo requiera deberá contar con un médico con título universitario de Licenciado en Medicina.

Todos los vehículos de asistencia sanitaria deben de cumplir las siguientes exigencias, circulación de vehículos a motor y seguridad vial:

-Identificación y señalización: inscripción de la palabra Ambulancia por delante y por detrás, señalización luminosa y acústica.

-Documentos obligatorios: registro de desinfección y libro de reclamaciones.

-Vehículo: vehículo con potencia fiscal, suspensión y sistemas de freno adaptado al reglamento, faros antiniebla, señales triangulares de peligro, neumáticos de hielo o cadenas de nieve, extintor de incendios, indicadores intermitentes de parada y herramientas para la atención del vehículo.

-Célula sanitaria: lunas translúcidas para conservar la intimidad del paciente, climatización e iluminación, medidas de isoterminia e insonorización en la zona de la carrocería, y revestimientos interiores lisos y sin elementos cortantes y suelo antideslizante, impermeable y lavables, puerta lateral derecha y trasera amplia para facilitar el acceso del paciente, armarios para materia, instrumentos y ropa de la camilla, y, cuña y botellas irrompibles.

Las ambulancias asistenciales deberán tener dispositivos de transmisión de datos y localización GPS con su Centro de Coordinación de Urgencias. El vehículo deberá garantizar en todo momento la localización del vehículo con el Centro de Gestión de Tráfico, por comunicación directa o desde el citado centro.

La elección de medio de transporte se hará dependiendo de diferentes factores, como el lugar donde se encuentre, la gravedad de su patología, la distancia a lugar del destino, los recursos de los que se disponga, etc.



CONCLUSIONES

El papel del celador es muy importante. Tendrán a su cargo el traslado de los enfermos, tanto dentro de la Institución, como en el servicio de Ambulancias Sus funciones serán:

*Trasladar pacientes en camilla o silla de ruedas desde el centro sanitario hasta la puerta de acceso de la ambulancia y viceversa.

*Pasar al paciente desde la camilla del hospital hasta la camilla de la ambulancia. Ésta maniobra se realizará simultáneamente entre varios profesionales (sanitarios, celador y personal de ambulancia) colocando las camillas juntas y

sujetando la sábana sobre la que está el paciente por varios puntos alrededor del mismo y todos a la vez la arrastran hacia la otra camilla.

*También se realiza en sentido contrario, de la camilla de la ambulancia a la sanitaria. Dependiendo de la urgencia del paciente, se llevará la camilla a triaje o a la consulta correspondiente. La documentación del paciente que entregan los miembros de la ambulancia, la entregará el Celador al médico.

No se bajará nunca un paciente de la camilla o silla de ruedas sin ser valorado antes por el personal médico.

*Ayudar al conductor de la ambulancia si fuese necesario.

*Ayudar al paciente a subir a la ambulancia si no fuese ni en silla ni en camilla.

*Acompañar al paciente durante el traslado en la ambulancia, si es ordenado por la supervisora de urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

Búsqueda en Google.

Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. EDITORIAL MAD.

CAPÍTULO 30

TODO LO QUE EL TCAE DEBE SABER SOBRE MUESTRAS BIOLÓGICAS

Cintia Martín-Castaño Martínez

Cintia Martín-Castaño Martinez. TCAE

INTRODUCCIÓN

Se define como muestra biológica al material proveniente de tejidos y fluidos obtenido para su análisis y cuyos resultados ayudan al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de enfermedades.

El TCAE es la persona que ayuda a la recogida (dependiendo del procedimiento) y transporte de las muestras por lo que es tan importante que sepa todos los detalles sobre ellas.

OBJETIVOS

Conocer los distintos tipos de muestras biológicas

Conocer los procedimientos llevados a cabo desde la recogida hasta el transporte de muestras biológicas

Conocer el papel del TCAE en la recogida y transporte de muestras

METODOLOGÍA

Para este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda a través de libros y artículos relacionados con el tema en las siguientes bases de datos: Google Académico, PubMed o Scielo, utilizando como palabras clave TCAE, muestras biológicas, procedimientos de recogida...

DESARROLLO

Las muestras biológicas se hacen con diferentes finalidades:

- Diagnosticar un proceso patológico
- Hacer el seguimiento de una enfermedad ya diagnosticada
- Para investigación clínica y genética
- Para descartar procesos patológicos
- Ofrecer información al médico para poder prescribir un fármaco correctamente

Existen diferentes tipos de muestras biológicas:

- Líquidos corporales: Sangre, orina, plasma, suero, líquido cefalorraquídeo, sinovial, ascítico, pleural o pericárdico.
- Exudados: Son líquidos anormales expulsados por el cuerpo en diferentes patologías, pueden proceder de la uretra, faringe, vagina, etc...
- Tejidos: El análisis de estas muestras se realiza en el laboratorio de anatomía patológica, son pequeñas muestras de tejidos obtenidas a través de biopsias o pequeños raspados de piel
- Secreciones: Son sustancias que el organismo segrega para realizar diversas funciones y que pueden verse alteradas por distintas patologías, como por ejemplo el esputo.
- Heces: Su estudio se realiza en el laboratorio de microbiología
- Células: Se obtiene a través de un frotis, generalmente de mucosas o sanguíneo

Hay una serie de normas generales de seguridad para la recogida y manipulación de las muestras que deben seguirse siempre y son las siguientes:

- Todas las muestras deben ir acompañadas de un impreso o solicitud de estudio

- Este impreso será distinto en cada centro sanitario y siempre tiene que estar cumplimentado por un médico, debe incluir los datos del paciente, el tipo de análisis que se solicita, si es urgente o no, número de la seguridad social y de la historia clínica, fecha de petición y obtención de muestra y los datos del médico que lo solicita.

-El paciente debe de estar informado del tipo de muestra que se va a recoger y el procedimiento que se va a llevar a cabo para ello.

-La preparación de los materiales, así como la obtención de la muestra deben hacerse en condiciones de asepsia

-Utilizar siempre guantes para manipular las muestras

-Utilizar recipientes desechables siempre que sea posible

-Una vez obtenida la muestra se debe identificar correctamente para evitar pérdidas o confusiones

-Debemos tomar las medidas necesarias que aseguren el correcto mantenimiento, conservación y transporte de la muestra hasta el laboratorio donde será analizada.

-Una vez obtenida la muestra es importante que esta llegue lo más rápido al laboratorio para ser analizada y así evitar que se alteren sus características.

Los diferentes tipos de envases para la recogida de las muestras son:

·Frascos de boca ancha, permiten recoger muestras sin manipularlas excesivamente, incluyen: frascos de urocultivo, frascos para heces y frascos para esputo.

·Frascos de boca estrecha, para muestras cuya recogida sea menos dificultosa

·Hisopos, se utilizan para tomar muestras de heridas o de orificios naturales

·Jeringas, se utilizan para la extracción de sangre u otros líquidos de cavidades sin acceso

Los dos medios más empleados para el transporte de las muestras son la entrega en mano o los tubos neumáticos y los recipientes más utilizados son:

-Recipientes primarios: Son contenedores de polipropileno o polietilenos donde se deposita y transporta la muestra, deben estar debidamente identificados

-Recipientes secundarios: Son contenedores que permiten transportar uno o varios contenedores primarios, deben llevar un material absorbente que separe su interior del recipiente primario y deben estar debidamente identificados

-Recipientes terciarios: Son contenedores que permiten transportar uno o varios recipientes secundarios y deben ser resistentes a roturas y golpes.

CONCLUSIONES

La recogida de muestras biológicas forma parte del día a día en cualquier centro de salud u hospital, por eso es importante que todos los profesionales de la salud, incluidos los TACE, tengan la información suficiente sobre ellas, para así evitar confusiones y tener una mejor resolución en el trabajo.

CAPÍTULO 31

LA IMPORTANCIA DE LAS INFECCIONES NOSOCOMIALES

Cintia Martín-Castaño Martínez

Cintia Martin-Castaño Martínez. TCAE

INTRODUCCIÓN

Según las OMS se define como infección nosocomial, cualquier enfermedad biológica, que afecta al paciente como consecuencia de un ingreso hospitalario o al personal sanitario como consecuencia de su trabajo.

Es importante que el TCAE conozca que son las enfermedades nosocomiales, cuáles son las más comunes y como protegerse frente a ellas para una labor más eficaz.

OBJETIVOS

Conocer las posibles causas de contagio de las enfermedades nosocomiales

Conocer cuáles son las más comunes dentro del ámbito hospitalario

Conocerlo tipos de aislamiento para que tanto el TCAE como todo el personal sanitario pueda protegerse frente a ellas

METODOLOGÍA

Pará la realización de este trabajo se ha llevado cabo una búsqueda a través de libros y artículos relacionados con las infecciones nosocomiales en las siguientes bases de datos: Google académico, Scielo y PubMed entre otros, utilazon como palabras clave: infecciones, nosocomiales, tipos de aislamiento etc...

DESARROLLO

Para que produzca una infección nosocomial debe de a ver tres componentes clave: la fuente de infección, el mecanismo de transmisión y un sujeto susceptible.

-La fuente de infección: Es el sitio del cual procede el agente infeccioso, por ejemplo el hombre (sano o portador) o los fómites (objetos inanimados que están en contacto con los pacientes)

-Mecanismo de transmisión: Es el conjunto de medios o sistemas que facilitan el contacto entre la fuente de infección y el sujeto susceptible.

Hay dos tipos de transmisión, directa o indirecta

La transmisión directa es inmediata y se realiza sin intermediarios ni distancias, puede ocurrir por varias razones: Por contacto directo con las manos del personal sanitario, por vía aérea a través de gotita o por microorganismo que pueden llegar a través del aire, cuando por ejemplo se agita una ropa contaminada.

La transmisión indirecta, en ella hay un espacio de tiempo entre la fuente de infección y el sujeto susceptible, puede ocurrir a través de medicamentos, alimentos o fómites que previamente se han contaminado.

El sujeto susceptible es la persona a la que le afecta la infección, hay personas que son más susceptibles que otras a contraer dichas enfermedades. Eso se debe principalmente a los factores intrínsecos, como pueden ser la edad del paciente, el sexo o su situación clínica; y a los factores extrínsecos, que están relacionados con los aspectos médicos u hospitalarios del paciente, como pueden ser la aplicación de técnicas diagnósticas o terapéuticas (sondajes vesical es, endoscopias, ventilación mecánica, etc.) o el tratamiento con medicamentos inmunosupresores o antibióticos.

Las infecciones nosocomiales más frecuentes son:

-Infecciones de vías respiratorias

-Infecciones de las vías urinarias

-Infecciones de las heridas quirúrgicas

-Bacteriemia

-Otras: Infecciones digestivas, genitales, cardiovasculares, de la piel....

Una vez sabemos que tipos de infecciones son las más frecuentes y por qué se pueden producir, vamos a ver cuáles son las mejores maneras de que el personal sanitario pueda evitarlas.

Esto se logra a través de barreras higiénicas que son mecanismos físicos y mecánicos que van a impedir que el agente causante de la infección entre en contacto con el sujeto susceptible.

-Barreras físicas protectoras: Son el conjunto de prendas que el personal sanitario utiliza con el fin de evitar o minimizar la transmisión de microorganismos.

Las prendas utilizadas son: Guantes, mascarilla, gorro, calzas, gafas o pantallas protectoras y batas. Estas prendas siempre deben colocarse y retirarse siguiendo un orden establecido para ello

Para colocarlas como prevención o método barrera se debe poner en el siguiente orden: Calzas-Gorro-Mascarilla-Gafas o pantalla-Bata-Guantes

Y a la hora de retirarlas se hará de la siguiente manera: Guantes- Gafas o pantalla-Mascarilla-Bata-Gorro-Calzas.

Cuando dentro del ámbito hospitalario se produce una infección hay que llevar a cabo una serie de precauciones dependiendo del mecanismo de transmisión, ya que según cual sea este se decidirá qué tipo de aislamiento es el más seguro.

-Aislamiento estricto: Se utiliza cuando existe infecciones muy contagiosas, el paciente permanecerá en una habitación individual, con la puerta y las ventanas cerradas, la mascarilla se pondrá siempre antes de entrar, además de todas las otras prendas barrera, estas se quitarán todas antes de salir de la habitación, excepto la mascarilla que se quita una vez estemos fuera.

-Aislamiento protector o inverso: Se utiliza para proteger a pacientes inmunodeprimidos, estarán en una habitación individual, con la puerta cerrada y antes de entrar se deben colocar todas las prendas barrera y hacer un lavado de manos antiséptico.

-Aislamiento entérico: Se utiliza para prevenir infecciones por contacto directo

con las heces de la persona enferma. El paciente estará en una habitación individual, para entrar en ella será necesario utilizar bata y guantes y a la salida habrá que realizar un lavado de manos antiséptico.

-Aislamiento por contacto: Se utiliza cuando existe heridas abiertas, cuando hay riesgo de infección por contacto directo con la persona (piel con piel) o por contacto indirecto (piel-fómite- piel). Todo el material que se utilice para tratar a la persona enferma debe de estar dentro de la habitación y para entrar y permanecer en ella es necesario un buen lavado de manos y utilizar mascarilla, bata y guantes.

-Aislamiento respiratorio: Se utiliza cuando el contagio de la infección se produce a través de microgotitas o partículas de polvo que pueden contener el agente infeccioso. El paciente estará en una habitación individual con presión negativa y será necesario el lavado de manos al entrar y salir de la habitación y la mascarilla. Si dos pacientes tuvieran la misma enfermedad podrían compartir habitación.

-Aislamiento parenteral: Se utiliza cuando la transmisión de la enfermedad se produce por contacto con líquidos orgánicos o sangre de la persona enferma. Es necesario utilizar guantes y bata y hacer un buen lavado de manos a la entrada y salida de la habitación.

CONCLUSIONES

Dentro de ámbito hospitalario se producen un montón de infecciones nosocomiales por eso es importante que tanto el TCAE como todo el personal sanitario sepa cómo pueden prevenirlas y así evitar el contagio tanto de ellos como de los demás pacientes.

Existen muchos tipos de barreras para evitar la propagación de enfermedades pero la más importante y la más fácil para todos es siempre un buen lavado de manos.

CAPÍTULO 32

PRUEBAS RADIOLÓGICAS TCE SERVICIO DE URGENCIAS

Margarita López, Adela Vázquez Guardado

Introducción

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son uno de los motivos por los que los pacientes acuden al servicio de urgencias. En primer lugar se debe diferenciar entre los 3 diferentes tipos de traumatismo según su valoración clínica:

TCE LEVE, GSC 14-15, paciente asintomático cefalea leve o inexistente, exploración neurológica normal.

TCE MODERADO CSG entre 9-13, pérdida de conciencia amnesia, vómitos persistentes, cefalea intensa, en este apartado se incluyen pacientes que no pueden ser valorados neurológicamente por la ingesta de alcohol o drogas.

TCE GRAVE GSC menor de 9 bajo nivel de conciencia, focalidad neurológica, signos de fractura craneal.

En la actualidad el tratamiento y el manejo de estos pacientes se basa en su mayor parte en los hallazgos radiológicos en los cuales se detectan las lesiones para poder valorar su tratamiento, controlar las respuestas a este y valoración del pronóstico del paciente.

Objetivos

Valorar el uso o indicación de las pruebas radiológicas más efectivas para el diagnóstico del paciente con TCE teniendo en cuenta los principios de protección radiológica.

Metodología

Búsqueda en diferentes manuales de Internet como Google academias, PubMed, artículos y estudios publicados en SERAM, Euskadi Eus.es, libros de radiología palabras clave "TCE", "protección radiológica" "Glasgow" "radiología urgente".

Resultados

El uso de las pruebas radiológicas en urgencias va en aumento, la dependencia de la imagen radiológica cada es más notoria.

En primer lugar hay que tener en cuenta que no es lo mismo **motivo de petición**, en este caso TCE, que **indicación de la misma**, que sería el estado del paciente su clínica, en un TCE LEVE, si presenta focalidad neurológica, si presenta riesgos como tomar anticoagulantes, como es su Glasgow.. ect.

Para el paciente neurotraumático existen varias opciones de pruebas radiodiagnósticas, siendo las dos primeras la más habituales.

1. Placa simple craneal, se suelen un mínimo de dos proyecciones, su valor diagnóstico tiene muy baja sensibilidad, solo da información de la parte ósea, y aproximadamente un 70% de las lesiones neuronales que se ven en el Tac por traumatismos no están acompañados de fracturas, por lo tanto su valor diagnóstico es muy limitado.

Dosis de radiación al paciente-0,06mSv por radiografía.

2. Tac craneal proporciona imágenes detalladas de vasos, tejidos blandos y hueso de una forma rápida, exacta y no invasiva.

Los actuales Tac de multicorte (64 o más detectores) permite la reconstrucción 3D, además mediante la administración de contraste iodado por vía venosa se pueden realizar angiografía cerebral y punciones, ambas técnicas son de las de mayor sensibilidad para el diagnóstico de lesiones vasculares postraumático.

Dosis recibida por el paciente entre 2mSv_4mSv.

3. Resonancia Magnética.

Esta técnica aunque tiene sus ventajas, posee una gran sensibilidad diagnóstica, no es invasiva, no usa radiaciones ionizantes presenta limitaciones de accesibilidad y tiempo, es un procedimiento lento por lo que necesita una mayor

colaboración del paciente, por lo que no suele ser una opción en la fase aguda, más bien se utiliza como control en la fase subaguda.

No presenta ningún tipo de radiación.

Un punto que merece una mención aparte es la realización del TC craneal en pacientes politraumas, la atención y manejo de este tipo de paciente ha experimentado cambios muy significativos en los últimos tiempos, la pronta atención y diagnóstico del paciente, ha demostrado una disminución en la morbilidad y mortalidad en este tipo de pacientes.

Desde el punto de vista clínico lo primero es la estabilización del paciente, en la evaluación primaria lo primero y más importante es reconocer las lesiones con peligro inmediato de descompensación y garantizar la permeabilidad aérea y el adecuado funcionamiento cardiorrespiratorio, también debe incluir en lo posible estimación del estado de conciencia y grado de respuesta neurológica. Existen protocolos clínicos establecidos..

Entubación pacientes con Glasgow menor de 9.

Colocación de sondas (uretral, orogástrica) si son necesarias.

Inmovilización del cuello con collarines cervicales.

Inmolación en colchón de vacío.

Realización de analíticas test químicos de sangre y orina en laboratorio.

Una vez resuelta la estabilidad del paciente se pasa a la evaluación secundaria, en ella se procede a determinar las lesiones y decidir que estudios de imagen diagnóstica son necesarios.

1. Radiología simple: las más habituales que se solicitan por sistema son tórax, abdomen, pelvis, raquis completo y exámenes adicionales dependiendo del patrón de lesiones que presente el paciente, hombro, fémur, rodilla, manos ...etc.

Hoy en día están en desuso exceptuando para las lesiones óseas de hueso...tanto la columna como el tórax abdomen como el cráneo se suelen valorar por otros medios Tc, Eco, Rm.

2. TC la introducción de la tecnología helicoidal y de detectores múltiples ha sido de vital importancia para la atención de estos pacientes, tanto desde el punto de vista operativo como para el diagnóstico es una forma rápida, exacta de varios segmentos del organismo dentro de la misma exploración con un buen rendimiento coste-efectividad.

Los actuales TC permiten de una manera rápida una gran adquisición de imágenes y la posibilidad de reconstrucción 3D lo que permite una buena evaluación del trauma espinal y vascular, como la presencia de hemorragias activas. Para una adecuada aplicación de método de diagnóstico, se debe determinar una estrategia priorizando los focos de interés, normalmente el protocolo habitual para este tipo de paciente:

- cráneo, tanto óseo, parte blanda.
- cuello, columna cervical y parte blanda.
- tórax, abdomen, pelvis normalmente con contraste iodado.

En este capítulo nos vamos a centrar en la posible lesión cerebral.

El TC craneal es inmediato es la primera prueba radiológica que se le debe realizar al paciente, en cuanto lo estabilizan, debe preceder a cualquier otra. En el paciente politrauma siempre se incluye el macizo facial y toda la bóveda craneal, ya que con los tomógrafos multicorte actuales se puede obtener en la misma adquisición de imágenes información del esqueleto y de las partes blandas y vascular, con el cambio de ventanas y las reconstrucciones.

Una vez valorado el cráneo se continua con el resto de estudios pertinentes.

Con las posibilidades que brinda este tipo de estudio, el uso de la radiología simple en este tipo de paciente, solo sería necesario en las estructuras no incluidas en el estudio ya que sería una duplicidad de radiación, con un aporte inferior de información.

3. RM en este tipo de pacientes no está indicada, a no ser por una gran discrepancia entre la imagen TC y la clínica del paciente serviría para complementarla.

Conclusiones

Ante el aumento de peticiones radiológicas de pacientes con TCE, sobre todo de Tac craneales y por lo tanto el aumento de radiación a los pacientes sobre todo en zonas tan radiosensibles como el cristalino y el tiroides, sería necesario plantear la valoración de ciertos puntos

_valoración clínica del paciente, aplicar el principio ALARA, compensa la radiación que recibe el paciente (sobre todo gente joven y niños) con la información que aporta. Se calcula que en TCE leves el 90% de los Tac son normales.

_valoración de la prueba más adecuada para el diagnóstico para evitar la superposición de pruebas por ejemplo si se le va a pedir un Tac a un paciente no pedirle una placa que no va aportar nada nuevo.

_ Hacer Tac de control por sistema, según varios estudios, no es necesario, sólo cuando varía la clínica, con un empeoramiento de la respuesta motora o pupilas o baja GSC más de dos puntos sin otra causa aparente.

Bibliografía

-Promi_ Radiología de Urgencias (2022_2023). Jesús Corres Glez. Agustina Vicente

-Pedrosa. Diagnóstico por Imagen volumen 5, Neurorradiología. Marbán libros S.L. Madrid (2008).

-Mateo V. Urgencia neurológica (2011).

-Diagnostico radiológicos. Marbán (2015).

CAPÍTULO 33

TAC CORONARIAS

Margarita López, María Adela Vázquez

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares es la primera causa de muerte en el mundo. La detección precoz del síndrome isquemia coronario y por lo tanto su oportuno y adecuado tratamiento requiere de métodos de diagnósticos que ofrezcan resultados lo más exactos y en el menor tiempo posible, características que reúne el Angiotac Coronario.

Es una prueba de imagen diagnóstica realizada en un equipo TC multicorte (64 detectores o más) y con la administración de contraste iodado por vía venosa, es un estudio no invasivo con una alta sensibilidad diagnóstica para diversas patologías cardiacas: anatomía coronaria, perfusión miocardio, función del ventrículo derecho e izquierdo, marcador de calcio y valoración de los hemoductos.

Indicaciones para la realización de este estudio.

Paciente con baja probabilidad de enfermedad coronaria.

Descartar estenosis en paciente con dolor precordial atípico.

Pacientes con prueba de esfuerzo equívoca.

Preoperatorio coronario.

Bypass coronario.

Anomalías coronarias.

Detección de placa y caracterización de la misma.

Dolor precordial atípico.

Valorar dimensión es de la pared ventricular.

Objetivo

Describir las pautas necesarias para la obtención de unas buenas imágenes radiológicas necesarias

Para un buen diagnóstico y minimizar en lo posible la radiación al paciente.

Metodología

Búsqueda en diferentes manuales de radiología como Google Académico PubMed... utilizando palabras claves como coronarias, pruebas radiológicas, "Tac", consulta con publicaciones en castellano de revistas médicas y artículos publicados en otros hospitales.

Resultados

Con la realización de este estudio se obtiene un gran volumen de imágenes que con su posterior reconstrucción sirven para un buen diagnóstico.

Se caracteriza por una alta velocidad de adquisición que determina la obtención de imágenes de excelente resolución, aún con el latido cardíaco, y con un gran detalle anatómico que permite evaluar tanto las arterias como los vasos de pequeño calibre.

Se realiza en equipos de Tac de 64 detectores o más se administra contraste yodado y se sincroniza la obtención de imágenes con el electro.

La preparación y colaboración del paciente en este estudio es de vital importancia para obtener un buen resultado, debe ser capaz de seguir las instrucciones, ya que las apneas respiratorias son imprescindibles para conseguir un menor movimiento cardíaco y una estabilidad en sus tensiones, la ideal es entre 60/65, para eso es muy importante antes de comenzar el estudio explicárselo claramente, intentar tranquilizarlo y ensayar con él varias veces las apneas hasta que veamos que lo ha entendido bien.

Si esto no se consigue se le debe administrar ciertos medicamentos para poder conseguirlo betabloqueantes, ansiolíticos...

Aunque es un procedimiento radiológico que se realiza en el servicio de radiodiagnóstico y una técnica que realiza TSID y la valoración la hará un radiólogo, es un estudio que contará con la colaboración de una enfermera y en algunas ocasiones de un cardiólogo, la intervención de ambos es fundamental en la primera parte del estudio la óptima preparación del paciente.

Las funciones de la enfermera son:

Verificar ayuno de 6 horas.

Verificar que el paciente no presente alergias al medio de contraste iodado.

Vigilar las constantes vitales del paciente antes, durante y después del estudio.

Instalar acceso venoso óptimo del 18G o del 20G para la administración del contraste y a ser posible en el brazo derecho.

Verificar la correcta preparación del inyector del contraste y la conexión con el acceso venoso.

Administración de los medicamentos necesarios para el estudio del Angiotac, betabloqueadores, vasodilatador...etc.

Vigilar y atender cualquier reacción adversa.

Brindar confianza y seguridad al paciente es muy importante que el paciente esté muy tranquilo en este estudio.

Identificar los cuidados de Enfermería más frecuentes relacionados con este procedimiento y aplicarlos.

Recomendaciones de autoridad para el paciente al final del estudio vigilar la zona de administración de contraste, beber mucha agua para la rápida eliminación del contraste por vía urinaria... etc.

El cardiólogo está presente a veces cuando el paciente no está con tensiones estables o presenta algún tipo de problema para realizar el estudio para pautar que medicación y que dosis se le administra al paciente para obtener tensiones óptimas para realizar un buen estudio.

Una vez preparado el paciente se le pasa a la sala del TC, se le tumba en la mesa boca arriba, lo más cómodo posible, se le toma la tensión se le monitoriza, se le

conecta al inyector del contraste, se le entrena varias veces con la respiración para evaluar que tensiones alcanza con la apnea, y si puede aguantarla todo el estudio.

En la pantalla de datos del paciente es imprescindible poner su peso en Kg y su altura en cm, para buscar su IMC, índice de masa corporal.

En primer lugar se realiza un estudio sin contraste:

SMART-SCORE-CALCIO.

Es un TC de tórax de una hélice de baja resolución centrado en corazón desde la cabina hasta el borde inferior cardíaco, con este estudio se valora si hay calcio y si la frecuencia del paciente en apnea es de 60 o menor.

Después de ver el estudio el radiólogo valorará que tipo de Angiotac vamos a realizar.

SNAPSHOT PULSE

Prospectivo. Es un Tac secuencial, un bloque de 3 rotaciones, el radiólogo decide este estudio cuando el paciente reúne una serie de características que hace posible su correcta realización, paciente sin calcificaciones tensión arterial regular de 60 o menor sin grandes oscilaciones.

Se realiza en un solo periodo del ciclo, normalmente diástole ya que ese momento de menor movimiento cardíaco y la probabilidad de imágenes estáticas es mayor y por lo tanto su calidad diagnostica también. Cuanto menor sea la frecuencia cardíaca mejor, ya que el tiempo de la ventana también aumenta y por lo tanto se puede adquirir más información.

Se evalúa la anatomía cardíaca y coronaria, la radiación que recibe el paciente es menor, dado que sólo irradia en un pulse del latido cardíaco.

SNAPSHOT SEGMENT

Retrospectivo. Este estudio se realiza en pacientes con calcificaciones, pacientes con tensiones irregulares y superiores a 60/65 que no se puedan medicar para controlarlas.

Es un Tac helicoidal con administración de contraste yodado se dispara automáticamente cuando se detecta contraste en la aorta ascendente, la imagen se adquiere a lo largo de todo el ciclo cardíaco, lo que permite reconstruir las imágenes en distintas fases y por lo tanto escoger aquellas de menor movimiento para evaluar la anatomía y analizarlas en modo cine para ver su función.

Evalúa la anatomía y función cardíaca, pero se radiación mucho al paciente.

Conclusión

El Tac de coronarias es un estudio rápido, efectivo y no invasivo para el estudio de patologías cardíacas, ante el cual es clave la colaboración del paciente y una buena comunicación con él. Para poder en lo posible escoger el estudio que menos lo irradia

Bibliografía

Tomografía computarizada cardíaca Principios, Técnica y Aplicaciones clínicas. Bastarria G. (2015)

Diagnóstico por Imagen del corazón. (Serie directo al diagnóstico en radiología). Claus D. Claussen. Stephan Miller.

Manual para Técnicos en radiología Merrill

Artículos publicados en SEICAT.. ej "Enfermedades del miocardio". Dr Bastarria.

CAPÍTULO 34

SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL SANITARIO

Ángeles Fernández Lobeto, Clarisa-Isabel Martínez Fernández

INTRODUCCIÓN

En este trabajo desarrollaremos uno de los principales problemas de salud mental que puede afectar al personal sanitario en el desarrollo de sus funciones y es el síndrome de burnout, coloquialmente llamado “estar quemado”.

CONTENIDO

El término “burnout” fue acuñado por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, en su libro “Burnout: The High Cost of High Achievement”.

Definición: El síndrome de burnout es un síndrome de desgaste profesional. Aunque no se consideraba como tal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció el Burnout como enfermedad laboral el 25 de mayo de 2019. A partir de enero de 2022 figura en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un problema asociado al empleo o desempleo. Según los expertos este cambio va a permitir dar visibilidad a este trastorno y facilitará la gestión de bajas e incapacidades. El Burnout suele aparecer en personas con trabajos emocionalmente estresantes como por ejemplo, profesionales de la enseñanza o de la salud. Aunque al principio las manifestaciones y el malestar sólo se extienden a la vida laboral, finalmente también llegan a alcanzar, en casi todas las situaciones, la vida social y familiar del trabajador afectado.

Manel Fernández profesor en la Universidad Abierta de Cataluña (UOC) y coach de empresa especialista en bienestar en el trabajo, hace hincapié en que el síndrome no es exclusivo de los trabajadores que desempeñan su labor de cara al público: “En el origen, parecía que las profesiones en contacto con personas podían ser las que provocan más burnout, pero hoy sabemos que está más relacionado con aspectos organizativos y con la capacidad de dar respuesta a los problemas que se plantean en el trabajo”.

Causas: El principal detonante del síndrome de burnout es el entorno laboral y las condiciones de trabajo. El empleado que está expuesto de manera continua a, entre otros, altos niveles de estrés, carga de trabajo excesiva, poca autonomía, malas relaciones en el trabajo y ausencia de apoyo en su entorno etc. Puede llegar a padecer un estrés crónico que acaba provocando el burnout. Por ese motivo el vínculo entre el estrés y el burnout es muy fuerte.

Situaciones como el exceso de burocratización sin apoyo específico, falta de tiempo para organizar las tareas (que llevan a que el trabajador nunca salga a su hora y tenga que llevarse el trabajo a casa), así como no contemplar las sustituciones por bajas temporales pueden elevar los niveles de estrés y, a la larga, propiciar el burnout.

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

El personal sanitario puede sufrir este síndrome cuando se encuentra en ciertas situaciones laborales como:

- Sobrecarga emocional.
- Largas jornadas de trabajo y con ambiente de estrés y presión.
- Falta de personal.
- Mucha exigencia, lo cual merma la energía del trabajador.

Síntomas:

- Agotamiento, abatimiento y desbordamiento ante circunstancias en las que uno tiene que ser resolutivo porque está en riesgo la salud de las personas.
- Sentimiento de agotamiento, fracaso e impotencia.
- Estado permanente de nerviosismo.
- Irritabilidad, actitud irónica, cínica o negativa.
- Falta de concentración de energía.
- Sentimiento de frustración, de fracaso.
- Rendimiento reducido.

-Problemas físicos como dolor de cabeza, músculos, mareos, insomnio, infecciones, náuseas, etc.

Este patrón de comportamiento puede ser continuo o por temporadas y puede llegar a ser lo suficientemente grave, como para poner en peligro, aparte de la vida profesional, la vida personal del individuo

Medidas y recomendaciones:

-Fomentar un buen ambiente laboral, intentar sonreír tanto a los compañeros como a los pacientes, puede ayudar.

-Cuidarse uno mismo, tanto física como mentalmente, respetando descansos y comidas.

-Intentar separar la vida laboral de la familiar. Se debe intentar desconectar a la salida del trabajo para no sufrir más de lo necesario.

-Apoyarse en familia y amigos.

-Trabajar la resiliencia y la asertividad.

-Hábitos saludables, una alimentación sana, abandonar el tabaco, el alcohol, practicar regularmente ejercicio físico son fundamentales para afrontar el estrés y contribuyen a la salud mental

-Utilizar técnicas de relajación como el Mindfulness. La aplicación de esta técnica que está basada en la meditación budista puede conseguir múltiples beneficios para evitar que los trabajadores se quemen ya que, entre otros reduce el estrés aportando calma y serenidad, mejora la motivación, satisfacción y bienestar y desarrolla la resiliencia, entendida como la capacidad de adaptarse a situaciones adversas y recuperarse de ellas con rapidez. También mejora la comunicación interna y el clima laboral.

Por otro lado es recomendable que los trabajadores modifiquen las expectativas que tienen en el trabajo. No se trata de que el empleado renuncie a sus ambiciones y aspiraciones. Simplemente debe buscar un punto intermedio que se ajuste más a la realidad y ver la situación como una oportunidad para aprender y crecer en otros ámbitos diferentes a los que se había propuesto inicialmente.

Es importante que el trabajador reconozca su problema y si todas estas recomendaciones no fueran suficientes, debe de buscar la ayuda de un psicólogo o de un psiquiatra.

CONCLUSIÓN

El trabajo del personal sanitario en ocasiones puede ser muy estresante y para poder desarrollarlo como corresponde y tener una buena salud tanto física como mental es indispensable.

El 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 tener síntomas depresivos de psicosis incluso tener ideas de suicidio.

El síndrome de burnout debe abordarse de forma global, con iniciativas que incluyan desde cambios organizativos en el entorno laboral hasta tratamiento psicológico

Para evitar este síndrome hay que invertir tiempo y esfuerzo e intervenir tanto la actitud del trabajador como un buen ambiente laboral contribuirán a evitar que se desarrolle.

BIBLIOGRAFÍA

-<http://quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo>

-<http://www.salud.mapfre.es/cuerpo-y-mente/psicologia/estoy-quemado-el-sindrome-de-burnout>

-[http://www.medicos y pacientes.com/articulo/la-oms-reconozco-como-enfermedad-el burnout o síndrome de estar –quemado](http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-oms-reconozco-como-enfermedad-el-burnout-o-sindrome-de-estar-quemado)

CAPÍTULO 35

CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Clara Belén Saavedra Cotarelo

C. Belén Saavedra Cotarelo.

Palabras clave: Personal, formación, título, estatutario, nombramiento y formación.

Índice:

1. INTRODUCCIÓN.
2. CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO. (Artículo 5).
 - 2.1. PERSONAL ESTATUTARIO SANITARIO. (Artículo 6).
 - 2.1.1. PERSONAL DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA.
 - 2.1.2. PERSONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL.
 - 2.2. PERSONAL ESTATUTARIO DE GESTIÓN Y SERVICIOS. (Artículo 7).
 - 2.2.1. PERSONAL DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA.
 - 2.2.2. PERSONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL.
 - 2.3. PERSONAL ATENDIENDO A SU NOMBRAMIENTO. (Artículos 8 y 9)
 - 2.3.1. PERSONAL ESTATUTARIO FIJO. (Artículo 8).
 - 2.3.2. PERSONAL ESTATUTARIO TEMPORAL. (Artículo 9).
 - 2.3.3. PERSONAL ESTATUTARIO SUSTITUTO. (Artículo 9 bis).
3. RÉGIMEN APLICABLE AL PERSONAL ESTATUTARIO TEMPORAL Y SUSTITUTO. (Art. 9 ter).
4. MEDIDAS DIRIGIDAS AL CONTROL DE LA TEMPORALIDAD. (Artículo 9 quarter).
5. RESUMEN.
6. CONCLUSIÓN.
7. REFERENCIAS.

1. INTRODUCCIÓN.

El personal estatutario, técnicamente, es un tipo de empleado público, habitual en los diferentes sistemas de salud. Así pues, estamos hablando de un trabajador que mantiene una relación con la empresa pública o la Administración mediante un estatuto o una normativa propia.

La Ley 55/2003 de 16 de diciembre, Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en el **Capítulo II** y en los **artículos del 5 al 9**, nos informa de la clasificación del personal estatutario de los servicios de salud.

El Estatuto Marco sienta las bases comunes que deben regir en materias tan importantes para los profesionales sanitarios en general, y para los médicos en particular, como la carrera profesional, la provisión y selección de plazas o la movilidad por el territorio.

Esta Ley será de aplicación al personal sanitario laboral y al personal sanitario funcionario que preste servicios en los centros del Sistema Nacional de salud, gestionados directamente por las entidades creadas por las distintas comunidades autónomas. Esto será así si lo prevén las disposiciones aplicables al personal funcionario o los convenios colectivos que se apliquen al personal laboral de cada Comunidad Autónoma.

