



CUIDADO Y COMUNICACIÓN PARA LOS CUIDADOS PALIATIVOS

**Material educacional creado dentro del Programa Erasmus+ en el proyecto
Cursos online masivos en abierto con videos para cuidados paliativos y habilidades de la
comunicacion interculturales y multilingue en medicina
(2014-1-RO01-KA203-002940)**



El presente proyecto ha sido financiado con el apoyo de la Comisión Europea. Esta publicación es responsabilidad exclusiva de su autor. La Comisión no es responsable del uso que pueda hacerse de la información aquí difundida.

Editura "Gr. T. Popa" UMF Iasi, 2017

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
--

Cuidado y comunicación para los cuidados paliativos / ed.: Ovidiu Petriș,
Anca Colibaba. - Iași : Editura Gr.T. Popa, 2017
Conține bibliografie
ISBN 978-606-544-481-2

I. Petriș, Ovidiu Rusalim (ed.)
II. Colibaba, Anca Cristina (ed.)

61

Material educacional creado dentro del Programa Erasmus+ en el proyecto Cursos online masivos en abierto con videos para cuidados paliativos y habilidades de la comunicacion interculturales y multilingue en medicina (2014-1-RO01-KA203-002940).

Incluye:

20 procedimientos educativos en cuidados paliativos;
20 unidades de aprendizaje de idiomas para la comunicación médica;
2 DVDs con materiales de audio-video y materiales de apoyo adicionales.

Cuidado Y Comunicación Para Los Cuidados Paliativos es la base de los cursos en línea de MedLang Open, disponibles en el siguiente enlace: www.medlang.eu/course

Copyright© 2014-2017 Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T.Popa” Iași. Todos los derechos reservados.

“Grigore T.Popa” UMF Iasi es el beneficiario del proyecto Erasmus + Cursos online masivos en abierto con videos para cuidados paliativos y habilidades de la comunicacion interculturales y multilingue en medicina (2014-1-RO01-KA203-002940).

Ninguna parte de este volumen puede ser copiada o transmitida por ningún medio, electrónico o mecánico, incluyendo la fotocopia, sin el permiso previo por escrito de la asociación del proyecto 2014-1-RO01-KA203-002940.

Consortio

Rumania



Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași

Web site: www.umfiasi.ro

Contact: Ovidiu Petris, ovidiupetris@yahoo.com



Universitatea Transilvania Brașov

Web site: www.unitbv.ro

Contact: Mosoiu Daniela, daniela.mosoiu@hospice.ro



Fundatia EuroEd Iași

Web site: www.euroed.ro

Contact: Anca Colibaba, acolib@euroed.ro



Institutul Regional de Oncologie Iași

Web site: www.iroiasi.ro

Contact: Mirela Grosu, manager@iroiasi.ro

Bélgica



Karel De Grote Hogeschool Katholieke Hogeschool Antwerpen

Web site: www.kdg.be

Contact: Bart Geurden, bart.geurden@kdg.be

España



Universidad Europea De Madrid SL

Web site: www.uem.es

Contact: Benjamin Herreros, benjamin.herrerosruizvaldepenas@uem.es

Italia



Azienda Sanitaria Locale TO3

Web site: www.aslto3.piemonte.it

Contact: Michele Presutti, mpresutti@aslto3.piemonte.it



Pixel Associazione Culturale

Web site: www.pixel-online.net

Contact: Elisabetta Delle Donne, eli@pixel-online.net



Connectis

Web site: www.connectisweb.com

Contact: Riccardo Rossi, r.rossi@connectisweb.com

Editores / Coordinadores:

Colibaba Cristina Anca

Petris Ovidiu Rusalim

Principales autores:

Bonanseae Alessandro
Colibaba Cristina Anca
Geurden Bart
Moşoiu Daniela

Petris Ovidiu Rusalim
Poroeh Vladimir
Valenti Emanuele

Coautores:

Claes Laura, Jannsens Stef, Stevens An, Vandevijvere Herman, Vercauteren Tinne, Carrozzo Antonella, De Marie Daniela, Giordano Antonio, Grigolo Sabrina, Pons Andrea, Ramonda Evelin, Antohe Ileana, Arhip Cristian, Azoicai Doina, Colibaba Cintia Lucia, Colibaba Stefan, Colibaba Stefana Anais, Cretu Ioana, Crucianu Liliana Nicoleta Dinu Claudia, Drugus Daniela, Dumea Raluca, Gardikiotis Rodica, Gheorghiu Elza, Grecu Ioana, Mercas Alice, Nistor Ionut, Pascu Alina, Stoica Alexandra, Volovat Simona, Coca Cristina, Moreno Beatriz, Real de Asua Diego, Ruiz Valdepeñas Benjamin Herreros, Velasco Tyra

Edición / Diseño gráfico:

Ionel Andreea

Rossi Riccardo

Editor de video:

Zamosteanu Dragos

Revisores científicos:

Alexa Ioana Dana

Tarcoveanu Eugen

Contenido

ARGUMENTO	7
REALIZACIÓN DE CATETERISMO URETROVESICAL (SONDA FOLEY) EN PACIENTES FEMENINAS	9
Protocolo médico	10
Unidad lingüística	17
REALIZACIÓN DE PARACENTESIS	21
Protocolo médico	22
Unidad lingüística	26
PERFUSIÓN DE JERINGA SUBCUTÁNEA AUTOMÁTICA	31
Protocolo médico	32
Unidad lingüística	36
TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DESDE DECÚBITO DORSAL PROLONGADO A DECÚBITO LATERAL PROLONGADO	41
Protocolo médico	42
Unidad lingüística	47
CONSPIRACIÓN DE SILENCIO – MANEJO DE LA COMPLICIDAD	51
Protocolo médico	52
Unidad lingüística	56
ESCUCHA ACTIVA Y RESPUESTA EMPÁTICA	61
Protocolo médico	62
Unidad lingüística	66
COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE (MALAS NOTICIAS)	71
Protocolo médico	72
Unidad lingüística	74
EVALUACIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL	79
Protocolo médico	80
Unidad lingüística	83
ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO	87
Protocolo médico	88
Unidad lingüística	94
CUIDADO BUCAL	99
Protocolo médico	100
Unidad lingüística	108
ASEO Y BAÑO DE UN PACIENTE EN CAMA CON AGUA Y JABÓN	113
Protocolo médico	114
Unidad lingüística	118

EVALUACIÓN DEL DOLOR – MEDICIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES ADULTOS CONSCIENTES MEDIANTE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL.....	123
Protocolo médico	124
Unidad lingüística	126
PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CONTRA EL DOLOR SEGÚN LA ESCALA DEL DOLOR	131
Protocolo médico	132
Unidad lingüística	135
SÍNDROME DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL	139
Protocolo médico	140
Unidad lingüística	144
DISCUSIÓN SOBRE EL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA (LUGAR DEL CUIDADO, TRATAMIENTOS AGRESIVOS, RCP).....	149
Protocolo médico	150
Unidad lingüística	152
FASE TERMINAL – TRATAMIENTO	157
Protocolo médico	158
Unidad lingüística	161
PREVENCIÓN DE ÚLCERA ISQUÉMICA POR PRESIÓN - REPOSICIONAMIENTO	167
Protocolo médico	168
Unidad lingüística	172
VALORACIÓN DEL GRADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD	177
Protocolo médico	178
Unidad lingüística	180
ESTRUCTURAR LAS REDES DE LOS PACIENTES	185
Protocolo médico	186
Unidad lingüística	188
TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LOS CUIDADORES.....	193
Protocolo médico	194
Unidad lingüística	197
Referencias específicas	201

ARGUMENTO

¿Porqué MedLang? ¿Porqué de la Medicina Paliativa? ¿Porqué de un COMA interdisciplinario?