A parte de las peculiaridades especiales de esta Ley, cada una de las comunidades autónomas deberán desarrollarla con respecto de su propio personal.

Los criterios para clasificar al personal estatutario se recogen en el Capítulo II de esta ley, regulando la figura del personal temporal, cuya necesidad e importancia en el sector sanitario deriva de la exigencia de mantener en funcionamiento constante y permanentemente las distintas instituciones y centros.

Por el Real Decreto Ley 12/2022, de 5 de julio, se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Se modifica el artículo 9 y se añaden los artículos 9 bis, 9 ter y 9 quater. En estos artículos se regula la figura del personal estatutario temporal y personal estatutario sustituto.

2. CLASIFICACIÓN DEL PERSONAL ESTATUTARIO. (Artículo 5)

Los criterios para la clasificación del personal estatutario se basan en virtud a:

- La función desarrollada.
- Al nivel del título exigido para el ingreso.
- Al tipo de nombramiento.

2.1. PERSONAL ESTATUTARIO SANITARIO. (Artículo 6)

Atendiendo al nivel académico del título exigido para el ingreso, el personal sanitario se clasifica de la forma siguiente:

2.1.1. PERSONAL DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA.

Este personal ostenta la condición de personal estatutario por nombramiento expedido para ejercer una profesión sanitaria que exija una titulación universitaria, o un título de especialista. Este personal se divide en:

- 1.º Licenciados con título de especialista en Ciencias de la Salud.
- 2.º Licenciados sanitarios.
- 3.º Diplomados con título de Especialista en Ciencias de la Salud.
- 4.º Diplomados sanitarios.

2.1.2. PERSONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL.

Ostentan la condición de personal estatutario en virtud de nombramiento expedido para el ejercicio de profesiones o actividades profesionales sanitarias, y se exija una concreta titulación de formación profesional. Este personal se divide en:

- 1.º Técnicos superiores.
- 2.º Técnicos.

2.2. PERSONAL ESTATUTARIO DE GESTIÓN Y SERVICIOS. (Artículo 7)

Es personal estatutario de gestión y servicios quien ostenta tal condición por nombramiento expedido para funciones de gestión o para desarrollar profesiones u oficios sin carácter sanitario.

La clasificación del personal estatutario de gestión y servicios se efectúa, en función del título exigido para el ingreso, de la siguiente forma:

2.2.1. PERSONAL DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA.

Atendiendo al nivel del título requerido, este personal se divide en:

- 1.º Licenciados universitarios o personal con título equivalente.
- 2.º Diplomados universitarios o personal con título equivalente.

2.2.2. PERSONAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL.

Atendiendo al nivel del título requerido, este personal se divide en:

- 1.º Técnicos superiores o personal con título equivalente.
- 2.º Técnicos o personal con título equivalente.

2.2.3. OTRO PERSONAL.

Categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, título o certificado equivalente.

2.3. ATENDIENDO A SU NOMBRAMIENTO. (ARTÍCULOS 8 Y 9).

2.3.1. PERSONAL ESTATUTARIO FIJO. (ARTÍCULO 8).

Es personal estatutario fijo el que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.

2.3.2. PERSONAL ESTATUTARIO TEMPORAL. (ARTÍCULO 9).

Artículo único. Modificación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, y **se aplica el Real Decreto Ley 12/2022, de 5 de julio** de la siguiente forma:

Uno. Se modifica el artículo 9, que queda de la siguiente forma:

1. Los nombramientos de personal estatutario temporal serán de interinidad, siendo **estatutarios interinos** los que, por razones expresamente justificadas de necesidad y urgencia, son nombrados como tales con carácter temporal para el desempeño de funciones propias de estatutarios en los siguientes supuestos y condiciones:

- a) Existencia de plaza vacante, cuando no sea posible su cobertura por personal estatutario fijo, durante un plazo máximo de tres años, en los términos previstos en el apartado 2 de este artículo.
- b) Ejecución de programas de carácter temporal, que deberán especificar sus fechas de inicio y finalización y no podrán tener una duración superior a tres años. Los programas objeto de nombramiento no pueden ser de una naturaleza tal que suponga la ejecución de tareas o la cobertura de necesidades permanentes, habituales de duración indefinida de la actividad propia de los servicios de salud.
- c) Exceso o acumulación de tareas, detallándose las mismas, concretando la fecha del inicio y fin del nombramiento, por un plazo máximo de nueve meses, dentro de un período de dieciocho meses.

Cumplir los plazos y condiciones planteadas en los párrafos b) y c) y, si es necesario realizar nuevos nombramientos, se tramitará la creación de una plaza estructural en la plantilla del centro. En aquellos servicios o unidades en que se efectúe este tipo de nombramientos y no se cree una nueva plaza superados los plazos establecidos en cada caso, no podrá hacerse un nuevo nombramiento por la misma causa en un periodo de dos años.

2. Se acordará la finalización de la relación estatutaria temporal detallada en el apartado 1 del presente artículo por las siguientes causas, además de por las previstas en el artículo 21 de la presente ley, sin derecho a compensación por este motivo:

- a) Por cubrir la plaza por personal estatutario fijo mediante cualquier procedimiento legalmente establecido.
- b) Por razones organizativas que den lugar a la supresión o amortización de la plaza o puesto ocupado.
- c) Por la finalización del plazo establecido y recogido expresamente en el nombramiento.
- d) Por la finalización de la causa que originó el nombramiento.

En el supuesto previsto en el apartado 1.a), las plazas vacantes que desempeñe personal estatutario interino deberán cubrirse mediante cualquier mecanismo de provisión o movilidad previsto en la normativa de cada Administración sanitaria. No obstante, transcurridos tres años desde el nombramiento del personal estatutario interino se producirá el fin de la relación de interinidad y la vacante solo podrá ser ocupada por personal estatutario fijo, salvo que en el correspondiente proceso selectivo no se haya cubierto la plaza en cuestión, en

cuyo caso se podrá efectuar otro nombramiento de personal estatutario interino. Excepcionalmente, el personal estatutario interino podrá permanecer en la plaza que ocupe temporalmente, si se publica la correspondiente convocatoria en el plazo de tres años, a contar desde el nombramiento del personal estatutario interino. En este supuesto podrá permanecer hasta la resolución de la convocatoria, sin que su cese dé lugar a compensación económica.»

Dos. Se añaden los artículos 9 bis, 9 ter y 9 quater, con el siguiente contenido:

2.3.3. PERSONAL ESTATUTARIO SUSTITUTO. (Artículo 9 bis).

1. Se podrá nombrar personal estatutario sustituto para el desempeño de funciones propias de personal estatutario en los siguientes supuestos y condiciones:

a) Sustitución, que se expedirá, cuando resulte necesario para atender las funciones de personal temporal o fijo, durante los periodos de permisos, dispensas, vacaciones, y demás ausencias de carácter temporal que comporten la reserva de plaza.

b) Sustitución parcial para garantizar la prestación asistencial en los centros e instituciones sanitarias, durante un plazo máximo de tres años, identificando la causa de lo origina, siendo un nombramiento vinculado a la cobertura de exención de guardias, por enfermedad o edad, pudiendo sustituir hasta dos personas si con la plantilla disponible no se podía cubrir esta contingencia y respetando los límites legales del día, en concreto los artículos 48.2 y 49.

c) Reducción de la jornada ordinaria de personal estatutario, identificando a la persona o personas concretas a quien se complementa la jornada, durante todo el período correspondiente y en la modalidad que motiva la reducción.

2. Se acordará la finalización de la relación estatutaria temporal que se indica en el apartado 1 del presente artículo por las siguientes causas, además de por las previstas en el artículo 21, sin derecho a compensación por este motivo:

- a) Por la finalización del plazo establecido y recogido expresamente en el nombramiento.
- b) Por la finalización de la causa que originó el nombramiento.

3. RÉGIMEN APLICABLE AL PERSONAL ESTATUTARIO TEMPORAL Y SUSTITUTO. (Artículo 9 ter)

Al personal definido en los artículos 9 y 9 bis le será aplicable el régimen general del personal estatutario fijo en cuanto sea adecuado a la naturaleza de su condición temporal y al carácter de su nombramiento, salvo aquellos derechos inherentes a la condición de personal estatutario fijo. Todas las menciones que hace este estatuto al personal temporal son extensibles tanto a las situaciones descritas en el artículo 9 como en el 9 bis.

4. MEDIDAS DIRIGIDAS AL CONTROL DE LA TEMPORALIDAD. (Artículo 9 quarter)

- Las administraciones sanitarias se encargarán de cumplir las previsiones contenidas en la norma y, en especial, no podrán evitar irregularidades en el nombramiento del personal estatutario temporal y sustituto.

Asimismo, las administraciones sanitarias promoverán, en sus ámbitos, criterios de actuación que garanticen el cumplimiento de las medidas de limitación de la temporalidad de su personal, y una actuación coordinada de los órganos con competencia. No obstante, desde la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud se establecerá un seguimiento de estas actuaciones.

- Las actuaciones irregulares para nombrar personal estatutario temporal y sustituto exigirán las responsabilidades que procedan según la normativa vigente en cada administración pública.
- Todo acto, pacto, acuerdo o disposición reglamentaria y las medidas que se adopten en su cumplimiento o desarrollo, cuyo contenido incumpla directamente o indirectamente los plazos máximos de permanencia como personal estatutario temporal serán nulos de pleno derecho.
- El incumplimiento del plazo máximo de permanencia dará lugar a una compensación económica para el personal estatutario temporal afectado, que

será equivalente a veinte días de sus retribuciones fijas por año de servicio, en virtud de la normativa específica que le sea de aplicación, prorrateándose por meses los períodos de tiempo inferiores a un año, hasta un máximo de doce mensualidades. El derecho a esta compensación nacerá a partir de la fecha del cese efectivo y la cuantía estará referida exclusivamente al nombramiento del que traiga causa el incumplimiento. No habrá derecho a la compensación descrita en caso de que la finalización de la relación de servicio sea por causas disciplinarias o por renuncia voluntaria.

5. RESUMEN

El personal estatutario de los servicios de salud se clasifica atendiendo a los siguientes criterios:

Función desarrollada:

- ☐ Personal estatutario sanitario, que es el que ejerce una profesión o especialidad sanitaria.
- ☐ Personal estatutario no sanitario (de gestión y servicios), que ejerce profesiones u oficios que no tienen carácter sanitario.

Nivel del título exigido para el ingreso:

- ☐ Personal de formación universitaria (licenciados o diplomados).
- ☐ Personal de formación profesional (técnicos superiores o técnicos).
- ☐ Otro personal (categorías en las que se exige certificación acreditativa de los años cursados y de las calificaciones obtenidas en la Educación Secundaria Obligatoria, o título o certificado equivalente).

Tipo de nombramiento:

- ☐ Personal estatutario fijo es aquel que ha superado un proceso selectivo, obteniendo así un nombramiento para desempeñar unas funciones con carácter permanente.
- ☐ Personal estatutario temporal (también denominado interino) es aquel que se nombra por razones de necesidad, de urgencia o para el desarrollo de programas de carácter temporal, coyuntural o extraordinario.
- ☐ El personal estatutario temporal sustituto se contratará para la sustitución transitoria de los titulares por vacaciones y bajas, para realizar los turnos de guardias de quien esté exento de realizarlas, como los mayores de 55 años, y para reducir jornada.

6. CONCLUSIÓN

Con la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, se establece las bases reguladoras de la relación funcionarial especial del personal estatutario de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, mediante el Estatuto Marco de dicho personal.

El personal estatutario es un tipo particular de funcionario, y lo que lo hace especial es su ámbito de trabajo, pues solo prestan servicios dentro de centros e instituciones sanitarias públicas. De ahí la regulación de este personal.

La regulación del Real Decreto Ley 12/2022 de 5 de julio se introduce para reducir la temporalidad sistematiza, así como las opciones de nombramiento de personal estatutario en unos supuestos concretos y con una duración determinada.

7. REFERENCIAS

1. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-23101>
2. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-11132>
3. <https://www.icab.es/es/actualidad/noticias/noticia/REAL-DECRETO-LEY-12-2022-de-5-de-julio-por-el-que-se-modifica-la-Ley-55-2003-de-16-de->

diciembre-del-Estatuto-marco-del-salud-BOE-de-6-de-julio-de-2022/

personal-estatutario-de-los-servicios-de-

4. <https://drive.google.com/file/d/17pZ6lb>
5. <http://csisanidad.blogspot.com/p/o-pe-sespa.html>
6. Temario MAD: Lavandero/a y Planchador/a, Pinche (Ayudante de servicios) y Celador del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
7. Temario MAD Pinche del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
8. Temario Celador CSI corriente sindical de izquierdas en PDF.

CAPÍTULO 36

BIOSEGURIDAD EN EL LABORATORIO

Iris Barragán Martín, M^a Yolanda Martín Pérez

Iris Barragán Martín - BIÓLOGA

M Yolanda Martín Pérez – TÉCNICA SUPERIOR DE LABORATORIO

INTRODUCCIÓN

La seguridad en un laboratorio es fundamental para evitar contagios y enfermedades profesionales en los trabajadores que desarrollan su actividad en ellos.

Mantener una estricta observación de las medidas de seguridad e higiene es imprescindible para que el trabajo se desarrolle con el mínimo riesgo y exposición para los profesionales.

OBJETIVOS

Exponer de forma sencilla los distintos niveles de bioseguridad en los distintos tipos de laboratorios, según los patógenos objetos de estudio.

DESARROLLO

Los trabajadores de los laboratorios están expuestos de forma rutinaria a material infeccioso y por esta razón son reconocidos como grupo de alto riesgo de infecciones de origen laboral. Los agentes patógenos presentes en las muestras a analizar se clasifican en cuatro grupos según su patogenicidad y las medidas, tanto preventivas como profilácticas, que existan para contenerlos, siendo los siguientes:

- Grupo 1: agentes patógenos que tienen pocas probabilidades de provocar enfermedades.
- Grupo 2: agentes patógenos que pueden causar enfermedades, pero con pocas posibilidades de entrañar un riesgo grave, el riesgo de propagación es limitado y existen medidas preventivas y terapéuticas eficaces.
- Grupo 3: agentes patógenos que suelen provocar enfermedades graves, con poco riesgo de propagación y existen medidas preventivas y terapéuticas eficaces.
- Grupo 4: agentes patógenos que causan enfermedades graves, se transmiten fácilmente de un individuo a otro y no existen medidas preventivas y terapéuticas eficaces.

De acuerdo a esta clasificación de los patógenos, los laboratorios presentaran diferentes niveles de seguridad biológica según con el agente que se esté trabajando:

- Laboratorio nivel de bioseguridad 1: laboratorios de enseñanza básica e investigación, en los cuales se trabaja bajo técnicas de laboratorio apropiadas, pero sin ningún equipo de seguridad.
- Laboratorio nivel de bioseguridad 2: laboratorios de servicios de atención primaria, diagnóstico o investigación en los cuales se debe usar ropa protectora y trabajar bajo cámara de seguridad biológica.
- Laboratorio nivel de bioseguridad 3: laboratorios de contención, dedicado a diagnósticos especiales y a investigación. Además de las prácticas utilizadas en el laboratorio de nivel 2, se debe usar ropa especial, el laboratorio debe tener un acceso controlado y un flujo direccional del aire.
- Laboratorio de bioseguridad 4: contención máxima. Se deben seguir las prácticas de nivel 3, pero la entrada debe presentar cierre hermético y una salida con ducha. Las cabinas de seguridad son de clase III o usar trajes presurizados junto a una cámara de seguridad de clase II.

Los laboratorios clínicos de nuestro sistema nacional de salud están como mínimo dotados con los requerimientos para un laboratorio de nivel de bioseguridad de nivel 2. Sin embargo, los patógenos presentes en las muestras clínicas muchas veces son desconocidos y podrían pertenecer a un grupo de riesgo mayor. Por

tanto, es imprescindible que los trabajadores siempre lleven a cabo buenas prácticas de laboratorio, cuenten con el equipo apropiado, así como un buen mantenimiento de las instalaciones y de los equipos, para reducir el riesgo de contagio.

Para evitar el riesgo de contagio con el material infeccioso hay que tener en cuenta que los trabajadores están expuestos principalmente a agentes patógenos que se transmiten por la sangre (VHB, VHC o VIH), transmitidos a través de tejidos y sustancias corporales; y los inhalados por aerosoles (SARS-CoV-2). Teniendo esto en cuenta, hay que evaluar el riesgo en cada una de las tres fases del flujo de trabajo (fase preanalítica, fase analítica y fase postanalítica) según la muestra a analizar para seleccionar los equipos de protección y técnicas más adecuadas para el análisis de la muestra.

El mayor riesgo de contagio durante la fase preanalítica son las heridas percutáneas que se puedan producir durante la recogida de las muestras, así como la exposición directa a pacientes o en el transporte de muestras si no están adecuadamente selladas. Durante esta fase prima la utilización de equipos y prendas de protección personal ya que la toma de muestras suele realizarse fuera de las instalaciones del laboratorio.

La fase analítica ya es realizada en un laboratorio en el cual se manipularán y analizarán las muestras, dónde además de las prendas de protección personal los trabajadores cuentan con los equipos de protección de laboratorios, como las cabinas de seguridad biológica (CBS). Las CBS son un equipamiento esencial en los laboratorios, al igual que éstos tienen diferentes niveles, y están diseñadas para la seguridad de los trabajadores al “crear” una zona de trabajo estéril, con un flujo de aire que evita que las partículas formadas durante la manipulación de las muestras sean inhaladas por los trabajadores y con filtros HEPA que retienen dichas partículas para que el aire que salga de la cabina esté libre de microorganismos. Para que no disminuyan sus efectos protectores hay que usarlas de forma correcta: posicionarlas en zonas dónde el personal y posibles corrientes de puertas y ventanas no perturben el flujo interno de aire, esperar un minuto desde que se introducen los brazos para manejar el material y moverse con delicadeza, tener el material justo y necesario dentro de ella para no obstaculizar el flujo de aire que deberán desinfectarse antes de introducirlos y, sobre todo, una descontaminación completa de la CBS al finalizar los trabajos en ella.

Además de las prendas de protección personal y de los equipos, es importante llevar a cabo buenas prácticas de laboratorio, como:

1. Usar en todo momento ropa especial protectora y no guardarla con la ropa de calle.
2. Usar guantes protectores apropiados que una vez utilizados se retirarán de forma aséptica y a continuación se lavarán las manos. Siempre se lavan las manos después de manipular material infeccioso y antes de abandonar las zonas de trabajo.
3. Usar gafas de seguridad, viseras u otros dispositivos de protección para proteger los ojos y el rostro de salpicaduras, impactos y fuentes de radiación UV artificial.
4. No usar las prendas protectoras fuera del laboratorio y no usar calzado sin puntera.
5. No comer, beber, fumar, aplicar cosméticos o manipular lentillas.
6. No almacenar alimentos o bebidas en las zonas de trabajo.
7. No tocar nada con la boca.
8. Minimizar la formación de aerosoles y gotas.
9. No usar jeringuillas ni agujas hipodérmicas (sólo para inyecciones por vía parenteral o para aspiración de líquidos de los animales de laboratorio).
10. Comunicar al supervisor del laboratorio y mantener registro escrito de todos los derrames, accidentes y exposiciones reales o potenciales a material infeccioso.
11. Descontaminar los líquidos contaminados antes de eliminarlos por el colector de saneamiento.
12. Proteger de la contaminación los documentos escritos que hayan de salir.

El último eslabón del flujo de trabajo es la gestión de residuos, es decir, la fase postanálítica. Para esterilizar el material aplicando vapor de agua saturado a presión en las autoclaves, mientras que para la eliminación de restos humanos o animales suelen ser incinerados. La eliminación de los residuos sanitarios específicos de riesgo en el Principado de Asturias es realizada por COGERSA, al disponer de dos líneas de incineración (estática y rotativa) en las que se incineran tanto los residuos infecciosos, restos animales y otros residuos como pueden ser los envases.

CONCLUSIONES

Trabajar con muestra biológicas, independientemente de que se conozca la presencia de patógenos concretos implica un riesgo para el personal de los laboratorios.

Mantener una higiene adecuada y usar los equipos de protección indicados para cada nivel de riesgo es imprescindible para obtener resultados con la mínima exposición al patógeno.

Es imprescindible que todos los trabajadores reciban la formación adecuada en medidas de protección tanto individual como colectiva, que conozca el uso y tengan a su disposición el material necesario para evitar los riesgos inherentes a estas actividades y que por supuesto hagan uso del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

PLAN ESTRATÉGICO DE RESIDUOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS 2014-2024

World Health Organization. Laboratory Biosafety Manual. 3th ed. Geneve: World Health Organization; 2015

<https://www.inesem.es/revistadigital/gestion-integrada/precauciones-universales-frente-a-los-contaminantes-biologicos/>

CAPÍTULO 37

EL TRABAJO EN EQUIPO DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD

María Del Mar Alegre Alonso, Irene Escosura Alegre

María Del Mar Alegre Alonso, Irene Escosura Alegre

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo en equipo supone un elemento clave en la consecución de los objetivos marcados y más en el ámbito de la salud, ya que sin el trabajo multidisciplinar de todos los integrantes del equipo de salud, no se conseguiría prestar los servicios adecuados ni solventar los problemas de salud de forma integral que pueda presentar el usuario.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe un desarrollo efectivo del trabajo en equipo en base a las evidencias, novedades y aspectos más relevantes disponibles en la actualidad?

3. OBJETIVOS

GENERAL:

-Conocer la efectividad del trabajo en equipo en la actualidad.

ESPECÍFICOS:

-Conocer las características del trabajo en equipo y las características de los equipos que forman las organizaciones sanitarias, así como el papel del líder dentro de las mismas.

-Identificar las principales limitaciones, barreras o dificultades que presenta el trabajar en equipo.

-Comprender los beneficios que tiene el trabajo en equipo, tanto para los usuarios como para los trabajadores de los sistemas sanitarios.

4. ESTRATEGIA GENERAL DE BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre de la fuente o base de datos consultada:

Se realizó una búsqueda sistemática a través de la selección de fuentes primarias como revistas científicas y libros y la selección de fuentes secundarias, como las bases de datos bibliográficas: Medline, PubMed, Scopus, Ibecs, Cuiden.

Términos de búsqueda utilizados:

Se utilizó la terminología y la formulación de la estrategia de búsqueda a través de descriptores y palabras claves (como trabajo en equipo, liderazgo, equipo multidisciplinar...) combinados con los operadores booleanos más apropiados (AND, OR, NOT, WITH), tratando de ser específicos y buscando los conceptos más importantes.

Límites establecidos para la obtención de la información:

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión, objetivos y acordes los objetivos planteados.

-Tipología documental: artículos originales, toda la información disponible publicada, excluyendo cartas al editor y opiniones.

-Idioma de los documentos: español e inglés para brindar la información lo más precisa y actualizada posible.

-Antigüedad de los documentos: se estableció como límite temporal para la búsqueda de información actualizada inferior a diez años.

5. RESULTADOS

Frases como “En la unión esta la fuerza” y “La alianza conlleva el éxito” nos recuerdan la importancia que representa el trabajo en equipo¹.

El trabajo en equipo o también llamado práctica colaborativa o colaboración interprofesional, conforma una actuación conjunta por diferentes profesionales de la salud y del ámbito social para tratar de resolver problemas de salud y/o proporcionar servicios. Todos los integrantes del equipo de trabajo tienen un objetivo en común, proporcionar cuidados de calidad que permitan una evolución rápida y adecuada del paciente². Es por ello que esta práctica colaborativa entre sanitarios, permite el conocimiento y las habilidades de todos los integrantes para influir sinérgicamente en la atención de los pacientes³.

El trabajo en equipo representa uno de los elementos fundamentales para alcanzar el éxito en cualquier proyecto que se quiera desarrollar. Se trata de un método de trabajo donde todos los integrantes son responsables de los objetivos de la organización, ya que los esfuerzos de cada integrante se potencian, incrementando la eficacia de sus resultados. Cada miembro aporta con sus habilidades, por lo que los objetivos marcados son más fáciles de lograr⁴.

"Cabe destacar que la implementación del trabajo en equipo supone una reducción de los niveles jerárquicos, en la medida en que las decisiones se van descentralizando hacia los niveles inferiores de la jerarquía. Esta descentralización es la esencia del proceso de autogestión de los equipos"⁵. El trabajo en equipo manifiesta ser la estrategia más adecuada para la compatibilización de distintos procesos por los que el paciente en la atención de salud, permitiendo además evaluar la calidad del trabajo realizado⁵.

En el ámbito de la salud, el trabajo se lleva a cabo a través de diferentes elementos o actores que interrelacionados permiten alcanzar los objetivos propuestos, consiguiendo resultados funcionales, con calidad y seguridad en la atención sanitaria que se ofrece⁵.

CARACTERÍSTICAS

El personal de salud son los integrantes de una institución sanitaria y representan diferentes perfiles con conocimientos y destrezas en su profesión, y al trabajar en equipo, bien en situaciones normales o de crisis, permiten una atención de calidad¹. Este trabajo en equipo implica una parte de un engranaje que se relaciona con otros sistemas, los cuales también se insertan en macro sistema de

trabajo. Cuando cada integrante del equipo cumple su objetivo, el éxito aparece, demostrando que se puede ofrecer a los pacientes una atención segura y eficiente¹.

Si se debe de poner un ejemplo del trabajo en equipo, uno puede ser la labor diaria en los centros sanitarios, como es el caso de los hospitales, ya que los objetivos que se consiguen en este entorno son gracias al trabajo en equipo de los integrantes, a través de la coordinación¹. A través de este trabajo en equipo en los hospitales se busca conseguir el bienestar y la salud del paciente, además de un efecto potencializador, ya que los resultados pueden ser mejores si cada uno de los integrantes del equipo suma sus cualidades. El trabajo en equipo dentro del hospital permite que se unan habilidades y talentos, completando así las tareas y resolviendo los problemas que puedan surgir de manera más eficaz, además se ve reforzada la motivación entre los miembros, disminuyendo la rotación de personal, así como el desgaste laboral⁶. Se ha podido comprobar que con el trabajo en equipo sus integrantes aumentan su compromiso, así como también el grado de placer y la calidad de los resultados de las tareas que emprenden⁷.

Para que el trabajo en equipo sea efectivo es necesario que los integrantes del grupo adquieran unos conocimientos, valores y conductas que contribuyan a la cultura del trabajo en equipo, implantando además estrategias que promuevan el trabajo⁸.

Dentro de los elementos principales que deben de tener un equipo es la fijación de objetivos, previamente a su consecución, en conjunto y revisar las necesidades, dudas o dificultades que puedan tener los miembros para llevarlos a cabo y así permitir que participen todos activamente⁹. Otro elemento clave para conseguir que el equipo trabaje unido es la comunicación entre los profesionales. Se debe conseguir una comunicación clara y abierta, en la que la escucha activa este presente, para lograr así una buena calidad asistencial⁹.

DESVENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO

Dentro de las desventajas que puede presentar el trabajo en equipo es el hecho de que los integrantes que lo desarrollan pertenecen a diversas culturas, experiencias, culturas y grados de compromiso tanto para la organización y posible diferencia ética en la realización del trabajo¹⁰. Así como el choque entre personalidades, el conflicto en la equidad de las responsabilidades, conllevando a un posible incumplimiento de las metas marcadas¹¹.

También pueden aparecer barreras para el desempeño del trabajo en equipo como el tener varios empleos, pues puede evitar la formación del sentimiento de pertenencia a una institución, además de la fatiga laboral ya que ésta impide en gran medida el éxito del trabajo conjunto. Situaciones perjudiciales para el trabajo en equipo pueden ser la minimización de la opinión de los nuevos integrantes del equipo porque los más experimentados sienten menos confianza por ellos o situaciones jerárquicas que impidan que algunos miembros puedan opinar ya que su opinión pueda ser menos válida¹.

VENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO

Como bien explica Arrea Baixenche¹², al trabajar en equipo se ponen en común diferentes puntos de vista y se aportan múltiples conocimientos que pueden enriquecer a los integrantes del equipo. Este aprendizaje es vital en todos los niveles de equipos de salud. Por otro lado, los equipos eficientes producen grandes innovaciones, que son clave en nuestro día a día, ya que continuamente el entorno en el que nos encontramos está cambiando y también los sistemas de salud, punto positivo ya que como bien estamos comentando la innovación y el cambio permiten una mejoría en muchos aspectos. La calidad del servicio es otra ventaja del trabajo en equipo, ya que los equipos que trabajan unidos producen mejores resultados, además de la minimización de errores pues la seguridad se fortalece cuando existen protocolos llevados a cabo y posteriormente corroborados por los diferentes integrantes de equipo.

LA FIGURA DEL LÍDER

Una figura fundamental dentro del equipo de trabajo es el líder, el cual debe de tener la capacidad de evaluar el trabajo de cada uno de los miembros del equipo, guiándole a cada uno con sus objetivos¹¹.

Cuando se realiza un trabajo en equipo se unen fuerzas, actitudes y conocimientos de cada integrante, teniendo cada uno que responsabilizarse de cada tarea asignada por lo tanto debe de haber colaboración, empatía y unión en la toma de decisiones. Todo ello debe de estar coordinado por un líder, que aporte confianza, apoyo, distribución de las cargas de trabajo, permitiendo que el equipo sea autosuficiente y con capacidad de respuesta a situaciones agudas¹.

FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Para conseguir que el trabajo en equipo sea eficiente debe de tenerse en cuenta desde los primeros años de formación de los integrantes. Es por ello que la ONU recomienda que los nuevos programas de enseñanza para estudiantes de Ciencias de la Salud analicen el trabajo en equipo como principal elemento de su formación.¹².

CONCLUSIONES

Se ha podido comprobar cómo el trabajo en equipo, tanto en centros de atención primaria como de especializada, se ha convertido en un elemento indispensable ya que el cuidado del usuario requiere una atención multidisciplinar, la cual pretende producir un resultado positivo en el aumento de la toma de decisiones en conjunto, una mejora en la organización y una mayor adaptación de la atención a las necesidades del usuario⁹.

Es por ello por lo que se puede destacar tres factores principales que resaltan la necesidad del trabajo en equipo: La concepción más global del paciente, la necesidad de asegurar una continuidad de cuidados más especializados y fragmentados y la influencia de las políticas que promueve el trabajo en equipo para conseguir una atención sanitaria de calidad⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez WFL, Secín DR, Ramírez AJL. El trabajo en equipo como parte de un sistema de salud. *Acta Med.* 2021;19(4):477-479. doi:10.35366/102530.
2. Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010) Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). Promoting partnership for health: Interprofessional teamwork for health and social care
3. Le Blanc, Schaufeli, Salanova, Llorens, & Nap, 2010) Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., Salanova, M., Llorens, S., & Nap, R. E. (2010).
4. Herkes J, Churrua K, Ellis LA, Pomare C. Braithwaite J. How people fit in at work: systematic review of the association between person-organisation and

person-group fit with staff outcomes in healthcare. BMJ [Internet]. 2019 [citado 05 oct 2021]; 9(5): e026266. Disponible en: Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026266>

5. Paravic Klijn Tatiana, Lagos Garrido María Elena. TRABAJO EN EQUIPO Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Cienc. enferm. [Internet]. 2021 [citado 2023 Mayo 18]; 27: 41. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532021000100402&lng=es. Epub 28-Ene-2022. <http://dx.doi.org/10.29393/ce27-41tetm20041>.

6. Erazo A. Un enfoque sistémico para comprender y mejorar los sistemas de salud. Rev Panam Salud Publica. 2015; 38 (3): 248-253.

7. Báez ML, Cadoche L. Habilidades de Dirección en las organizaciones. Madrid, Euderma. 95 p. En: Báez ML, Cadoche L. Habilidades sociales en grupos de estudio en la Facultad de Ciencias Veterinarias de la Universidad Nacional del Litoral (Esperanza Santa Fe, Argentina) Rev Inv Vet Perú [Internet]. 2019 [citado 13 jul 2021]; 30(4): 1790-1795. Disponible en: Disponible en: <https://doi.org/10.15381/rivep.v30i4.17266>

8. Asociacion profesional de Enfermeras de Ontario. (2006). Práctica colaborativa en los equipos de Enfermería. Toronto, Canadá: Registered Nurses' Association of Ontario. Retrieved from https://colegaslujan.files.wordpress.com/2012/05/7756_1776_practica_colaborativa_en_los_equipos_de_enfermeria.pdf

9. Bautista Marín, E., Devesa Pradells, A., Guitart Aparicio, M., Palma Bocanegra, M., & Pérez Hinarejos, M. (2008). Enfermería: ¿Trabaja En Equipo?Escuela Universitaria de enfermería santa madrona. Retrieved from http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21603/1/2008_2.pdf

10. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Serie de módulos universitarios. Integridad y Ética. Módulo 14. Ética profesional [Internet]. Viena: Naciones Unidas; 2019 [citado 16 may 2021]; 30. Disponible en: Disponible en: <https://www.unodc.org/e4j/es/integrity-ethics/module-14/index.html> [Links]

11. Fapohunda T. Towards effective team building in the workplace. Int J Educ Res. 2013; 1 (4): 1-12.

12. Carlos Arrea Baixench. Más sobre el trabajo en equipo. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Acta Médica Costarricense, vol. 58, núm. 3, pp. 96-99, 2016

CAPÍTULO 38

TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

María Jesús Velázquez Cuervo, Claudia García Lago, Lucinda Velázquez Cuervo

María Jesús Velázquez Cuervo (Aux Administrativo), Claudia García Lago (Tel),
Lucinda Velázquez Cuervo (Tel)

INTRODUCCIÓN

Las personas actuamos movidas por fuerzas y esas fuerzas unas veces nos motivan a alejarnos de determinados estímulos, como cuando sufrimos una depresión y actuamos buscando ayuda. Otras veces nos motivan a acercarnos a nuestros objetivos, como cuando deseamos irnos de vacaciones y estamos súper motivados para conseguir nuestra finalidad, que es viajar.

La motivación es la energía que impulsa a las personas a actuar en una dirección determinada y está directamente relacionada con la buena marcha y la productividad en el ámbito sanitario. Existe una estrecha relación entre la motivación, el rendimiento en el trabajo y el clima laboral.

Hay dos tipos de motivaciones, las que dependen de factores internos y las de factores externos.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica. Para ello se han utilizado libros y buscadores de internet seleccionado aquellos artículos relacionados con el tema a investigar.

OBJETIVO

Dado que los motivos que no impulsan pueden ser muy variados han surgido numerosas teorías que tratan de explicar las conductas motivadas.

Dependiendo de cuál sea el objetivo de la motivación podemos clasificarlas en dos tipologías:

- Teorías sobre el contenido, **qué** es lo que motiva a las personas.
- Teorías sobre el proceso, **cómo** se produce la motivación.

Las teorías más importantes son:

Teoría de las necesidades (A. Maslow, 1963)

Abraham H. Maslow considera la motivación como una necesidad, como puede ser las **fisiológicas**, comer, dormir...una vez satisfechas, la motivación cambia y lo que nos mueve es el deseo de **seguridad**, como es la económica. Tras esta necesidad de seguridad el nuevo factor motivador que aparece son las necesidades **sociales**, como dar y recibir afecto. Pasando luego a las necesidades de **estima**, como tener confianza en uno mismo.

Según esta teoría las necesidades aparecen jerarquizadas de tal manera que las más básicas están en la base de la pirámide. En la cima estaría la **autorrealización**, que nos dice que en nuestro interior hay un potencial intrínseco que debemos despertar y desarrollar al máximo para ser felices.

Teoría de los factores higiénicos y motivadores (F. Herzberg, 19676)

Herzberg identifica dos tipos de factores: higiénicos que producen insatisfacción y motivacionales relacionados con la satisfacción.

Algunos factores higiénicos serían las normas y los procedimientos de gestión, las relaciones con su supervisor, las condiciones en las que se realiza el trabajo, el salario, etc.

Los factores motivacionales están relacionados con el contenido psíquico de las cosas que hacemos. Entre los factores motivaciones se consideran el progreso, las responsabilidades, en general, el trabajo en sí mismo.

Teoría de las expectativas (V. Vroom, 1964)

Víctor M. Vroom desarrollo una teoría en torno a los objetivos que deseamos alcanzar las personas y la probabilidad que tenemos de alcanzarlos.

La fuerza con la que creemos que determinados actos o comportamientos nos servirán para alcanzar el objetivo propuesto se conoce como expectativa. Ofrecer a las personas los objetivos a los que pueden aspirar y facilitarles los medios necesarios para lograrlos.

Teoría de la equidad (J. S.Adams, 1962)

Las personas valoramos las recompensas en función del esfuerzo que nos supone obtenerlas.

La teoría de la equidad es aplicable a toda situación en la que se produce un intercambio. No solo en el ámbito laboral. Cuando dos personas intercambian algo, existe la posibilidad de que una, o ambas, sientan que el intercambio fue injusto. En base a este planeamiento el teórico planteó el establecimiento de una conducta hacia la equidad o justicia laboral.

Otras teorías

- Teoría de la finalidad. Cuando más elevados y ambiciosos sean los objetivos más motivación y más esfuerzo para lograrlos. La forma de hacerlo es adecuar los objetivos al los conocimientos, habilidades y actitudes de los trabajadores.
- Teoría de las necesidades aprendidas. Está basada en el estudio de las necesidades humanas. Según esto las necesidades las aprendemos a lo largo de nuestra vida, influenciados por nuestro entorno.

Hay cuatro tipos de modalidades de motivación, de poder, de afiliación, de logro y de competencia.

- Teoría del reforzamiento de la conducta. Esta más centrada en las consecuencias de los comportamientos de las personas que en las causas que producen esos comportamientos. Según el comportamiento habrá recompensas o castigos. Un ejemplo de recompensa sería un aumento salarial, y un castigo una congelación salarial.

CONCLUSIÓN

Las personas trabajan por distintos motivos, y estos son los que determinan su actitud y su comportamiento en los contextos laborales. Existe una relación muy estrecha entre la motivación, el rendimiento laboral y el clima laboral.

No siempre resulta sencillo estar motivada en el trabajo, sobre todo cuando las personas tienen que elegir entre realizarse profesionalmente o dedicar tiempo a su familia. En este caso la decisión es difícil, aquí dependerá de la capacidad de sacrificio de cada persona. Bien puede renunciar a su vida familiar por promocionarse en su vida laboral o viceversa, anteponer su familia al trabajo. Esto puede dar lugar a un sentimiento de frustración.

Conocer los deseos de las personas nos facilitará saber qué es lo que les puede motivar.

Las recompensas personales, los agradecimientos, las celebraciones, etc... pueden ser en determinados momentos mucho más significativos que un incremento del sueldo o un ascenso laboral, ya que se considera que se valora el trabajo bien hecho y es una forma de reconocerlo.

Estaría bien que las recompensas fueran adaptadas a las necesidades de cada persona. Imparciales y justas de acuerdo a los aspectos que deben recompensar. Oportunas, proporcionándose en el momento y en la situación adecuada. Además sería necesario mostrarlas al exterior, no hay que ocultarlas. Todo esto podría producir un efecto de motivación para el resto de las personas.

Si es importante dedicar tiempo a evaluar el grado de motivación de las personas trabajadoras, igualmente lo es averiguar cuando un trabajador está desmotivado y hasta qué punto lo está y por qué ha llegado a esa situación, y darle solución.

BIBLIOGRAFÍA

<https://lamenteesmaravillosa.com/la-teoria-de-la-autorrealizacion-la-clave-del-potencial-humano/>

<https://www.aiteco.com/teoria-de-la-equidad/>

CAPÍTULO 39

LA COMUNICACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Lucinda Velázquez Cuervo, María Jesús Velázquez Cuervo, Claudia García Lago

Lucinda Velázquez Cuervo (Tel). María Jesús Velázquez Cuervo (Aux Administrativa), Claudia García Lago (Tel)

INTRODUCCIÓN

La comunicación es el proceso social mediante el cual intercambiamos información, ideas y sentimientos, entre 2 o más personas, es un proceso participativo y reciproco cuya información podemos expresarla y recibirla mediante el lenguaje oral, escrito y de forma no verbal, mediante gestos y comportamientos. En el campo de la Sanidad se promueve que todos sus profesionales, además de la competencia específica posean una formación personal y humana que les permita desenvolverse y relacionarse adecuadamente en su trabajo.

Para aprender a comunicarnos hay que tener claros una serie de conceptos básicos los cuales serán de gran utilidad en nuestra vida, y en nuestras relaciones, tanto personales como laborales, y mucho más si nos dedicamos a un sector como es la salud.

METODO

La comunicación es un proceso mediante el cual se transmite información siempre que se den los siguientes elementos:

- Emisor: persona que envía el mensaje
- Receptor: A la que va dirigido
- Mensaje: La información que se desea transmitir
- Canal: Medio a través del cual se difunde el mensaje

- Código: Sistema de signos y reglas identificados por el emisor/receptor
- Contexto: Situación real en la que se da la comunicación

Durante la Comunicación se pueden dar una interferencia las que se denominan Barrera en la comunicación, que pueden llegar a bloquear o filtrar parte de su significado. Según el origen de la causa, podemos distinguir entre:

- Barreras Físicas, Personales y Semánticas.

TIPOS

1. COMUNICACIÓN ORAL:

Consiste en la transmisión de mensajes mediante el uso de la lengua hablada, es la más eficaz debido a su rapidez y retroalimentación inmediata se contrarresta por la distorsión que sufre el mensaje debido a la interpretación personal del interlocutor. Para que dicha comunicación sea correcta hay que realizarla de la siguiente manera:

- Analiza la situación: a quien lo voy a decir, que quiero comunicar, como lo comunico...
- Preparar contenido mensaje: pensar antes de hablar
- Formular mensaje: frases cortas, información eficaz, entonación, vocabulario que use el receptor.

A la hora de comunicarnos con los demás podemos adoptar diferentes estilos:

Agresivo: directo y no respeta los sentimientos de los demás. Ventajas: descarga tensión emocional, sentimiento de poder consigue los objetivos sin reacción de los demás. Desventajas: relaciones conflictivas, sentimiento de culpa,

Inhibido: se expresa indirectamente, al no ser capaz de pedir un cambio en la conducta de la otra persona por miedo a su reacción. Ventajas: evita conflictos, no produce rechazo en los demás.

Asertivo: se expresa abiertamente, mostrando respeto y consideración hacia los demás. Ventajas: mayor bienestar con uno mismo y con los demás, relaciones sociales satisfactorias, mejor reacción de la otra persona al comunicarnos de manera clara y no manipulativa. Desventajas: puede generar ansiedad que desaparecerá a medida que usemos este tipo de comunicación, no garantiza la ausencia de conflictos.

COMUNICACIÓN ESCRITA

El contacto personal desaparece y la retroalimentación no es inmediata, pero se reducen los riesgos de deformación del mensaje y se conserva la información por un periodo de tiempo largo. Para que dicha comunicación gane efectividad es preciso tener en cuenta:

- pensar antes de escribir
- adaptar el carácter del mensaje al receptor
- lenguaje sencillo
- mensajes claros y sencillos

2. COMUNICACIÓN NO VERBAL

Es la que se realiza a través de gestos, miradas, posturas... sin signos lingüísticos. Estos signos no verbales deben interpretarse dentro de su contexto y nunca por separado, teniendo en cuenta que varían de una cultura a otra. Como funciones más características de este tipo de comunicación son la gestión, apoyo y complemento de la comunicación verbal, sustituye a palabras, y expresa emociones y sentimientos. Debe de haber coherencia entre la comunicación no verbal y la verbal

3. LA ESCUCHA ACTIVA

Supone transmitir que comprendemos adecuadamente lo que estamos oyendo y mantener una actitud positiva ante el mensaje. Esta escucha implica haber comprendido el mensaje, pero no estamos obligados a estar de acuerdo con él.

Para que se produzca dicha escucha debemos:

- Asentir con la cabeza para demostrar que entendemos lo que nos están diciendo
- Mostrar consideración y amabilidad con las personas
- Mantener contacto visual
- Si procede tomar notas
- Parafrasear
- Utilizar expresiones de resumen para confirmar que quería decir
- Usar tono de voz y volumen adecuados
- Evitar interrumpir mientras la persona está hablando, evitar ser el único que hable
- No juzgar a la otra persona por lo nos está contando.
- Evitar anticipar respuestas

Esta escucha activa debemos usarla:

- cuando queramos motivar al interlocutor para que hable
- Para neutralizar sentimientos y verbalizaciones agresivas
- Para calmar y potenciar una relación positiva

CONCLUSIÓN

La forma en que nos comunicamos se va aprendiendo con la práctica, de la misma forma que aprendemos a andar o nadar... si queremos cambiar y mejorar nuestra forma de comunicarnos debemos realizar una práctica adecuada.

Una buena comunicación sanitaria es aquella que permite alcanzar los mejores resultados y el ambiente más favorable entre los profesionales, pacientes y familiares. Es básica para que todos avancen en conjunto hacia el objetivo propuesto, que no es otro que la mejora de salud.

El campo sanitario es uno de los espacios profesionales donde es más importante que el proceso de la comunicación se produzca de una manera adecuada. El correcto entendimiento entre todos, profesional y paciente, profesional y familiar o entre profesionales de la salud, es fundamental para que se consiga el objetivo propuesto en aras de la promoción o la mejora de la salud. Comunicarse bien, tanto en el ámbito hospitalario como en la vida, es vital para obtener los mejores resultados posibles.

BIBLIOGRAFÍA

ISBN-84-690-1469-2 materiales didácticos de aula, formación profesional específica, Consejería de Educación y Ciencia

<https://www.campustraining.es>

<https://es.wikipedia.org/wiki/Comunicaci%C3%B3n>

CAPÍTULO 40

EVALUACIÓN DE RIESGO DEL ESTRÉS EN EL PERSONAL SANITARIO

Claudia García Lago, Lucinda Velázquez Cuervo, María Jesús Velázquez Cuervo

Claudia García Lago (Tel), Lucinda Velázquez Cuervo (Tel) y María Jesús Velázquez Cuervo (Aux Administrativo)

INTRODUCCIÓN

Según La Organización Mundial de la Salud (OMS) el Estrés se define como «el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción». En términos globales se trata de un sistema de alerta biológico necesario para la supervivencia.

El primero que importó este término a la psicología fue el húngaro Hans Selye (1907-1982), con el nombre de Síndrome de Adaptación General (SAG) y lo definió como una respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda, de forma que si su duración es suficientemente prolongada, el organismo puede entrar en una etapa de agotamiento.

El estrés no es tan solo un estímulo-respuesta, sino que constituye un proceso que ayuda a la persona a evaluar una determinada situación para, posteriormente, hacer frente a las amenazas y desafíos presentes en el entorno.

En el ámbito sanitario la incidencia de estrés es alta y esto es un grave problema debido a que no solo afecta al profesional que lo padece, sino que afecta a cualquier usuario del sistema sanitario.

Principalmente existen tres factores desencadenantes del estrés:

1. Las situaciones vitales.
2. Las tensiones cotidianas.
3. Los sucesos de elevado estrés.

La presencia de alguna de estas situaciones puede ser objeto de una evaluación del riesgo de estrés, es decir, de un proceso por el que se evalúan todos aquellos riesgos para la seguridad y la salud del trabajador que los está sufriendo.

Este examen sistemático ha de contemplar todos los aspectos del trabajo que puedan provocar lesiones, además de si pueden ser eliminadas o, en caso contrario, proceder a la búsqueda de medidas que prevengan o protejan a la persona.

OBJETIVO

Que un trabajador sufra estrés provoca efectos negativos sobre su salud, tanto físicos como mentales, pero también afecta a cómo realiza su trabajo y, por tanto, al absentismo, rendimiento y productividad.

Para ello vamos a ver cómo se puede evaluar este riesgo para así poder tomar medidas preventivas que solucionen el problema cuando veamos que un trabajador sufre estrés.

METODOLOGÍA

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación que consiste en una revisión bibliográfica. Para ellos se han utilizado libros y buscadores de internet seleccionado aquellos artículos relacionados con el tema a investigar.

RESULTADOS

Para poder llevar a cabo una correcta evaluación de riesgos es necesario consultar al trabajador por su conocimiento del entorno, consiguiendo así su implicación en el proceso.

Existen diferentes métodos de evaluación, siendo los más destacables:

- La evaluación cognitiva de riesgo del estrés:

Fue propuesta por Lazarus y Folkman en 1984 y consiste en la recogida de la información precisa, el procesamiento de la misma y la toma de decisiones ante la situación estresante hallada. Se estructura a partir de dos tipos de evaluación: primaria y secundaria.

- Evaluación primaria: El trabajador valora cuáles son las demandas presentes en su situación actual, analizando los elementos existentes que pueden afectar y cómo lo hacen, identificando los posibles daños-beneficios que favorecen el bienestar personal.
- Evaluación secundaria: Reúne todas aquellas actividades que van encaminadas a dar solución a la situación existente. El trabajador valora por sí mismo los recursos con los que cuenta para abordar el momento actual, superando y previniendo daños y estableciendo una estrategia de actuación. Ello lleva a concienciarse de los recursos, herramientas o capacidades con los que se cuenta para afrontar las circunstancias estresantes.

- La evaluación del riesgo de estrés laboral en cinco pasos:

El modelo propuesto se basa en una serie de cinco pasos que son los siguientes:

1. Identificar los riesgos y a quienes están en peligro.
2. Evaluar los riesgos y clasificarlos por importancia.
3. Decidir sobre las acciones preventivas.
4. Adoptar medidas adecuadas a cada situación.
5. Supervisión y revisión de las medidas propuestas.

Toda evaluación de riesgo debe estar documentada. El registro de esta puede tener diferentes utilidades: evaluar si se han introducido las medidas necesarias, revisar las medidas si cambia la situación, facilitar pruebas a las autoridades del trabajo realizado o transmitir información a las personas implicadas (trabajador, familia y/o autoridades en la materia).

CONCLUSIONES

Una vez realizada la evaluación de riesgo y con los datos obtenidos de la misma hay que tomar medidas para poner remedio a la situación que sufre el trabajador, pero esto se lleva a cabo cuando la situación ya está implantada, por lo que hay un parte fundamental que no hay que olvidar que es la prevención.

El estrés laboral puede ser prevenido mediante una serie de pautas sencillas y claras como pueden ser, por ejemplo, una organización del trabajo más racional, el establecimiento de turnos más equilibrados, la conciliación de la vida laboral y familiar, el desarrollo de un ambiente agradable en el puesto de trabajo, la intervención con los propios trabajadores y el desarrollo de políticas sociolaborales promotoras de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

<https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2020/04/F.-Meg%C3%ADDas-FJ-Castro-Manejo-del-estr%C3%A9s-en-profesionales-sanitarios.pdf>

<https://www.redalyc.org/journal/1471/147149810001/html/>

<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-estres-burn-out-definicion-prevencion-13112896>

<https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral>

CAPÍTULO 41

PREVALENCIA DEL DÉFICIT DE VITAMINA D Y LOS EFECTOS ADVERSOS EN EL EMBARAZO EN LAS MUJERES DE ASTURIAS. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Andrea López Nozal, Mariya Bats Yatsynyak, Rosalía Gómez García

Palabras clave: Déficit, Embarazo, Prevalencia, Vitamina D.

1. INTRODUCCIÓN

La vitamina D es considerada una hormona esteroidea básica para la regulación de la absorción del calcio, el mantenimiento de la masa ósea y el metabolismo mineral (Abella, 2019; Sabonet Morente, 2015). Es una vitamina liposoluble y termosensible que necesita metabolizarse para pasar a su forma activa. Es por esto que se considera fundamental mantener unos niveles adecuados en el organismo. Aunque actúa fundamentalmente en el intestino y los huesos, también actúa en los riñones, las glándulas paratiroides y la placenta (Rodríguez-Dehli et al., 2015).

Puede obtenerse de dos maneras, de manera exógena y endógena: (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, s. f.)

- Endógena: Cuando la piel es expuesta a la luz solar, se sintetiza la vitamina D. Una exposición entre 30 – 60 minutos produce 50.000UI de vitamina D.
- Exógena: Vitamina D3 a través de alimentos de origen animal o vitamina D2 a través de alimentos de origen vegetal.

A nivel sérico, se mide la vitamina D en su forma 25-hidroxivitamina D. La mayoría de grupos de expertos y sociedades científicas establece que los niveles óptimos serían entre 30-70ng/mL. Se considera insuficiencia cuando sus valores son <20ng/mL y déficit cuando los valores son <10ng/mL (Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, 2021).

Este déficit de vitamina D, en las mujeres embarazadas puede aumentar el riesgo de tener patologías de la gestación tales como diabetes gestacional, parto prematuro, preeclampsia y recién nacidos con bajo peso al nacer (Gómez et al., 2016; Navarri- Ramos et al., 2018; Rodríguez-Dehli et al., 2015; Skowronska-Józwiak et al., 2014).

Las causas que pueden producir este déficit de vitamina D son varias.

Una de las principales, es la escasa exposición solar que varía mucho en función de la zona del mundo en la que vivan las mujeres y también de la estación del año. Influye aquí también el tiempo de exposición solar y la calidad de ese tiempo, capas de ropa, uso de protección solar, pigmentación de la piel... Además, hay que tener en cuenta que por encima de 33° de latitud, la síntesis de vitamina D en invierno es ínfima, y la latitud en Asturias es de 43° (Aguilar Shea et al., 2020; Gómez et al., 2016; Navarri- Ramos et al., 2018).

A través de la dieta también se puede aportar vitamina D al organismo, pero hay muy pocos alimentos que contengan vitamina D de manera natural en las cantidades suficientes para que cubran las necesidades diarias. Los alimentos que más vitamina D contienen son los pescados azules como el atún, el salmón salvaje, la caballa y los aceites de hígado de pescado. También la contienen los champiñones, quesos y yemas de huevo, aunque en menor medida. Por tanto, otro factor que puede producir este déficit de vitamina D es cualquier enfermedad gastrointestinal que produzca malabsorción de grasas: enfermedad de Crohn, celiaquía, fibrosis quística... (Aguilar Shea et al., 2020; Navarri-Ramos et al., 2018)

Por otro lado, la suplementación universal de vitamina D en el embarazo está desaconsejada por la OMS, en su guía del año 2020: "WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience Nutritional interventions update: Vitamin D supplements during pregnancy." En esta guía se remarca la importancia de individualizar el consejo de suplementación de la vitamina D, y también incide sobre la necesidad de aconsejar a las mujeres en materia de nutrición y exposición solar (World Health Organization, 2020).

En el estudio "Prevalencia del déficit de vitamina D en una población de embarazadas que se asisten en el Centro Hospitalario Pereira Rossell" se comprobó que solo el 4% de la muestra de mujeres participantes en el estudio tenía unos niveles de vitamina D considerados suficientes en el embarazo (Gómez et al., 2016).

También en el estudio "Prevalencia de deficiencia e insuficiencia de vitamina D y factores asociados en mujeres embarazadas del norte de España" se detectó una proporción elevada de embarazadas en Asturias con niveles de vitamina D deficientes o insuficientes, especialmente en los meses de Octubre a Mayo.

Sin embargo, la cohorte de este estudio se empezó a estudiar en el año 2004 hasta el año 2006, por tanto han pasado más de 15 años de la última determinación a nivel autonómico, y aún con los resultados de este estudio, no se han hecho modificaciones en los protocolos de atención al embarazo, y no se determinan los valores de vitamina D en ninguna analítica (Rodríguez-Dehli et al., 2015).

1.1 Objetivos e hipótesis

- **Objetivo general:**

Determinar la prevalencia del déficit de vitamina D y los efectos adversos en el embarazo en las mujeres de Asturias

- **Objetivo específico:**

Establecer los niveles séricos de vitamina D de las mujeres en Asturias

- **Hipótesis:**

Las mujeres embarazadas de Asturias no tienen unos niveles óptimos de vitamina D

2. MÉTODO

2.1 Descripción del método y diseño

Se utilizará una metodología cuantitativa. El diseño del estudio será un diseño descriptivo, observacional, transversal. Debido a que no manipularemos ninguna variable, describiremos los hechos tal y como ocurren, en un período de tiempo concreto y puntual.

2.2 Descripción de los instrumentos

Se tomará una muestra de sangre materna con la analítica del primer trimestre, la cual se realizará entre la semana 10 – 12, en la que se hará una determinación de los niveles de concentraciones plasmáticas de 25- hidrox-vitamina D (Calcidiol). La muestra será procesada en el laboratorio de análisis clínicos del Hospital de Cabueñes mediante la tecnología de ADVIA Centaur XP System.

2.3 Descripción de las características de la muestra

La muestra de mujeres se tomará en el Área V del Servicio de Salud del Principado de Asturias, la cual corresponde a Gijón. Participarán los 10 centros de salud que cuentan con consulta de matrona.

Criterios de inclusión:

- Mujeres con al menos 16 años
 - Mujeres que estén entre la semana 10-12 de gestación
 - Mujeres con embarazo espontáneo
 - Mujeres que deseen participar en el estudio
 - Mujeres cuyo embarazo sea de bajo riesgo
- Criterios de exclusión:
- Mujeres con embarazo conseguido por técnicas de reproducción asistida
 - Mujeres con embarazos gemelares
 - Mujeres que sigan una dieta vegetariana o vegana
 - Mujeres con patologías asociadas

2.4 Descripción del proceso/procedimiento

El reclutamiento de mujeres se hará mediante un muestreo no probabilístico, accidental por conveniencia. Se hará desde cada consulta de la matrona de atención primaria de los centros de salud que a continuación se exponen:

- C.S. La Calzada
- C.S. Laviada

- C.S. El Llano
- C.S. Roces – Montevil
- C.S. Contrueces
- C.S. Severo Ochoa
- C.S. El Parque - Somió
- C.S. Puerta de la Villa
- C.S. Candás
- C.S. Villaviciosa

Tras informarlas del estudio que se quiere realizar, se les entregará y explicará el consentimiento informado, el cual entregarán firmado posteriormente. La matrona responsable, añadirá a la petición de la analítica del primer trimestre la determinación de la vitamina D. La extracción se hará entre la semana 10 – 12 de embarazo. Los resultados llegarán a la consulta de la matrona mediante el programa informático “Ecap” y esta los pasará a un documento de excel. Se realizará un análisis descriptivo de los datos y se expresarán como media $\pm$ desviación estándar. Las variables cuantitativas se relacionarán mediante análisis de la varianza (ANOVA).

2.5 Cuestiones éticas

Para la realización de este estudio se tendrá en cuenta el Convenio de Oviedo, la Declaración de Helsinki y la Ley Orgánica de Protección de datos 3/2018. Se solicitará permiso al Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias. También se garantizará la voluntariedad y el anonimato de las participantes.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abella, C. C. (2019). Vitamina D: indicaciones para el cribado y tratamiento. FMC Formación Médica Continuada En Atención Primaria, 26(8), 441-447. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2019.04.002>

Aguilar Shea, A. L., Muñoz Moreno-Arrones, O., Palacios Martínez, D., & Vaño-Galván, S. (2020). Vitamin D for daily practice. Semergen, 46(6), 406-410. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.02.008>

Gómez, F., Bottaro, S., Cóppola, F., Tomasso, G., Rocha, V., & Giménez, C. (2016). Prevalencia del déficit de vitamina D en una población de embarazadas que se asisten en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. Revista Médica Uruguay, 32(2), 87-97.

Navarri-Ramos, I., Tarrats-Velasco, L., Páez-Maldonado, I., Jiménez-Rodríguez, J. M., & Alonso-Fernández, S. (2018). La vitamina D durante la gestación. Matronas Profesión, 19(2), 7-12.

Rodríguez-Dehli, A. C., Galán, I. R., Fernández-Somoano, A., Navarrete-Muñoz, E. M., Espada, M., Vioque, J., & Tardón, A. (2015). Prevalencia de deficiencia e insuficiencia de vitamina D y factores asociados en mujeres embarazadas del norte de España. Nutrición Hospitalaria, 31(4), 1633-1640. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.31.4.8448>

Sabonet Morente, L. (2015). Papel de la vitamina D durante el embarazo: Su influencia en la etapa fetal. Facultad de Medicina y Odontología.

Skowronska-Józwiak, E., Adamczewski, Z., Tyszkiewicz, A., Krawczyk-Rusiecka, K., Lewandowski, K., & Lewinski, A. (2014). Assessment of adequacy of vitamin D supplementation during pregnancy. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 21(1), 198-200.

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. (s. f.). La insuficiencia de vitamina D es una epidemia mundial, que afecta a más de la mitad de la población. En 2018.

Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. (2021). El déficit de vitamina D.

World Health Organization. (2020). WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience Nutritional interventions update: Vitamin D supplements during pregnancy.

CAPÍTULO 42

TRABAJO EN EQUIPO

**María Teresa Allende Honrado, Laura Méndez Costales, Catalina Espada
González**

María Teresa Allande Honrado, Laura Méndez Costales, Catalina Espada González.

Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería

INTRODUCCIÓN

Hay que distinguir entre:

. **Grupo de trabajo** es un conjunto de personas que desarrolla su trabajo en un espacio o lugar, como puede ser, por ejemplo, un hospital o un centro de salud. Cada una de las personas realiza su trabajo de manera individual, independientemente de otros compañeros para realizar su trabajo y respondiendo de forma personal del mismo. Podríamos poner como ejemplo de grupo en un hospital el colectivo que forman las T.C.A.E.

. **Equipo de trabajo** es un conjunto de personas que se organiza para alcanzar un objetivo común. Cada uno de los miembros del equipo aporta sus conocimientos, capacidades, formación, destrezas, habilidades, etc. para alcanzar una meta.

CARACTERÍSTICAS DE UN EQUIPO DE TRABAJO

Principalmente, los equipos de trabajo están constituidos por distintas personas con diferente experiencia, edad, actitud, formación, inquietudes, cultura, etc. En general, son grupos reducidos de personas y, aunque no existe un número ideal, los formados por 10 individuos son los más adecuados (menos sería limitado y más poco operativo).

METODOLOGÍA

Revisión de temario requerido para el acceso a la plaza de TCAE del Servicio de Salud de Asturias.

DESARROLLO

Los miembros que forman parte de un equipo, debido a la variedad de personalidades, necesitan conocerse, para lo que deben comunicarse, relacionarse e interactuar entre ellos.

Las reuniones del equipo serán frecuentes fomentando la participación y la comunicación entre todos sus integrantes. Una de las mejores cualidades que debería poseer cada persona que forma parte del equipo es la de ser capaz de realizar autocrítica.

El trabajo se realiza de forma coordinada, aunque cada persona que forma parte del equipo adopta un rol diferente y una función distinta (que son conocidas por todos los miembros del equipo). Un profesional no puede sustituir a otro, ya que cada uno de ellos realiza la función que le corresponde. Así, todos los miembros integrantes del equipo persiguen el mismo objetivo. No hay jerarquías (característica que sí está presente en un grupo). Del resultado final será responsable el equipo al completo.

Para que un equipo pueda ser eficiente, todos sus integrantes deben contar con:

1. Un ambiente de apoyo, que ha de basarse en la organización, confianza, comunicación y conocimiento de los roles de cada uno de los componentes del equipo;
2. Tener claro las funciones a desempeñar por cada uno de ellos;
3. Objetivos superiores y un adecuado liderazgo;
4. Que no exista un funcionamiento de equipo jerárquico.

Dentro del marco sanitario el trabajo en equipo puede suponer la coordinación de múltiples profesionales, tales como médicos, farmacéuticos, enfermeras, técnicos auxiliares de Enfermería, celadores, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc. trabajando todos juntos para lograr un objetivo común, que no es otro que la mejora de la salud del paciente.

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO EN EQUIPO

1. Disminuye la carga de trabajo, al ser varias personas las que colaboran y todas ellas responsables del mismo;
2. El trabajo, la reflexión y la discusión conjunta producen mejores resultados que los aportes individuales y, además, al unir conceptos y técnicas se evitan contradicciones entre los distintos profesionales que forman parte del equipo;
3. Permite una mejor organización;
4. Se desarrolla el respeto y la escucha;
5. Aumenta la motivación de los profesionales;
6. Da mayor satisfacción laboral a los miembros del equipo;
7. El paciente recibe una mejor atención.

Un equipo de trabajo debe reunir una serie de características que van a facilitar su desarrollo, si bien esto no significa que todos sus objetivos obtengan el éxito buscado. También puede ocurrir que un equipo de trabajo funcione en un determinado tiempo y luego deje de hacerlo, de modo que un equipo de trabajo eficaz no es garantía de serlo continuamente.

Equipo multidisciplinar

Conjunto de personas con diferentes formaciones académicas y también con diferentes experiencias **profesionales**, que operan en conjunto, durante un tiempo delimitado, abocados a resolver un problema complejo, o lo que es lo mismo, **tienen un objetivo común**. Cada individuo tiene claro cuál es su papel y también cuál es el papel de los demás y trabajan en conjunto bajo la dirección de un coordinador.

Elementos facilitadores del trabajo en equipo:

- . Número reducido de miembros;
- . Polivalencia de sus integrantes, es decir, que puedan suplirse en ciertas funciones;
- . Autonomía: permitiendo la toma de decisiones a cada miembro del equipo;
- . Estructura: será participativa (los miembros pueden exponer sus puntos de vista);
- . Edades homogéneas;
- . Buena formación y experiencia;
- . Autocrítica.

Ventajas del trabajo en equipo:

- . Se trabaja con un nivel menor de tensión al compartir los trabajos más duros y difíciles;
- . Se comparte la responsabilidad porque van a buscar soluciones desde diferentes puntos de vista;
- . Es consigue una mayor satisfacción por ser partícipe del trabajo bien hecho;
- . Se comparten los incentivos económicos y reconocimientos profesionales;
- . Puede influirse mejor en los demás ante las soluciones individuales que cada uno de los miembros del equipo aporte;
- . Se experimenta de forma más positiva la sensación de un trabajo bien hecho;
- . Las decisiones que se toman cuando participa todo el equipo tienen una mayor aceptación que las decisiones tomadas por un solo individuo;
- . Se dispone de más información que la que pueda tener cualquiera de sus miembros de forma individual;

- . El trabajo en grupo permite diferentes puntos de vista cuando tenemos que tomar una decisión, lo que enriquece el trabajo y minimiza las frustraciones;
- . Podemos intercambiar opiniones respetando siempre las ideas que aportan los demás;
- . Mejora la calidad del trabajo porque se toman las decisiones por consenso.

Desventajas del trabajo en equipo:

- . Dilución de la responsabilidad entre todos sus miembros;
- . Falta de disponibilidad y actitudes individuales hacia el trabajo en equipo;
- . Posible falta de respuesta rápida ante determinados problemas.

El proceso de integración

Una comunidad humana se integra por un fin y por un conjunto de valores compartidos, sus miembros participan de una visión que les da unidad de propósito y definen sus actitudes de acuerdo a un mismo código de ética, de tal forma que un equipo integrado es indispensable para lograr el objetivo deseado.

Los 7 movimientos de la integración

La integración de un equipo se da en **siete movimientos** que se complementan de manera que, al darse uno, se impulsan los demás: **las rutinas de eficiencia; el disfrute; las disciplinas; el don; el descubrimiento; la conciencia de límite; el servicio.**

Aprendizaje en el equipo de trabajo

Es un conjunto de formas de instrucción y entrenamiento ayudados con tecnología, así como estrategias para propiciar el desarrollo de habilidades mixtas (aprendizaje y desarrollo personal y social) donde cada miembro del grupo es responsable tanto de su aprendizaje como del de los restantes del grupo que busca propiciar espacios en los cuales se dé el desarrollo de habilidades individuales y grupales a partir de la discusión entre los estudiantes al momento de explorar nuevos conceptos. Son elementos básicos: la interdependencia positiva, la interacción, la contribución individual y las habilidades personales y de grupo. Se denomina **aprendizaje colaborativo**.

COMUNICACIÓN

La **comunicación** es el transmisión de información entre dos o más personas. Es el instrumento que utilizamos para relacionarnos entre nosotros. A través de la comunicación, podemos compartir y expresar ideas, sentimientos, informar y conseguir lo que nos habíamos planteado.

En el ámbito sanitario, la comunicación pretende ser persuasiva y modificar conductas a través de la motivación, para lograr en el receptor una reacción. Por eso, es muy importante el modo de transmisión del mensaje.

Elementos de la comunicación

- . **Emisor:** persona o personas que emiten el mensaje;
- . **Receptor:** persona o personas que reciben el mensaje;
- . **Mensaje:** contenido de la información que se envía;
- . **Canal o medio:** Es el medio físico por el que se transmite, circula y también se recibe el mensaje;
- . **Modo o código:** signos y reglas utilizadas para mandar el mensaje;
- . **Contexto:** situación en la que se produce la comunicación;
- . **Retroalimentación (también llamado feedback):** proceso de interacción entre el emisor y el receptor.

CONCLUSIÓN

. La tendencia de trabajar en equipo ha influido en los puestos de trabajo ya que requiere que las personas cooperen unas con otras, compartan información, enfrenten sus diferencias y modifiquen sus intereses personales en aras del bien del equipo;

. Tanto grupo como equipo son términos que se han utilizado como si fueran sinónimos pero, en realidad, no lo son. Un equipo es un conjunto de personas que colaboran de forma sinérgica para lograr una objetivo común.

. En el momento en que las personas trabajan juntas como un equipo, cada una saca provecho del conocimiento, trabajo y apoyo de los otros miembros, lo cual conduce a una mejor productividad que la que se obtendría por cada persona que trabajara al máximo de su capacidad como individuo.

. Existen equipos de alto desempeño que poseen características comunes como su tamaño reducido, miembros con distintas capacidades o poseen compromisos y propósitos comunes.

. Los equipos de trabajo tienen un puesto importante en la organización, ya que ayudan a que se obtengan los retos organizacionales mediante una mayor motivación de los empleados, logro de niveles más elevados de productividad, mayor satisfacción del empleado, compromiso común con las metas, mejor comunicación, mayores habilidades para el puesto y flexibilidad en cuanto a la organización, orientando en todo caso los esfuerzos hacia procesos y no funciones.

. Aprender a trabajar de una forma efectiva como equipo requiere tiempo, puesto que se han de conseguir habilidades y capacidades especiales necesarias para el desempeño armónico de su labor.

. Los integrantes del equipo deben poder: gestionar su tiempo de manera que les permita llevar a cabo su trabajo diario además de participar en las actividades del equipo; alternar fácilmente entre varios procesos de pensamiento para tomar decisiones y resolver problemas y comprender el proceso de toma de decisiones, comunicándose eficazmente para negociar las diferencias individuales.

CAPÍTULO 43

INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Catalina Espada González, María Teresa Allende Honrado, Laura Méndez Costales

Catalina Espada González, María Teresa Allande Honrado, Laura Méndez Costales.

Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la O.M.S. la **infección nosocomial** la definimos como “Cualquier enfermedad microbiológica o clínicamente reconocible, que ataca al paciente como resultado de su ingreso en un hospital o también al personal sanitario como consecuencia de su trabajo”.

Los Centers for Disease Control and Prevention, o C.D.C. de Estados Unidos la definen como “toda infección adquirida en un hospital, reconocible clínica o microbiológicamente, que tiene el enfermo por el simple hecho de haber ingresado en el hospital, a resultas de los cuidados que recibidos durante su hospitalización o durante un tratamiento ambulatorio, y que **no se hallaba presente o en periodo de incubación** en el momento de su admisión en el hospital, independientemente de que los síntomas aparezcan o no durante la hospitalización”.

Viene afectando aproximadamente al 5-10% de los pacientes ingresados y se estima que el 32% de ellas pueden evitarse.

METODOLOGÍA

Revisión de temario requerido para el acceso a la plaza de TCAE del Servicio de Salud de Asturias.

DESARROLLO

COMPONENTES

1-Fuente de infección: Sitio de donde procede el agente infeccioso. Debe permitir su reproducción. Puede ser:

A) **Hombre:**

El portador puede ser:

-Precoz

-Convaleciente

-Crónico

-Sano

B) **Animales:** Transmiten zoonosis, que se clasifican en: directas (transmisión directa del animal al hombre –rabia-; Ciclozoonosis: recorrido previo del agente por varios animales. Metazoonosis: en el ciclo interviene también un invertebrado. Saprozoonosis: paso a través del suelo u otro medio inanimado.

2-Mecanismos de transmisión: Conjunto de medios y sistemas que facilitan el contacto entre la fuente de infección y el sujeto susceptible. Las fuentes de infección más importantes son:

. **El ser humano**, bien como persona enferma (por la disminución de sus defensas, como consecuencia de la farmacoterapia recibida), o bien como portador asintomático (personal sanitario, no sanitario)

. **Los fómites**, que son objetos inanimados (utensilios de aseo, comida, ropa de cama, etc.), que se encuentran en contacto con los pacientes.

A) Transmisión directa: Es inmediata y se realiza sin intermediarios ni distancias:

. Por contacto directo, manos del personal sanitario; es el de mayor trascendencia en el medio hospitalario.

. Por vía aérea, a través de gotitas de Flügge y los núcleos goticulares de Wells, expulsadas al hablar, toser o estornudar.

. Los microorganismos se pueden dispersar por el aire cuando agitamos las ropas contaminadas.

. Mordedura. Ej. Rabia.

. Arañazo. Ej. Linforreticulosis Benigna.

. Contacto físico: sexual. Ej. Sífilis; mucosas. Ej. Mononucleosis infecciosa; intraparto, transplacentario. Ej. Toxoplasmosis; holodáctila. Ej. Oxiuros

. Por medio del aire (a través de gotitas, a una distancia máxima de un metro).

B) Transmisión indirecta: existe una separación en el tiempo y/o el espacio entre la fuente de infección y el sujeto susceptible. Se produce a través de medicamentos, alimentos, etc., anteriormente contaminados por gérmenes resistentes, por lo general.

. Vehículo común:

-Agua. Ej. Fiebre tifoidea.

-Alimentos. Ej. Salmonelosis.

-Fómites. Ej. Hepatitis.

-Suelo. Ej. Áscaris.

. Vía aérea:

- Núcleos gesticulares.

- Polvo.

. Vector: Artrópodos.

3-Sujeto o huésped susceptible: la susceptibilidad es la condición que debe presentar el ser humano para verse afectado por el agente causal.