MedLang nace a raíz de la observación de necesidades en común de varios países Europeos las cuales surgen básicamente de la falta de enfoques estandarizados y coherentes acerca de asuntos que conciernen a la Medicina Paliativa. Consecuentemente los socios del Proyecto Erasmus + 2014-1-RO01-KA203-002940 gestionaron la manera de cómo afrontar este reto y de propagar eficientemente los resultados a aquellos grupos interesados ya sea en Europa y fuera de ella.

La realidad que enfrenta Europa es la de un continente con una creciente expectativa de vida en la que buena parte del esfuerzo médico esta dirigida a asegurar una buena calidad de vida enfocándose en cómo lidiar con la vejez en sus variadas facetas; incluyendo el mantenerse activo y en aprendizajes para aquellas personas de la tercera edad, como también en asegurar tratamientos paliativos que dignifiquen y protejan al paciente. Cada vez más y más especialistas deben capacitarse para hacer frente a aspectos propios de la tercera edad en áreas como enseñanza, medios de comunicación, trabajo social y medicina. Es de esperar, en un futuro próximo, que muchas de las personas que trabajan en estas áreas verán transformado su trabajo para adecuarlo a lograr atender las necesidades específicas de esta nueva categoría de beneficiados que son los adultos mayores y los de la tercera edad. En medicina esto bien podría traducirse en cambiar un trabajo de Neonatología o Medicina General por uno en Medicina Paliativa o en Residencias para Enfermos Terminales. ¡No es un cambio fácil de hacer!

Mas aún, aquellos asuntos que tienen que ver con movilidad global debido a las demandas laborales, estudios de movilidad, movilidad personal o los refugiados en Europa hacen del tema de cuidados paliativos algo mas que un problema médico, administrativo o financiero sino además lo convierte en un problema de comunicación, lenguaje, cultura, de valores y religión.

La asociación estratégica entre Rumania, Bélgica, Italia y España consistente en instituciones educativas y medicas, públicas y privadas, ha abordado el tema de la medicina paliativa y las áreas relacionadas con esta en un contexto institucional específico en un marco tiempo dado. Los autores internacionales que participaron en este libro están conscientes que éste representa un punto de vista limitado a los ambientes geográficos y a necesidades específicas de este tiempo. No obstante también están seguros que se trata de llenar la gran brecha existente entre los enfoques estandarizados y alineados a la actual infraestructura, las necesidades de capacitación de los recursos humanos, el desarrollo tecnológico y médico y las prioridades conceptuales relacionadas con estrategias médicas nacionales, valores y políticas culturales.

Lo recabado aquí muestra una orientación planeada la cual los socios colaboradores han acertado ilustrar: es una selección de los procedimientos médicos paliativos básicos más representativos; todos en consonancia con los últimos avances en el área, más la comunicación relacionada a estos procedimientos en seis idiomas; y videos ilustrando cómo se deben implementar estos procedimientos. Se comenzó con un inventario de más de 50 procedimientos los cuales después de deliberaciones entre los socios, se redujeron a 20 intervenciones y tipos de comunicación que cubren tanto los enfoques médicos existentes en los países involucrados como la actual tendencia de la Medicina Dialógica; cabe mencionar los valores interculturales y la celebración a la diversidad de creencias y prácticas.

Para darse una idea del tipo de decisiones y generalizaciones que requirieron de una profunda consideración antes de dar comienzo al trabajo actual en los temas seleccionados, la Asociación y los autores del libro tuvieron que sortear la pregunta acerca de cuánta novedad temática de un país debiera ser incluida en este inventario general de valores y procedimientos (por ejemplo, la legislación y los procedimientos actuales utilizados en Bélgica relacionados con la eutanasia para adultos y niños). Con tópicos variando desde el cuidado oral a mover al paciente en la cama o alimentarlo, a dar una mala noticia o el Síndrome de Burnout, una gran variedad de interlocutores son considerados: pacientes, familiares, cuidadores, enfermeras y doctores.

Otra meta de este libro es el contribuir con recursos de vanguardia a la profesionalización de la Especialidad Médica en Cuidados Paliativos en los países interesados, incluyendo Rumania, como el país coordinador de este proyecto, y posiblemente en Europa y mas allá de ésta, y en sistemas que cuenten con menor experiencia en asumir formalmente este perfil médico para la educación superior y en escuelas de enfermería. Comenzando con la facultad de Medicina de Brasov, en donde ha sido

ofrecido por los últimos 5 años el único programa de Licenciatura en Cuidados Paliativos; y la experiencia de la Casa Sperantei (la primer unidad en cuidados paliativos de los 90's) como un socio, y terminando con los 20 procedimientos validados por el Hospital de Oncología más grande ubicado en Iasi, Rumania, los materiales exitosamente desarrollados en este proyecto están profesionalmente encaminados al cumplimiento del objetivo original.

El enfoque interdisciplinario que une el campo de la medicina, el sistema de cuidados paliativos y el terreno educativo sentó las bases para este trabajo. Con recursos educativos de alto valor para los profesionales en medicina, este libro también provee un apoyo completo tanto para el capacitador como para el alumno para lograr una comunicación efectiva en varios idiomas (Inglés, Francés, Español, Italiano y Neerlandés) acerca de ciertos temas médicos. La necesidad de este enfoque en particular ha sido expresada en los últimos 10 años por los graduados de universidades de medicina y de escuelas de enfermería quienes enfrentan día a día este reto sin importar si trabajan en el extranjero o no. El apoyo que se da a través de videos y de la autoevaluación o por compañeros que revisan el nivel de habilidades médicas y prácticas de comunicación fomenta el camino al aprendizaje independiente.

Ha sido creado paralelamente a este libro un apoyo especial tecnológico dirigido a aquellos que prefieren aprender de un manual pues es sabido que hay personas que gustan de ir a su propio paso y sin prisas, sin embargo, encontramos útil informar que todo el material esta disponible en el sitio del Proyecto www.medlang.eu. Confiamos en que los usuarios de este libro se conviertan en estudiantes que alternen el uso del libro con la plataforma digital. La razón para esto es una pedagogía que facilite diferentes tipos de aprendizaje en un COMA (curso online masivo abierto); basado en la red, en contenidos y tareas. Al colaborar con personas interesadas en las mismas actividades médicas o de comunicación se proporciona un sentido a la actividad y se verifica que tan efectivas se están haciendo las habilidades propias. Aún mas, la estrategia actual de educación impulsa el desarrollo de habilidades y enfatiza la importancia de un currículum basado en aptitudes y habilidades. Es por esto que el libro contiene DVDs y otros materiales que impulsan el aprendizaje para hacer frente a este reto. Estudiantes que gusten de expresar su opinión profesional, documentar sus argumentos y planear una autoevaluación de habilidades, son bienvenidos a utilizar esta plataforma en línea y convertirse en participantes activos en foros de discusión de temas en particular.

La invitación a aprender a un ritmo personal conforme al plan de estudio es propio tanto en el libro como en el COMA, en donde el criterio para la autoevaluación ha sido diseñado para evaluar habilidades cognitivas superiores tales como: comparación, análisis, memoria, y atención. El COMA da prioridad a actividades colaborativas y a interacciones entre los estudiantes, capacitadores y compañeros para el intercambio de ideas, para el debate y la argumentación; mientras que algunas actividades brindan la satisfacción de co-crear conocimiento, por ejemplo, aquel orientado a valores culturales y religiosas. La calidad del conocimiento adquirido es medida en variables como originalidad, documentación, la formalidad y educación de la discusiones, las habilidades de facilitación, los modelos de éxito votados por los alumnos y la precisión en la simulación, entre otros. En ambos, tanto en el libro como el COMA, se invita a aprender a un ritmo personal y estilo, mediante la reflexión y la práctica a través de portafolios digitales y de videos. Para este fin el COMA tiene un diseño tecnológico que facilita la difusión de la actividad de los participantes a través de una o más plataformas de acceso libre, en un ambiente abierto que invita a la participación masiva y provee a los estudiantes y capacitadores de una comunidad donde practicar con énfasis en aprender; más aún, el COMA ofrece un sistema más coherente de evaluación y acreditación en comparación con el libro, el cual se debe usar de preferencia en situaciones cara a cara como una herramienta para el desarrollo profesional continuo y un entrenamiento basado en la simulación.

En Conclusión, el libro y el COMA actúan como herramientas de manera independiente pero a la vez complementarias para ayudar a los profesionistas, estudiantes y al público en general, a aprender acerca de la Medicina Paliativa y el proceso de comunicación implicado en esta. Este material es el resultado de estrategias pedagógicas que combinan el aprendizaje tradicional con las tendencias actuales que involucran interacción, cambio de roles y el asumir nuevas responsabilidades tanto de los estudiantes como de los capacitadores.

Editores



REALIZACIÓN DE CATETERISMO URETROVESICAL (SONDA FOLEY) EN PACIENTES FEMENINAS

Protocolo médico

Unidad lingüística



**REALIZACIÓN DE CATETERISMO URETROVESICAL
(SONDA FOLEY)**

REALIZACIÓN DE CATETERISMO URETROVESICAL (SONDA FOLEY) EN PACIENTES FEMENINAS

Crear una comunicación directa con el contenido de la vejiga urinaria por medio de un tubo especialmente diseñado (Sonda/Catéter Foley) insertado a través de la uretra en la vejiga.



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---


1.	Examine las condiciones vitales del paciente (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración, otros signos vitales</i>): Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Soy su doctor/a enfermero/a y voy a examinarle en un momento.				0 2 5
2.	¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?..... (<i>Esto se realiza para evitar realizar un procedimiento con el paciente equivocado, ya que puede haber varios pacientes con el mismo nombre. Tampoco pregunte por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes distraídos por los síntomas u otras razones</i>). Revise dos veces los datos del historial médico para chequear el nombre: <input type="checkbox"/> fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
3.	Proporcione un espacio privado para el procedimiento (<i>habitación con una sola cama, cortinas, biombos, etc.</i>) Lo que voy a tener que hacer es colocar un catéter en su vejiga urinaria para poder vaciarla en un contenedor especial médico. (<i>qué vamos a hacer</i>)				0 1 3
4.	La maniobra implica pasar un tubo flexible a través de las áreas relacionadas con la micción. Esto es fácil de realizar, no implica cortes ni pinchazos, así que no le va a hacer daño. (<i>en qué consiste la maniobra</i>)				0 1 3
5.	Es muy importante que esté relajado y calmado durante el procedimiento. Cuando se lo diga, no se mueva por favor y mantenga sus piernas tal como las vamos a colocar para que podamos insertar el catéter sin tocar las áreas que pueden contener microbios. También, hasta que le dé la señal, respire profundamente y después suéltelo todo hacia fuera – respire varias veces, profundamente, lentamente, libremente. (<i>cómo puede contribuir al procedimiento</i>)				0 1 3
6.	Poder vaciar la vejiga es un elemento muy importante de su condición médica. Basándonos en esto, podremos decidir qué medicación podemos recomendarle posteriormente. (<i>los beneficios del procedimiento</i>)				0 1 3
7.	Ahora, ¿tiene claro el procedimiento? ¿Tiene alguna otra pregunta que hacerme?	ESENCIAL			
8.	¿Puede decirme cuándo y cuánto ha orinado la última vez? (<i>evaluar la percepción del paciente y su implicación en los temas de su propia salud</i>)				0 1 3
9.	¿Se ha sometido a una inserción de sonda/catéter urinario anteriormente? ¿Por alguna intervención quirúrgica anterior quizá?				0 1 3
10.	¿Es usted alérgico/a a alguna cosa como productos de goma, yodo, esparadrapo adhesivo? (<i>analizar posibles alergias a los materiales normalmente usados en el procedimiento</i>)	ESENCIAL			
11.	¿Esta de acuerdo con la extracción de muestras de sus productos biológicos? (<i>analizar las creencias personales sobre las muestras de productos biológicos</i>)	ESENCIAL			

12.	¿Cuándo ha comido la última vez? <i>(si es posible, evite realizar cateterización uretrovesical justo antes o después de las comidas del paciente)</i>		0 1 6
13.	<p>Seleccionar la sonda Foley a usar (características técnicas) en la situación clínica dada (si no se ha especificado ya en el historial médico del paciente).</p> <p>Examen de los datos del paciente en su expediente sobre: <i>Edad del paciente y género:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - niño - medida de sonda 8-10 (circunferencia externa 2.7 ~ 3.4 mm), longitud de 30 cm, bolsa de 3 ml; - adulto - medida de sonda 14-18 (4.7 a 6 mm), con 5 ml de bolsa <i>(un tamaño menor de la bolsa permite el extremo distal de la sonda – donde están los agujeros de drenaje, para colocarlos lo más cerca del punto de la vejiga urinaria, resultará por tanto una mejor evacuación)</i>, 23-26 cm de longitud. 		0 1 9
14.	<p>Examen de los datos del expediente médico del paciente sobre: <i>Diagnósticos del paciente que apoyen la indicación de cateterización uretrovesical (por patología urogenital existente):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - en casos de retención urinaria <i>(supuesta incapacidad del sistema uretrovesical para garantizar la evacuación de la orina acumulada en la vejiga)</i> se pospone la cateterización hasta que el volumen existente de orina en la vejiga es analizado usando una ecografía portátil de la vejiga <i>(el volumen detectado es mostrado digitalmente con una precisión del 85% para volúmenes de menos de un litro; la documentación de un volumen de 500-800 ml conduce a la indicación de desencadenar la sensación de micción; si se detecta un volumen de menos de 500 ml, se pospone la cateterización para permitir la acumulación posterior de fluidos al nivel de la vejiga. Esto es debido a riesgo infeccioso de cateterización asociado a la movilización potencial de microorganismos que existen comúnmente en la parte distal de la uretra, que tienen que ser transferidos dentro de la vejiga urinaria, un espacio normalmente no contaminado)</i> <p>Ahora voy a dejar correr el agua y usted puede dejar sus manos bajo el agua corriente. Esto lo hacemos para acelerar la urgencia de evacuar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - en el drenaje de coágulos, depósitos urinarios densos, hematuria – sondas de tamaño mayor, medida de 20 (6.6 mm) - en patologías que requieren irrigación continua o intermitente de la vejiga – sonda Foley con tres canales <i>(una para el drenaje de la vejiga, la segunda para vaciar/llevar la bolsa de la sonda, y la tercera para introducir el fluido de irrigación en la vejiga)</i> 		0 1 9
15.	<p>Examen del historial médico del paciente sobre: <i>Duración estimada de la cateterización uretrovesical:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - hasta 1 semana – uso de catéter Foley de plástico <i>(flexibilidad reducida con consecuencias traumáticas añadidas)</i>, PVC <i>(flexibilidad mejorada a la temperatura corporal, moldeándose en los contornos de la uretra)</i> o látex <i>(riesgos de alergia permanentes que deben ser controlados posteriormente; la alta frecuencia de fenómenos de alergias al látex en el ámbito médico funciona actualmente como disuasivo en el uso actual)</i> - hasta 4 semanas – uso de catéter Foley de polytetrafluoroetileno (teflon) - hasta 12 semanas – uso de catéter Foley de silicona <i>(más caro)</i> impregnado opcionalmente con sustancias antimicrobianas <i>(nitrofuratoína, hidrogel, plata, etc.)</i> 		0 1 3