Factores de riesgo intrínseco:

1. Las **características fisiológicas**. Edad, sexo, estado nutricional, estilo de vida...
2. La **situación clínica del paciente**. Cuando este padece enfermedades, tales como insuficiencia renal, diabetes, inmunodeficiencia, obesidad, desnutrición... es más susceptible a contraer una infección nosocomial.

Factores de riesgo extrínseco:

Son factores exógenos relacionados con temas médicos u hospitalarios, que predisponen al paciente a padecer una infección nosocomial y se derivan de la actividad propiamente asistencial:

La aplicación de técnicas diagnósticas y terapéuticas. Colocación de catéter urinario, catéter vascular...

El tratamiento con inmunosupresores (citostáticos, radiactivos, corticoides): Pueden ocasionar resistencias bacterianas y también una caída de las defensas del paciente.

INFECCIONES HOSPITALARIAS MÁS FRECUENTES:

1. Infecciones de vías respiratorias.

Además de por su elevada frecuencia, las infecciones de las vías respiratorias son muy importantes y presentan tasas de mortalidad muy elevadas.

Factores de riesgo de las infecciones respiratorias:

- o Neumonía anterior.
- o Alteraciones del reflejo tusígeno.
- o Alteraciones del epitelio ciliado.
- o Pacientes con convulsiones.
- o Disminución del nivel de conciencia.
- o Antibióticos y bloqueantes neuromusculares.
- o Broncoscopia y traqueotomía.
- o Intubación endotraqueal y ventilación mecánica.

2. Infecciones de las vías urinarias.

Ocasionan menos morbilidad y mortalidad que otras infecciones y muchas no presentan síntomas y pueden remitir de manera espontánea, por lo que pueden pasar desapercibidas.

Factores de riesgo:

- o Cateterismo vesical.
- o Tratamiento con antibióticos.
- o Susceptibilidad del paciente (edad, sexo, enfermedad, etc.)

La infección urinaria se ocasionan en el momento en que los microorganismos acceden al tracto urinario por varios factores, como son el arrastre mecánico en la inserción de la sonda, la unión de la sonda con el tubo de drenaje y la contaminación de la bolsa recolectora.

3. Infecciones de la herida quirúrgica.

Este tipo de infecciones surgen con mayor frecuencia en las unidades quirúrgicas, ocasionando graves problemas de morbilidad y mortalidad y su frecuencia sube en función de la clase de cirugía practicada.

Factores de riesgo exógenos:

- o Sistema de aireación del quirófano (contaminado)
- o Deficiente esterilización del material quirúrgico.
- o Antisépticos contaminados.
- o Preparación inadecuada del paciente.
- o Técnica quirúrgica,...

Factores de riesgo endógenos:

- o Edad, patología del paciente (diabetes, cirrosis, insuficiencia renal, desnutrición, inmunosupresión)
- o Hospitalización prolongada
- o Tratamiento preoperatorio prolongado con antibióticos.

4. Bacteriemia

Es la descarga pasajera de bacterias en la sangre a partir de un foco infeccioso, que se manifiesta por temblores y aumentos de temperatura.

Las bacteriemias han aumentado de forma significativa en el transcurso de los últimos años, siendo una gran parte secundarias a focos infecciosos localizados en el tracto urinario, la herida quirúrgica o las vías respiratorias. Hay otras, que consideramos primarias, en las que incluimos las asociadas al uso de dispositivos intravasculares.

Las medidas de prevención implican el uso correcto de dispositivos intravasculares (catéteres intravenosos):

El lavado y desinfección de la zona de inserción del catéter.

El lavado de manos tanto antes como después de hacer cualquier manipulación del catéter.

La utilización de EPI (bata, guantes, mascarilla, gorro).

Fijar el catéter y tapar con gasas estériles.

Hay que realizar un cuidado y llevar a cabo la vigilancia del catéter para detectar con prontitud cualquier signo de infección.

CONCLUSIÓN

Las infecciones relacionadas con el sistema sanitario son las que tienen relación con prácticas asistenciales en pacientes que están hospitalizados o ambulatorios, pero que, en cualquier caso, se encuentran en contacto con el sistema. Afectan aproximadamente al 5% de los pacientes y comportan una alta morbilidad y un mayor coste económico. Las principales clases de infección relacionadas con el sistema sanitario están ligadas con procedimientos invasivos y son: la infección respiratoria, la quirúrgica, la urinaria y la bacteriemia de catéter vascular. La vigilancia epidemiológica, entendida como la recopilación de información para emprender una acción, es la base de los programas de control de infección. Estos han ido evolucionando desde una vigilancia global de la infección nosocomial hasta una vigilancia dirigida a procesos relacionados con la prevención y a indicadores de infección nosocomial. La comparación de estos indicadores puede ser de utilidad en el establecimiento de medidas de prevención.

CAPÍTULO 44

ATENCIÓN Y CUIDADOS AL ANCIANO

**Laura Méndez Costales, Catalina Espada González, María Teresa Allende
Honrado**

Laura Méndez Costales, Catalina Espada González, María Teresa Allande Honrado.

Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería

1. INTRODUCCIÓN

Hay que indicar dos disciplinas médicas que se ocupan del estudio del anciano:

a) La **Gerontología** es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento en general, ocupándose de aspectos clínicos, biológicos, psicológicos y sociológicos, abarcando a todos los seres vivos, no sólo al hombre.

La gerontología aplica metodologías provenientes de otras disciplinas científicas, como la medicina o la sociología, entre otras.

b) La **Geriatria** es la rama de la medicina que se ocupa de la atención integral del adulto mayor en la salud y enfermedad considerando aspectos clínicos terapéuticos, preventivos y rehabilitación precoz.

La atención integral del adulto mayor integrada en la definición de Geriatria comprende la evaluación, diagnóstico y plan de cuidado, considerando las esferas física, psicológica, social y funcional. Por otro lado, la rehabilitación precoz hace hincapié en el proceso de aprendizaje, al mismo tiempo que el tratamiento de patologías, que considera las cuatro esferas mencionadas anteriormente, siendo su objetivo fundamental restaurar la función y mejorar la calidad de vida.

La RAE define **anciano** como persona de mucha edad y **envejecimiento** como la acción y efecto de envejecer. Por otro lado, la O.M.S. como definición de envejecimiento señala que es el “proceso fisiológico que se inicia en el momento de la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies a lo largo de su vida”. La velocidad a la que se desarrollan estos cambios en los diversos órganos de un individuo o en varios no son iguales.

2. METODOLOGÍA

Revisión de temario requerido para el acceso a la plaza de TCAE del Servicio de Salud de Asturias.

3. DESARROLLO

Prestar los cuidados básicos necesarios para mantener la calidad de vida y evitar o retardar los síndromes geriátricos forma parte de los objetivos de atención a las personas mayores.

Una buena comunicación entre el personal sanitario y el anciano es imprescindible para lograr óptimos resultados, siendo necesaria, en primer lugar, una valoración individual de cada persona.

Los cuidadores de las personas mayores también juegan un papel crucial, por lo que es necesario contar con su colaboración siempre que sea posible.

De igual manera, la figura del trabajador social adquiere también una relevante importancia, pues puede ayudar a conocer la situación social de los pacientes.

Se debe atender a las siguientes necesidades:

Toma de constantes:

Mediante esta valoración se puede detectar cualquier alteración que se produzca en el paciente y, en consecuencia, prestar unos cuidados adecuados. Por ello, es necesario describir cada uno de los parámetros que deben ser incluidos en esta valoración, como es la temperatura corporal, la respiración, el pulso y la tensión arterial.

Higiene:

El objetivo principal del aseo es la limpieza y la hidratación, y como consecuencia final el bienestar del anciano. Hay que aprovechar este momento para observar el

estado de la piel y valorar la existencia de alteraciones, respetando al máximo la intimidad de la persona y procurando crear un clima agradable.

Cabe señalar que antes de proceder al aseo es necesario tener en cuenta las capacidades del anciano y su grado de dependencia con respecto a esta tarea, y nunca se deberá realizar ninguna tarea que el adulto mayor pueda llevar a cabo por sí mismo. Por el contrario, es necesario fomentar la autonomía del individuo, facilitando su participación en el proceso mediante supervisión o ayuda, ya sea verbal o física.

Alimentación y Nutrición:

Administración de las comidas por la vía necesaria prestando atención a las dificultades propias del paciente anciano en la deglución.

Eliminación:

Prestar atención a las deposiciones (frecuencia, consistencia...) así como a la eliminación urinaria.

Movilización:

Cambios posturales sobre todo en pacientes encamados para evitar la aparición de úlceras por presión.

CAMBIOS FÍSICOS ASOCIADOS CON EL ENVEJECIMIENTO:

En el envejecimiento no todos los órganos pierden su función por igual y los cambios que se producen en ellos difieren mucho de unas personas a otras. El anciano puede estar “aparentemente” bien de salud y manifestarse la pérdida de funciones ante situaciones de enfermedad, estrés...

Cuando se produce un desequilibrio, el organismo siempre intenta compensarlo; por ejemplo, en situaciones de deshidratación, se orina menos para ahorrar volumen de líquido. Es en estas situaciones en las que los sistemas reguladores del anciano funcionan de forma más lenta y peor.

Los cambios fisiológicos del organismo del anciano pueden alterar la presentación de enfermedades que no se manifiestan como en el adulto joven. También pueden contribuir a la aparición de determinadas enfermedades. Por ejemplo, los cambios en el sistema inmune del anciano le predisponen a un cierto tipo de infecciones.

Las alteraciones de la función renal y hepática en el envejecimiento hacen que los fármacos no se eliminen con la misma velocidad que en el adulto joven y que sean necesarios ajustes de dosis.

APOYO A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EDUCACIÓN SANITARIA:

Normativamente la promoción de la salud y la educación sanitaria vienen recogidas en el **artículo 43 de la Constitución Española** y en el **artículo 6 de la Ley General de Sanidad**. La **ONU**, mediante resolución aprobada en 1991, estableció una serie de principios en favor de las personas mayores. Algunos de estos **principios** son:

- **Independencia** (tener acceso a alimentación, agua, vivienda y atención de la salud; tener la posibilidad de vivir en entornos seguros; poder residir en el propio domicilio el tiempo posible...etc.)
- **Participación** (participar activamente en las políticas que afecten directamente a su bienestar; poder formar asociaciones de personas mayores...etc.)
- **Cuidados** (poder disfrutar de cuidados y protección de la familia y la comunidad; tener acceso a servicios de atención de la salud, servicios sociales y jurídicos; respeto a sus derechos humanos y libertades fundamentales...etc.)
- **Autorrealización** (tener acceso a recursos educativos, culturales, recreativos...etc.)
- **Dignidad** (verse libres de explotaciones y malos tratos físicos o mentales; recibir un trato digno)

En la **Carta de Ottawa** (1986), la **OMS** establece como **objetivo la promoción de la salud** que consiste en “proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma.”

En esta carta están escritas cuales son las líneas principales para poder hacer frente a las enfermedades que afectan a la población. Las **líneas generales de actuación** son:

- Desarrollo de políticas saludables. Los gobiernos tienen el deber de realizar las acciones descritas.
- Crear entornos favorables
- Reforzar la acción comunitaria
- Desarrollar las habilidades personales mediante educación sanitaria. Que cada uno sea capaz de controlar, de cierta manera, sus habilidades. Para poder llevarlo a cabo se necesitan conocimientos, medios y recursos necesarios, que el ambiente sea favorable.
- Reorientar los servicios sanitarios. Distribuir o intentar que los servicios sanitarios no solo se dedicaran a personas enfermas con un nivel de salud comprometido, sino que se dedicaran a actuar con recursos de prevención de enfermedades.

Así la Promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La herramienta básica de la promoción de la salud es la **educación sanitaria**. Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

Para la OMS, la Educación para la Salud aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud.

Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

4. CONCLUSIÓN

El envejecimiento puede verse acompañado de problemas físicos y emocionales. En ese sentido, las capacitaciones al equipo técnico deben estar dirigidas a fortalecer sus competencias para prevenir y tratar enfermedades y evitar sus complicaciones, pero también a desarrollar actitudes para proporcionar una atención digna y también inclusiva, tanto en las unidades de atención como en su núcleo familiar. Por esto, la capacitación proporcionada al equipo de profesionales contribuye a mejorar la calidad del cuidado y la atención a las necesidades básicas de las personas de la tercera edad. Así, mejora el funcionamiento general del servicio y la vinculación de los familiares con la atención digna e inclusiva de los ancianos. La capacitación a los adultos mayores fue útil para fortalecer su bienestar físico, su autonomía y su confianza en la atención recibida.

CAPÍTULO 45

CÓMO CREAR UN PLAN DE EMERGENCIA EN UNA INSTITUCIÓN SANITARIA

Juan Carlos Corral Muga, Alonso Corral Muñoz, Ana María Muñoz Mallada

Juan Carlos Corral Muga, Ayudante De Servicio/Lavandero/Planchador

Alonso Corral Muñoz, Ayudante De Servicio/Lavandero

Ana María Muñoz Mallada, Auxiliar Administrativo

INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) en sus notas técnicas hace referencia al **Plan de Emergencia** contra Incendios y lo presenta como un **plan** orientativo y modélico de cómo se debe proceder frente a un evento de estas características, porque debido a la existencia de innumerables situaciones y circunstancias que concurren en una situación de alarma por incendio se hace tarea poco menos que imposible realizar un único **Plan de Emergencia** que se adapte a todas ellas. Por tanto, debemos plantearnos la siguiente cuestión ¿En qué circunstancias se debe establecer un **Plan de Emergencia**? El INSHT también nos sugiere en sus notas técnicas sobre **planes de emergencia** que estos deben crearse para dar respuesta a cómo hacer frente a situaciones de **emergencia** en lugares de gran afluencia de público, entre los que se encuentran por supuesto los diferentes tipos de **Instituciones Sanitarias**. Pues bien, todas estas medidas de protección y formas de actuación llevadas a cabo ante una situación de **emergencia**, se aglutinan en un texto único que recibe el nombre de **Plan de Emergencia**, que deberá ser conocido por todas aquellas personas que puedan verse involucradas en esta situación. En consecuencia, el **Plan de Emergencia** se define como: “La planificación y organización humana para la utilización óptima de los medios técnicos previstos con la finalidad de reducir al mínimo las posibles consecuencias humanas y/o económicas que pudieran derivarse de la situación de **emergencia**”.

OBJETIVO

Desarrollo de los 4 documentos que forman la estructura de un **Plan de Emergencia** según la Orden del Ministerio del Interior de 29/11/1984 Manual de Autoprotección. Guía para el desarrollo del **Plan de Emergencia** contra incendios y de Evacuación de locales y edificios.

DESARROLLO

En cuanto a la elaboración del **Plan de Emergencia** una forma práctica para crearlo es utilizar como guía la Orden Ministerial (Ministerio del Interior) del año 1984 (29/11/84) “Manual de autoprotección” que desarrollaba a través de 4 documentos un “**Plan de Emergencia** contra incendios y de Evacuación de locales y edificios”, actualmente esta Orden se encuentra derogada a consecuencia de la entrada en vigor de la Norma Básica de Autoprotección aprobada mediante el Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo (hecho que no resta veracidad al contenido de esta Orden, ya que este es asumido por dicha Norma Básica y desarrollado en el apartado 6º de su estructura general “ El Plan de actuación ante emergencias”).

Los cuatro documentos son:

1. Evaluación del riesgo
2. Medios de protección
3. Plan de emergencia
4. Implantación

1- EVALUACIÓN DEL RIESGO

El objetivo de este primer documento es la localización de riesgos potenciales de incendio para proceder a su valoración y ubicación en el edificio. Para realizar este cometido se realizarán diferentes aspectos, entre los que destacan:

- La existencia de una buena accesibilidad al edificio por parte de los equipos de emergencia, bomberos...
- La dotación de infraestructuras que faciliten una evacuación segura y eficiente, vías de evacuación, puntos de reunión...
- Las actividades llevadas a cabo en las diferentes plantas y sectores del edificio, urgencias, UCI, quirófanos, farmacia, zona de consultas, cocina...

- El estado de conservación de las instalaciones en cada sector, que deberán ajustarse a la normativa vigente, revisando especialmente aquellas áreas con mayor dotación de equipamiento susceptible de sufrir riesgos de incendio, instalaciones con equipos de planchado, zona de lavandería, instalaciones de cocina...
- La ubicación de las instalaciones que contengan o almacenen sustancias o residuos peligrosos, inflamables, riesgo biológico...
- El cómputo de personas a evacuar por sectores, contabilizando número de pacientes, personal sanitario, no sanitario y visitantes; respetando los criterios de ocupación de la normativa vigente.

2- MEDIOS DE PROTECCIÓN

En este segundo documento se detallarán a través de un inventario de recursos los medios de protección técnicos y humanos disponibles y necesarios para hacer frente a una situación de **emergencia**.

- Inventario de medios técnicos.

Sistemas de detección y alarma, equipos de extinción, alumbrados de emergencia...

- Inventario de medios humanos

Número de equipos disponibles y necesarios para intervenir en caso de **emergencia**, se distribuirán de forma estratégica para dar protección a todas las áreas del edificio estableciendo prioridades en la actuación según la gravedad de la **emergencia** en sus diferentes zonas y departamentos. Deberán aportarse los planos del edificio para poder tener una representación gráfica objetiva de la ubicación de los medios de protección y enclaves de especial relevancia, vías de evacuación... (Se aportarán tres copias de cada plano)

3- PLAN DE EMERGENCIA

Una vez examinada y valorada toda la información aportada por los dos primeros documentos se procederá en consecuencia a la elaboración de un esquema de actuación que conformará este tercer documento. Se responderá con claridad a

las siguientes cuestiones ¿Qué se hará?, ¿Quién lo hará?, ¿Cuándo?, ¿Cómo? y ¿Dónde se hará?, se planificarán las actuaciones y se aportarán los medios necesarios para llevarlas a cabo.

En este tercer documento también deberán tratarse los siguientes aspectos:

- Clasificación de las emergencias

La variable más importante que deberá tenerse en cuenta a la hora de diseñar el esquema de actuación ante una **emergencia** será su nivel de gravedad y en función de este nivel se hará la siguiente clasificación (de menor a mayor nivel de gravedad):

1- Conato de emergencia

2- Emergencia parcial

3- Emergencia general

- Acciones

En el **Plan de Emergencia** se realizarán las siguientes acciones que precisarán la participación de los trabajadores de la institución así como de cuantos medios técnicos se disponga:

- 1- **Alerta:** para activar los medios de protección internos y solicitar la ayuda exterior.
- 2- **Alarma:** dará inicio a la evacuación de los ocupantes.
- 3- **Intervención:** para poner bajo control las emergencias.
- 4- **Apoyo:** en la recepción y en la información a los servicios de ayuda exterior.

- Equipos de primera intervención y segunda intervención (EPI) (ESI) Deberán definirse sus cometidos y forma de actuación.

- Jefe de intervención

Representa la máxima autoridad en el foco de la **emergencia** donde dirigirá la intervención. Se establecerá un canal de comunicación con el centro de control (Jefe de emergencia).

- Jefe de emergencia

Desde el centro de control dirigirá la actuación general de la **emergencia** y representará la máxima autoridad de la misma

- Esquemas operacionales para el desarrollo del **Plan**

El nivel de gravedad de la **emergencia** planteará diferentes escenarios para los que se diseñarán los correspondientes esquemas operacionales que contendrán las secuencias de actuación de los equipos de intervención.

4- IMPLANTACIÓN

Comprende el conjunto de acciones que garantizarán la eficacia del **Plan de Emergencia**. Revisión de los medios técnicos y humanos, programa de implantación, programa de mantenimiento, investigación de siniestros, realización de simulacros.

CONCLUSIÓN

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales contempla en su artículo 14, el derecho de los trabajadores a tener una protección eficaz tanto en el aspecto de salud como en el de seguridad en su puesto de trabajo.

Para cualquier **Institución Sanitaria** contar con un **Plan de Emergencia** ajustado a sus necesidades supone una herramienta de incuestionable valor que le otorga la tranquilidad de saber cómo actuar en caso de producirse una situación de **emergencia**.

BIBLIOGRAFÍA

- Orden del Ministerio del Interior de 29/11/1984 Manual de Autoprotección. Guía para el desarrollo del **Plan de Emergencia** contra incendios y de Evacuación de locales y edificios.
- Notas técnicas de prevención del INSHT
 - NTP 361 **Planes de Emergencia** en lugares de pública concurrencia
 - NTP 045 **Plan de Emergencia** contra incendios
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales

CAPÍTULO 46

EL PARTO INSTRUMENTAL: ACTUALIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE LA MATRONA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA EN CONJUNTO CON EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Mariya Bats Yatsynyak, Rosalía Gómez García, Andrea López Nozal

Mariya Bats Yatsynyak. Enfermera Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

Rosalía Gómez García. Enfermera Obstétrico-Ginecológica (Matrona)

Andrea López Nozal. Enfermera Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

Introducción

El parto instrumentado es el parto vaginal que se consigue mediante la aplicación de un instrumento en la cabeza fetal y se obtiene la presentación mediante la tracción de la misma y/o ampliando en canal del parto. Los partos vaginales instrumentados representan alrededor del 15-20% del total de partos vaginales.

Según el Informe del Ministerio de Sanidad de Atención Perinatal en España (2010- 2018), la tasa de partos instrumentales se encuentra en un 17.5% con una tendencia ascendente desde 2015, superando el porcentaje recomendado por la OMS (de un 10%). Dentro de estos datos, la mayoría de los partos instrumentados se corresponden con el uso de ventosas (un 12% y con tendencia ascendente) a expensas de la reducción de tasas del uso de fórceps (3.9% con tendencia descendente).

Debido a la morbilidad asociada al parto instrumental tanto materno (mayor riesgo de hemorragia postparto, trauma perineal, desgarros severos, incontinencia urinaria / fecal, depresión postparto y trastorno de estrés postraumático) como fetal (mayor riesgo de distocia de hombros, cefalohematoma, hemorragia subgaleal, parálisis braquial, separación materno-fetal, ictericia, dificultad para establecer lactancia materna), es fundamental el trabajo coordinado en equipo en su atención entre matronas, obstetras, TCAEs, pediatras, enfermeras de obstetricia para reducir estos riesgos durante la realización del instrumental, previo a este y a largo plazo posteriormente.

OBJETIVOS

- Describir las indicaciones, contraindicaciones, requisitos, clasificación y complicaciones para el parto instrumentado.
- Conocer los principales tipos de parto instrumentado: características, ventajas, inconvenientes, cuidados específicos a tener en cuenta en parto por ventosa, fórceps y espátulas de Thierry.
- Proporcionar información actualizada sobre los cuidados en la actuación de la matrona ante la indicación de un parto instrumentado como procedimiento multidisciplinar dentro del equipo sanitario.
- Exponer las recomendaciones actualizadas sobre la valoración holística de las personas implicadas en el parto instrumental y cuidados biopsicosociales en atención primaria y hospitalaria prenatales y postparto.

METODOLOGÍA

Para la elaboración de este capítulo de libro se realizó una búsqueda bibliográfica en libros de texto como la base del desarrollo del parto instrumentado, complementando la información relacionada con la actualización de las recomendaciones y los cuidados asociados en Guías de Práctica Clínica de hospitales públicos españoles, así como artículos de revistas científicas. En la búsqueda de artículos destacan las bases de datos utilizadas PubMed, Biblioteca Cochrane Plus, Cuiden, Dialnet y Scielo, seleccionando criterios de búsqueda de publicaciones desde los últimos 5 años, textos completos, en idioma español e inglés y acceso libre. Las palabras clave utilizadas fueron: matrona, enfermera, parto instrumentado, fórceps, ventosa, espátulas con múltiples combinaciones utilizando operadores lógicos y truncamientos. De las 55 referencias encontradas, tras la lectura del resumen, se descartaron 41 por falta de interés con este tema o por repetición.

DESARROLLO

Indicaciones del parto instrumentado

El parto instrumentado es el parto vaginal que se consigue mediante la aplicación de un instrumento en la cabeza fetal y se obtiene la presentación mediante la tracción de la misma y/o ampliando en canal del parto. Dentro de las indicaciones del parto instrumentado, encontramos las siguientes:

1. Maternas: patología materna grave o cualquier otra situación que contraindique los pujos (patología cardíaca, retinopatía proliferativa, malformaciones vasculares, miastenia gravis, crisis hipertensivas), aquellas situaciones en las que los pujos pueden agravar una insuficiencia respiratoria existente previamente. La causa más frecuente es el agotamiento materno y trabajo de parto prolongado.
2. Fetales: sospecha de pérdida de bienestar fetal y condiciones para el parto vaginal
3. Materno- fetales: desproporción pélvico fetales, malposiciones fetales que dan lugar a distocias de la posición fetal.
4. Progresión inadecuada del parto: segunda fase del parto más larga de lo recomendada.

Por otro lado, existe una serie de situaciones que contraindican el parto instrumentado:

- Presentación de frente o de cara
- Evidencia de desproporción céfalo- pélvica
- Enfermedad hemorrágica fetal
- Alteración de la mineralización ósea fetal (osteogénesis imperfecta)
- En los casos de ventosas se contraindican en gestaciones por debajo de las 34 semanas y rotaciones de más de 90°)

Así, mismo, en caso de presentar una indicación para el parto instrumentado, con ausencia de contraindicaciones, son necesarios una serie de pre-requisitos comunes a todos los partos instrumentados:

1. Dilatación completa
2. Presentación cefálica
3. Bolsa amniótica rota
4. Encajamiento por debajo del III plano

Clasificación de los partos instrumentados

Según el grado de encajamiento de la cabeza fetal en el que se aplica el instrumento, se clasifican los siguientes tipos de instrumentación:

- De salida (IV plano de Hodge / Presentación espinas +4).
- Baja (III plano- IV, presentación en espinas +3)
- Media (III plano de Hodge, presentación en espinas +0, +2).
- Alta (por encima del III plano de Hodge): el punto guía no llega a las espinas, suponiendo una contraindicación para este tipo de partos.

Morbimortalidad materno- fetal asociada al parto instrumentado

La morbilidad materna se suele comparar con los resultados de una cesárea, ya que es la única alternativa al parto instrumentado y en comparación con esta, destacan menores tasas de endometritis a expensas de más desgarros perineales severos y de cérvix, aumento del riesgo de incontinencia y prolapsos pélvicos, sin embargo, es destacable que la cesárea no protege de la incontinencia anal (hay estudios que afirman que el riesgo de incontinencia anal está relacionado con la realización de una episiotomía amplia más que con el parto instrumentado en sí).

A pesar de una tendencia descendente del uso de episiotomías (de un 42,14% de los partos de 2010 a un 27.5% en el 2018 en España), los desgarros de III y IV grado se producen en un 0.9% de los partos eutócicos y en un 5.2% de los instrumentales (de una cifra aproximada de 47000 partos instrumentales den 2018 en España, se produjeron desgarros severos en 2172 partos).

La morbilidad perinatal es mayor en un parto instrumentado que en un parto eutócico o una cesárea y más aún cuando se utiliza una ventosa, aumentando las tasas de hemorragias extracraneales (cefalohematoma y hemorragia galeal), hemorragia retiniana, ictericia, distocia de hombros, fractura clavicular, laceraciones del cuero cabelludo. En concreto, en comparación con una cesárea, no aumenta la acidemia fetal. Las hemorragias intracraneales tienen relación con la laceración de los vasos sanguíneos (con o sin fractura de cráneo).

Una complicación a corto plazo destacable es la distocia de hombros, relacionada con el ángulo de tracción creada en las fuerzas verticales que pueden empujar el hombro anterior a la sínfisis del pubis. A su vez se puede producir una parálisis del plexo braquial debido a una “distocia de hombro en la entrada en la pelvis”, suceso que ocurre cuando los hombros permanecen por encima de la entrada de la pelvis durante el descenso fetal, superando las fuerzas de tracción y produciendo elongación del plexo braquial.

Tipos de instrumento

VENTOSA

La ventosa obstétrica (vacuum extractor) permite el parto vaginal a través de la creación de vacío con una copa metálica o plástica y un sistema de succión que genera presión negativa entre la copa y la cabeza fetal, permitiendo la flexión cefálica y tracción de esta.

Elementos de la ventosa

La ventosa se compone de una copa metálica o de plástico (duro o blando), un eje, mango para la tracción y un generador de vacío (manual o accionado por un operador). En las posiciones OP o asinclitismos la copa más plana permite mejor colocación en el punto de flexión, aunque presenta más tasas de laceración del cuero cabelludo. Las copas metálicas tienen más tasa de éxito, pero presentan más riesgo de cefalohematomas y laceraciones.

Ventajas y desventajas

Como ventajas destacan que disminuye la probabilidad de episiotomías, laceraciones y desgarros de III grado en comparación con los fórceps, sin embargo presenta más riesgo de cefalohematoma fetal. Por otro lado, su colocación resulta más sencilla ya que no requiere el conocimiento exacto de la posición fetal.

Es el único instrumento que permite la autorrotación de la cabeza fetal. Si la cabeza rota, la ventosa también lo hace.

Desventajas: no permite realizar la rotación de la cabeza más de 90° y existen un mayor riesgo de laceraciones de la calota fetal y cefalohematomas. Uno de los inconvenientes que ocurren con más frecuencia es la pérdida de vacío durante la tracción debido a la presencia de caput o si la dirección de la tracción no es la adecuada.

Colocación de la ventosa

Para la colocación de la cazoleta, con una mano (no dominante) se separa el introito y con la mano dominante se introduce el instrumento. Cuando este es metálico se introduce por un lateral, sin embargo cuando es flexible, se inserta similar a un pesario.

Al aplicar la ventosa, el punto de flexión permanece a 3 cm de la fontanela posterior y a 6 cm de la fontanela anterior (quedando el perímetro de la ventosa a 3 cm de la fontanela anterior), con la sutura sagital centrada.

Tras la aplicación se realiza inspección digital alrededor de la cazoleta que la colocación es correcta y que no abarca tejido materno y se crea un vacío de máximo 600 mmHg de manera gradual en 1-2 minutos, volviendo a realizar la inspección digital tras aplicar la presión y antes de la tracción.

Se debe evitar la torsión manual de la copa porque podría provocar su desplazamiento o cefalohematomas y en caso de ser la copa metálica podría producir laceraciones en el cuero cabelludo tipo “cortador de galletas”.

La tracción se realiza en dirección a la curvatura pélvica, coordinados con la contracción uterina y el pujo materno con movimientos intermitentes. Entre contracciones, si la FCF lo permite, se puede reducir la presión de la aspiración para reducir el daño producido en el cuero cabelludo.

Se recomienda abandonar el procedimiento cuando no exista descenso en tres tracciones consecutivas o si el vacío se pierde en tres ocasiones. Si la ventosa abarca tejido materno se produce una laceración y pérdida de vacío o fenómeno

de pop off. El tiempo de aplicación de la ventosa no debe superar los 20 minutos (con el objetivo de minimizar el riesgo de daño fetal). Cuando la ausencia de descenso fetal se produce con una colocación perfecta de la ventosa y un ángulo de tracción adecuados, se reduce el número de intentos de parto por ventosa.

Consideraciones especiales de la ventosa

Está indicado el vaciado vesical.

Está contraindicada la aplicación de ventosa en fetos menores de 34 semanas por un aumento muy significativo del riesgo de hemorragias (cefalohematoma, galeal, subgaleal).

En caso de antecedentes de aplicación de monitor de FCF interno o pH intraparto, se recomienda la aplicación de otro tipo de instrumental.

FÓRCEPS

El fórceps es un instrumento de dos ramas articuladas diseñadas para realizar presión en el polo cefálico fetal, facilitando su extracción con movimientos de rotación y tracción.

Elementos del fórceps

El fórceps se compone de dos ramas entrecruzadas y articuladas (izquierda y derecha de acuerdo con el lado de la pelvis materna al que se aplican) y cada rama está formada por la hoja, vástago y mango.

Ventajas y desventajas

Ventajas del fórceps: permite un parto más rápido en caso de urgencia, pudiendo utilizarlos en malpresentaciones como nalgas o cara (mentoanterior) al permitir la rotación.

Desventajas: es necesario conocer con seguridad la posición de la cabeza fetal, produce más traumatismos tanto en la madre (en comparación con la ventosa) como en el feto (en comparación con una cesárea), precisando un nivel de analgesia mayor.

Presenta mayor riesgo de lesión del nervio facial (al comprimir el nervio contra los huesos faciales), lesión del plexo braquial, fractura de cráneo deprimida, abrasión corneal. Sin embargo, en comparación con la cesárea no aumenta la acidemia fetal y el parto con fórceps presenta menos complicaciones neurológicas.

Las ramas del fórceps se aplican en posición parieto- malar, si se desconoce la posición fetal exacta puede haber riesgo de aplicación de las ramas en la cara fetal produciendo estallido ocular o fractura nasal.

Colocación

La colocación comienza con la presentación del fórceps en relación con el periné de la madre, montado tal y cómo quedará una vez aplicado. Se desarticula el fórceps quedando las ramas separadas y posteriormente se sujeta la rama izquierda con la mano izquierda (de la misma manera que se sujeta un lápiz en dirección vertical), se introduce en la parte izquierda de la vagina mientras se protege el canal del parto con la mano derecha y se gira hasta quedar en el lado izquierdo materno apoyada sobre la cabeza fetal. Con un movimiento de circunducción en espiral, el mango gira desde la posición vertical en sentido anti-horario teniendo como punto de apoyo la mano ubicada en el introito vaginal y el movimiento del mango hace que la rama gire hacia la posición parieto- malar. Se realiza la misma maniobra con la rama derecha pero realizando el giro de la rama en el sentido horario, articulando posteriormente ambas. Las ramas se introducen únicamente con los dedos índice y pulgar y con suavidad, siendo el pulgar el que regula la fuerza ejercida y realiza el arco de inserción (guiar la rama durante la colocación). Si está bien colocado deberían articular fácilmente corrigiendo un posible asinclitismo.

La tracción se realiza tras la rotación (en caso de ser necesario), coincidente con la contracción uterina y con el pujo materno.

Una vez que se produce la distensión del periné, están descritas dos opciones:

1. Mantener el fórceps para controlar la cabeza, teniendo en cuenta que la rama del fórceps aumenta la distensión vulvar.
2. Retirar las ramas facilitando el parto espontáneo para disminuir las lesiones perineales, teniendo en cuenta que la retirada precipitada de las ramas puede producir el retroceso de la cabeza fetal.

Consideraciones especiales

Se abandona el procedimiento si no existe un progreso en el descenso tras 3 intentos.

Tanto la madre como el RN deben ser examinados para descartar traumatismos producidos durante el postparto. El RN tiene más probabilidades de presentar parálisis del nervio facial (suele ser transitoria) y suelen presentar marcas debido al fórceps que desaparecen en unos días. La madre presenta más riesgo de producir laceraciones en el canal del parto, por lo que se recomienda una revisión minuciosa tras el nacimiento y es considerable valorar el vaciado vesical. Se producen más desgarros severos y de cérvix en fórceps con episiotomía media (así como ampliación de episiotomía) en fórceps bajos con rotación mayor al 45°, datos superiores a las lesiones producidas para fórceps media..

Comparación ventosa, fórceps, cesárea. Prueba de parto. Instrumental secuencial.

	Ventajas	Inconvenientes
Fórceps vs ventosa	Menor tasa de fracaso Reducción del uso secuencial de instrumentos Menos casos de cefalohematoma fetal y hemorragia retinal del RN	Necesita mayor nivel de analgesia Mayor trauma materno (perineal) Hematomas y parálisis faciales fetales Más infecciones postparto Mayor tiempo de ingreso
Fórceps vs cesárea emergente	Menor hemorragia profusa Menor tasa de ingresos en UCIN Menor estancia hospitalaria materna Menor tasa de reingresos Mayor probabilidad de parto vaginal en los siguientes embarazos	Mayor probabilidad de trauma fetal Mayor trauma materno (perineal) Mayores tasas de dispareunia e incontinencia urinaria

Cuando se espera un parto instrumentado difícil, la prueba de parto no se asocia a complicaciones mayores cuando se mantiene un óptimo control de la FCF. Las cesáreas con o sin prueba de parto presentan los mismos resultados, pero las cesáreas tras instrumentales inesperablemente fallidos sin prueba de parto tuvieron mayor morbilidad neonatal.

Los factores asociados al fracaso del parto instrumental son la posición occípito posterior persistente y peso fetal mayor a 4 kg. La instrumentación secuencial: ventosa + fórceps aumenta la tasa de morbilidad materna y fetal y es por ello que se recomienda evitarlo, salvo que haya una razón consciente y justificable para ello. Generalmente se sigue este orden de instrumentación, ya que los fórceps presentan mayor tasa de éxito. Algunos estudios demuestran que la simulación por parte de los residentes de los partos instrumentados con el uso de maniquí y pelvis, aumenta la tasa de éxito del parto instrumental sin aumentar las tasas de morbilidad.

ESPÁTULAS DE THIERRY

Las espátulas se componen de dos ramas diseñadas para ampliar el canal del parto y poder ejercer cierta tracción de la cabeza fetal.

Elementos de las espátulas de Thierry

- Cuchara: ligera curvatura fácil y pélvica.
- Mango
- Empuñadura, sin articulación

Ventajas y desventajas

Las espátulas se consideran un elemento óptimo para partos pretérmino, ya que apenas produce traumatismo para el feto. Además, al estar la cabeza libre, permite movimientos de flexión – deflexión en el feto.

Precisa alto grado de colaboración materna porque la tracción es limitada, dependiendo del pujo materno.

Teniendo en cuenta las complicaciones, produce más laceraciones maternas y la complicación principal en el recién nacido es la parálisis braquial. Al ser una rama no fenestrada, tiene menos riesgo de daño en la cabeza fetal (no fenestración, menos prensa sobre la cabeza fetal, no requiere la toma perietomalar, se inserta independientemente de la posición).

Su uso es más sencillo en comparación con el fórceps y precisa menos experiencia por parte del obstetra.

Colocación

Su colocación es similar al fórceps, realizando la presentación de las espátulas en el espacio, al introducir la rama se realiza protección del periné. Cada empuñadura debe sujetarse con una mano y deben quedar paralelas entre sí y en relación con la sutura sagital del feto, quedando las ramas sin articular.

La tracción se realiza en dirección al eje pélvico con separación de los mangos y movimientos rítmicos e independientes de cada una de las ramas (movimiento de polea, con tracción y apalancamiento), realizando comprobación del descenso fetal y valorando la realización de una episiotomía selectiva.

Consideraciones especiales

Las espátulas tienden a producir más laceraciones y traumatismos del canal del parto.

Cuidados específicos de la matrona

Cuidados intraparto

Ante la decisión de la finalización del parto con instrumentación, se tendrán en cuenta las siguientes actuaciones:

- Pedir ayuda: informar al equipo de la realización de la instrumentación, indicación de esta y posibles procedimientos o actividades en las que necesitemos colaboración (preparar medicación para alumbramiento dirigido, avisar a otros profesionales), avisar a TCAE y celador, así como equipo de pediatría (enfermera y pediatra).
- Informar a la paciente del plan y de qué esperar (posibilidad de acompañante, número de personas en la habitación, separación del RN, presencia del equipo de Pediatría, posición a adoptar, colaboración)

- Valorar analgesia: informar y avisar si esta no es adecuada. Es importante evitar el bloqueo motor o bloque sensorial total para favorecer la colaboración materna (sobre todo si se realizarán espátulas de Thierry). Se puede valorar la infiltración de anestésico local, infiltración de pudendos o refuerzo de analgesia epidural en caso de ser portadora de catéter y con valoración de Anestesista
- Vaciar la vejiga para facilitar el descenso fetal, aplicación de instrumental y reducir el riesgo de lesión vesical.
- Asegurar dilatación completa y bolsa rota y posición fetal.
- Pensar en posibles emergencias: distocia de hombros, hemorragia postparto, cesárea emergente. Tener localizada medicación para hemorragia postparto, dejar un suero salino fisiológico limpio cerrado conectado a la VVP.
- Preparar el equipo: material para controlar la FCF (monitor vs Sony-K), preparar equipo de aplicación de vacío de la ventosa (tener preparado dos tamaños diferentes de ventosas), preparar una alternativa para el parto secuencial y tener localizado cerca el kit de sondaje vesical permanente, tener localizado otro equipo de creación de vacío para ventosa. Camilla en litotomía, equipo de partos. Tener localizado
- Colaborar en la aplicación del instrumento: palpación de contracción uterina
- Retirada del instrumento una vez que podamos tocar la mandíbula.
- Valorar respiración y tono del recién nacido. Asegurar camino hasta cuna de reanimación sin obstáculos.

Tras el parto es importante valorar el grado de analgesia materno (valorar mantener la perfusión de analgesia epidural o administración de bolo de analgesia, así como tener presente la opción de sutura en quirófano si no se consigue un grado óptimo de analgesia), tener localizadas suturas y antibioterapia para desgarros severos, así como antiinflamatorios por vía rectal y hielo local; facilitar el contacto piel con piel con la madre (o en su defecto con el padre o acompañante) en caso de ser posible, valorar extracción manual de calostro en caso de ingreso de recién nacido y deseo de lactancia materna y estado óptimo materno. Resolver las posibles dudas y documentar el nacimiento. Vigilancia del dolor materno perineal (riesgo de hematoma perineal) así como del dolor presente en el recién nacido (expresión facial, llanto, patrón respiratorio, presencia de tensión o movimientos rápidos de brazos y piernas), así como una exploración exhaustiva de la cabeza fetal, expresión facial y funcionalidad del nervio braquial.

Medidas para reducir el riesgo de parto instrumentado

La matrona tiene una función muy importante en el parto instrumentado, en su colaboración y sobre todo, en la prevención, con medidas efectivas como:

- Favorecer el acompañamiento en el parto y control del entorno (evitar ruido, exceso de luz artificial, comunicación fluida, relajada, hidratación, favorecer la capacidad de decisión materna...)
- Control de la dinámica uterina: uso de oxitocina cuando si alteraciones de la dinámica.
- Posponer los pujos en mujeres que no tienen sensación de pujo. Manejo de la analgesia epidural para favorecer la sensación de pujo con control del dolor.
- Favorecer la verticalidad y biomecánica del parto.
- Ser flexibles en el límite de tiempo del expulsivo si existe una progresión del parto y valorar no alargar más del tiempo recomendado en las guías de práctica clínica si no se consigue evolución.
- Valorar las malposiciones y las herramientas disponibles para facilitar una posición óptima y descenso fetal. Tener presente avisar a Ginecología para la realización de rotación manual de la cabeza fetal o el uso de ecografía intraparto.

Cuidados de la matrona prenatales

Desde Atención Primaria, adquiere importancia el fomento de hábitos de vida saludables, evitar una ganancia ponderal excesiva, ejercicio físico aeróbico y de fuerza, estiramientos y aumento de flexibilidad, valoración del suelo pélvico, masaje perineal, ejercicios de protección del suelo pélvico. Informar en las sesiones de preparación al nacimiento y a la crianza sobre el parto instrumental como una opción de nacimiento del recién nacido y lo esperable a ello, así como los cuidados posteriores. Óptimo control en patologías maternas como hipertensión o diabetes gestacional o pregestacional. En relación al parto instrumental, se valorará el “espectro de pensamientos ansiosos relacionados con la evaluación de la mujer en el parto y nacimiento” ya que es fomentado por este tipo de nacimientos tanto en primerizas como en mujeres con antecedentes personales de parto con una experiencia negativa.

Cuidados específicos postparto

En la valoración postparto durante la estancia hospitalaria como al alta, se tendrán en cuenta los siguientes cuidados:

- Valoración de la profilaxis tromboembólica: el parto instrumentado en III plano y rotador se considera un factor de riesgo de enfermedad tromboembólica y se deben valorar la presencia de otros factores de riesgo.
- Analgesia adecuada para el control del dolor, utilizando al inicio la vía intravenosa y alternando paracetamol con AINEs. Indicar una pauta de analgesia para el domicilio.
- Monitorización de la diuresis, ya que el parto instrumentado supone un riesgo para la retención urinaria postparto. Es importante documentar la primera micción y valorar la presencia de globo vesical, fomentando la micción espontánea y tener presente la alternativa de sondaje vesical evacuador (sobre todo en caso de parto instrumental con realización de episiotomía y analgesia epidural).
- En caso de desgarros de III- IV grado, mantener administración de antibioterapia profiláctica y dar indicaciones de su mantenimiento en domicilio
- Valorar el patrón de eliminación fecal, facilitando este con dieta rica en fibra si precisa, verticalidad, esfuerzos defecatorios en espiración y posibilidad de uso de laxantes.

Durante el postparto, valoraremos el estado emocional materno, sobre todo en aquellas familias que se encuentran en una situación socioeconómica baja o con antecedentes de alteraciones de salud mental previas, pudiendo utilizar escalas para ello como por ejemplo, la escala Edimburgo. Se valorará:

- Estado de ánimo
- Presencia de astenia
- Alteraciones del sueño
- Cambios en el apetito (anorexia o consumo de alimentos compulsivamente)
- Alteraciones cognitivas (memoria, concentración)
- Sentimientos de vergüenza o culpa
- Apoyo /Aislamiento social

- Vínculo con el RN: hipervigilancia, desentendimiento

Se valorará la posibilidad de Trastornos de Estrés Postraumático, manifestado por recuerdos persistentes, involuntarios e intrusivos, la evitación de estímulos asociados con una experiencia catalogada como negativa, sueños angustiantes, reacciones disociativas, estado de ánimo alterado, angustia psicológica tras un evento traumático por una amenaza real o percibida que causa malestar durante al menos 1 mes y que generalmente está relacionado con intervencionismo obstétrico y agravado ante prematuridad del recién nacido, produciendo afectación del vínculo, la lactancia materna y el desarrollo neonatal. El riesgo de TEPT se produce con mayor frecuencia en partos instrumentados y cesáreas de urgencia, aumenta su incidencia si están presentes síntomas de depresión postparto y una vivencia subjetiva traumática del parto, así como una experiencia negativa en el parto anterior aumenta el miedo en este, sobre todo si los sentimientos que prevalecen son miedo o que la situación le sobrepasa, siendo estas situaciones más vulnerables y susceptibles de ser valoradas con mayor detenimiento.

CONCLUSIONES

Un parto instrumentado requiere la actuación coordinada entre múltiples profesionales: obstetras, matronas, TCAEs, enfermeras de pediatría, pediatras, enfermeras de maternidad, celador con el objetivo de reducir la morbilidad asociada a este evento obstétrico, tanto en el momento del parto, como los cuidados a corto y largo plazo proporcionados a la madre y al recién nacido. Dentro de estos cuidados, se incluyen un seguimiento del embarazo óptimo y fomento de hábitos de vida saludables y cuidados específicos físicos y emocionales anteparto tanto en atención hospitalaria como atención primaria (control de patologías crónicas previas, ejercicio físico, alimentación, ecografías, analíticas, tratamientos farmacológicos...). En el paritorio destaca la gestión del equipo implicado en la atención al parto instrumental, apoyo emocional, control analgésico, valoración de posibles emergencias obstétricas, procedimientos asociados (sondaje vesical, control de la frecuencia cardíaca fetal, control de la dinámica uterina, administración de oxitocina si precisa, alumbramiento dirigido, cuidados perineales, cuidados del acceso venoso...) así como actividades durante la dilatación y expulsivo que facilitan el parto espontáneo siguiendo las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Atención al Parto normal y valoración de las situaciones que se alejan de la evolución óptima. Para finalizar, es importante destacar la valoración del recién nacido y de la madre, así como el vínculo entre ambos en la fase de puerperio, de la recuperación de ambos a nivel físico, social y emocional.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY et al. Williams Obstetricia. 26ª ed. Ciudad de México: McGraw Hill, 2022.
- ❖ Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM et al. Williams Obstetricia. 25ª ed. Ciudad de México: McGraw Hill, 2019.
- ❖ Usandizaga Beguiristán JA, De la Fuente Pérez P. Obstetricia. Madrid: Marbán Libros, 2016.
- ❖ Peguero A, Masoller N, Hernández S, Teixidó I, Palacio M, Bellart J et al. Medicina Fetal Barcelona Protocolo: Parto Instrumentado (Internet). Barcelona: Hospital Clínic; 2018 (citado el 23 de mayo de 2023). Disponible en: <https://portal.medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/obstetricia/parto%20instrumentado.pdf>
- ❖ Fernández Clemente L, Olza Fernández I. Revisión sistemática del tratamiento de estrés postraumático postparto. Psicosomática y psiquiatría (Internet). 2018 (citado el 23 de mayo de 2023); (5): 29- 39. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7483627>
- ❖ Artal López N, Castán Mateo S, De Bonrostro Torralba C. Ecografía intraparto: capacidad predictiva de parto distócico (TFM). Zaragoza: Zaguara, Universidad de Zaragoza, MED; 2022 (citado el 23 de mayo de 2023). Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/124537/files/TAZ-TFM-2022-1423.pdf>
- ❖ Mirghafourvand M, Mohammad Alizadeh Charandabi S, Ghanbari-Homayi S, Jahangiry L, Nahaei J, Hadian T. Effect of birth plans on childbirth experience: A systematic review. Int J Nurs Pract (Internet). 2019 Aug;25(4). Citado el 23 de mayo de 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30675962/>
- ❖ Medeiros RMK, Figueiredo G, Correa ÁCP, Barbieri M. Repercussions of using the birth plan in the parturition process. Rev Gaucha Enferm (Internet). 2019 Jun 6;40 (citado el 23 de mayo de 2023) Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31188973/>
- ❖ Belda Pérez A, Gregori Jover E, López Simó A, Torres Martínez JA, Castelló López MI. Eficacia del cambio postural materno en la rotación de la cabeza fetal de occípito- posterior a occípito-anterior. Enfermería integral (Internet). 2017; (115) (citado el 23 de mayo de 2023). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126406>
- ❖ Ferraz A, Naarai Nunes F, Resende C, Céu Almeida, Taborda A. Complicaciones neonatales a corto plazo de los partos por ventosa. Estudio caso –

control. *Anales de Pediatría* (Internet). 2019; 91 (6): 378- 385. Citado el 23 de mayo de 2023. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7330759>

❖ Holgado Pascual AM, Añez Simón C. Resultados del parto con analgesia epidural: estudio observacional de cohortes comparando perfusión continua con bolo intermitente programado más analgesia controlada por la paciente (tesis). Tarragona; Universitat Rovira y Virgili, 2020.

❖ Hernández López AB, Solís Muñoz M, Pérez Medina T. Efectos de la hidratación intraparto en los resultados obstétricos y neonatales en las gestantes nulíparas de bajo riesgo (tesis). Madrid; Universidad Autónoma de Madrid, 2022.

❖ Borovac- Pinheiro A, Moraes Ribeiro F, Carvalho Pacagnella R. Factores de riesgo de la hemorragia postparto y sus formas graves con pérdida de sangre evaluados objetivamente: un estudio de cohorte prospectivo. *Rev Bras Ginecol Obstet* (Internet). 2021; 43 (2): 113-118. Citado el 23 de mayo de 2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33511619/>

❖ Verma GL, Spalding JJ, Wilkinson MD, Hofmeyr J, Vannevel V, O' Mahony. Instruments for assisted vaginal birth. *Biblioteca Cochrane* (Internet). 2021. Citado el 23 de mayo de 2023. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD005455.pub3/full/es?highlightAbstract=forceps%7Cforcep>

❖ Ministerio de Sanidad. Atención Perinatal en España (Internet). Madrid. Análisis de los resultados físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios, 2010- 2018 (Internet). Madrid. Ministerio de Sanidad, 2021. Citado el 23 de mayo de 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf

CAPÍTULO 47

TÉCNICA DE ESPIROMETRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Marta García Artime, Blanca Quiroga Menéndez

Marta García Artime, Blanca Quiroga Menéndez

1. INTRODUCCIÓN

La espirometría es la prueba clave para medir la capacidad pulmonar que resulta básica para el diagnóstico inicial y el seguimiento de las enfermedades respiratorias. Su uso no está restringido solamente al ámbito hospitalario en la especialidad de neumología si no que es una práctica necesaria desde Atención Primaria. Un altísimo porcentaje de Centros de Atención Primaria en nuestro país están dotados de espirómetro, pero a pesar de esto, hay una gran reticencia a la realización de la prueba por parte del personal de Familia debido quizás a falta de confianza y de práctica. Sin embargo, es una prueba muy accesible ya que, como hemos dicho, nuestros centros están dotados del material necesario, es fácil de realizar, siempre que se cumplan los criterios de indicación que luego detallaremos y fácil de interpretar.

2. OBJETIVOS

- Indicaciones y contraindicaciones de la prueba
- Conocimientos sobre las medidas necesarias para conseguir maniobras correctas.
- Reconocer los errores de la técnica y saber cómo evitarlos
- Valoración de las curvas realizadas y elección de la más adecuada según criterios de aceptabilidad y reproducibilidad
- Conocimientos para interpretar los patrones espirométricos
- Capacidad para evaluar las circunstancias del paciente

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Google académico, PubMed, Dialnet y Scielo.

Se han empleado como descriptores de las palabras clave: espirometría, atención primaria, neumología.

Se han empleado como criterios de inclusión textos en idioma castellano e inglés y de exclusión aquellos que carecen de acceso gratuito.

4. RESULTADOS

INDICACIONES DE LA PRUEBA:

Las principales indicaciones de la espirometría se resumen en diagnóstico, monitorización, evaluación del deterioro/ discapacidad, salud pública e investigación clínica. Evaluación de síntomas o signos respiratorios. Cribado de sujetos en riesgo de enfermedad pulmonar, principalmente: Persistencia de síntomas respiratorios, incluyendo disnea, tos, expectoración, sibilancias o dolor torácico, exposición laboral u ocupacional a sustancias tóxicas que causan afectación respiratoria. Se recomienda la realización sistemática de espirometría a personas mayores de 35 años con historia de tabaquismo (> 10 paquetes/año) y con algún síntoma respiratorio.

La espirometría es una prueba que resulta bien tolerada por los pacientes, por lo que existen pocas limitaciones para su realización. Las contraindicaciones absolutas que se contemplan son las siguientes: Inestabilidad hemodinámica, embolismo pulmonar (hasta estar adecuadamente anticoagulado), neumotórax reciente (2 semanas tras la reexpansión), hemoptisis aguda, infecciones respiratorias activas (tuberculosis, norovirus, influenza), infarto de miocardio reciente (7 días), angina inestable, aneurisma de la aorta torácica que ha crecido o de gran tamaño (> 6 cm), hipertensión intracraneal y desprendimiento agudo de retina.

Podemos valorar unas contraindicaciones relativas que habría que diferenciar según el paciente, algunas de estas son: Niños menores de 5-6 años, pacientes confusos o demenciados, cirugía abdominal o torácica reciente, cirugía cerebral, ocular u otorrinolaringológica reciente, diarrea o vómitos agudos, estados nauseosos, crisis hipertensiva, problemas bucodentales o faciales que impidan o dificulten la colocación y la sujeción de la boquilla.

INSTALACIONES, CONDICIONES AMBIENTALES Y ESPACIO FÍSICO:

1. Espirómetro con manual de uso y mantenimiento
2. Mesa y silla para el paciente
3. Jeringa de calibración
4. Pinzas nasales (si solo se va a hacer espirometría forzada no son necesarias)
5. Boquillas indeformables desechables o sensores desechables
6. Estación meteorológica: termómetro, barómetro e higrómetro (puede llevarlo incorporado el propio espirómetro)
7. Báscula y tallímetro
8. Inhalador de cartucho presurizado con beta-2-agonista de acción corta
9. Cámaras espaciadoras compatibles
10. Jabón enzimático y agua bidestilada para limpieza

PREPARACIÓN DE LA PRUEBA

La calidad del resultado depende en su mayor parte en la colaboración del paciente y la buena preparación de este. Para ello, debemos explicar al paciente cómo debe prepararse para la prueba:

- No administrará la última dosis previa del broncodilatador.
- Evitar comidas copiosas
- Evitar cafeína
- Evitar tabaco desde una hora antes
- No usar ropa ajustada
- Reposo 15 minutos antes de la prueba

FORMACIÓN DE PROFESIONALES

Es necesaria la existencia tanto de un equipo coordinador de responsables del programa que aseguren la continuidad del proyecto, como de un plan formativo específico operativo basado en la participación y en los aspectos prácticos de la realización y la interpretación de la espirometría.

Cada centro debe contar con la infraestructura necesaria para hacer de forma adecuada la espirometría y favorecer su integración en la actividad asistencial de los equipos de AP, así como la designación de responsables/referentes (médico y personal de Enfermería) que se ocupe del mantenimiento de los aparatos y de la incentivación en la realización de espirometrías de calidad y el diagnóstico adecuado de enfermedades respiratorias crónicas.

Por último, y no menos importante, la formación y evaluación continuadas, así como la realización de jornadas formativas anuales para los profesionales que realizan estas pruebas.

CONOCIMIENTOS NECESARIOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA PRUEBA:

El profesional que va a realizar la espirometría debe conocer las principales medidas espirométricas, así como sus parámetros de normalidad y de alteración, debe conocer los criterios de aceptabilidad de la prueba y cuáles son los patrones espirométricos junto a la interpretación de sus curvas.

Principales medidas espirométricas:

FEV1 o VEMS = VOLUMEN ESPIRATORIO FORZADO EN EL 1º SEGUNDO. Se

trata de una medida de flujo. Valor normal: > 80% de su valor teórico.

FVC = CAPACIDAD VITAL FORZADA. Medida de capacidad pulmonar. Valor normal: > 80% de su valor teórico.

FEV1% = PORCENTAJE DE FVC ESPIRADO DURANTE EL 1º SEGUNDO. En condiciones normales durante el primer segundo de la espiración forzada se expulsa el 70% de la FVC sobre el valor real.

PEF = PICO DE FLUJO ESPIRATORIO. Máximo flujo alcanzado durante la espiración forzada

VEXT = VOLUMEN EXTRAPOLADO. Volumen de aire que se desecha de la maniobra de espiración forzada. Cuando este volumen es mayor de 150 ml se traduce en un inicio lento de la maniobra.

FET= tiempo de espiración forzada. Es correcto cuando dura más e 6 segundos en adultos y más de 3 segundos en los menores de 10 años.

Para poder aceptar la prueba como válida, esta deberá cumplir 3 criterios de calidad:

1. Inicio rápido: VEXT menor de 150 ml y buen PEF
2. Morfología: PEF único y precoz, curva de descenso suave sin artefactos, curva V-T meseta estable
3. Finalización de la prueba: Duración de más de 6 segundos o curva F-V asintótica

Además de estos 3 criterios, debe tenerse en cuenta que hay un máximo de 8 intentos y al menos 2 de estos intentos deben ser similares entre sí.

Patrones espirométricos:

+ Normal: Se considera que la espirometría es normal cuando sus valores son superiores al límite inferior del intervalo de confianza. (LIN)

+ Alteración ventilatoria obstructiva: se define por una relación FEV1/FVC reducida (menor del LIN).

+ Alteración ventilatoria restrictiva: se define por una FVC reducida con una relación FEV1/FVC por encima del LIN o incluso al valor medio de referencia.

+ Mixto: Coexistencia de un defecto obstructivo y no obstructivo en un paciente que se define cuando tanto la FVC como la relación FEV1/FVC están por debajo de sus respectivos LIN.

5. DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

Desde la Atención Primaria tenemos el privilegio de estar cerca de la Comunidad y poder tener un contacto cercano y frecuente con nuestros pacientes para poder hacer una atención integral. Dado que la espirometría es una prueba que aporta información sobre la capacidad respiratoria de los pacientes en todas las edades y situaciones vitales y resulta una prueba sencilla, rápida, barata y muy útil, no podemos perder la oportunidad de que el personal de Enfermería de Atención Primaria esté capacitado para llevar a cabo esta prueba.

Por todo esto, es importante realizar talleres formativos recurrentes para empoderar al personal de Enfermería. Además, debería existir una comunicación fluida con el servicio de neumología de referencia para la consulta de dudas por el Equipo de Atención Primaria y seguimiento conjunto de casos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. García-Río F, Calle M, Burgos F, Casan P, del Campo F, Galdiz JB, et al. Espirometría. Archivos de Bronconeumología. 2013;49(9):388-401.
2. Benítez-Pérez RE, Torre-Bouscoulet L, Villca-Alá N, Del-Río-Hidalgo RF, Pérez-Padilla R, Vázquez-García JC, et al. Espirometría: Recomendaciones y procedimiento. Rev del Inst Nac Enfermedades Respir. 2016; 75(2):173-89.
3. SemFYC G de ER. Guía de procedimiento en Atención Primaria. 2016. 48 p.
4. Molina París J. Espirometría en atención primaria. Una necesidad inexcusable. Atención Primaria. 2004;34(7):333-5.

CAPÍTULO 48

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA: PROMOCIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL PINZAMIENTO TARDÍO DEL CORDÓN UMBILICAL EN LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO

Blanca Quiroga Menéndez, Marta García Artime

Blanca Quiroga Menéndez, Marta García Artime

1. INTRODUCCIÓN

El pinzamiento de cordón umbilical supone el fin de la circulación entre feto y placenta, y el fin del intercambio gaseoso, dando lugar a un proceso fisiológico de adaptación cardiopulmonar. Hasta que el cordón es pinzado, existe un traspaso de sangre de la placenta al recién nacido. Este proceso es un mecanismo natural, por lo que la sangre que queda en la placenta al realizar el pinzamiento precoz, es sangre que estamos impidiendo que llegue al recién nacido (Reina Caro et al.,2018). Dependiendo del momento en que es realizado este corte del cordón umbilical, se habla de pinzamiento precoz o tardío.

No existe consenso suficiente acerca de los posibles efectos beneficiosos o perjudiciales para el recién nacido a término, que puedan atribuirse al pinzamiento de cordón umbilical tardío.

La práctica del pinzamiento precoz del cordón por rutina y sin pensar en las posibles implicaciones comenzó con la hospitalización y medicalización de los partos, sin embargo, el pinzamiento tardío permite que continúe el flujo sanguíneo entre la madre y el bebé.

El momento más adecuado para pinzar el cordón umbilical suele ser objeto de debate. Existen diferentes definiciones y recomendaciones: Las recomendaciones de la OMS de 2014 promueven la importancia del pinzamiento tardío del cordón umbilical (1-3 min) o incluso el no pinzamiento para todos los partos, como primera medida para prevenir la anemia por déficit de hierro en niños de todo el mundo, y especialmente en los países en los que dicha anemia provoca un aumento de la mortalidad infantil, así como cambios en el desarrollo motor, cognitivo y conductual. La guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal publicada en 2010 por el Ministerio de Sanidad español, basándose en evidencia de buena calidad, recomienda el pinzamiento tardío del cordón en recién nacidos a término, al menos 2 minutos después del parto. La American Academy of Pediatrics en su guía más reciente sobre resucitación neonatal sugiere que con la evidencia actual, el pinzamiento debe retrasarse al menos 30-60 segundos. El Royal College of Obstetricians and Gynaecologists también recomienda aplazar el pinzamiento del cordón umbilical para bebés sanos y prematuros durante al menos 2 minutos después del nacimiento.

En modo general, y a pesar de la falta de consenso, se define como pinzamiento tardío aquel que es realizado a partir del primer minuto de vida, y pinzamiento precoz, al realizado en los primeros 60 segundos después del nacimiento.

2. OBJETIVOS

Describir los beneficios neonatales derivados del pinzamiento tardío del cordón umbilical, así como revisar la evidencia científica disponible para conocer dichos beneficios para el bebé a corto/medio plazo.

3. METODOLOGÍA

Fue formulada la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical en los recién nacidos a término?

Una vez formulada esta pregunta de investigación, fueron definidos los criterios de inclusión y exclusión, así como las palabras clave que fueron combinadas con el operador booleano AND y utilizadas para realizar la búsqueda en las bases de datos científicas escogidas: PubMed, Scielo, Embase y Dialnet.

Criterios de inclusión
- Artículos publicados entre 2017-2022 - Artículos en inglés y español - Artículos con texto completo - Artículos que hablan sobre el pinzamiento tardío en recién nacidos a término (37-42 semanas) por parto vaginal.

Criterios de exclusión
- Artículos anteriores al año 2017 - Artículos en otro idioma que no sea inglés y español - Artículos sin texto completo disponible - Artículos que hablan sobre el pinzamiento tardío en recién nacidos prematuros (antes de las 37 semanas) - Artículos que sean revisiones sistemáticas

Palabras clave
- Delayed cord clamping / pinzamiento tardío. - Umbilical cord / cordón umbilical. - Term infants / recién nacidos a término

Tras revisar los documentos obtenidos en esta fase de búsqueda, se seleccionaron los más apropiados para el interés de esta revisión, y cuyo proceso de selección se detalla en la siguiente tabla:

Base de datos	Palabras llave combinadas con el operador booleano	Artículos encontrados	Después de aplicar criterios de inclusión y exclusión	Artículos seleccionados
Scielo	pinzamiento tardío (AND) recién nacido termino	0	0	0
	pinzamiento tardío (AND) cordón umbilical	11	6	0
PubMed	delayed cord clamping (AND) umbilical cord (AND) term infant	300	29	2
Embase	delayed cord clamping (AND) umbilical cord (AND) term infant	76	19	4
Dialnet	pinzamiento tardío (AND) recién nacido termino	6	0	0
	pinzamiento tardío (AND) cordón umbilical	19	0	0
		412	54	6

4. RESULTADOS

Después del análisis y lectura de los artículos seleccionados, es posible confirmar los beneficios del pinzamiento tardío del cordón umbilical en términos de aumento de hemoglobina, hematocrito y ferritina. Ninguno de los 6 artículos encontró evidencia de que el pinzamiento tardío fuese perjudicial para el recién nacido a término, si bien es cierto que en los 6 artículos analizados hay diferentes criterios para definir el pinzamiento tardío y el pinzamiento precoz del cordón umbilical.

Según Mercer et al (2018), en su estudio realizado con 73 embarazadas a término en los Estados Unidos, los recién nacidos que fueron sometidos a pinzamiento tardío (> 5 min) tenían mayores niveles de ferritina a los 4 meses de edad en comparación con aquellos que fueron sometidos a pinzamiento precoz (< 20 seg) (96,4 vs 65,3 ng/dL), todo ello asociado con mayor mielinización cerebral. En conjunto, los resultados de este artículo sugieren un vínculo neurofisiológico directo entre el pinzamiento tardío y el desarrollo temprano de la mielina, así como que la dotación de células sanguíneas ricas en hierro facilitada por la transfusión placentaria se asocia con un aumento de las reservas de hierro y los niveles de ferritina en la sangre. A pesar de los resultados de mayores niveles de ferritina a los 4 meses en el grupo del pinzamiento tardío, Mercer et al no encontraron diferencias en los niveles de hemoglobina y hematocrito. Este hallazgo es consistente para los autores, que lo comparan con otros estudios en bebés nacidos a término, que sugieren que los niveles de hemoglobina y hematocrito no representan adecuadamente las reservas de hierro del bebé. Sin embargo, los niveles de ferritina no se evalúan de manera sistemática, si no que la mayoría de los profesionales valoran los niveles de hemoglobina y hematocrito para reflejar el estado del hierro.

En el meta-análisis publicado por Dang et al en el año 2020, fueron revisados 12 artículos en los que 993 bebés fueron sometidos a pinzamiento tardío, 989 a pinzamiento precoz, y valorados los niveles de hemoglobina (12 artículos), ferritina (10 artículos) y volumen corpuscular medio (5 artículos) entre los 2 y los 12 meses después del nacimiento, concluyendo que el pinzamiento tardío mejora los niveles de estos 3 parámetros en los lactantes. Los tiempos de pinzamiento difieren de un artículo a otro, siendo el tiempo mínimo de pinzamiento tardío de 60 segundos en todos ellos. Los resultados obtenidos muestran que el pinzamiento tardío podría aumentar el nivel de hemoglobina, volumen corpuscular medio y especialmente ferritina en comparación con el pinzamiento precoz. Este meta-análisis tiene algunas limitaciones: en primer lugar, el momento del pinzamiento del cordón varió desde 60 segundos hasta que la placenta era expulsada o el cordón dejaba de latir; y, en segundo lugar, que todos los artículos revisados tuvieron pérdidas durante el seguimiento.

A diferencia, el estudio de Shinohara et al, realizado en Japón en el año 2021 (al igual que Mercer et al en el 2018) concluyo que no encontraban diferencia en los niveles de hemoglobina a los 4 meses. Este estudio tenía como propósito principal evaluar los efectos del pinzamiento tardío en la incidencia de anemia en bebés japoneses de bajo riesgo nacidos a término, con lactancia materna exclusiva planificada hasta los 4 meses; y como propósito secundario evaluar si el pinzamiento tardío puede aumentar el riesgo de ictericia neonatal. El tiempo de pinzamiento tardío fue considerado a partir de los 60 segundos después del nacimiento, y el tiempo de pinzamiento precoz en los primeros 15 segundos. En cuanto a los niveles de hemoglobina a los 4 meses, apenas hubo diferencias significativas: fueron 12,4 g/dL en el grupo del pinzamiento tardío y 12,3 g/dL en el grupo del pinzamiento precoz. Si hubo diferencias entre ambos grupos en los niveles de hematocrito a los 3-5 días de vida de los bebés: 57.0% en el grupo de pinzamiento tardío vs 52.6% en el grupo de pinzamiento precoz; pero no en los niveles de bilirrubina sérica a los 3-5 días: 12.8 mg/dl en el grupo del pinzamiento tardío vs 12.2 mg/dl en el grupo del pinzamiento precoz. Por lo tanto, esto puede ser una indicación de los efectos positivos del pinzamiento tardío en términos de prevención de la anemia en el período neonatal.

X. Chen et al se propusieron evaluar en China, en el año 2017 cuál es el mejor momento para pinzar el cordón, evaluando el efecto y la seguridad de los diferentes tiempos de pinzamiento, para lo cual incluyeron a 720 mujeres asignadas aleatoriamente a 8 grupos para: pinzamiento inmediato del cordón en 15 seg, o pinzamiento tardío del cordón en 30, 60, 90, 120, 150 o 180 seg. El objetivo principal fueron los valores de hematocrito del recién nacido en sangre capilar, 24 h después del nacimiento. Los criterios de valoración secundarios fueron nivel de bilirrubina transcutánea neonatal a las 72 h de edad, y la morbilidad neonatal temprana (ictericia, necesidad de fototerapia). No hubo diferencias significativas entre el grupo de pinzamiento tardío a los 30 seg y el grupo de pinzamiento inmediato a los 15 seg. Los niveles de hematocrito neonatal a las 24 h, aumentaron gradualmente con el prolongamiento del tiempo del pinzamiento, lo que sugiere que cuanto más tiempo se demore el pinzamiento del cordón umbilical, mejor. Los valores de bilirrubina transcutánea neonatal a las 72 h de edad fueron similares entre los ocho grupos, sin diferencias significativas entre los grupos para el requisito de fototerapia.

En Nigeria, C.J. Ofojebe, G.U. Eleje, J.I. Ikechebelú et al (2021) concluyeron que el el pinzamiento tardío del cordón (> 60 seg) parece ser más beneficioso para los recién nacidos a término con respecto a la concentración de hemoglobina en comparación con el enfoque tradicional de pinzamiento precoz del cordón (< 15 seg). Para ello, midieron los niveles de hemoglobina y bilirrubina en el momento del nacimiento, y a las 48 h después del nacimiento, en 102 recién nacidos a término. A las 0 h del nacimiento, la concentración de hemoglobina del cordón umbilical y los valores totales de bilirrubina no fueron significativamente diferentes entre los dos grupos. A las 48 h del nacimiento, la concentración media

de hemoglobina fue significativamente mayor en el grupo del pinzamiento tardío que en el grupo de pinzamiento precoz ($16,51 \pm 1,71$ g/dl vs $15,16 \pm 2,27$ g/dl) pero la concentración de bilirrubina media total no fue significativamente diferente (3.88 ± 1.54 mg/dl vs 3.71 ± 1.20 mg/dl). Existe la creencia generalizada de que el pinzamiento tardío del cordón umbilical aumenta el riesgo de que un bebe sufra ictericia o policitemia, lo que ha dificultado la adopción de realizar esta técnica por rutina. Este estudio concretamente, no encontró diferencias en la incidencia de ictericia neonatal entre ambos grupos.

Por último, en Polonia, Seliga-Siwecka et al, decidieron evaluar en 2020 si la transfusión placentaria (pinzamiento tardío del cordón umbilical) aumenta el riesgo de hiperbilirrubinemia que requiere fototerapia en los recién nacidos a término. La frecuencia de los lactantes que necesitaron fototerapia en los grupos del pinzamiento tardío fue mayor que en el grupo del pinzamiento precoz. Sin embargo, debido al pequeño tamaño de la muestra, este estudio no fue concluyente.

5. DISCUSIÓN – CONCLUSIÓN

El cordón umbilical es una extensión del sistema circulatorio del bebé: intraútero, su circulación es extracorpórea. Por eso, podemos afirmar, que la sangre del cordón umbilical, es sangre del bebe. Cuando se realiza un pinzamiento precoz del cordón umbilical, le estamos quitando sangre al bebe. A día de hoy aún existe el debate entre los riesgos y los beneficios de realizar un pinzamiento tardío del cordón umbilical, a pesar de toda la evidencia disponible que existe al respecto.

Para comprender los beneficios del pinzamiento tardío, debemos conocer en que consiste la transfusión placentaria y como se produce: Es el paso de sangre que pasa de la placenta al neonato tras el nacimiento. El feto tiene aproximadamente un volumen sanguíneo de 70 ml/Kg y la placenta 45 ml/Kg de peso fetal. Si el cordón es pinzado de manera tardía, un volumen de aproximadamente unos 20-35 ml/Kg puede pasar al recién nacido: de este volumen el 80% pasa en el primer minuto, incrementando hasta en un 50% el volumen sanguíneo fetal (Reina Caro et al.,2015). Después de recibir solo el 8% del gasto cardíaco durante el embarazo, la circulación pulmonar debe aumentar al nacer al 40-55% del gasto cardíaco. Un cordón umbilical sin clampar permite al recién nacido equilibrar el volumen sanguíneo, los niveles de oxígeno y el pH a través del intercambio placentario. La cantidad de hierro proporcionada por las transfusiones placentarias es suficiente para un suministro de 3 a 8 meses para el bebe, siendo este hierro esencial para el desarrollo cognitivo y motor de los bebes. La gran cantidad de células madre representa un trasplante autólogo, que puede reducir la susceptibilidad del bebé a enfermedades neonatales y relacionadas con la edad (Andersson et al.,2021).