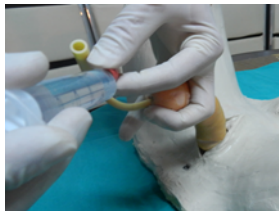
16.	Examen del historial médico del paciente sobre: Diagnósticos asociados (<i>ej. coagulopatías, etc.</i>), parámetros de laboratorio (<i>ej. plaquetas <150,000, INR> 1.5, etc.</i>) y medicación asociada (<i>ej. Sintrom, Trombostop, Aspirina, Plavix, etc.</i>) – para examinar el riesgo de sangrado prolongado.		0 1 5
17.	Una vez seleccionadas las características técnicas del catéter, deben estar disponibles desde el principio dos catéteres uretrovesicales para poder reemplazar rápidamente la sonda en caso de contaminación o resultar dañada durante el procedimiento.		0 1 3
18.	Valoración de la voluntad del paciente de colaborar en la ejecución del procedimiento. Revisión del historial médico del paciente desde el punto de vista de las condiciones asociadas que pueden contraindicar bien la posición supina (<i>ej. fallo severo del corazón con disnea decúbito</i>) o bien la flexión de las rodillas / rotación externa de los muslos (<i>enfermedad reumatológica / ortopédica</i>)		0 1 5
19.	Necesitaré que se tumbe sobre su espalda en la cama, con las rodillas dobladas y abiertas entre 15 y 30 minutos (<i>la rotación de la parte externa de los muslos y la flexión de las rodillas permiten una óptima visión de la región perineal, donde se encuentra el meato externo urinario que se va a manipular durante la maniobra</i>). ¿Puede hacerlo por favor? Y doblar sus rodillas. Bien. Ahora abra más sus rodillas y gire sus muslos hacia fuera. Gracias. ¿Puede mantener esta posición? (<i>si el paciente tiene dificultad para colocar y mantener las partes de su cuerpo en esa posición tal como se le ha pedido, se le puede pedir a un colega que ayude con las rodillas y las caderas del paciente. De manera alterna, el paciente puede ser colocado ligeramente hacia un lado o en posición semi-prono</i>)		0 1 3
20.	Se va a exponer su zona genital para realizar esta maniobra. Siendo un tema de privacidad personal, preferiría que fuera exclusivamente una mujer quien se lo realizara?		0 1 9
21.	Si no han sido revisados recientemente: medición de la presión sanguínea, pulseometría, termometría: BP..... mmHg, SaO ₂ %, T °C. Lávese las manos. Póngase guantes médicos limpios como parte de las precauciones estándar.		0 1 3
22.	Use una gasa empapada en alcohol para desinfectar cualquier superficie con la cual tendrá contacto durante la maniobra.		0 1 3
23.	Tire los guantes usados en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos. Póngase un nuevo par de guantes médicos como parte de las precauciones estándar.		0 1 3
24.	Esta maniobra implica la limpieza previa de la zona de los genitales con agua y jabón. Puede hacerlo usted misma o pedirnos que lo hagamos por usted, ¿qué prefiere? Limpie la zona perineal con agua y jabón – la mayoría de los pacientes eligen hacerlo ellos mismos (<i>ya que esto implica el área genital</i>) y lo hacen satisfactoriamente si reciben la guía adecuada: Lave siempre desde las áreas limpias hacia las sucias, desde delante hacia detrás. (<i>la zona anal tiene siempre una mayor carga microbial</i>)		0 1 9
25.	Cubra al paciente con una sábana de baño preparada con la forma de un diamante, las esquinas apuntando la cabeza, las piernas y los lados de la		0 1 3


PROTOCOLO MÉDICO



	cama respectivamente.			
26.	Use sus manos para sostener las esquinas de la sábana bajo su barbilla mientras tiramos de la sábana por debajo de usted. Sin exponer al paciente bajo la sábana de baño, enrolle la sábana hasta los pies de la cama y retírela entre los pies del paciente y la barra de los pies.			0 1 3
27.	Ahora por favor desvístase de cintura para abajo, debajo de la sábana de baño. Guardaremos su ropa hasta que termine la maniobra. Gracias.			0 1 3
28.	Doble sus rodillas ahora, por favor. Las plantas de los pies separadas unos 60 cm aproximadamente. Así. Muy bien. Ahora gire sus muslos ligeramente hacia fuera.			0 1 3
29.	Coloque los materiales necesarios a la altura de la mesa de trabajo.			0 1 3
30.	Asegúrese de que tiene una buena iluminación para el examen y la instrumentación del área perineal <i>(el uso de luz de flash puede ser apropiado)</i>			0 1 3
31.	Colóquese del lado derecho del paciente <i>(o lado izquierdo si el equipo que realiza la maniobra es zurdo)</i> . Levante la cama del paciente a la altura de la cintura del equipo que realizará la cateterización uretrovesical.			0 1 3
32.	Cruce las esquinas de la sábana de baño bajo los muslos del paciente, dejando la esquina apuntando a los pies para cubrir la zona perineal como una tienda. <i>(la exposición reducida de las áreas privadas limita la sensación de vergüenza mientras por otro lado proporcional comodidad térmica durante la cateterización uretrovesical)</i>			0 1 3
33.	Levante la sábana de baño por la esquina que apunta hacia los pies y enróllela hacia arriba para dar acceso a la zona perineal del paciente. Coloque una toalla absorbente bajo las nalgas del paciente y por debajo, entre los muslos del paciente <i>(para prevenir mojar o comprometer las sábanas de la cama)</i>			0 1 3
34.	Desempaquete el kit estéril que contiene la bolsa para recolección de la orina, cuélguela a la cama usando el gancho especial para ello, dejando a la altura de la mano el final del tubo que conecta la bolsa urinaria a la sonda Foley.			0 1 9
35.	Desempaquete el kit estéril para la cateterización uretrovesical y colóquela a la altura de la mano, teniendo cuidado de no desesterilizar su contenido.			0 1 3
36.	Aplique solución antiséptica (tipo betadine-yodo) en cinco compresas estériles que serán usadas para desinfectar el área peri-meato urinaria. Deseche los sacos vacíos para solución antiséptica en el contenedor de basura no infecciosa.			0 1 6
37.	Tire los guantes usados en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos. Póngase un par de guantes limpios mientras mantiene estéril el rollo que se va a colocar entre las piernas del paciente <i>(dentro del rollo tendrá las compresas estériles con solución antiséptica usada para desinfectar el área de meato uretral)</i> .			0 1 6
38.	Extraiga la sonda Foley <i>(usar una jeringa estéril de volumen apropiado que será conectada al final de la sonda especialmente diseñada insertándola firmemente hasta</i>			0 1 9