La ictericia y la policitemia son las 2 grandes justificaciones en contra del pinzamiento tardío. Según evidencia actual no hay diferencia en la incidencia de ictericia entre un pinzamiento y otro, ni en la necesidad de fototerapia.

El pinzamiento tardío del cordón umbilical es la práctica más recomendada según la evidencia científica disponible, ya que facilita la transfusión placentaria con sus respectivas ventajas ya comentadas anteriormente, facilitando la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina.

El pinzamiento tardío del cordón debería ser un procedimiento habitual en países en vías de desarrollo, ya que se reduce el riesgo de padecer anemia. De esta manera, al no disponer en estas zonas de todos los recursos necesarios para tratar una posible anemia, estaríamos aumentando la supervivencia de los recién nacidos, siendo el pinzamiento tardío una forma económica y segura de prevenir dicha anemia.

Como enfermeras que trabajamos con mujeres embarazadas, debemos ser capaces de no ignorar las evidencias científicas, y tener un papel proactivo para informar a las mujeres sobre los beneficios de dicha práctica y promover su realización en las salas de partos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 1- American College of Obstetricians and Gynecologists, & Committee on Obstetric Practice. (2020). Delayed umbilical cord clamping after birth: ACOG Committee opinion, number 814. *Obstetrics and gynecology*, 136(6), e100-e106. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000004167>
- 2- Andersson, O., & Mercer, J. S. (2021). Cord management of the term newborn. *Clinics in Perinatology*, 48(3), 447-470. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2021.05.002>
- 3- Ceriani Cernadas, J. M. (2017). Tiempo de clampeo del cordón umbilical en recién nacidos de término. *Archivos argentinos de pediatría*, 115(2), 188-194. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.188>
- 4- Chen, X., Li, X., Chang, Y., Li, W., & Cui, H. (2018). Effect and safety of timing of cord clamping on neonatal hematocrit values and clinical outcomes in term infants: a randomized controlled trial. *Journal of Perinatology*, 38(3), 251-257. <https://doi.org/10.1038/s41372-017-0001-y>
- 5- Escudero, L. C., Martínez, G., & Alvarez, T. M. (2016). Influencia del pinzamiento tardío del cordón umbilical en los valores de bilirrubina neonatal en

el recién nacido sano. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (112), 73-75. Disponible en <https://www.enfervalencia.org/ei/112/ENF-INTEG-112.pdf>

6- Fu, X., Dang, D., Li, S., Xu, Z., & Wu, H. (2020). Effect of delayed versus early cord clamping on improving anemia in term infants aged two months or older - A meta- analysis. *Indian Pediatrics*, 57(9), 815-819. <https://doi.org/10.1007/s13312-020-1960-1>

7- García, E. O., Sacristán, A. R., Rivas, A. G., & Pinillos, B. M. (2009). Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. *Matronas prof*, 10(2), 25-8. Disponible en <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol10n2pag25-28.pdf>

8- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal. (2010). Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Partto_Normal_Osteba_compl.pdf

9- Leslie, M. S., Erickson-Owens, D., & Park, J. (2020). Umbilical Cord Practices of Members of the American College of Nurse-Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65(4), 520-528. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13071>

10- Mercer, J. S., Erickson-Owens, D. A., Deoni, S. C., Dean, D. C., Collins, J., Parker, A. B., Wang, M., Joelson, S., Mercer, E. N., & Padbury, J. F. (2018). Effects of delayed cord clamping on 4-month ferritin levels, brain myelin content, and neurodevelopment: a randomized controlled trial. *The Journal of pediatrics*, 203, 266-272. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.06.006>

CAPÍTULO 49

PREPARACIÓN DEL PACIENTE QUIRÚRGICO. ENFOQUE DESDE ENFERMERÍA

Fermina González Camín, María Santana Vaquero, Lorena Fernández Vaquero

Introducción

Ante una intervención quirúrgica, es crucial la preparación para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente. Desde la perspectiva de la Enfermería, este artículo explora la importancia de dicha preparación, identifica los pasos clave en el proceso y resalta la relevancia de una atención integral y personalizada.

En el cuidado del paciente hospitalizado que requiere una intervención quirúrgica, la preparación es una fase esencial que implica una serie de medidas y actividades destinadas a optimizar las condiciones físicas y emocionales del paciente, así como a reducir los riesgos asociados a la cirugía. La Enfermería desempeña un papel fundamental en esta etapa del proceso quirúrgico, proporcionando cuidados holísticos y personalizados que garantizan una preparación efectiva y segura.

Objetivos

Estableciendo las claves adecuadas en este paso del proceso quirúrgico, se intenta proporcionar información y orientación sobre los procedimientos y protocolos necesarios para preparar adecuadamente a los pacientes antes de una cirugía, buscando educar a los profesionales de Enfermería sobre los pasos a seguir para garantizar la seguridad del paciente y mejorar los resultados quirúrgicos. En resumen, el objetivo principal es promover buenas prácticas y conocimientos actualizados en la preparación quirúrgica para brindar atención de calidad.

Metodología

Lo expuesto a continuación ha sido el resultado conjunto de la revisión de publicaciones, el estudio observacional y la recopilación de datos, unido a la práctica profesional. Para ello, se utilizaron medios al alcance como bases de datos que recopilan investigaciones en ciencias de la salud, artículos referentes, tesis, documentos técnicos, revistas, etc... (PubMed, Cochrane Library, IBECS, Enfispo, etc...).

Desarrollo

Pasos clave en la preparación quirúrgica:

Evaluación preoperatoria: La enfermera realiza una evaluación exhaustiva del estado de salud del paciente, recopilando información relevante que permite identificar condiciones de riesgo y personalizar la preparación quirúrgica.

La evaluación de Enfermería en esta fase se realiza para recopilar información relevante sobre el paciente y garantizar su seguridad durante el procedimiento quirúrgico. Algunos aspectos clave que se evalúan durante esta fase incluyen:

1. **Historia clínica:** Se revisa la historia médica del paciente, incluyendo antecedentes médicos, quirúrgicos y alergias. También se indaga sobre el uso de medicamentos, incluyendo dosis, frecuencia y posibles interacciones.
2. **Examen físico:** Se realiza un examen físico completo para evaluar el estado general del paciente y detectar cualquier condición médica que pueda afectar la cirugía.
3. **Valoración de sistemas:** Se evalúa el funcionamiento de los diferentes sistemas del cuerpo, como el cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, renal y neurológico. Esto se hace para identificar cualquier alteración que pueda influir en la cirugía.
4. **Análisis de laboratorio y pruebas diagnósticas:** Se revisan los resultados de pruebas de laboratorio y otros estudios diagnósticos, como radiografías o electrocardiogramas, para identificar posibles desviaciones o anomalías.
5. **Evaluación psicosocial:** Se evalúa el estado emocional del paciente y su capacidad para afrontar la cirugía. Se exploran también aspectos sociales, como el apoyo familiar y las circunstancias que rodean al paciente.
6. **Preparación preoperatoria:** Se asegura de que el paciente cumpla con los requisitos previos a la cirugía, como estar en ayunas, haber suspendido ciertos medicamentos o haber completado preparaciones especiales, como enemas.

Educación del paciente: La enfermera proporciona información clara y comprensible al paciente sobre el procedimiento quirúrgico, los cuidados postoperatorios, los riesgos y beneficios asociados, así como las expectativas durante su estancia en el hospital. Esto ayuda a reducir la ansiedad y promueve la participación activa del paciente en su propio cuidado.

El papel de Enfermería en esta fase es fundamental para preparar al paciente de manera adecuada, aumentar su comprensión sobre el procedimiento quirúrgico y promover su participación activa en el cuidado de su salud. Algunos aspectos clave de la educación preoperatoria incluyen:

1. Explicación del procedimiento: La enfermera debe proporcionar información detallada sobre el procedimiento quirúrgico, incluyendo su propósito, los pasos involucrados y los posibles riesgos y beneficios. Esto ayuda al paciente a comprender qué esperar y a reducir la ansiedad.
2. Preparación preoperatoria: Se debe instruir al paciente sobre las medidas específicas que debe seguir antes de la cirugía, como el ayuno previo, la suspensión de medicamentos según indicaciones médicas, la limpieza y preparación de la piel, entre otros.
3. Información sobre el proceso de recuperación: Se debe explicar al paciente qué esperar después de la cirugía, incluyendo el período de recuperación, el manejo del dolor, la movilización, las restricciones dietéticas y las citas de seguimiento. Esto ayuda al paciente a prepararse física y emocionalmente para la etapa postoperatoria.
4. Instrucciones sobre cuidados postoperatorios: La enfermera debe enseñar al paciente y a su familia los cuidados específicos que serán necesarios después de la cirugía, como el cambio de vendajes, la administración de medicamentos, la prevención de infecciones y la promoción de una buena cicatrización.
5. Manejo del dolor: Se deben proporcionar estrategias y técnicas de manejo del dolor al paciente, explicando las opciones disponibles, como analgésicos, terapias físicas y relajación, así como los posibles efectos secundarios.
6. Instrucciones de seguimiento: La enfermera debe informar al paciente sobre las citas de seguimiento y cualquier cuidado adicional que pueda ser necesario después de la cirugía, como terapia física o rehabilitación.

Preparación física: La enfermera colabora en la preparación física del paciente, asegurando la administración adecuada de medicamentos preoperatorios, realizando procedimientos de limpieza y aseo, y coordinando los ayunos necesarios antes de la cirugía. Además, se asegura de que se sigan las indicaciones específicas del cirujano en cuanto a la preparación del sitio quirúrgico.

La preparación física del paciente por parte de Enfermería en la fase preoperatoria del proceso quirúrgico implica una serie de medidas y cuidados

para optimizar la condición física del paciente antes de la cirugía. Algunas acciones comunes en la preparación física incluyen:

1. **Ayuno:** Se indica al paciente un período de ayuno adecuado antes de la cirugía, generalmente de al menos 6 horas para alimentos sólidos y 2 horas para líquidos claros. Esto ayuda a reducir el riesgo de aspiración durante la anestesia.
2. **Medicamentos:** Se revisa la lista de medicamentos del paciente y se toman decisiones en conjunto con el médico respecto a aquellos que deben suspenderse antes de la cirugía. También se instruye al paciente sobre qué medicamentos tomar y cuáles evitar en las horas previas al procedimiento.
3. **Higiene:** Se indica al paciente que realice una limpieza corporal adecuada antes de la cirugía, que puede incluir la ducha con un jabón antiséptico especial. También se pueden indicar instrucciones específicas para la limpieza de zonas específicas, como la boca o el área quirúrgica.
4. **Eliminación intestinal:** En algunos casos, se pueden indicar enemas o laxantes para limpiar el intestino antes de la cirugía, especialmente en procedimientos abdominales. Esto ayuda a reducir el riesgo de contaminación bacteriana durante la intervención.
5. **Control de infecciones:** Se instruye al paciente sobre medidas de higiene, como el lavado de manos regular, para reducir el riesgo de infecciones. También se pueden tomar muestras para cultivos microbiológicos antes de la cirugía, según sea necesario.
6. **Movilización:** Se alienta al paciente a mantener una actividad física adecuada antes de la cirugía, dentro de sus capacidades. Esto ayuda a mejorar la circulación sanguínea, fortalecer los músculos y favorecer una recuperación más rápida.

Apoyo emocional: La enfermera ofrece apoyo emocional al paciente y a su familia, brindando un ambiente de calma y confianza. Esto implica escuchar y abordar sus preocupaciones, proporcionar información y ofrecer estrategias para manejar el estrés preoperatorio.

El apoyo emocional al paciente en la preparación quirúrgica por parte de Enfermería es fundamental para ayudar al paciente a lidiar con la ansiedad, el miedo y otras emociones relacionadas con la cirugía. Algunas formas de brindar apoyo emocional incluyen:

1. Escucha activa: Los enfermeros deben estar disponibles para escuchar las preocupaciones, temores y preguntas del paciente. Esto ayuda a crear un ambiente de confianza y empatía, permitiendo al paciente expresar sus emociones libremente.
2. Información clara y comprensible: Los enfermeros deben proporcionar información clara y precisa sobre el procedimiento quirúrgico, los posibles riesgos y beneficios, así como los cuidados postoperatorios. Esto ayuda a disminuir la ansiedad del paciente al brindarle conocimientos y comprensión sobre lo que está por venir.
3. Validación de emociones: Es importante que los enfermeros validen las emociones del paciente, reconociendo que es normal tener miedo, ansiedad o preocupación antes de una cirugía. Esto ayuda al paciente a sentirse comprendido y apoyado.
4. Estrategias de relajación: Los enfermeros pueden enseñar al paciente técnicas de relajación, como la respiración profunda, la visualización o la relajación muscular progresiva. Estas técnicas ayudan a reducir el estrés y la ansiedad antes de la cirugía.
5. Apoyo familiar: Los enfermeros pueden involucrar a los familiares del paciente y brindarles apoyo emocional también. Esto puede incluir explicarles el proceso quirúrgico, responder sus preguntas y proporcionarles recursos para apoyar al paciente durante el procedimiento y la recuperación.
6. Comunicación constante: Los enfermeros deben mantener una comunicación constante con el paciente antes de la cirugía, asegurándose de que se sienta informado y respaldado. Esto puede incluir realizar visitas preoperatorias, responder llamadas o mensajes, y estar disponible para cualquier inquietud o pregunta adicional.

Conclusiones

Una adecuada preparación quirúrgica tiene múltiples beneficios para el paciente. Permite identificar y abordar condiciones preexistentes que puedan aumentar el riesgo quirúrgico, y ayuda a establecer una relación de confianza entre el paciente y el equipo de atención médica, lo que contribuye a reducir la ansiedad y el estrés preoperatorio. Por otro lado, y no por ello menos importante, la Enfermería facilita la coordinación interdisciplinaria entre los diferentes profesionales de la salud involucrados en el proceso quirúrgico, lo que mejora la calidad y seguridad de la atención.

La evaluación preoperatoria de Enfermería es esencial para identificar cualquier riesgo o necesidad especial del paciente, lo que permite al equipo de atención médica tomar las medidas adecuadas para garantizar una cirugía segura y exitosa.

Es esencial que la educación del paciente sea adaptada a sus necesidades individuales y se brinde en un lenguaje claro y comprensible. Esto fomenta la participación activa del paciente en su propio cuidado y mejora los resultados de la cirugía.

Es importante destacar que la preparación física del paciente varía según el tipo de cirugía y las características individuales del paciente. Por lo tanto, las acciones específicas pueden variar y deben ser determinadas en consulta con el equipo médico y de Enfermería.

El apoyo emocional por parte de los enfermeros es crucial para brindar tranquilidad y confort al paciente durante la preparación quirúrgica. Esto contribuye a una experiencia más positiva y puede tener un impacto favorable en los resultados y la recuperación del paciente.

Referencias bibliográficas relevantes

1. González-Chordá, V. M., & Parra-Prieto, H. P. (2020). Preparación preoperatoria: análisis de la evidencia. *Enfermería Clínica*, 30(2), 105-113.
2. Sánchez-García, I., Díaz-Herrera, M. Á., Navarro-Cuéllar, C., & Boix-Arpi, S. (2020). Preparación preoperatoria en el paciente adulto: revisión narrativa. *Enfermería Clínica*, 30(5), 371-379.
3. López-González, A., Requena-Mullor, M., & Rodríguez-Montoya, M. (2021). Atención enfermera en la preparación preoperatoria del paciente quirúrgico. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 75-79.
4. García-García, I., Sánchez-Padilla, E., Lluch-Canut, T., & Puig-Llobet, M. (2018). El rol de la enfermera en la preparación preoperatoria del paciente. *Revista de Enfermería Clínica*, 28(4), 226-234.
5. Cárdenas-Parra, M. M., Martínez-Medina, J. M., Vargas-Galindo, J. A., & Sánchez-Torres, Á. M. (2019). Intervención de Enfermería en el proceso de preparación preoperatoria en pacientes con cáncer de mama. *Revista Colombiana de Enfermería*, 14(1), 44-54."

6. Smetana, G. W. (2020). Preoperative Medical Evaluation of the Healthy Patient. *JAMA*, 324(2), 127-138.
7. Hughes, R. G., & Parker, M. E. (Eds.). (2018). Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses (Vol. 3). Agency for Healthcare Research and Quality.
8. Mitchell, M. L., & Henderson, A. (2018). Clinical reasoning in nursing. Elsevier Australia.
9. Pagani, L., Tacchi, E. M., & Lombardo, L. (2020). Perioperative Nursing: An Updated Overview. *Advances in Surgical Technology*, 2, 1-7.
10. Pitter, F. T., & Roeder, N. (Eds.). (2021). Perioperative Nursing Care. Springer.
11. Porreca, A. (2020). The Preoperative Assessment: Reviewing and Applying the Evidence. *AORN Journal*, 112(2), 176-189.

CAPÍTULO 50

PARKINSON

Laudelina Castaño Corte

Laudelina Castaño Corte. Área de peluquería

1. **Introducción y objetivos.**

En el presente trabajo explicamos cómo ha de llevarse a cabo la tarea de rasurar la zona de la cabeza en el caso de una paciente con síntomas y signos eminentemente unilaterales de Parkinson que va a someterse a una cirugía. Por lo general, se rasura una pequeña parte del cabello de la cabeza.

- **Datos del caso:** Mujer de 40 años diagnosticada de Parkinson.
- **Breve descripción del puesto de trabajo:**

La paciente es una modista y la patología neurodegenerativa que afecta la motricidad y supone una influencia negativa sobre la capacidad de trabajar.

- **Tratamiento preoperatorio:**

Se realiza profilaxis con Cefazolina 2g iv, iniciada en el momento de entrada en quirófano, seguida de 3 dosis de 1g iv postimplantación. El procedimiento se practica bajo anestesia local realizando dos incisiones independientes en ambas regiones frontales, de forma semicircular, con un diámetro de 4,5 cm, con un agujero de trépano de 14 mm, que se sitúa a, aproximadamente 3 cm de la línea media y 2 cm anteriores a la sutura coronal.

Zona a rasurar.

Se rasura una pequeña parte del cabello de la cabeza, que se colocará en un marco especial mediante tornillos pequeños para mantenerla quieta durante el procedimiento.

2. Técnica.

Rasurado con tijeras y cuchilla desechable.

3. Materiales a utilizar.

Tijeras

Maquinilla eléctrica, si fuera necesario. Cuchilla desechable.

Guantes desechables Toallas.

4. Procedimiento.

La paciente no será rasurada en el quirófano sino en la cama del hospital en la que se encuentre o en una camilla si el hospital cuenta con una sala destinada a tal efecto.

El rasurado se hará lo más próximo posible en el tiempo al momento de la intervención y limitándose lo más posible a la zona de incisión, siendo a primera hora de la mañana si se va a operar en el turno de la mañana y en la franja horaria de las 11:30h hasta las 15h si se va a operar en el turno de la tarde.

Se comenzará cortando el pelo con tijera hasta que su extensión permita el uso de maquinilla eléctrica y posteriormente cuchilla para apurar lo más posible el rasurado.

La persona encargada del rasurado comienza con un lavado higiénico de manos. Utilizar guantes desechables.

Es necesario explicar a la paciente el procedimiento que se va a seguir. La paciente debe sentarse en una silla.

Colocar una toalla para que el pelo cortado quede atrapado en ella y facilitar la retirada de éste.

Cuan comience el uso de la cuchilla se empezará desde la zona de la incisión hacia la periferia, intentando evitar erosiones. Lavar y aclarar la cuchilla cada vez

que se desprenda pelo para que cada pasada sea limpia.

Aclarar la zona rasurada y secarla eliminando la pelusa que haya quedado adherida. Retirar todo el material utilizado y desechar aquél que sea de un solo uso.

Tras la finalización del rasurado, la paciente debe recibir un baño o lavado de cabeza con jabón antiséptico.

Se anotará la hora del baño y el nombre del producto antiséptico utilizado. Esta práctica tiene como finalidad saber qué producto ha sido utilizado en caso de que la paciente sufra una reacción cutánea.

Es muy importante secar bien a la paciente mediante toques suaves en la piel para que ésta no se irrite ni se lesione.

Es necesario prestar especial atención a las zonas donde hay pliegues en la piel para eliminar bien el agua que se queda escondido. El agua no debe secar por sí sola porque provocaría que la piel se reseque y se cuartee, provocando pequeñas heridas por las que se pueden introducir bacterias al cuerpo.

Observar bien la piel para detectar posibles heridas o cortes.

5. Conclusiones finales

En esta ocasión, la paciente se encuentra sentada. La paciente no puede ver a la persona que la está rasurando. Por una parte, es una postura habitual que ayuda a la relajación de la paciente, pero por otra es normal que la paciente se inquiete por su aspecto físico, por lo tanto, el profesional del rasurado debe mantener una actitud de cercanía, pues la falta de cabello en una mujer hace que ésta se sienta extraña

6. Palabras clave.

Rasurado, cabeza, Parkinson, postura sentada, confianza, precisión

7. Bibliografía.

-Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Eliminación preoperatoria de vello para reducir la infección del área quirúrgica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

-Guía de Práctica Clínica para la Seguridad del Paciente Quirúrgico. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010.

- DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 -. Record No. T129892, Laceration Management; [updated 2018 Dec 03, consultado el 4 de septiembre 2020]. Available from <https://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T129892>. Registration and login required.

CAPÍTULO 51

VASECTOMÍA. EXPLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RASURADO PREOPERATORIO EN HOMBRES PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA.

Laudelina Castaño Corte

Laudelina Castaño Corte. Área de peluquería

1. **Introducción y objetivos.**

En el presente trabajo explicamos cómo ha de llevarse a cabo la tarea de rasurar la zona del pene y los testículos de un varón que va a someterse a una vasectomía.

○ **Datos del caso:**

Varón de 38 años que opta a este método de control de la natalidad masculino permanente para no tener más hijos en el futuro.

○ **Tratamiento preoperatorio:**

El paciente se encuentra en tratamiento con fármacos que pueden alterar la coagulación sanguínea (anticoagulantes y antiagregantes). Se le recomendó suspenderlo unos días antes, sustituirlo por otro o disminuir la dosis.

○ **Características de la zona a rasurar:**

Se trata de una piel muy sensible, llena de capilares y terminaciones nerviosas y, por tanto, muy fácil de que a la mínima se produzca un corte.

Zona a rasurar.

Se rasura la base del pene y los testículos por delante.

2. Técnica.

Rasurado con cuchilla desechable.

3. Materiales a utilizar.

Cuchilla desechable.

Guantes desechables

Palangana con agua jabonosa. Palangana con agua tibia.

Esponja.

Empapador.

Toallas.

Tijeras

Cuando el rasurado se realiza con crema depilatoria, han de seguirse las recomendaciones indicadas por el fabricante del producto (áreas de aplicación, tiempo de actuación, pruebas de sensibilidad, etc.).

4. Procedimiento.

El paciente no será rasurado en el quirófano sino en la cama del hospital en la que se encuentre o en una camilla si el hospital cuenta con una sala destinada a tal efecto.

El momento de rasurar estará próximo a la hora de la intervención quirúrgica. La persona encargada del rasurado comienza con un lavado higiénico de manos. Utilizar guantes desechables.

Es necesario explicar al paciente el procedimiento que se va a seguir. El paciente debe echarse boca arriba.

Colocar un empapador entre el paciente y la cama para no mojar sábanas y demás ropa de cama.

Al igual que ocurre con el afeitado de la barba, tendremos que empezar con unos preliminares antes de comenzar con la cuchilla desechable. Con un par de tijeras afiladas y usando una mano firme, se cortarán los pelos en exceso hasta llegar a un punto de partida viable. Simplemente se quita pelo suficiente como para que no obstruya la cuchilla desechable.

Se deber tirar del escroto hacia arriba y empezar a deslizar la cuchilla por los testículos con golpes cortos y suaves para evitar cortes y mantener la piel apretada y tirante.

Lavar y aclarar la cuchilla cada vez que se desprenda vello para que cada pasada sea limpia.

Aclarar la zona rasurada y secarla eliminando el vello que haya quedado adherido. Retirar todo el material utilizado y desechar aquél que sea de un solo uso.

Tras la finalización del rasurado, el paciente debe recibir un baño con jabón antiséptico.

Se anotará la hora del baño y el nombre del producto antiséptico utilizado. Esta práctica tiene como finalidad saber qué producto ha sido utilizado en caso de que el paciente sufra una reacción cutánea.

Es muy importante secar bien al paciente mediante toques suaves en la piel para que ésta no se irrite ni se lesione.

Es necesario prestar especial atención a las zonas donde hay pliegues en la piel para eliminar bien el agua que se queda escondido. El agua no debe secar por sí sola porque provocaría que la piel se reseque y se cuartee, provocando pequeñas heridas por las que se pueden introducir bacterias al cuerpo.

Observar bien la piel para detectar posibles heridas o cortes.

Una vez que el paciente esté listo para la operación, hay que ayudarlo a que se acomode en su cama.

5. Conclusiones finales

Este rasurado se realiza en una zona muy sensible. Por un lado, la zona del pene y los testículos causan pudor en el paciente, por lo que la persona encargada del rasurado debe ser muy profesional tanto en la técnica empleada como en el trato con el paciente.

Es un requisito imprescindible respetar la intimidad del paciente.

Otra ventaja de minimizar el tiempo del rasurado es que la piel desnuda está menos tiempo expuesta a las bacterias del ambiente.

6. Palabras clave.

Rasurado, vasectomía, postura boca arriba, testículos, precisión

7. Bibliografía.

Tanner J, Woodings D, Moncaster K. Eliminación preoperatoria de vello para reducir la infección del área quirúrgica (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

CAPÍTULO 52

CURACIÓN POR SEGUNDA INTENCIÓN VS SUTURA SECUNDARIA EN LESIONES PERINEALES POR DEHISCENCIA DESPUÉS DEL PARTO

Rosalía Gómez García, Andrea López Nozal, Maryiya Bats Yatsynyak

Introducción

Más del 85% de las mujeres que tienen un parto vaginal sufren un desgarro perineal espontáneo o episiotomía, al menos un 70% de estas mujeres necesitarán sutura y hasta un 6% tendrán complicaciones en el puerperio inmediato por infección y dehiscencia del desgarro o episiotomía (1). La incidencia actualizada de dehiscencia de episiotomía o desgarros perineales en nuestro país es desconocida ya que no existe un sistema de recogida de datos nacional. Las lesiones perineales se clasifican por grados según las estructuras anatómicas que se vean afectadas (2):

1. Desgarros de primer grado: afectan a la piel y mucosa vaginal.
2. Desgarros de segundo grado: afectan a la musculatura excluyendo el esfínter anal.
3. Desgarros de tercer grado:
 - A. si menos del 50% del espesor del esfínter anal externo se ve afectado.
 - B. si la lesión afecta al 50% o más del espesor del esfínter anal externo.
 - C. la lesión afecta al esfínter anal externo y al esfínter anal interno.
4. Los desgarros de cuarto grado implican desgarro del esfínter anal y la mucosa rectal.

Sin embargo, en esa clasificación no se engloban otras lesiones que pueden ocurrir y afectar a los labios mayores o menores, la pared anterior de la vagina, desgarros alrededor de la uretra o el clítoris.

La dehiscencia de la sutura perineal tiene un gran impacto en la calidad de vida de la mujer empezando por la prolongación del ingreso hospitalario, mayor dolor, infección, sangrado, retención urinaria, problemas para defecar, prolapsos, dispareunia e incluso depresión posparto (1). El seguimiento de los

traumas perineales posparto es una parte fundamental del trabajo de la matrona de Atención Primaria (3), sin embargo el manejo y cuidado perineal en mujeres que presentar una dehiscencia de la sutura no está protocolarizado. No hay evidencia suficiente sobre los beneficios del manejo expectante en lugar de la sutura secundaria de la lesión que presenta dehiscencia.

Objetivos

Comparar los beneficios del manejo expectante o curación por segunda intención y la sutura secundaria en lesiones perineales que presentan dehiscencia.

Recopilar las curas más eficientes para la curación por segunda intención.

Identificar los factores de riesgo que aumentan la incidencia de dehiscencia.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de estudios que comparasen los resultados de una sutura secundaria en desgarros de segundo grado y episiotomías con el manejo expectante o curación por segunda intención. Para ello, se consultaron bases de datos especializadas en Ciencias de la Salud: Medline, Cochrane y SciELO; acotando la búsqueda a estudios publicados en los últimos 10 años en inglés y español.

Se seleccionaron un total de 6 artículos. Un estudio de control aleatorizado, una revisión sistemática que comparó la sutura secundaria y el manejo expectante, un estudio retrospectivo de casos y controles, un estudio de cohorte prospectivo y dos casos clínicos que documentaron el manejo expectante y los tratamientos aplicados para favorecer el cierre de la herida.

Desarrollo

Según la revisión sistemática de la Cochrane (6) en 2013 no encontraron suficientes pruebas para apoyar o desaconsejar la sutura secundaria para el tratamiento de las lesiones perineales por dehiscencia después del parto.

Además ninguno de los ensayos revisados incluía datos como: dolor durante el proceso de curación, satisfacción de la paciente con los resultados estéticos, lactancia materna exclusiva, ansiedad o depresión materna. En 2017 se publicó el estudio PREVIEW (4) que incluyó en el estudio algunos de los datos que mencionaba la Cochrane como importantes.

En el estudio de control PREVIEW se aleatorizaron 34 mujeres que presentaron dehiscencia de la sutura perineal en diez unidades de maternidad entre Julio de 2011 y Julio de 2013. Las intervenciones fueron sutura secundaria o manejo expectante. A las dos semanas de seguimiento, las mujeres que habían sido suturadas de nuevo presentaban mejores resultados que las de manejo expectante. Sin embargo, después de 6-8 semanas todas los traumas perineales habían curado a excepción de uno del grupo de sutura secundaria que tenía dos pequeñas dehiscencias de la piel y que terminó de curar a las 13 semanas. La satisfacción de las mujeres a las 3 semanas del tratamiento fue mayor en el grupo de sutura secundaria.

Respecto a los factores de riesgo que aumentan la posibilidad de sufrir una dehiscencia se encuentran: ser primípara, ausencia de partos vaginales, infección, periodo de expulsivo prolongado, parto instrumental y un mayor grado de trauma perineal se identificaron como factores de riesgo para dehiscencias en el posparto temprano (5,7).

Por último no se encontraron protocolos o guías sobre productos o tipos de curas para el manejo expectante. Sin embargo, se analizaron dos casos clínicos que usaron diferentes métodos y obtuvieron buenos resultados. El primero (8) es la experiencia de una matrona de Atención Primaria que describe un caso clínico de dehiscencia del tercio inferior de una episiotomía infectada que afectaba al plano muscular superficial. Junto con el tratamiento oral, se realizaron dos curas separadas 48 horas para limpiar la herida y cambiar la gasa lobulillada impregnada en antibiótico. Después se procedió a indicar a la paciente lavar 1 vez al día y curar con pomada de centella asiática y neomicina. Aproximadamente 20 días después, la episiotomía estaba completamente curada.

El segundo caso clínico describe la resolución de una dehiscencia de episiotomía que afectaba al plano muscular, sin infección aparente, usando plasma rico en plaquetas autólogo (9). Se administró una sola dosis del plasma rico en plaquetas inyectado en los límites de la herida y el lecho. Después se le dio el alta con antibiótico oral, curas diarias con miel estéril y analgesia. A los 22 días reportaron la curación completa de la dehiscencia.

Conclusiones

Actualmente la recomendación sigue siendo la conducta expectante ante una dehiscencia para que el cierre se produzca por segunda intención. Sin embargo, cuando la dehiscencia afecta al plano muscular no hay evidencia suficiente sobre la actitud a tomar y depende mayoritariamente en la preferencia del profesional sanitario. Algunos estudios consideran la reparación perineal secundaria como una posible alternativa de manejo basándose en la reducción del tiempo de curación. Aunque no es un problema común, las consecuencias en la calidad de vida de la mujer pueden tener un gran impacto negativo. Por eso urgen nuevos estudios con un buen diseño para definir el mejor tratamiento. Por otro lado, la ausencia de evidencia sobre curas para el manejo expectante podría acabar en diferentes resultados según la experiencia y conocimiento empírico del personal sanitario que atienda cada caso.

Bibliografía

1. Webb S, Sherburn M, Ismail KMK. Managing perineal trauma after childbirth. BMJ [Internet]. 2014 [citado el 20 de mayo de 2023];349(v25 27):g6829. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/349/bmj.g6829>
2. De ginecología y obstetricia SE. Lesiones Obstétricas del esfínter anal. Otros desgarros perineales. Guía de Asistencia Práctica [Internet]. Sego.es. 2019 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/10_Lesion_obstetrica_del_esfinter_anal._Otros_desgarros_perineales_2019.pdf
3. Ministerio de Sanidad SSEI. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio [Internet]. Gob.es. 2014 [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/GPC_de_embarazo_y_puerperio.pdf
4. Dudley L, Kettle C, Thomas PW, Ismail KMK. Perineal resuturing versus expectant management following vaginal delivery complicated by a dehiscence wound (PREVIEW): a pilot and feasibility randomised controlled trial. BMJ Open [Internet]. 2017 [citado el 20 de mayo de 2023];7(2):e012766. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28188151/>

5. Puissegur A, Accoceberry M, Rouzaire M, Pereira B, Herault M, Bruhat C, et al. Risk factors for perineal wound breakdown in early postpartum: A retrospective case-control study. *J Clin Med* [Internet]. 2023 [citado el 20 de mayo de 2023];12(8). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm12083036>
6. Dudley LM, Kettle C, Ismail KMK. Secondary suturing compared to non-suturing for broken down perineal wounds following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;(9):CD008977. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008977.pub2>
7. Gommesen D, Nohr EA, Drue HC, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019;300(1):67–77. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00404-019-05165-1>
8. Revista Matronas: Cuidados de una episiotomía compleja. Caso clínico [Internet]. *Enfermería21*. [citado el 20 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/175/cuidados-de-una-episiotomia-compleja-caso-clinico/>
9. Akhoundova F, Schumacher F, Léger M, Berndt S, Martinez de Tejada B, Abdulcadir J. Use of autologous platelet rich plasma (A-PRP) for postpartum perineal repair failure: A case report. *J Pers Med* [Internet]. 2022 [citado el 20 de mayo de 2023];12(11):1917. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36422093/>

CAPÍTULO 53

EL TRABAJO DE EQUIPO EN EL ENTORNO SANITARIO

María Balbina

María Balbina López. Celadora

INTRODUCCIÓN

En el siguiente capítulo vamos a enfocarnos en la importancia del trabajo en equipo en el entorno sanitario. En concreto vamos a desarrollar esta importancia en la categoría de celador.

Dado los distintos trabajos a realizar por parte de estos profesionales considerados no sanitarios este aspecto de equipo cobra aún mayor importancia.

Debemos de partir de la correcta definición de qué se entiende por un equipo de trabajo: un grupo de personas que se organiza para conseguir un objetivo común.

Como parte integrante de un equipo humano en el que todos realizan una labor de asistencia y cuidado del paciente se encuentra la figura del celador de planta, éste será la persona que conduzca al paciente a la misma ante un ingreso, también se encarga de diferentes tareas que explicaremos a continuación:

OBJETIVOS

Los objetivos principales son los siguientes:

- . Fomentar la coordinación y el trabajo en equipo entre celadores y el resto de personal del hospital en las situaciones que lo requieran.
- . Fomentar la comunicación.
- . Fomentar el buen ambiente laboral.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos, páginas web y bibliografía relacionada con el tema.

DESARROLLO

Un equipo de trabajo es un grupo de personas organizadas para lograr un objetivo común. Cada miembro del equipo aporta sus propios conocimientos, habilidades, destrezas para alcanzar una meta.

Cuando se trabaja en equipo se fusionan ideas, fuerzas, conocimientos y habilidades permitiendo que todos los esfuerzos sumen, disminuyendo la carga y estrés de trabajo para todos.

En el hospital la movilización y el traslado de pacientes es una de las principales funciones del celador aunque no la única; de ahí la importancia del trabajo en equipo es fundamental.

Como parte integrante de un equipo humano en el que todos realizan una labor de asistencia y cuidado del paciente se encuentra la figura del celador de planta, éste será la persona que conduzca al paciente a la misma ante un ingreso, también se encarga de diferentes tareas que explicaremos a continuación:

El celador en planta se encargará del trasladar al enfermo a la planta, acompañándolo a la habitación correspondiente y siempre acompañado del técnico en cuidados auxiliares de Enfermería. El celador forma parte del personal encargado del cuidado y bienestar de los pacientes y prestará su colaboración para el buen funcionamiento del área. A lo largo de su jornada laboral llevará a los pacientes a las pruebas complementarias que tengan que realizar (rx, endoscopias, pruebas de esfuerzo, espirometría, etc.). También colaboran en el aseo y cambio de ropa de cama de los pacientes así como cualquier otro imprevisto que pueda surgir.

A continuación pasamos a describir al celador en sus distintas áreas desarrollando las más destacadas en el hospital:

- **Celador en el servicio de urgencias:** En este servicio cumplirá funciones de vigilancia, traslado de camillas y sillas de ruedas, mantenimiento en general y recepción de pacientes. Es de suma importancia su capacidad para hablar con los pacientes y sus familiares.

Vigilarán las entradas al servicio de urgencias, no permitiendo el acceso a sus dependencias más que a las personas autorizadas para ello.