	<p>la válvula que se encuentra en este punto) para rellenar la bolsa y así revisar su estabilidad y funcionalidad (la detección de disfunciones a tiempo permite que la sonda sea reemplazada antes de la implementación de la cateterización).</p> <p>Usar la jeringa de nuevo, vaciar la bolsa de la sonda Foley completamente y desconecte la jeringa que ahora contiene el volumen exacto de agua destilada necesaria para rellenar la bolsa cuando se necesite. Coloque la jeringa en el rollo de los guantes médicos utilizados previamente.</p> <p>Coloque un lubricante al final de la sonda (de 2.5-5 cm de longitud), donde se encuentra la bolsa. La conexión esterilizada de la sonda a la bolsa de recolección urinaria.</p>		
39.	<p>Con la mano que no va a manipular, abra la zona meato uretral – separe los labios con los dedos III y IV (¡que han sido esterilizados!), la palma hacia arriba. Tenga cuidado de mantener los labios mayores apartados suficientemente, no deben estar en contacto con el meato urinario en ningún momento de la maniobra. Con ello, los dedos I y II están libres para asegurar un buen agarre del tubo y de la válvula de la bolsa que va a ser conectada con la jeringa cuando se rellena la bolsa con agua destilada estéril.</p>		0 1 9
40.	<p>Utilizar el fórceps estéril del kit de cateterización uretrovesical y las compresas antisépticas, limpie hacia abajo con la mano principal y desinfecte el área labial con movimientos sólo en un sentido, tal como sigue: el interior del labio mayor en dirección anterior-posterior (de delante hacia atrás); el interior del labio mayor opuesto en dirección anterior-posterior; los labios pequeños en dirección anterior-posterior; el opuesto menor en dirección anterior-posterior; los meato-urinarios en dirección anterior-posterior, usando sucesivamente 5 compresas antisépticas (la cateterización uretrovesical es la maniobra más frecuente de infecciones nosocomiales- infecciones adquiridas en el ámbito médico – por tanto deben respetarse estrictamente las normas de asepsia). Después de cada uso, tire la compresa en el contenedor de basura infecciosa y finalmente también el fórceps. En esta ocasión identifique las estructuras anatómicas del área perineal y detecte la localización del meato uretral (a veces es difícil de identificar en pacientes femeninas).</p>		0 1 9
41.	<p>Inyecte 10-15 ml de gel lubricante en el meato uretral (gel de lidocaína puede servir para reducir las molestias asociadas con el paso del catéter por la zona uretral, pero el uso de lidocaína requiere 5 minutos adicionales para que se sienta el efecto anestésico). Después de su uso, tire la jeringa con gel lubricante en el contenedor de basura infecciosa.</p>		0 1 9
42.	<p>Sujete el extremo del catéter Foley (la parte con los tubos conectados) en la palma de la mano principal, con el catéter haciendo un giro (para controlar su longitud) y el extremo opuesto que va a ser introducido en el meato sostenido a unos 5-7.5 cm de su punta colocado como un bolígrafo entre los dedos I en un lado y II and III en el otro.</p>		0 1 9
43.	<p>Sostenga el área cateterizada usando la mano no principal, mantenga los labios mayores separados. (con esta maniobra la trayectoria uretral se mantiene recta, y así se facilita el avance del catéter a esta altura)</p>		0 1 3

44.	<p>Inserte el catéter Foley en el meato urinario sin tocar las partes colindantes. <i>(si sucede tal incidente se contamina el catéter Foley y debe ser reemplazado; en caso de inserción accidental en la vagina, se mantiene allí el catéter durante la cateterización para guiar la siguiente inserción correcta con un catéter nuevo y estéril).</i></p>		ESENCIAL
45.	<p>Ahora, respire varias veces profunda y lentamente. Dentro y fuera, <i>(avanzar el catéter durante la exhalación del paciente),</i> lentamente ...todo. Sí, así....y ahora de nuevo.</p>		0 1 6
46.	<p>Continúe hasta avanzar el catéter a lo largo de la uretra a la vez que el paciente va expirando.</p>		0 1 3
47.	<p>En caso de percepción de resistencia al avance del catéter Foley por el esfínter uretral. Mantenga una presión regular pero no fuerte sobre el catéter <i>(se espera que el esfínter uretral se relaje, permitiendo el avance del catéter o alternativamente, se puede girar el catéter hacia un lado y hacia otro para hacerlo avanzar).</i></p>		0 1 6
48.	<p>Guíe el giro del catéter en su progreso dentro de la uretra y revise la posible aparición de orina en el catéter.</p>		0 1 3
49.	<p>Sostenga el extremo distal del catéter a la altura de la bolsa de cateterización para permitir que se acumule la orina evacuada desde la vejiga.</p>		0 1 3
50.	<p>Desde este punto, inserte otros 5 cm el catéter <i>(para maximizar las posibilidades de que la bolsa del catéter haya pasado a través de la uretra y se haya asegurado la localización de la vejiga. El llenado de la bolsa en el punto uretral traumatiza el canal urinario y conduce a complicaciones inesperadas).</i></p>		0 1 9
51.	<p>Usando la mano principal, coja en extremo del catéter Foley que tiene la válvula de la bolsa hasta la altura de los dedos de la mano no principal, mientras continua teniendo los labios mayores abiertos y separados (mediante las posiciones mencionadas previamente).</p>		0 1 3
52.	<p>Usando ahora la mano libre principal, tome la jeringa con agua destilada colocada previamente al alcance y conéctela en el extremo del catéter con la válvula de la bolsa. Sosteniendo la válvula con los dedos de la mano no principal, empuje la punta de la jeringa a través de la válvula e inyecte el volumen conveniente de agua destilada para rellenar la bolsa completamente <i>(se ha abandonado el uso de soluciones salinas en esta fase, después de que varios estudios revelasen que por una precipitación parcial del cloruro de sodio (NaCl) en las soluciones salinas, disminuye el volumen de las bolsas).</i></p>		0 1 3
53.	<p>En el momento que suceda dolor o molestias durante la maniobra de llenado de la bolsa, es obligatorio parar la inyección de agua estéril, vaciar completamente la bolsa y posteriormente avanzar el catéter hacia la vejiga.</p>		ESENCIAL
54.	<p>Desconecte la jeringa del catéter Foley y deséchelo en el contenedor de basura infecciosa no punzante.</p>		0 1 3

55.	Mientras mantiene el área del meato bien alejada de cualquier contacto con las estructuras colindantes, utilice la mano principal para retirar suavemente el catéter Foley hacia atrás hacia el tracto uretral hasta que se sienta que para, lo que ocurre cuando la bolsa se sitúa a la altura de la vejiga del orificio uretral.		0 1 3
56.	Retire la mano no principal de la altura de las zonas asistidas durante la maniobra y vuelva a colocarla a la altura del tubo de drenaje urinario. Use la mano principal para conectar el catéter Foley al tubo de la bolsa recolectora urinaria. <i>(En esta fase se utilizan ambas manos)</i>		0 1 3
57.	Asegure el tubo del catéter Foley mientras lo coloca a la altura del interior de los muslos del paciente para que presionen la parte del tubo <i>(para evitar que la bolsa se resbale hacia atrás dentro de la vejiga, con pérdida de orina desde la vejiga a lo largo del catéter, lo que provocaría dificultades en mantener la higiene del paciente y convertiría un circuito cerrado y estéril en uno abierto)</i> , sin estar en tensión, permitir a la paciente realizar movimientos <i>(se recomiendan aparatos específicos con registros científicamente probados de reducción del riesgo de infección relacionada con cateterización uretrovesical, mucho mejor que la simple sujeción del tubo con cinta adhesiva)</i> .		0 1 3
58.	Puede experimentar sensación de escozor y la urgencia de vaciar. Esto sólo durará hasta que se acostumbre al catéter, debería desaparecer en unos minutos.		0 1 3
59.	Limpie la zona perineal con compresas con solución alcohólica <i>(para retirar el betadine usado previamente en la desinfección lo que puede provocar irritación local en caso de contacto prolongado con la piel/membranas mucosas)</i> .		0 1 3
60.	Mida el volumen de la orina recogida y analice su apariencia.		0 1 3
61.	Ajuste el tubo para evitar que se doble y asegúrese que el nivel superior de la bolsa de recolección está siempre situado por debajo de cualquier segmento del tubo <i>(para no crear condiciones en que la orina pueda derramarse hacia atrás fuera de la bolsa hacia el tracto urinario – con riesgo de contaminación)</i>		0 1 3
62.	Retire los materiales restantes del procedimiento en el contenedor de basura infecciosa no punzante.		0 1 3
63.	Retire los guantes usados y arrójelos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos con agua y jabón.		0 1 3
64.	Ahora puede cerrar sus piernas y relajarse. Hemos acabado el procedimiento. Bien hecho. Gracias.		0 1 3
65.	Desenrolle las sábanas para cubrir al paciente <i>(hágalo bajo la sábana de baño)</i> . Retire y coloque las sábanas en el contenedor de basura infecciosa.		0 1 3
66.	Use una gasa con alcohol para desinfectar todas las superficies que han estado implicadas en el procedimiento. Lávese las manos.		0 1 3
67.	La bolsa urinaria será vaciada cada 8 horas o tan a menudo como se necesite, sin que se llene más de la mitad.		0 1 3
68.	El área genital debe ser lavada con agua y jabón al menos diariamente para prevenir la aparición de irritación o infección.		0 1 3
69.	Bajo ninguna razón se retirará el tubo urinario. Si le incomoda alguna cosa del sistema de drenaje urinario, háganoslo saber y lo		0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



	resolveremos por usted.			
70.	Tenga cuidado que no se doble el tubo urinario, se retuerza o se pince ya que esto bloquearía el flujo de orina.			0 1 3
71.	Debe cuidar también que la bolsa de recolección esté siempre por debajo del nivel de la vejiga y los tubos uretrovesicales.			0 1 3
72.	Mientras lleve el catéter su vida sexual cambiará. Será aconsejado sobre estos temas si lo desea.			0 1 3
73.	Es aconsejable tomar duchas en vez de baños mientras lleva el catéter <i>(la inmersión prolongada favorece la aparición de infecciones urinarias)</i>			0 1 3
74.	Por favor, revise cualquier signo de infección. Si tiene escozor o dolor abdominal bajo, urgencia frecuente por orinar o incluso somnolencia o fatiga sin explicación, o si la orina se vuelve grisácea, puede significar que su orina se ha infectado <i>(para disminuir el riesgo se recomienda una dieta que acidifica la orina, ej. zumo de arándanos)</i> . Si sucede esto, necesitará cuidados médicos especializados.			0 1 3
75.	Para que pueda orinar la cantidad adecuada, le recomendamos que beba al menos dos litros de líquido cada día <i>(preferiblemente más de 3 litros – esta será una indicación a comunicar al paciente sólo si las patologías asociadas permiten la ingesta de tal volumen de líquido)</i> .			0 1 3
76.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relacionados con la realización del procedimiento, accidentes, complicaciones – según el caso, volumen y aspecto de la orina (color, claridad, etc.) fecha y hora.	ESENCIAL		
77.	Deben seguirse todos los pasos para garantizar la seguridad del paciente <i>(ajustar la cama a una altura inferior y subir las barreras laterales)</i> . Asegúrese que el paciente puede alcanzar sus objetos personales <i>(ej. teléfono móvil, libro, pasatiempos, etc.)</i> , el vaso de agua y el control remoto para la llamada de asistencia o ayuda médica. Ofrezca detalles sobre el calendario médico a seguir y el momento en que el paciente será revisitado nuevamente).			0 1 3
Puntuación total: 300		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Referencias selectivas

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

REALIZACIÓN DE CATETERISMO URETROVESICAL (SONDA FOLEY) EN PACIENTES FEMENINAS

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

fatiga
vejiga

fecha de caducidad
infección

cateterización
catéter

escocer
drenaje

Definiciones:

1. Crear una comunicación directa con el contenido de la vejiga urinaria por medio de un tubo especialmente diseñado (Sonda/Catéter Foley) insertado a través de la uretra en la vejiga
2. Un instrumento médico tubular que se introduce en canales, vasos, conductos o cavidades del cuerpo con fines diagnósticos o terapéuticos.
3. Un saco membranoso extensible que sirve para la retención temporal de la orina; se encuentra en la pelvis, frente al recto, recibe la orina por los dos uréteres, y la descarga por intervalos en la uretra a través de un orificio cerrado por el esfínter.
4. La fecha marcada en los paquetes de productos de consumo que indica cuándo expira su vida útil, después de la cual no deben ser puestos a disposición para la venta.
5. El acto o proceso de extracción de fluidos de una cavidad o herida como resultado del empeoramiento de la enfermedad o succión. Se realiza por succión o gravedad.
6. El resultado de la acción de un agente patógeno o contacto con material contaminado por un agente patógeno.
7. Sentir o causar un dolor de quemazón agudo.
8. La condición de estar cansado tras un esfuerzo intelectual o físico.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor hace saber al paciente cuándo ha terminado el procedimiento.

El doctor saluda al paciente y se presenta.

El doctor explica los pasos del procedimiento.

El doctor explica al paciente qué es lo que va a hacer.

El doctor explica al paciente por qué realiza dicho procedimiento.

El doctor pregunta al paciente si tiene experiencia o está familiarizado con el procedimiento.

El doctor enseña al paciente cómo tumbarse en la cama.

El doctor realiza el procedimiento introduciendo el catéter Foley.

El doctor tranquiliza al paciente diciéndole que todo está bien aunque sienta algunas molestias.

El doctor hace recomendaciones y da consejos.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es un catéter Foley?

El catéter Foley actúa como un desagüe para rellenar su vejiga.

Es un tubo fino que vacía orina de la vejiga.

2. ¿Cómo tiene que llevar la bolsa de drenaje?