Ayudas al personal sanitario en las medidas iniciales del tratamiento de emergencias.

- **Celador de Quirófano:** Conducirá al enfermo al quirófano adecuado, según lo marque el parte de quirófano, comprobando en todo momento que la historia clínica del mismo sea correcta. Colaborar en la anestesia posicionando al enfermo de la forma adecuada que requiera la intervención y traerá al quirófano el aparataje que se requiera: aspiradores, aparatos de radioscopia etc. Conducirá al enfermo a la sala de reanimación o sala del despertar.

- **Celador de Uvi:** La unidad de vigilancia intensiva, es un servicio altamente especializado en la asistencia, vigilancia y control de pacientes en estado crítico. Por las características del servicio, el celador deberá estar muy bien preparado para realizar cambios posturales de los pacientes de manera adecuada ya que su movilidad no puede hacerse bruscamente. Los celadores trasladarán los apartos y el material necesario haciéndolo con cuidado.

Celador de farmacia, celador en el servicio de endoscopias, el de rehabilitación etc.

Como podemos ver existen muchas funciones dentro de la categoría del celador por lo que el trabajo en equipo cobra suma importancia en el día a día.

Entre las ventajas que podemos destacar con el trabajo en equipo en el entorno sanitario destaca el incremento en la calidad asistencial y en la satisfacción del personal que integra el grupo.

Las principales características de la forma de trabajo en equipo son las siguientes:

- Visión compartida de equipo.
- Clima de respeto y confianza mutua.
- Cuanto más pequeño es un equipo menores son los problemas a tratar y viceversa.
- Liderazgo y estructura.
- Habilidades de los miembros.

CONCLUSIONES

El celador por su categoría debe de realizar funciones que conllevan un notable esfuerzo físico y sobrecarga de trabajo donde pone en juego tanto su integridad física como la de los pacientes, por lo tanto es muy importante su mecánica corporal y el trabajo y la ayuda en equipo.

La coordinación y la colaboración entre las personas que trabajan en una misma empresa, organización y/o institución es vital para llegar a un mismo objetivo en común con éxito. Sin embargo, son muchos los equipos que no trabajan cohesionados porque las órdenes que se emiten y se reciben no están en absoluto alineadas, no son claras, generan confusiones y rivalizan entre ellas. Estos comportamientos anómalos tienen consecuencia directa: la desmotivación de los trabajadores y el mal clima laboral.

A todo esto hay que unir la presión laboral, las relaciones entre el personal y con los pacientes, la falta de personal, los turnos rotatorios y la carga de trabajo. De ahí que sea necesaria una buena coordinación y colaboración de los equipos directivos fomentando un buen trabajo en equipo, dotando al personal de las herramientas necesarias y estrategias para ello, fomentando la formación y actualización de conocimientos en habilidades sociales, estrategias de negociación y afrontamiento y resolución de problemas y conflictos, con el objetivo de ofrecer una mejor calidad asistencial.

BIBLIOGRAFÍA

- . <https://celadoresonline.blogspot.com>
- . <https://formaciónrecursoshumanos.com>
- . <https://auxiliar-enfermeria.com>

CAPÍTULO 54

IMPORTANCIA DE UNOS CORRECTOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL POSTOPERATORIO

Lorena Fernández Vaquero, Fermina González Camín, María Santana Vaquero

INTRODUCCIÓN

Cada día crece la importancia de la calidad de los cuidados en el ámbito de la Enfermería. Y de la necesidad de protocolos y especialización de estos. Nos vamos a centrar en un momento de vital importancia como es el postoperatorio por la complejidad de sus múltiples cuidados en un momento de tanta vulnerabilidad para el paciente, así como la necesidad de prevenir y detectar rápidamente las posibles complicaciones.

Llamamos postoperatorio a la etapa que transcurre desde el momento en que concluye la intervención quirúrgica hasta que el paciente se recupera por completo.

OBJETIVOS

Centrarnos en los conocimientos y las habilidades específicas más importantes para el cuidado eficiente del paciente sometido a cirugías. Que nos permita planificar y aplicar una correcta metodología del proceso de atención de Enfermería.

Aumentar la seguridad del paciente a través de una formación adecuada en las técnicas y tecnologías más modernas que garantice unos cuidados idóneos según las necesidades y características del paciente.

Poder identificar correctamente las posibles complicaciones, así como la mejor manera de prevenirlas.

Favorecer durante este proceso el bienestar tanto del paciente como de la familia.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión bibliográfica en internet de artículos y estudios publicados en bibliotecas/bases Medline, PubMed, Cochrane y SCIELO usando los descriptores; Postoperatorio, Protocolos de Enfermería y cuidado postoperatorios.

DESARROLLO

El periodo del posoperatorio abarca desde la finalización de la intervención quirúrgica hasta su recuperación y se divide en 3 etapas:

Postoperatorio inmediato:

Las primeras 24 horas después de la intervención quirúrgica o en el caso de pacientes graves, hasta que sus funciones vitales se normalicen. En este Postoperatorio inmediato se controlan los signos vitales; tensión arterial, pulso, respiración y permeabilidad de las vías aéreas para descartar cualquier tipo de obstrucción.

También se prestará especial atención a la aparición de hemorragia tanto interna como externa (que se evidencia en un aumento del sangrado a través de los drenajes o de la herida operatoria, o como hematemesis, enterorragia, hematuria) esta repercutirá tanto en la frecuencia cardiaca como en los valores tensionales.

Una vigilancia diurética estricta inicial permitirá obtener información adicional sobre el estado hemodinámico, hidratación y la posible presencia de un fallo renal agudo.

Postoperatorio mediato:

El posterior a esas 24 horas tras la intervención, o posterior a la recuperación de las funciones vitales del paciente y tiene una duración de semanas o meses, hasta la completa normalización de la integridad física y psicológica.

Se prestará especial atención al desequilibrio de líquidos y diuresis, control de la temperatura, a las alteraciones hidroelectrolíticas y al comienzo de la función intestinal.

Postoperatorio tardío:

Lo contabilizamos desde que el paciente se traslada a su domicilio con una duración menor de un mes. Las complicaciones que surgieran en este período de tiempo se relacionan con el procedimiento operatorio, por ese motivo se contabiliza dentro del postoperatorio.

En este período nos centraremos en el control de la evolución de la cicatrización, así como la evolución de la enfermedad primaria que ocasiona la intervención.

La duración es variable y viene determinada por el tipo de operación y por sus complicaciones, por ejemplo, la respuesta metabólica a un traumatismo quirúrgico de moderada magnitud (cirugía mayor abdominal, torácica, etc.) y no complicado, presenta variaciones individuales importantes.

Además de esta división temporal, vamos a resaltar la importancia de fijarse en estas 8 dimensiones para obtener un cuidado completo y de calidad.

Sistema neurológico:

Administrar el tratamiento medicamentoso según las indicaciones médicas y ejecutar los cuidados de acuerdo con el tipo de anestesia y cirugía realizadas.

Realizar una valoración del dolor empleando algún tipo de escala visual (EVA), puesto que el manejo del dolor influye de manera significativa en la recuperación del paciente, en el desarrollo de posibles complicaciones y en su satisfacción del servicio recibido.

La vigilancia del descanso y el sueño, sobretodo en la primera noche del postoperatorio, requiere especial atención, porque este puede afectar en la recuperación llegando a desencadenar un estado de ansiedad.

Sistema cardiovascular:

Obviamente, la toma de constantes vitales es de suma importancia en este momento. La administración de cuidados antitrombóticos según la prescripción médica, las medidas de termorregulación... todas estas medidas están dirigidas a prevenir complicaciones cardiovasculares tales como la hipotensión y choque, las hemorragias o las arritmias.

Sistema emocional:

Algo tan sencillo como presentarse siempre con su nombre completo y cargo, la amabilidad, unas orientaciones generales sobre los cuidados que se le van a realizar, todo este tipo de acciones humanizan la atención y favorecen la confianza, mejorando el estado emocional del paciente previniendo posibles complicaciones.

Un factor importante a tener en cuenta es el enfoque cultural, sus creencias o costumbres. Preguntar por sus dudas, preocupaciones e inquietudes ayudan a conseguir confortabilidad y bienestar, físico, espiritual, ambiental y social.

Sistema respiratorio:

Al finalizar la intervención los pacientes aún se encuentran bajo los efectos de la anestesia, lo que requiere una vigilancia exhaustiva tanto hemodinámica como pulmonar: comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, administrando oxigenoterapia, valorando la pulsioximetría, la frecuencia respiratoria y la profundidad de la respiración, así como sus ruidos respiratorios.

Sistema gastrointestinal:

Es muy importante la vigilancia de náuseas o vómitos, además de ir probando tolerancia a líquidos claros, puesto que es muy recomendable incorporar la ingesta oral-enteral lo antes posible.

También debemos valorar los signos de distensión abdominal y ruidos hidroaéreos, tanto para la verificación de un correcto funcionamiento, como para la detección de posibles hemorragias digestivas. Contabilizar y valorar el volumen del contenido gástrico si es necesario su vaciado, así como de drenajes, sondas y ostomías.

Sistema renal:

La valoración de los signos de deshidratación y la funcionalidad de la sonda vesical, además de volumen y características de la orina, la vigilancia de la aparición de edemas. Hay que prestar especial atención a las cirugías realizadas con anestesia epidural o raquídea puesto que se tarda en recuperar la sensación de la vejiga llena, siendo necesario palparla por si existiera distensión vesical y fuera necesaria la colocación de una sonda vesical.

Sistema musculoesquelético:

La disminución de la fuerza y de la estabilidad es algo importante a tener en cuenta para la prevención de las caídas, indicador de la calidad asistencial en los ambientes sanitarios.

Sistema tegumentario:

La integridad de la piel y el estado del apósito quirúrgico es muy importante para evitar complicaciones, también es importante vigilar las membranas mucosas, las zonas enrojecidas, controlar la temperatura y humedad de la piel. En estos momentos es muy importante la prevención de lesiones secundarias a la disminución de la movilidad.

CONCLUSIONES

Es fundamental que el personal de Enfermería sea capaz de prevenir y detectar complicaciones para poder actuar de forma inmediata sobre ellas, aumentando así la salud, disminuyendo la estancia hospitalaria y mejorando a su vez la calidad de los cuidados. Para ello tenemos los planes de cuidados estandarizados, que abarcan los ocho sistemas en los que debemos centrarnos y tener en cuenta, su conocimiento y su uso favorece el bienestar tanto del paciente como de la familia.

BIBLIOGRAFÍA

Plan de cuidados en el postoperatorio inmediato (juntadeandalucia.es)

Pérez A, Aragón M, Torres L. Dolor postoperatorio: ¿hacia dónde vamos? Rev Soc Esp Dolor. 2017

Alves M, Ferreira F, de Oliveira A, Andrade C, Freire J. Cuidados de Enfermería en el postoperatorio inmediato: estudio transversal. Online Brazilian J Nurs. 2015

Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K, editores. Brunner y Suddarth Enfermería medicoquirúrgica. Volumen 1. 12ª edición. Filadelfia: Walters Kluwer Health; 2018

CAPÍTULO 55

CÉLULAS MADRE

Rocío Fernández

LAS CÉLULAS MADRE

Las células madre son células que pueden reconstruirse y ocasionan inmensas variedades de células especializadas con función propia. También son capaces de sustituir células muertas. Pueden encontrarse en tejidos como la médula ósea, la médula espinal, el cerebro, etc. Antes de alcanzar la denominación de célula adulta reciben el nombre de células progenitoras.

Se pueden clasificar según el tejido de procedencia (células madre embrionarias, células madre somáticas y células madre germinales) y el potencial de diferenciación (células madre totipotentes, pluripotentes y multipotentes).

Se cree que el origen de las células madre en el tejido adulto podría estar en células fetales que escaparon de la diferenciación.

La propagación del mantenimiento de estas células debe realizarse con sumo cuidado para evitar su diferenciación, utilizando un microambiente de cultivo con las condiciones pertinentes.

En un principio se determinó que para el cultivo de células madre era necesario sustratos de fibroblastos embrionarios de ratón. Aunque esto podría transmitir virus animales a los humanos. Por ello, se está intentando prescindir de estos sustratos y se ha conseguido cultivarlas en una matriz de laminina.

Una vez se consigue hacer aumentar las células madre lo necesario hay que provocar la diferenciación empleando factores de crecimiento y técnicas que permiten combinar varios tipos de células in vitro.

Para conocer mejor estas células es necesario conocer sus características, así como los marcadores que nos faciliten su localización. Los marcadores son receptores de membrana y son proteínas capaces de unirse a otras moléculas específicas. Cada tipo celular posee receptores específicos, lo que permite su distinción. Los marcadores son especialmente útiles también para determinar lo puras que son las células, así como la fase de diferenciación en la que se encuentran y su fenotipo.

Hay varios métodos para seleccionar las células, siendo el más conocido la técnica FACTS, en la que se utiliza un citómetro para que las células marcadas pasen por un capilar de una en una. Luego, se hace incidir una luz sobre este. Las células unidas al citocromo se cargan negativamente, mientras que el resto queda con carga positiva, lo que permite separarlas.

LOS CULTIVOS CELULARES

Los cultivos celulares son el proceso en el que las células pueden cultivarse a partir de la extracción de células que crecerán y se reproducirán en unas condiciones controladas, es decir, in vitro. Aunque es más común en células eucariotas es útil también para las procariotas sobre todo el cultivo de células animales.

Podemos hablar de **cultivo anéxico** cuando este presenta una sola especie microbiana; y de los **cultivos mixtos**, que presentan varias.

La finalidad de los cultivos celulares es preservar las células in vitro, de manera que se mantengan lo máximo posible sus propiedades fisiológicas, genéticas y bioquímicas para poder estudiar el funcionamiento de la célula y todo lo relacionado con ella.

En líneas generales, los estudios celulares realizados a base de la utilización de cultivos permiten centrarse en los siguientes aspectos como la actividad intracelular, las interacciones celulares o el flujo de moléculas en el interior de la célula entre otros.

Por lo tanto, el desarrollo cultivos celulares es la base para obtener los conocimientos utilizados posteriormente por la investigación aplicada en diversas áreas. Algunos ejemplos de ellas son la biotecnología, la inmunología, la farmacología o la ingeniería de tejidos.

La principal ventaja de las técnicas de cultivo celular es el mantenimiento de las condiciones fisicoquímicas y fisiológicas controladas, necesaria para que la célula se conserve en perfecto estado para su estudio.

Sin embargo, pueden presentarse diversos inconvenientes de carácter técnico y biológico pues dicho trabajo requiere de mucha experiencia y rigurosidad. Además, el coste del material y el equipo a utilizar en función del tipo celular a cultivar es elevado.

EL FRACCIONAMIENTO CELULAR

En cuanto al fraccionamiento celular es un conjunto seriado y sucesivo de técnicas mediante las que se consigue separar por su tamaño, por su densidad o por su carga los componentes celulares para poder así trabajar con ellos.

La etapa primera consiste en un conjunto de técnicas para conseguir la descomposición de las células. Esta descomposición de las células puede llevarse a cabo por rotura mecánica y rotura química entre otras. En la segunda etapa la muestra se coloca en un tubo sobre una solución de gradiente continuo de sacarosa o de cloruro de cesio, que estabiliza las bandas de sedimentación y con la intervención de la ultracentrífuga se somete a distintas velocidades y tiempos consiguiendo así que los distintos componentes y estructuras celulares sedimenten en función de su peso y su tamaño. Esta máquina somete a los preparados celulares a fuerzas centrifugas miles, decenas de miles o cientos de miles de veces superiores a la fuerza de gravedad. Las centrifugas según a la velocidad a la que operan pueden ser de baja velocidad (utilizadas en los principales procesos de muestras biológicas para separar células) las centrifugas de alta velocidad (eficaces en la separación de fracciones celulares, que suelen presentar sistemas para el control de la temperatura). Gracias al desarrollo de la ultracentrífuga por Svedberg muchos investigadores descubrieron que las proteínas no debían seguir siendo consideradas coloides liofílicos asociados a patologías, sino sustancias tremendamente interesantes e importantes que merecía la pena estudiar. Estaban dándose los primeros pasos en la nueva ciencia de la Biología Molecular.

En la tercera etapa se hace una separación todavía más selectiva de las moléculas que se van obteniendo bandeadas empleando diversas técnicas de cromatografía en columna, de precipitación por salado o por diálisis que se consigue un fraccionamiento mucho más específico.

A modo de información adicional a la técnica de la ultracentrífuga por Svedberg se le puso ese nombre en homenaje al químico sueco Theodor Svedberg (nació el 30 de agosto de 1884 en Valbo y fallecido el 25 de febrero de 1971). Químico sueco, profesor de química y física en la Universidad de Uppsala y catedrático de la Universidad de Wisconsin, galardonado con el Premio Nobel de Química en 1926 reconociendo sus descubrimientos en el campo de los medios en dispersión.

CAPÍTULO 56

CÓMO ACTUAR ANTE UNA POSIBLE PARADA CARDIORRESPIRATORIA: LA CADENA DE SUPERVIVENCIA

Juan Carlos Corral Muga, Alonso Corral Muñoz, Ana María Muñoz Mallada

Juan Carlos Corral Muga, ayudante de servicio – lavandero - planchador

Alonso Corral Muñoz, ayudante de servicio - lavandero

Ana María Muñoz Mallada, auxiliar administrativo

INTRODUCCIÓN

Ante la presencia de una posible **parada cardiorrespiratoria (PCR)** la forma más eficiente de actuación es poner en funcionamiento la denominada **cadena de supervivencia**, que se define como: una secuencia de acciones que debe llevarse a cabo en un orden preciso y con la mayor prontitud posible. Tras una correcta actuación en todas sus fases, se ha podido constatar un importante descenso, no solo en los niveles de mortalidad sino también sobre las posibles secuelas que se derivan de una **parada cardiorrespiratoria**.

OBJETIVO

Desarrollo de los 4 eslabones que conforman la **cadena de supervivencia**.

METODOLOGÍA

Una situación de **PCR** puede suceder en cualquier momento y lugar, mientras realizamos deporte, en nuestro hogar, en nuestro puesto de trabajo... por ello es fundamental que desde las administraciones públicas se lleven a cabo campañas de concienciación y difusión para que el conocimiento de su técnica esté generalizado entre toda la población, no debemos olvidar que la gran mayoría de las actuaciones por **PCR** van a ser llevadas a cabo por espectadores o primeros

intervinientes y que la rapidez y la eficiencia son los factores que determinarán el éxito y por tanto marcarán la diferencia entre salvar o no la vida de una persona. Otro factor importante que debemos destacar es que su técnica no es compleja no siendo necesaria una formación especializada sino que simplemente deben conocerse sus fases y el procedimiento que se debe seguir en cada una de ellas.

Estos son los 4 eslabones imaginarios que conforman la **cadena de supervivencia**:

1. Activar con celeridad los servicios de emergencia
2. Maniobras de Reanimación cardiopulmonar básica
3. Desfibrilación precoz
4. Soporte vital avanzado

1- ACTIVAR CON CELERIDAD LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

En el primer eslabón de la **cadena**, realizaremos dos acciones consecutivas:

- Evaluar la situación
- Llamar al servicio de emergencias 112

Existen una serie de signos premonitorios que evidencian que una persona puede sufrir de forma inminente una **parada cardiorrespiratoria**, dolor o presión en el pecho que se extiende hacia el brazo, falta de aire, pérdida del equilibrio...esta sintomatología nos predispone a llevar a cabo la segunda acción.

El número gratuito de emergencias **112** está instaurado en toda Europa y es válido tanto para activar los servicios de emergencia sanitarios como el resto de los servicios de emergencia: Guardia Civil, Bomberos... Una vez derivados a los servicios de emergencia sanitarios se pone en marcha un dispositivo de “triaje” que valora la situación proporcionando en consecuencia el soporte vital más adecuado a cada situación

2- MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA

La maniobra de **Reanimación Cardiopulmonar Básica** es una técnica de primeros auxilios que consiste en aplicar a la víctima una serie de compresiones torácicas y ventilaciones de rescate (insuflaciones) en una proporción de 30+2 con una cadencia de aproximadamente 100 compresiones por minuto, con el objetivo de intentar mantener sus funciones vitales con un mínimo aporte de circulación y oxigenación, para intentar minimizar, aunque de forma precaria, las consecuencias irreversibles que ocasiona una falta de oxigenación cerebral. Por este motivo y tras verificar que efectivamente nos encontramos ante una posible **PCR** (ausencia de consciencia y respiración) debemos proceder a iniciar lo antes posible las maniobras de **RCP** que debemos mantener hasta una posible recuperación de las funciones vitales de la víctima (en cuyo caso continuaremos en todo momento a su lado, observando que efectivamente estas se instauran de forma sostenida) o hasta la llegada de los servicios sanitarios de emergencia. Es interesante concluir que en una situación de emergencia pueden surgirnos determinadas dudas propias de la situación, por ello lo recomendable es mantener la calma y si no podemos verificar con certeza si la víctima mantiene o no su función respiratoria con normalidad debemos actuar siempre como si no hubiera respiración.

3- DESFIBRILACIÓN PRECOZ

Cuando una persona está en **PCR** no quiere decir que necesariamente su corazón este parado, de hecho en más del 80% de los casos lo que está sucediendo es una arritmia denominada fibrilación ventricular que no es otra cosa que una descoordinación del ritmo cardíaco, es en estos casos cuando decimos que el corazón está fibrilando y la única manera de revertir esta situación es mediante la administración de una descarga eléctrica proporcionada por un desfibrilador (DEA o DESA) que vuelva a restablecer el ritmo cardíaco. Si queremos tener unas buenas expectativas de éxito en la desfibrilación resulta de vital importancia que esta actuación se lleve a cabo durante los primeros minutos tras sufrir la **PCR**, por ello resulta imprescindible que exista una buena accesibilidad a estos dispositivos que suelen estar ubicados en lugares de gran afluencia de público, centros comerciales, aeropuertos... Existen dos tipos de dispositivos los DEA (Desfibrilador Externo Automático) y los DESA (Desfibrilador Externo Semiautomático), su forma de uso es sencilla, recuerda que nos encontramos en el tercer eslabón de la **cadena de supervivencia**, por tanto previamente habremos pedido ayuda al **112** e iniciado las maniobras de **RCP básica**, en el momento que dispongamos de un DEA o DESA detendremos las maniobras de

RCP (el menor tiempo posible), activaremos el botón de encendido y seguiremos las instrucciones. El dispositivo analizará el ritmo cardíaco a través de los electrodos (parches adhesivos) que previamente habremos colocado sobre el pecho descubierto de la víctima (según indicaciones de ubicación) y aconsejará o no la descarga eléctrica, en el caso de que utilicemos un DEA esta se producirá de forma automática si se trata de un DESA seremos nosotros los que previa recomendación deberemos activarla, es importante que mientras el dispositivo realiza el análisis del ritmo cardíaco y sobre todo en el momento de la descarga, no estemos en contacto con la víctima, continuaremos siguiendo las indicaciones hasta la llegada de los servicios sanitarios de emergencia (**SVA**) a los que proporcionaremos la máxima información posible sobre la intervención, tiempo en **PCR**, descargas efectuadas...

Según estudios realizados por el Consejo Español de Reanimación Cardiopulmonar (CERCP) cada minuto de demora en la desfibrilación se reduce la esperanza de vida un 10%, por tanto, matemáticamente hablando transcurridos 10 minutos las posibilidades de **supervivencia** son prácticamente inexistentes.

4- SOPORTE VITAL AVANZADO

Es el cuarto eslabón de la **cadena**, esencial y complementario de los tres anteriores y supone la estabilización de las constantes vitales de la víctima mediante las actuaciones que se requieran en cada caso sondajes, fijación de vías, administración de medicamentos... para posteriormente proceder a su traslado al centro sanitario de referencia. Además durante el tiempo que dura el traslado el paciente está en todo momento asistido por el equipo de profesionales que componen el **SVA**, y el vehículo asistencial en contacto directo con su centro de coordinación de urgencias. Es importante remarcar el aspecto de que solamente cuando se haya completado el proceso de estabilización se procederá al traslado del paciente, esta forma de actuación marca un cambio fundamental en el procedimiento, ahora el paciente llega con sus constantes vitales ya estabilizadas a su destino, este hecho va a ser de una importancia trascendental para mejorar las posibilidades de **supervivencia** del afectado.

CONCLUSIÓN

Según estudios realizados por el Registro Español de **Parada Cardíaca** Extrahospitalaria (OHSCAR) de media la llegada de los servicios de Emergencias sanitarios se estima en unos 12 minutos, por lo que si queremos que existan posibilidades razonables de **supervivencia**, se hace esencial haber iniciado las maniobras de Reanimación cardiopulmonar acompañadas de desfibrilación (segundo y tercer eslabones de la **cadena**). Según la Fundación Española del Corazón una actuación con **RCP** acompañada de desfibrilador realizada durante los 5 minutos siguientes a la **PCR** daría unas expectativas de vida cercanas al 90%. La **PCR** está considerada en Europa una de las principales causas de mortalidad y sólo en España se producen unas 3000 muertes anuales por esta causa.

“Enseñar algo de técnicas de Resucitación Cardiopulmonar a muchas personas, probablemente salve más vidas que la perfección de unos pocos”

Peter Safar

Bibliografía:

- ILCOR (Comité Internacional de Enlace sobre Reanimación)
- CERCP (Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar.
- Fundación Española del Corazón
- OHSCAR (Registro Español de Parada Cardíaca Extrahospitalaria)
- Wikipedia

CAPÍTULO 57

ESTRÉS RELACIONADO CON EQUIPOS QUE TIENEN MUCHAS AVERÍAS O CONTRATIEMPOS

Graciela Gonzalo Santos, María Teresa Palaciá Gonzalo, María Paz Menéndez García

Graciela Gonzalo Santos

María Teresa Palaciá Gonzalo

María Paz Menéndez García

Introducción

Desde la antigüedad, el hombre suele ayudarse de maquinaria y herramientas para llevar a cabo la realización de tareas, o mismamente en la vida cotidiana como cuando bien por accidente o por edad hay necesidad de utilizar bastones, muletas, etc...

A pesar de que su uso es imprescindible para prácticamente todos los trabajos, en la cocina hospitalaria, que es el área donde desarrollamos nuestra actividad, la maquinaria a veces se estropea o se deteriora, y es a ese punto a donde pretendemos llegar, a que pasa cuando un horno no funciona, a una manguera se le rompe la pistola que regula la salida de agua, se rompe un chino, y todas esas “casualidades” que muchas veces se producen debido al desgaste y al paso por muchas manos, algunas de ellas no demasiado cualificadas.

Por otra parte, ya que se va a hablar sobre el estrés, hay que hacer una breve descripción sobre ello. Tener estrés significa manifestar emociones negativas, que preparan nuestro cuerpo para la acción, su defensa y protección, ya que lo que percibe el cuerpo son señales de peligro y/o amenaza. El grado de estrés que padezca una persona depende de sus experiencias previas, además de otros factores.

En el presente capítulo, vamos a desarrollar como interaccionan el estrés y las averías en una cocina hospitalaria y porque parece que repercute más cada situación dependiendo de la categoría a la que pertenezcas.

Objetivos

Exponer el aumento de estrés relacionado con equipos que se averían o funcionan mal.

Además, exponer como afecta dicho estrés en el ambiente de trabajo y posibles accidentes debido a averías.

Metodología

Después de pedir permiso al mando superior para portar una pulsera de actividad que pudiese monitorear los latidos del corazón, puesto que es uno de los factores que avisan de la aparición del estrés, empezamos la jornada de trabajo en espera de que los contratiempos relacionados con averías o deterioros aparecieran. A medida que fueron surgiendo apunte el horario en el que se producían y a que categoría perjudicaba (o no, o perjudicaba en mayor o menor grado), para ver si cuando la pulsera marcara un pico coincidía con alguna avería.

Resultados

Luego de observar los datos registrados con las pulseras, ponemos especial interés en los momentos en los que había alguna incidencia cerciorándonos que la hora corresponde con las que se han anotado (horno que se estropea, marmita que se para, manguera que se rompe), se llega a la conclusión que, efectivamente las pulsaciones aumentan cuando se produce alguna anomalía, aunque la situación varía sustancialmente dependiendo de la categoría, es decir, que un horno se estropee o una marmita se apague influye más negativamente en la categoría de cocinero que a un ayudante de servicios, a quienes esas averías no afectan en su trabajo. No obstante, cuando se estropea la manguera el grupo perjudicado es el opuesto.

Por otro lado, cuando se producen estas anomalías, se produce un clima de incertidumbre, que generalmente deriva en un peor ambiente de trabajo ya que, hasta que no venga el personal de mantenimiento, no se sabe si se podrá seguir utilizando la maquinaria o habrá que utilizar otra máquina, en caso de que haya más, o bien organizarse de nuevo y adaptarse a las nuevas circunstancias cuando

el equipo del que se dispone está siendo utilizado en su totalidad y se preveía seguir utilizándolo todo, con lo cual, hay que priorizar que es más importante y que se puede dejar para más tarde, o en el caso del horno, teniendo que aprovechar el espacio a tope en vez de trabajar un poco más desahogado.

Una vez que arreglan el equipo constatamos el funcionamiento, y a veces, aunque no está relacionado el estrés, probablemente porque como ya se ha explicado anteriormente es una respuesta negativa a un evento amenazante o de peligro, se produce cierta frustración, al constatar que aunque el equipo funcione no lo hace correctamente, como por ejemplo batidoras que pierden fuerza, hornos que no dan vapor, marmitas sin mínimo, etc.

Conclusión

Aunque un correcto mantenimiento del equipo pueda alargar su vida útil, llega un momento en que lo más beneficioso para el entorno de trabajo, y los propios trabajadores es cambiar los equipos o material que este en malas condiciones, consiguiendo que se puedan evitar accidentes y mal ambiente en el trabajo derivado de tener que buscar soluciones para que el trabajo siga adelante.

Llegado el momento sale más rentable renovar el equipamiento o material que arreglarlo, ya que hay veces que no existen recambios debido a la antigüedad o bien las piezas se demoran demasiado en llegar, generando estos a su vez o bien reparaciones para las que hay que hacer piezas a “medida”, si quien lo arregla tiene la pericia para hacerla, o pasarse una temporada sin esa máquina en cuestión, generando con ello problemas de organización principalmente, dado que hay que realizar el mismo trabajo, pero con menos recursos, sobrecargando de trabajo al personal, debido a que no siempre hay la misma carga de trabajo, y en ocasiones se hace difícil acomodarse a otra organización en el trabajo.

También cabe mencionar, que reduciendo el nivel de estrés, se minimizan consecuencias en el trabajador tales como absentismo, el agotamiento y todo lo que lo rodea. Esto, claramente, beneficia a la empresa, que deberá gastar menos recursos en personal y evita tener que contratar personal nuevo, no teniendo de esta manera que pasar por un proceso de aprendizaje.

Finalmente, cabe constatar, que en ocasiones, debido a que las averías o defectos en los equipos están muy presentes, el estrés no relaciona con las fallas, ya que al ser una situación recurrente el cerebro se ha acostumbrado y no da respuesta a ello, y el personal intenta adaptar el trabajo al fallo que sepan que pueda dar el equipo.

Bibliografía

- Portal INSS [Internet]. Estrés laboral –INSST – Portal INSST – INSST. Disponible en: <https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-psicosociales/estres-laboral>
- A. Aritzeta y M. Pascual. La importancia de las emociones en el trabajo: propuesta de un modelo multinivel de síntesis y análisis. En C.M. Alcover, J.A. Moriano, G. Topa, editores. Psicología del trabajo. Conceptos clave y temas emergentes. Madrid: Sanz y Torres 2016. P. 181-239

CAPÍTULO 58

¿CÓMO NOS AFECTA EMOCIONALMENTE LA JUBILACIÓN? EL PROCESO ADAPTATIVO SEGÚN ROBERT ATCHLEY

Juan Carlos Corral Muga, Alonso Corral Muñoz, Ana María Muñoz Mallada

Juan Carlos Corral Muga, ayudante de servicio, lavandero, planchador

Alonso Corral Muñoz, ayudante de servicio, lavandero

Ana María Muñoz Mallada, auxiliar administrativo

INTRODUCCIÓN

Cumplir años y envejecer es algo inherente al ser humano y esta condición nos acerca lenta pero inexorablemente a ese momento tan ansiado para unos y no tanto para otros que es la **jubilación**. Cuando nos jubilamos concluimos un ciclo e iniciamos otro y como en todo **cambio vital** necesitamos un tiempo de **adaptación** para poder asimilar esta nueva situación.

OBJETIVO

En la sociedad moderna el aumento paulatino de la esperanza de vida hace que la etapa de nuestra vida de inactividad laboral cada vez sea más larga, según las estadísticas nuestra condición de **jubilado** puede alargarse en la actualidad más de 20 años, por lo que es importante una buena orientación y planificación de esta nueva **etapa vital** de nuestra existencia.

A través del estudio realizado en 1975 por el Gerontólogo **Robert Atchley** analizaremos las diferentes **fases del proceso de jubilación**, que nos aportará una visión práctica y científica de cómo podrá ser ese momento de especial relevancia en nuestra vida.

METODOLOGÍA

Considerando que pasamos una parte nada desdeñable de nuestra vida dedicados a la actividad laboral, prácticamente toda nuestra edad adulta, parece lógico pensar que la **jubilación** va a suponer un cambio de gran relevancia en

nuestra vida; dejamos atrás horarios, costumbres, rutinas, objetivos... que marcaron nuestro día a día durante muchas décadas, el impacto que esta vivencia tiene en cada persona es diferente y depende de varios factores, el grado de satisfacción que teníamos en nuestro trabajo, nuestras expectativas de futuro, nuestra actitud ante el cambio y en definitiva de como vayamos a planificar y a plantear nuestra vida a partir de ese momento.

En 1975 el sociólogo y gerontólogo estadounidense **Robert Atchely** realizó un interesante estudio sobre cómo podría ser el proceso de adaptación que experimentaban las personas llegado el momento de la **jubilación**. Según Atchley en ese proceso se identifican **6 fases: prejubilación, jubilación, desencanto, reorientación, estabilización y finalización**.

1. FASE DE PREJUBILACIÓN O PREPARATORIA

En esta fase el trabajador, aún en activo, se imagina cómo será su vida una vez llegado el momento de la **jubilación**, planificando todo ese tiempo del que dispondrá, generando diferentes escenarios que serán más o menos optimistas y que en cualquier caso no nos quedará más remedio que esperar a lo que nos depare el futuro para poder observar la realidad. Esta fase preparatoria puede iniciarse meses e incluso años antes de la **jubilación**.

2. FASE DE JUBILACIÓN

Una vez rotas nuestras ataduras laborales iniciaremos esta segunda etapa. Según **Atchley** podemos percibirla o experimentarla de tres formas diferentes: como una “luna de miel”, como una “continuidad” o como un “descanso”. En la primera modalidad “luna de miel” el individuo afronta la **jubilación** con una actitud emprendedora, de ruptura con sus deberes laborales, proponiéndose llevar a cabo todas aquellas tareas y actividades que en su momento durante el periodo de actividad laboral no pudo y quedaron pendientes, hobbies, viajes, clases...

La modalidad de “continuidad” consiste en que el individuo sigue llevando a cabo aquellas actividades, tanto de ocio como cotidianas, que ya realizaba anteriormente, solo que ahora les puede dedicar más tiempo. Por último el individuo puede entender la jubilación como una oportunidad para orientar su vida hacia el “descanso” primando en ella las actividades de relajación y bienestar.

3. FASE DE DESENCANTO

Es normal que transcurrido un determinado periodo de tiempo tras la **jubilación** afloren en el individuo determinados sentimientos de duda, tristeza o decepción, dependiendo de si se han ido cumpliendo o no aquellos planes para el futuro y aquellas expectativas que recordemos se habían planificado en la **primera fase de prejubilación**, por este motivo aun tratándose de una fase “lógica” en el **proceso adaptativo**, no necesariamente siempre el individuo deberá pasar por ella.

4. FASE DE REORIENTACIÓN

Podemos definirla como una fase de reorganización, en esta el individuo analiza su paso por las fases anteriores y empieza a aceptar o a descartar de una forma “realista” todos aquellos aspectos o situaciones con los que se identifica o no. Realizado este “examen de conciencia” la vida del **jubilado** toma un nuevo rumbo más satisfactorio, con menos miedos e incertidumbres, con la sensación placentera de estar empleando su tiempo en aquellas situaciones, aspectos o actividades de la vida con los que realmente se identifica.

5. FASE DE ESTABILIZACIÓN

Fruto de la fase anterior (**reorientación**) el jubilado alcanza por fin “la estabilidad” (dependiendo de cada individuo se alcanzará de forma más temprana o tardía). Podemos decir que en esta fase **se completa el proceso de adaptación a la jubilación**, y el individuo encuentra el equilibrio conductual y emocional que necesita para vivir una vida cómoda y placentera. Podemos calificarla como la fase más deseable de todo el proceso.

6. FASE DE FINALIZACIÓN

Así califica el sociólogo a la **última fase del proceso**, esta se produce en el momento en que la persona pasa de tener una condición de independencia a ser dependiente de otros. Esta situación suele suceder de forma gradual y normalmente a causa de algún tipo de demencia o enfermedad que causa la pérdida progresiva de su rol vital.