Mantenga siempre la bolsa de drenaje por debajo de su vejiga (cuando esté tumbada, sentada o de pie).

Mantenga siempre la bolsa de drenaje por encima de su vejiga (cuando esté tumbada, sentada o de pie).

3. ¿Cuándo tiene que cambiar o vaciar la bolsa de drenaje?

Vacíe la bolsa de drenaje cuando esté medio llena.

Vacíe la bolsa de drenaje cuando esté totalmente llena.

4. ¿Qué tienen que hacer los pacientes para mantenerse sanos mientras llevan la bolsa de drenaje?

No deben beber mucha agua.

Deben comprobar que su orina está sana. Debe ser transparente y amarilla.

Seleccione si los enunciados son verdaderos o falsos

1. La cateterización implica el uso/la inserción de un tubo especialmente diseñado (catéter Foley). V/F

2. La vejiga es un saco muscular membranoso dentro del abdomen que envía orina a los riñones y la almacena para su expulsión. V/F

3. Un catéter es un instrumento quirúrgico fino para explorar la profundidad o la dirección de una herida, cavidad. V/F

4. El drenaje es el acto o proceso de absorción de fluidos desde una cavidad o herida por medio de la succión o gravedad. V/F

5. Una infección es el estado producido por la colonización de un agente patógeno en el interior o la superficie de un huésped. V/F

6. Inhalar es expirar o expeler aire de los pulmones. V/F

7. Exhalar es inhalar aire en los pulmones mediante la respiración; inspirar. V/F

8. Un catéter es un instrumento médico tubular que se introduce en canales, vasos, conductos o cavidades del cuerpo con fines diagnósticos o terapéuticos (como permitir la inyección o extracción de fluidos o para mantener un conducto abierto) V/F

Combine las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Cuál es su nombre?	3 de marzo 1976.
¿Cuál es su fecha de nacimiento?	No, nunca la he tenido.
¿Sabe cuánto y cuándo ha orinado la última vez?	Esta mañana en el desayuno. Eran las 8.
¿Se le ha insertado alguna vez una sonda o catéter urinario?	No, no soy alérgico a nada.
¿Es alérgico a alguna cosa?	Sí, lo estoy. No tengo nada en contra de ello.
¿Esta de acuerdo con que se le tome una muestra de sus productos biológicos?	Mi nombre es José García.
¿Cuándo ha sido la última vez que ha comido?	Justo hace media hora. No lo sé, la cantidad normal.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Drenaje	Espirar
Abdomen	Gotear
Consumir	Vientre
Superior	Piernas
Inferior	Pecho
Maxilar	Mandíbula
Extremidad	Comer
Región lumbar	Cintura
Región pectoral	Más arriba
Exhalar	Más abajo

Integrated Grammar

Hacer recomendaciones / dar consejos

1. *Le recomiendo / usted puede / usted debe* estar relajado y calmado durante el procedimiento.
2. Cuando se lo diga *puedo / le aconsejo / le recomiendo* que no se mueva y mantenga sus piernas como las hemos colocado durante 15 minutos.
3. Usted *debe / puede / le sugiero* lavarse la zona genital con agua y jabón para prevenir la aparición de irritación o infección local.
4. Cuando le dé la señal *le sugiero / usted puede / usted debe* respirar lentamente varias veces.
5. *Es aconsejable / le recomiendo / usted puede* estirar sus piernas y relajarse.



Expresión oral

Haga recomendaciones sobre cómo utilizar la bolsa de drenaje; grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro de evaluación realizado por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de explicación de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course>

Debe tener cuidado y asegurarse que la bolsa recolectora está colocada siempre por debajo del nivel de la vejiga.



REALIZACIÓN DE PARACENTESIS

Protocolo médico

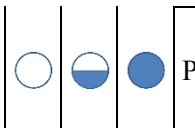
Unidad lingüística



REALIZACIÓN DE PARACENTESIS

REALIZACIÓN DE PARACENTESIS

Crear una comunicación directa con la cavidad del abdomen por medio de una punción intercutánea.



				P
1.	<p>Evalúe las constantes vitales (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i>)</p> <p>Constantes vitales presentes <input type="checkbox"/>; infarto cardiorrespiratorio <input type="checkbox"/></p> <p>Prepare los materiales necesarios – el kit de recolección</p> <p>Buenos días. Mi nombre es Soy su doctor/a enfermero/a.</p>			0 2 5
2.	<p>¿Puede decirme su nombre por favor?..... (o verifique la coincidencia entre los datos en la ficha de información y el brazalete si es que el paciente lleva una en la muñeca) Y su fecha de nacimiento Gracias. (<i>Esto se hace para evitar realizar el procedimiento con el paciente equivocado ya que puede haber pacientes con el mismo nombre. Además, no pregunte por ej. "¿Es usted el/la señor/a García?" para evitar recibir una contestación de pacientes distraídos por sus síntomas u otras razones.</i>)</p>	ESENCIAL		
3.	<p>Proporcione el ambiente adecuado para una examinación privada (<i>sala con una sola cama, cortinas, etc.</i>)</p> <p>¿Está de acuerdo con el hecho de mostrar sus fluidos biológicos? (<i>revisión de las creencias personales acerca de los fluidos biológicos</i>)</p>	ESENCIAL		
4.	Si está cualquier acompañante del paciente presente debe pedírsele amablemente que abandone la habitación. No pueden permanecer en la habitación durante el procedimiento.			0 1 3
5.	<p>Coloque al paciente en una posición cómoda. (<i>reclinado en una silla de brazos o tumbado en la cama</i>).</p> <p>Le vamos a realizar una paracentesis, que es un procedimiento médico por el cual podemos acceder a la zona de su abdomen donde se ha acumulado una cantidad importante de líquido debido a la enfermedad. ¿Ha tenido una paracentesis anteriormente?</p>			0 1 3
6.	<p>Este procedimiento implica introducir una aguja en la zona baja izquierda de su abdomen lo justo para atravesar la piel y alcanzar la cavidad abdominal donde se encuentra el líquido, a causa de la enfermedad. Para lograr una punción más cómoda y segura, debe reclinarse sobre su lado izquierdo en la cama, de modo que el líquido se acerque a la zona de la punción. Es importante que esté cómodo en su posición porque debe quedarse completamente inmóvil durante el proceso. Cualquier movimiento puede ocasionar que le pinchen otros órganos de modo imprevisto. Por eso le rogamos que no se mueva ni hable antes de avisarnos levantando una mano. También haga todo lo posible por no toser. El proceso completo puede llevar 30-45 minutos. Va a sentir cierta presión mientras se le inserta la aguja pero esta desaparecerá pronto, y entonces no tendrá ningún otro tipo de molestias, excepto el hecho de que no podrá moverse por un tiempo. (<i>en qué consiste el proceso</i>)</p>			0 1 3
7.	<p>Es muy importante que esté relajado y calmado a lo largo de la operación y que se quite cualquier ropa que le cubra el abdomen y se coloque como le he explicado antes. Es muy importante también que no haga movimientos repentinos mientras lleva la aguja. (<i>cómo puede contribuir el paciente a la realización del proceso</i>)</p>			0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