CONCLUSIÓN

Con la finalidad de contrastar el modelo propuesto por **Atchley** con la realidad, se realizó un estudio comparativo con personas ya jubiladas en el que se pudo constatar que efectivamente éstas sí pasaban por diferentes fases del proceso, aunque no lo hacían siempre por todas ni en un orden concreto.

Analizando el grado de satisfacción de los participantes en las diferentes **fases del proceso**, el informe nos revela dos enfoques diferentes:

1. Desde una perspectiva global el estudio no revela diferencias significativas comparando la etapa **laboralmente activa** de estos con la etapa en la que se había **completado el proceso de adaptación (estabilización)**,
2. Por otra parte si abordamos la cuestión desde la perspectiva individual nos encontramos con que aproximadamente la mitad de los participantes veían aumentados sus niveles de satisfacción en la etapa de **estabilización**, 2 participantes de entre 10 mostraban niveles de satisfacción inferiores en esta fase, mientras que 1 participante de entre 10 mostraba niveles de satisfacción similares entre la etapa **laboralmente activa** y la fase de **estabilización**. También se observó analizando las **fases de adaptación** individualmente que los participantes experimentaban un aumento de la satisfacción al abordar la etapa de **jubilación** respecto a su periodo laboral activo y que era la fase de **desencanto** donde experimentaban niveles de satisfacción más bajos, el comportamiento en la fase de **reorientación** fue una progresiva recuperación de los niveles de satisfacción hasta alcanzar la fase de **estabilización** en la que ya no se observaban diferencias significativas de satisfacción con respecto a la **época laboral en activo**.

En cuanto al tiempo requerido para alcanzar la **adaptación a la jubilación** el informe evidencia que son las fases **prejubilación** y **jubilación** las de menor duración, siendo la que más tiempo de **adaptación** llevó a los participantes la de **reorientación**.

“No es cierto que la gente deja de perseguir sus sueños porque envejecen, envejecen porque dejan de perseguir sus sueños” (Gabriel García Márquez).

Bibliografía:

- Wikipedia
- OMS

CAPÍTULO 59

PROCEDIMIENTO Y EVACUACIÓN EN CASO DE INCENDIO EN HOSPITALES

María Begoña González Alonso, Pelayo Suárez González

Introducción

Los hospitales son edificios muy concurridos en los que se desarrollan muchos trabajos y tienen una alta cantidad de maquinaria e instalaciones eléctricas que sin el adecuado mantenimiento y uso pueden producir incendios que dado las peculiaridades personas que están en el edificio pueden producir una lenta evacuación y poner en riesgo a dichos pacientes, por lo que esta pequeña guía será muy útil para refrescar nuestros conocimientos en caso de accidente

Objetivos

El objetivo es refrescar nuestros conocimientos en como actuar en caso de incendio en un hospital para seguir correctamente los protocolos de actuación.

Metodología

Para la búsqueda de información busque en revistas especializadas de seguros, así como en documentos de varias comunidades autónomas y el ministerio de salud.

Desarrollo

La seguridad en los hospitales nos atañe a todos los trabajadores que realizamos tareas en el hospital y es ineludible para asegurar la correcta prestación de los servicios y la seguridad en caso de desastres.

☐ El comité de seguridad aconseja la dirección y su eficacia se ve reflejada en los programas de seguridad.

- ☐ El personal de mantenimiento es responsable por la seguridad de el edificio y maquinaria y trabaja para lograr un adecuado plan de mantenimiento del edificio, equipos e instalaciones.
- ☐ Los enfermeros son responsables de la seguridad de los pacientes y una pieza fundamental en la evacuación de pacientes y visitantes en un incendio.

Orden para el inicio el plan de seguridad en un hospital:

Para comenzar el plan de seguridad del hospital, deberá en primer lugar formarse el comité de seguridad del hospital. Este comité debe ser integrado por miembros de la dirección del hospital, representantes de todos los servicios, personal de Enfermería, contabilidad y suministros, personal de mantenimiento y transportes y la oficina de seguridad.

Los primeros trabajos del comité de seguridad será ejecutar una evaluación de los peligros y la vulnerabilidad del hospital a los mismos, en relación a su infraestructura y su capacidad real de respuesta a los efectos de los desastres, y establecer prioridades de acuerdo a los resultados de la misma.

Esta evaluación supone que al analizar la posibilidad del desastre por incendio por ejemplo, debe evaluarse la peligrosidad y el riesgo de los ambientes, la capacidad del edificio para proteger a sus ocupantes, las vías de evacuación, los sistemas de detección, alarma y combate de incendios, el entrenamiento del personal, etc., identificando las deficiencias y debilidades del hospital para responder adecuadamente ante el riesgo, y adoptar las medidas correctivas para superarlas.

Contacto y coordinación con entidades de apoyo:

El grupo de seguridad tendrá que crear contactos y coordinaciones con el cuerpo de bomberos, empresas eléctricas, empresa de suministro de agua, con la intención de crear planes conjuntos de ayuda con cada entidad para solventar necesidades específicas del hospital, de acuerdo a las necesidades y capacidad de respuesta del mismo ante los desastres.

- ☐ A los bomberos deberá pedírsele orientación en los aspectos de seguridad contra incendio en el hospital, evaluación del edificio hospitalario, entrenamiento

del personal en el manejo de equipos de combate, prevención de incendios, evacuación, simulacros conjuntos y abastecimiento de agua.

□ Se deberá coordinar con la empresa eléctrica las fuentes alternas de electricidad, en caso de falla la conexión común.

□ Sera de vital importancia que la empresa de agua de alternativas de suministro de agua en caso de corte de la acometida general.

Identificación de fallas de seguridad en el edificio, equipo e instalaciones:

La identificación de fallas en el edificio, equipo e instalaciones, es un aspecto importante para el desarrollo del plan de seguridad.

Es ineludible contar con la asesoría técnica de expertos en todos los campos implicados.

El ejecutivo de seguridad es el responsable de la realización de estos trabajos. Deberá planificar las inspecciones de todos los ambientes, sistemas y equipos del hospital, coordinar la asesoría técnica y motivar al personal, e informar al comité de seguridad de los resultados de las mismas y los aspectos a corregir.

La identificación de fallas de seguridad en edificios, equipos e instalaciones es un proceso de retroalimentación sin fin, ya que con la inspección periódica de edificios y los sistemas, se detectarán nuevos aspectos peligrosos que deberán corregirse, o incluso modificar el sistema.

Organización de las brigadas de seguridad del hospital:

A la vez que la fase de identificación de fallas de seguridad en el edificio, equipo e instalaciones, el ejecutivo de seguridad deberá proceder a organizar la brigada de seguridad del hospital.

Debe de escogerse, para conformar las brigadas de seguridad, personal de todos los sectores de trabajo en el hospital, con el propósito de contar en cualquier momento con personal entrenado para poder hacerle frente a cualquier contingencia. Los primeros candidatos para integrar las brigadas de seguridad, serán los de todos los turnos de trabajo.

Los principales propósitos de las brigadas de seguridad del hospital son:

□ Ser la primera fuerza de acción con que cuenta el hospital para enfrentarse a los efectos de los desastres internos, antes de que llegue el auxilio especializado

del exterior. La brigada será especialmente útil como primera instancia en el combate de incendios, alarma de bomba, inundaciones, evacuación del hospital, falta de energía eléctrica y agua potable, fugas de materiales peligrosos o radioactivas.

- ☐ Colaborar con el ejecutivo de seguridad para la inspección de riesgos en el edificio, y sugerir correcciones a las deficiencias observadas.
- ☐ Colaborar con el ejecutivo de seguridad en los programas de prevención de riesgos, concientización y orientación de todo el personal del hospital en los aspectos de seguridad.
- ☐ Colaborar en la elaboración y evaluación de simulacros periódicos.

Entrenamiento de las brigadas de seguridad:

Los integrantes de las brigadas de seguridad del hospital, deberán recibir un entrenamiento y capacitación especial en la prevención de riesgos y en el combate de los mismos. Aunque deberán establecerse programas para capacitar y orientar a todo el personal del hospital, el entrenamiento de las brigadas de seguridad deberá ser más intenso y especializado. Todo el entrenamiento deberá efectuarse en forma teórica y práctica, programándose además simulacros periódicos.

Deberá centrarse la atención en el entrenamiento de las brigadas de seguridad en los siguientes aspectos:

- ☐ Uso y mantenimiento del equipo de detección y combate de incendios.
- ☐ Procedimientos de operación en caso de amenaza de bomba.
- ☐ Procedimientos de operación en caso de inundación en el hospital.
- ☐ Procedimientos para la evacuación de pacientes y visitantes.
- ☐ Procedimientos en caso de fallas en el suministro de energía eléctrica y agua potable, de acuerdo a lo establecido en el plan de seguridad.
- ☐ Procedimientos para el control y prevención de escapes o derrames de gases o líquidos tóxicos, inflamables o radioactivos

Los miembros de la brigada de seguridad deberán actuar ante sus compañeros de trabajo como monitores en la prevención de desastres en el trabajo diario.

Desarrollar el manual de seguridad del hospital: Deberá elaborarse el manual de seguridad del hospital, como guía operativa, que indique la actuación de todo el personal en caso de desastre. Dicho manual deberá elaborarlo el comité de seguridad del hospital, como resultado del estudio de identificación de los tipos de desastre a los cuales el hospital es vulnerable.

El propósito del manual de seguridad será el de establecer los procedimientos de actuación del personal en caso de desastre, debiendo ser un documento muy claro y específico en su contenido y de difusión general al personal del hospital involucrado en el mismo.

Deberá incluir como lineamientos generales, los siguientes aspectos para cada tipo de desastre:

- ☐ Establecer la jerarquía de mandos y responsabilidades entre los miembros del hospital.
- ☐ Definir claramente la actuación de la persona que descubra un percance o reciba la llamada de alarma.
- ☐ Establecer claramente los procedimientos de actuación de la persona responsable en el hospital y del ejecutivo de seguridad, al ser notificados de la ocurrencia de un desastre.
- ☐ Establecer las circunstancias para la intervención de la brigada de seguridad y los procedimientos de su actuación.
- ☐ Establecer las circunstancias que hagan imperativa la evacuación parcial o total del hospital y los procedimientos para efectuarla.
- ☐ Si debe darse la alarma general al personal del hospital, establecer los procedimientos para efectuarla.
- ☐ Definir claramente la actuación de cada empleado del hospital al escuchar la alarma general.
- ☐ Establecer los procedimientos para decidir y comunicar a todo el personal sobre la finalización de la situación de alarma.

Este documento, deberá ser revisado y actualizado periódicamente, conforme se descubran fallas o defectos en el mismo, como consecuencia de las inspecciones periódicas de medidas de seguridad, evaluación de simulacros e investigaciones de accidentes.

Incendios en hospitales

El edificio debe proteger a sus ocupantes en caso de incendio: Ante las condiciones de alta temperatura, atmósfera hostil por los gases tóxicos e irritantes y oscurecimiento del ambiente por los humos, la supervivencia y el escape de los ocupantes dependen únicamente de la protección y las facilidades que el edificio les brinde.

El diseño de un edificio que proteja a sus ocupantes, es muy similar al de un barco, que está dividido en compartimientos estancos para evitar la inundación consecutiva de los ambientes vecinos y el hundimiento del mismo. De igual forma, un edificio debe también lograr que su estructura, muros, puertas y ventanas, formen barreras a la transmisión de las llamas, humos y gases, tanto horizontal como verticalmente, para evitar que un incendio generado en un ambiente se extienda a los vecinos y atente innecesariamente contra sus ocupantes.

Esto es específicamente necesario en el hospital, donde por las condiciones de poca movilidad de los pacientes, una evacuación puede resultar en el agravamiento de la salud de los mismos, además de consumir esfuerzos enormes del personal.

El criterio de formar compartimientos con las divisiones del hospital, debe aplicarse a todos sus ambientes, procurando la instalación de cerramientos incombustibles de piso a techo, principalmente en la unidad de cuidados intensivos, quirófanos, urgencia, vías de evacuación, ductos de escaleras, encamamientos, laboratorios y en los sectores de apoyo y depósitos de material combustible. Es necesario contar con asesoría especializada para lograr un adecuado nivel de protección.

Elementos indispensables para que se produzca fuego: Para que el fuego se produzca, tienen necesariamente que concurrir tres condicionantes al mismo tiempo. Es necesario un elemento que produzca alta temperatura, debe de existir material combustible y el oxígeno del aire. De la misma forma, para extinguir el fuego bastará con suprimir uno de los elementos citados, ya sea enfriando el sector quemado, retirando físicamente el material combustible o sofocando el fuego con la aplicación de agentes extintores como el dióxido de carbono (CO₂), halón o agua de presión.

Conclusiones

En conclusión tenemos que tener muy claro que un incendio no controlado en un hospital puede causar unos daños irreparables por lo que tener unos conocimientos básicos sobre el tema debe ser indispensable para cualquier trabajador.

Bibliografía

https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/8468-guia_incendio.pdf

<https://www.contraincendiosartessos.com/planificacion-contraincendios/>

https://www.seguritecnia.es/sectores/sanitario/estudio-de-causas-de-incendios-en-hospitales-y-medidas-de-prevencion-y-proteccion_20151221.html

CAPÍTULO 60

PRECAUCIONES Y CONSEJOS PARA EL PROBLEMA DE LAS CAÍDAS DE LOS TRABAJADORES EN LOS HOSPITALES

María Begoña González Alonso, Pelayo Suárez González

Introducción

Como trabajadores de hospitales independientemente de nuestra profesión y labores muy habitualmente vamos de un lado para otro con prisas lo que aumenta mucho las posibilidades de sufrir un accidente por caída ya sea a misma altura o a distinta por lo que es importante saber la normativa de seguridad al respecto para minimizar al mínimo la posibilidad de sufrir un accidente. En este capítulo refrescaremos nuestros conocimientos sobre la normativa y precauciones que debemos tener para trabajar de la manera más segura posible y así evitar accidentes que pueden ser muy graves o incluso letales.

Objetivos

El objetivo de este capítulo es evitar en la manera que sea posible cualquier caída en nuestro trabajo o en nuestra vida cotidiana teniendo presente la normativa en seguridad y como aplicarla.

Metodología

Para realizar este capítulo busque información en el BOE y en el INSST y las normas UNE que lo regulan así como en artículos de revistas especializadas.

Desarrollo

En lo referente a las caídas en el trabajo tenemos dos grandes grupos las caídas a mismo nivel que son cuando el trabajador se precipita al suelo no habiendo diferencia de altura y las de distinto nivel que es cuando el trabajador se cae desde distintas alturas.

Caídas al mismo nivel:

- Agentes de riesgo:

Caídas al resbalar o tropezar cuando nos movemos por el trabajo, siendo el riesgo mayor en las zonas exteriores y entradas o salidas en días con lluvia.

Momentos en los que los suelos están húmedos debidos a labores de limpieza, pequeños derrames, fugas,...).

Tropezos con cables o mobiliario

Por problemas en el suelo (baldosas rotas, suelos mal acabados o con grietas, tapas de alcantarillado mal encajadas o sueltas, desniveles....

- Medidas técnicas

Mantener ordenada la zona de trabajo.

Controlar las zonas de paso y de trabajo.

Señalizar los suelos mojados donde es recomendable calzar zapatos con suela de goma antideslizante

- Medidas organizativas

Control del orden en el entorno de trabajo.

Avisar a responsable si descubrimos desperfectos en la zona de trabajo o alrededores.

Prestar atención a la señalización de suelo húmedo y extremar la precaución durante los desplazamientos por las vías exteriores y accesos en días lluviosos.

Evitar correr en el trabajo, salvo casos muy excepcionales y justificados.

Mantener el orden y limpieza en la zona de trabajo

Medidas de los trabajadores

1. El empresario o administración debe cumplir la ley tomando las medidas adecuadas para que los trabajadores reciban toda la formación necesaria en relación con:

- a) Los peligros para la seguridad y la salud de los empleados en el puesto de trabajo, tanto a nivel colectivos como los específicos de cada puesto de trabajo y funciones realizadas.
- b) Las disposiciones y actividades para la protección y prevención adaptables a los riesgos vistos en el punto anterior.
- c) Las medidas adoptadas de conformidad con lo dispuesto en el artículo 20 de la actual Ley.

Caídas a distinto nivel

Las caídas a diferente nivel en los trabajadores sanitarios suelen darse en trabajos que requieren el empleo de escaleras, banquetas..., para llegar a las partes altas de estanterías, armarios, almacenes o en el personal de mantenimiento en general normalmente cuando se usan medios inadecuados o que están en mal estado. También puede darse durante el uso de las escaleras del propio edificio que no estén bien mantenidas o que estén húmedos por diversas razones o debido a la existencia de objetos en su recorrido.

Los daños que pueden ocurrir son desde pequeñas lesiones como heridas, contusiones, rozaduras, esguinces, etc.; o bien, lesiones graves o muy graves, como roturas de huesos.

Para evitarlos tendremos que seguir estos consejos:

- 1. Utilice el material correcto de acceso a puntos en altura de las instalaciones. En caso de no existir es obligatoria la utilización del doble anclaje.

2. Cualquier entrada a zonas con riesgo de caída de altura, especialmente en azoteas, se deberá realizar por al menos dos personas, una de ellas siempre de control al trabajador que realice los trabajos en altura.
3. No usar sillas, o mesas para alcanzar las partes elevadas. Deberemos utilizar siempre elementos diseñados y homologados para ello (andamios, escaleras, elevadoras, etc.) que tengan la estabilidad necesaria para la altura a la que se quiere llegar.
4. Revise las escaleras de mano antes de usarlas. Para comprobar su integridad y otros elementos como la estabilidad, el correcto ensamblado de los peldaños, el dispositivo antideslizante en su pie, o ganchos en la parte superior, etc. En caso de anomalía, no la utilices y da aviso de la deficiencia.
5. Camine con precaución por las escaleras evitando saltar o correr y utilice el pasamanos las barandillas aparte de un calzado seguro

El empresario deberá consultar a los trabajadores, y permitir su participación, en el marco de todas las cuestiones que afecten a la seguridad y a la salud en el trabajo, de conformidad con lo dispuesto en el capítulo V de la presente Ley.

Los trabajadores tendrán derecho a efectuar propuestas al empresario, así como a los órganos de participación y representación previstos en el capítulo V de esta Ley, dirigidas a la mejora de los niveles de protección de la seguridad y la salud en la empresa.

Conclusión

Las caídas ya sean a mismo o distinto nivel son una de las mayores causas de accidente en los hospitales por lo que es muy importante saber las maneras de trabajar en altura o cosas tan simples como bajar unas escaleras agarrándonos al pasamanos también es importante saber identificar desperfectos y saber como actuar informando a nuestro superior. Con pequeños gestos y estando informados podremos reducir mucho estos tipos de accidente y mejorar por tanto el desempeño de nuestro trabajo.

Bibliografía

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2004-19311>

<https://www.insst.es/documents/94886/502617/NormasTecnicasProteccionCaídasAltura-010513.pdf/9eb350f3-e121-4354-88da-93dcaca43d79>

<https://trabajoyprevencion.jcyl.es/web/jcyl/TrabajoYPrevencion/es/Plantilla100Detalle/1284382915608/11/1265096769050/Redaccion>

UNE-EN 353-1:2014+A1:2017

UNE-EN 795:2012

CAPÍTULO 61

PERMISOS RETRIBUIDOS EN LOS TRABAJADORES DE HOSPITALES

María Begoña González Alonso, Pelayo Suárez González

Introducción

Si queremos informarnos de los permisos del personal estatutario de los servicios de salud, podremos consultar el art. 40 de la Constitución Española; al art. 17 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, donde nos informa que el personal estatutario tiene derecho “Al descanso necesario, mediante la limitación de la jornada, las vacaciones periódicas retribuidas y permisos en los términos que se establezcan”. Este derecho “...será aplicable al personal temporal, en la medida en que la naturaleza del derecho lo permita”; y al art. 14 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto Básico de los Empleados Públicos (en adelante TREBEP), aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, señala que los empleados públicos, en correspondencia con la naturaleza jurídica de su relación de servicio, tienen derecho «A las vacaciones, descansos, permisos y licencias». En el TREBEP, los permisos están escritos, con carácter de normativa básica, fundamentalmente en los art. 48 y 49. En el Principado de Asturias, la norma aplicada es el Decreto 72/2013, de 11 de septiembre, que aprueba el Reglamento de jornada, vacaciones y permisos, modificado por el Decreto 1/2016, de 27 de enero.

Objetivos

El objetivo es informar de todos los permisos que disponemos como trabajadores del SESPA y que nos pueden ayudar a la conciliación familiar, velar a nuestros difuntos o ayudarnos a conseguir nuestras metas académicas entre otras opciones

Metodología

La información la busque en el BOPA (Boletín oficial Principado de Asturias) y en artículos de revistas especializadas Utilicé las palabras clave de “permisos retribuidos”, “descansos del personal sanitario”

En cuanto obtuve la suficiente información seleccioné las partes con las que hacer mi trabajo de investigación

Desarrollo

En el Decreto 72/2013, de 11 de septiembre, se aprueba el Reglamento de jornada, horario, vacaciones y permisos de los funcionarios de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos.

Al **personal estatutario** y funcionario que preste servicios en los centros e instituciones sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias, con las particularidades que en su caso se determinen y con excepción de lo dispuesto en el art. 13 (Medidas de flexibilidad horaria).

No se incluye, sin embargo, en al ámbito de aplicación de este Reglamento al personal laboral. Para este colectivo, habrá que estar a lo dispuesto en el TREBEP y en el V Convenio Colectivo para el personal laboral de la Administración del Principado de Asturias, modificado por el Acuerdo del Consejo de Gobierno en materia de horario, vacaciones y permisos de 30 de abril de 2013

Los permisos serán:

- Permiso por matrimonio será de 15 días naturales que contarán desde la boda.
- Libre disposición que serán 6 al año pudiendo ampliarse por antigüedad.
- Nacimiento para madre biológica que será de 16 semanas pudiendo ser ampliadas 2 más si el hijo naciese con discapacidad teniendo que cogerse obligatoriamente 6 justo al nacimiento del hijo de manera ininterrumpida pudiendo disfrutar el resto de manera que mejor convenga antes de que el niño cumpla los 12 meses avisando con mínimo 15 días de antelación. El tiempo se podrá coger en forma de jornada completa o parcial si las necesidades del servicio lo permiten. Para los casos de adopción se aplicarán las mismas normas que para nacimiento.
- Permiso violencia de género se tendrá en cuenta el artículo 49 del TREBEP que especifica que las faltas de las mujeres que sufren violencia de género serán siempre justificadas pudiendo la mujer pedir reducción de jornada con el consiguiente reducción de sueldo a no ser que sea de 1/3 o menos donde cobrara el 100% del sueldo.

- Permiso para el cuidado de un menor afectado por una enfermedad grave siempre que ambos padres trabajen podrán tener una reducción de la jornada de trabajo de al menos el 50% y un máximo del 75% manteniendo el sueldo íntegro hasta que el niño cumpla los 18 años.
- Permisos por terrorismo: Se podrá reducir la jornada laboral con la correspondiente reducción de sueldo.

Conclusiones

Los trabajadores públicos disponemos de varios permisos retribuidos que pueden facilitarnos la vida en los momentos más difíciles pero para poder aprovecharnos de sus ventajas debemos estar bien informados sino de nada sirven.

Bibliografía

<https://revistamedica.com/regimen-permisos-personal-estatutario-sespa/>

<https://www.astursalud.es/documents/35439/37052/2013-17050.pdf/b8ca3a92-fc95-1ae4-e2b6-d8a98b19743a?t=1590127946020>

CAPÍTULO 62

PERMISOS NO RETRIBUIDOS Y FLEXIBILIDAD HORARIA

Ana Begoña García García, M^a Dolores Lozano Martínez, Montserrat Freaza Veiga

Ana Begoña García García, Auxiliar Administrativo

M.^a Dolores Lozano Martínez, Auxiliar Administrativo

Montserrat Freaza Veiga, Auxiliar Administrativo

INTRODUCCIÓN

En los capítulos 12 y 13 del Decreto 72/2013, de 11 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de jornada, horario, vacaciones y permisos de los funcionarios de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos, se recogen los permisos no retribuidos y medidas de flexibilidad horaria, derecho recogido asimismo en la Constitución Española en su artículo 40 estableciendo que "... garantizarán el descanso necesario, mediante la limitación de la jornada laboral, las vacaciones periódicas retribuidas...", igualmente se recoge dicho derecho en el art. 14 del texto Refundido de la Ley del estatuto Básico de los empleados Públicos, señalando en el mismo que los empleados públicos, en correspondencia con la naturaleza jurídica de su relación de servicio, tienen derecho «A las vacaciones, descansos, permisos y licencias».

DESARROLLO TEMA

Los permisos no retribuidos:

- Podrá solicitar permiso sin sueldo el personal funcionario que haya cumplido al menos un año de servicios efectivos, el plazo de dicho permiso no debe ser inferior a diez días, ni superior a diez meses. Dicho permiso será concedido dentro del mes siguiente a la solicitud, siempre que lo permitan las necesidades del servicio debidamente justificada. Los permisos sin sueldo no pueden exceder de una duración acumulada de doce meses cada dos años.

A efectos de antigüedad el tiempo de permiso sin sueldo será considerado como servicio prestado, manteniendo la Administración al funcionario en alta especial durante el tiempo que dure el permiso sin sueldo.

Podrá solicitar un permiso sin sueldo de hasta un año de duración el personal funcionario cuyo cónyuge tenga acreditada una enfermedad grave o irreversible.

En las mismas condiciones y con duración máxima de un año podrá solicitarse permiso para cursar estudios oficiales o de especialización relacionados con su puesto de trabajo, y para rehabilitación de adicciones en régimen de internamiento.

- El personal funcionario, con un máximo de cinco años, tendrá derecho a permiso no retribuido para el cuidado de hijos menores de doce años que no puedan asistir al centro escolar por prescripción médica en tanto se prolongue dicha circunstancia.

- El personal funcionario con una duración máxima de tres meses al año para asistencia a cursos de perfeccionamiento profesional, tendrá derecho a un permiso no retribuido, en el caso de que lo permita la organización del servicio.

Las medidas de flexibilidad horaria:

Los casos en los que se podrá recurrir a medidas de flexibilidad horaria con el objetivo de la conciliación de la vida personal, laboral y familiar, atendiendo a las necesidades de servicio, serán los siguientes:

- Derecho a flexibilidad hasta en dos horas diarias la parte fija del horario de la jornada que tenga establecida, cuando se tenga a cargo a personas mayores o con discapacidad, familiar hasta 2º grado de consanguinidad o afinidad, o a su cónyuge con enfermedad grave. Igualmente, podrá optar a esta reducción el personal con hijo a cargo menor de doce años, cuyo cónyuge realice una actividad retribuida; en el caso de familias monoparentales el progenitor con el que conviva el hijo.

- Derecho a flexibilidad de parte de fija del horario por el tiempo indispensable para acompañar a su cónyuge, o a un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, a consultas, pruebas o tratamientos médicos.

- Excepcionalmente, tendrá derecho a flexibilidad con carácter personal y temporal, por otros motivos directamente relacionados con la conciliación, hasta en dos horas de la parte fija del horario de trabajo establecido.

Dichas medidas de flexibilidad horaria no implicarán la reducción de la jornada de trabajo, debiendo compensarse semanalmente la alteración de la parte fija del horario.

Con carácter general la flexibilidad horaria se realizará al comienzo, al final de la jornada, exceptuando el caso de acompañamiento a su cónyuge, o a un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, a consultas, pruebas o tratamientos médicos.

En todo caso el conceder estas medidas de flexibilización horaria están condicionadas a la compatibilidad con el puesto de trabajo y a las necesidades del servicio, en ningún caso pueden producir interrupciones, reducciones o empeoramiento de los servicios, garantizando la prestación efectiva de los mismos.

Estas medidas serían para el personal con jornada general, no pudiendo beneficiarse el personal con jornada partida o en régimen de turnicidad.

Existen unas condiciones comunes a efectos de reconocer las reducciones de jornada, los permisos y la flexibilidad horaria:

- Los días de permiso por asuntos particulares se devengarán por año completo trabajado o parte proporcional en función del tiempo de servicios prestados a lo largo del año, redondeando al alza las fracciones iguales o superiores a medio día. Dichos días podrán acumularse a vacaciones, excepto que el periodo de vacaciones sea obligatorio por cierre del centro de trabajo.

- Su disfrute podrá ser en cualquier momento del año, excepto necesidades de servicio motivadas. Si no se pudieran disfrutar dentro del año natural por necesidades de servicio, podrá hacerse en el primer trimestre del año siguiente.

- El tiempo indispensable para cumplimiento de un deber inexcusable se entenderá en los siguientes casos:

- Citación de órganos judiciales y administrativos. Trámites en supuestos

de adopción o acogimiento. Permiso de conducción

- Certificados o registros en centros oficiales. Tutorías escolares
 - En caso de ser miembro de órganos de gobierno municipal, la asistencia a plenos o comisiones informativas.
 - Acompañamiento a parientes hasta el segundo grado de afinidad o consanguinidad para la asistencia médica o para la realización de trámites puntuales cuando sea preciso este acompañamiento por razón de discapacidad o por razón de su estado o edad.
 - Acompañamiento a consulta médica a hijos menores.
-
- La equiparación de la inscripción en el Registro de Uniones de Hecho del Principado de Asturias al matrimonio a efectos de concesión de permisos, siendo excluyente el disfrute por ambas causas.
-
- El permiso de lactancia en caso de que ambos progenitores trabajen solo podrá ser ejercido por uno de ellos con independencia de su sexo.

METODOLOGÍA

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatuario de los Servicios de Salud.

Texto Refundido de la Ley del estatuto Básico de los empleados Públicos, aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre.

Decreto 72/2013, de 11 de septiembre, por el que se aprueba el Reglamento de jornada, horario, vacaciones y permisos de los funcionarios de la Administración del Principado de Asturias, sus organismos y entes públicos

CAPÍTULO 64

ACTUALIZACIÓN ESTATUTO MARCO

Ana Begoña García García, M^a Dolores Lozano Martinez, Montserrat Freaza Veiga

Ana Begoña García García, Auxiliar Administrativo

M.^a Dolores Lozano Martínez, Auxiliar Administrativo

Montserrat Freaza Veiga, Auxiliar Administrativo

INTRODUCCIÓN

La Constitución Española exige a la Administración pública el acceso a la función pública en condiciones de igualdad, mérito y capacidad. Asimismo la modernización y mejora de los servicios públicos solo se alcanzará con la adecuada gestión del personal a su cargo. La mejor gestión de dicho personal conlleva su estabilización y limitación de la temporalidad a necesidades de carácter estrictamente coyuntural, llevando a la modificación de los artículos 9 y 33, y la disposición adicional decimotercera de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre.

DESARROLLO TEMA

Los artículos modificados por la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, quedan de la siguiente manera:

Artículo 9. Personal estatutario temporal

1. Los estatutarios interinos son nombrados con carácter temporal por razones expresamente justificadas de necesidad y urgencia, en los siguientes supuestos y condiciones:

a) Plaza vacante, cuando no sea posible su cobertura por personal estatutario fijo, en un plazo máximo de tres años.

b) Programas de carácter temporal, con fechas de inicio y fin, duración máxima de tres años. Dichos programas no pueden suponer la ejecución de tareas o la cobertura de necesidades permanentes habituales.

c) Exceso o acumulación de tareas, con fecha del inicio y fin del nombramiento, plazo máximo de nueve meses, dentro de un período de dieciocho meses.

Se deberá crear una plaza estructural en la plantilla del centro, en el caso que fuera necesario realizar nuevos nombramientos, cumplidos los plazos en los casos de los párrafos b) y c). En caso de no crear nueva plaza superados los plazos establecidos, en un período de dos años no podrá realizarse un nuevo nombramiento.

2. Se finalizará la relación estatutaria temporal de plaza vacante, programas de carácter temporal y exceso o acumulación de tareas, además de por las previstas en el artículo 21 de la presente ley, sin derecho a compensación por este motivo:

a) Cobertura de la plaza por personal estatutario fijo a través de cualquiera procedimiento legal.

b) Supresión o amortización de la plaza por razones de carácter organizativo.

c) Finalización del plazo establecido y recogido expresamente en el nombramiento.

d) Finalización de la causa que originó el nombramiento.

Las plazas vacantes desempeñadas por personal estatutario interino se cubrirán mediante cualquiera de los medios de provisión o movilidad previstos. Transcurridos tres años desde el nombramiento del personal estatutario interino se producirá el fin de la relación de interinidad y la vacante solo podrá ser ocupada por personal estatutario fijo, salvo que en el proceso selectivo no se haya cubierto dicha plaza pudiendo efectuarse otro nombramiento de personal estatutario interino.

Convocada la plaza dentro de los tres años desde la fecha de nombramiento de personal interino, éste excepcionalmente podrá permanecer en dicha plaza hasta la resolución de la convocatoria, su cese no conllevará compensación económica.

Se añaden los artículos 9 bis, 9 ter y 9 quater:

Artículo 9 bis. Personal estatutario sustituto.

1. Los supuestos y condiciones que llevarán al nombramiento de personal estatutario sustituto serán las siguientes:

a) Vacaciones, permisos, dispensas y demás ausencias de carácter temporal con reserva de la plaza.

b) En un plazo máximo de tres años, sustitución parcial para garantizar la prestación asistencial, identificando la causa que lo origina, siendo un nombramiento de cobertura de exención de guardias, por razón de edad, o enfermedad, pudiendo sustituir hasta dos personas.

c) Reducción de la jornada ordinaria de personal estatutario, identificando persona o personas concretas a quien se complementa la jornada, durante todo el período y en la modalidad que motiva la reducción.

2. Se finalizará la relación estatutaria temporal del apartado 1, además de por las previstas en el artículo 21 de la presente ley, sin derecho a compensación por este motivo

a) Finalización del plazo establecido y recogido expresamente en el nombramiento.

b) Finalización de la causa que originó el nombramiento.

Artículo 9 ter. Régimen aplicable al personal estatutario temporal y sustituto.

El personal estatutario temporal y el sustituto tendrán el régimen general del personal estatutario fijo, salvo los derechos inherentes al personal estatutario fijo.

Artículo 9 quater. Medidas dirigidas al control de la temporalidad.

La responsabilidad del cumplimiento de esta norma es de las administraciones

sanitarias que deberán evitar cualquier tipo de irregularidad en el nombramiento del personal estatutario temporal y sustituto. Exigiéndose la responsabilidad procedente a las actuaciones irregulares en nombramiento de personal estatutario temporal y sustituto.

Será nulo de pleno derecho todo acto, pacto, acuerdo o disposición reglamentaria, así como las medidas que se adopten en su cumplimiento o desarrollo, cuyo contenido directa o indirectamente suponga el incumplimiento por parte de la CCAA o del Estado de los plazos máximos de permanencia como personal estatutario temporal.

En el caso de incumplimiento del plazo máximo de permanencia se produciría una compensación económica para el personal estatutario temporal afectado, equivalente a veinte días de sus retribuciones fijas por año de servicio, prorrateándose por meses los períodos de tiempo inferiores a un año, hasta un máximo de doce mensualidades. A partir de la fecha del cese efectivo y la cuantía estará referida exclusivamente al nombramiento que cause el incumplimiento. En caso de renuncia voluntaria o que una causa disciplinaria finalice la relación, no habrá derecho a dicha compensación económica.

Artículo 33. Selección de personal estatutario temporal.

1. Los procedimientos de selección del personal estatutario serán lo más ágiles posibles y basándose en los principios de igualdad, mérito, capacidad, competencia, publicidad y celeridad y tendrán por finalidad la cobertura inmediata del puesto. Los procedimientos serán establecidos previa negociación en las mesas generales o sectoriales correspondientes.

El nombramiento derivado de estos procedimientos de selección en ningún caso dará lugar al reconocimiento de la condición de estatutario fijo.

2. Se deberán cubrir las plazas del personal estatutario interino mediante los medios de provisión o movilidad previstos en cada Administración sanitaria. Conllevando dicha cobertura el cese del personal estatutario interino.

3. Se podrá resolver la relación estatutaria durante el período de prueba del personal estatutario temporal. La no superación del periodo de prueba será por motivos razonados, y comunicado por escrito al interesado. No se tendrá periodo de prueba si se hubiera tenido nombramiento temporal de las mismas características en el Sistema Nacional de Salud en los dos años anteriores.

Disposición adicional decimotercera. Red sanitaria militar.

1. Las disposiciones de esta ley no se aplicará al personal militar que preste sus servicios en los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrados en la Red sanitaria militar que se regirá por su normativa específica.
2. El nombramiento del personal estatutario sustituto para cubrir la ausencia del personal del Cuerpo Militar de Sanidad que curse estudios para la obtención de especialidades complementarias de dicho cuerpo, por la duración del periodo de la enseñanza de perfeccionamiento de la correspondiente especialidad se podrá realizar conforme a lo establecido en el artículo 9 bis 1.a)
3. Los requisitos y procedimientos para el acceso a la información recíproca de los registros de personal de centros del SNS y de la Red sanitaria militar será acordada por los Ministerios de Defensa y Sanidad.

METODOLOGÍA

Real Decreto-ley 12/2022, de 5 de julio, por el que se modifica la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud



Editorial Científico-Técnica
Ocronos