8.	El fluido que vamos a recoger lo vamos a analizar en laboratorio, y nos dará mucha información sobre su situación médica. Basándonos en ello, decidiremos qué medicamentos recomendarle posteriormente. <i>(qué utilidad tiene el procedimiento para el paciente)</i>		0 1 3
9.	Ahora ¿tiene claro cómo es el procedimiento? ¿quiere preguntarme algo más?	ESENCIAL	
10.	Revise el historial médico del paciente en lo concerniente a: diagnósticos asociados (ej.. coagulopatías, etc.), parámetros de laboratorio (ej.. plaquetas <150,000, INR> 1.5, etc.) y medicación asociada (ej. Sintrom, Trombostop, Aspirina, Plavix, etc.) – para analizar el riesgo de sangrado prolongado.		0 1 9
11.	¿es alérgico/a a alguna cosa, tipo productos de goma/caucho, yodo, esparadrapo quizá? <i>(revisar posibles alergias a los materiales usados regularmente en el procedimiento)</i>		0 1 9
12.	Si no han sido revisados anteriormente: medición de presión arterial, pulseometría, termometría: BP..... mmHg, SaO ₂ %, T °C. Lávese las manos. Póngase guantes médicos limpios como parte de las precauciones estándar. Desinfecte con un tampón con alcohol las superficies de los muebles con los que va a interactuar durante el proceso.		0 1 3
13.	Deseche los guantes usados previamente en el contenedor de basura infecciosa. Lávese las manos. Colóquese un nuevo par de guantes médicos como parte de las precauciones estándar.		0 1 3
14.	Revise las indicaciones para paracentesis y, si es el caso, las indicaciones para administración posterior de medicación intraperitoneal (interior del abdomen)		0 1 3
15.	Por favor, retire las ropas para que su abdomen quede completamente descubierto. Levante la altura de la cama del paciente al nivel de la cintura del profesional que realiza la operación. Colóquese en el lado izquierdo de la cama. Baje las barreras laterales de la cama.		0 1 3
16.	Inspeccione la piel del abdomen por posibles signos de infección local. <i>(riesgos asociados de que agentes infecciosos se hayan extendido de modo intraperitoneal debido a lesiones de la piel).</i>		0 1 9
17.	Controle el historial médico del paciente para ver el diagnóstico que puede haber conducido a la acumulación de fluido peritoneal (<i>localización, tipo, rasgos ecográficos de obstrucción</i>). Utilice protectores de cama (Sábanas absorbentes u otro material impermeable colocado bajo el nivel de la zona abdominal del paciente). Ahora por favor tumbese sobre su lado izquierdo, como le he explicado anteriormente.		0 1 9
18.	Identificar la localización de la espina iliaca anterosuperior y el ombligo.		0 1 9
19.	Identificar el punto localizado entre los dos tercios internos y el tercio externo de la línea que uniría el ombligo con la espina iliaca anterosuperior, que es el punto exacto para punzar el abdomen en la paracentesis (<i>esta es la posición óptima para una paracentesis ya que: en el lado izquierdo el colon se encuentra más abajo; membrana peritoneal serosa al ser resbaladiza las asas intestinales tienden a alejarse del lado de la aguja, y la posición decúbito lateral ayuda a colocar el fluido abdominal hacia el área de la punción</i>).	ESENCIAL	

PROTOCOLO MÉDICO



20.	Marque el punto de punción con una X realizada con el borde de la uña.		0 1 9
21.	Presione el abdomen para confirmar la presencia de fluido en el área seleccionada (<i>esto ayuda a relacionar la ecografía abdominal con los objetivos del examen clínico para determinar mejor el lugar de la punción para la paracentesis</i>) y para la selección final del punto de punción.		0 1 6
22.	Limpie una zona de 5 cm ² ejerciendo presión en la superficie de la piel comenzando hacia fuera en espiral desde el punto elegido para la punción, utilizando una gasa con solución yodada (<i>esto consigue desinfección química - ej. la solución yodada alcohólica junto con otra mecánica – limpiar la piel restregando en espiral</i>). Deseche la gasa en el contenedor de basura infecciosa. Repita el proceso de desinfección con un nuevo tampón con solución yodada. Retire este segundo tampón en el contenedor de basura infecciosa.		0 1 9
23.	Repita el proceso de desinfección con un nuevo tampón con solución yodada. Retire este tercer tampón en el contenedor de basura infecciosa.	ESENCIAL	
24.	Lávese las manos y póngase guantes desechables estériles.		0 1 6
25.	Conecte la jeringa estéril con la aguja. Posibilidad: jeringa de 20-grosor, por favor. (<i>pida la asistencia de un colega médico – ej., abrir y disponer – los contenidos esterilizados del paquete que contienen la jeringa y la aguja, que serán manejados por el personal que realiza el proceso mediante guantes estériles, de este modo minimiza el riesgo de infección relacionada con la operación</i>)		0 1 3
26.	Quite el capuchón de la aguja La posición de la aguja-jeringa perpendicular al tegumento, inclinada hacia arriba.		0 1 6
27.	Vamos a comenzar la paracentesis. Sentirá un poco de pinchazo. Por favor manténgase quieto.		0 1 6
28.	EL conjunto de jeringa y aguja se presiona con un movimiento firme y controlado para punzar la piel y profundizar la aguja subcutáneamente, 5-7 mm de profundidad.	ESENCIAL	
29.	Use ambas manos colocadas al nivel de la jeringa, avance la aguja hacia la zona peritoneal en dirección perpendicular a la piel, mientras se genera presión negativa dentro de la aguja, tirando del pistón hacia atrás (<i>la presión negativa generada dentro de la jeringa permite identificar exactamente el momento de entrada en el espacio peritoneal notando inmediatamente la entrada de fluido en la jeringa. Después de esto, para evitar el riesgo de pinchazos accidentales en órganos abdominales, es importante mantener constantemente la longitud de inserción de la aguja y la dirección perpendicular a la piel</i>)		0 1 9
30.	Muy bien. Ahora vamos a retirar algo del fluido que le crea dificultades para respirar. Mantenga dicha posición un poco más de tiempo y no se mueva por favor.		0 1 3
31.	Aspirar la cantidad pretendida de fluido (<i>generalmente, en la evaluación inicial, el objetivo es diferenciar entre exudación y trasudación mediante exploración bioquímica – proteínas, lactato deshidrogenasa (LDH), colesterol, a qué glucosa, amilasa et al. se ha añadido, más exploraciones citológica y microbiológica</i>) El equipo monitoreará constantemente y asegurará que se mantengan la longitud de la inserción de la aguja y la posición perpendicular al tegumento.		0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



32.	Según sea el caso, la aguja de punción puede conectarse a un sistema de aspiración (cuando se recolecta fluido en una botella con indicación de niveles), lo que permite la retirada más fácil de la cantidad deseada de fluido <i>(como norma, retirar hasta 5 litros de fluido ascítico no provoca consecuencias psicopatológicas – electrolito o desequilibrio coloidal, etc.)</i>			0 1 3
33.	Muy bien. Casi hemos terminado aquí, pero no se mueva todavía.			0 1 3
34.	Aplique un tampón con solución yodada en el nivel de la punción y retire cuidadosamente el conjunto de aguja-jeringa de modo perpendicular al tegumento, mientras presiona el tampón yodado firmemente en la zona de entrada tan pronto como se retira la aguja.			0 1 9
35.	Hemos terminado ahora. Lo ha hecho muy bien.			0 1 3
36.	Deseche la aguja en el contenedor de basura de objetos punzantes y la jeringa en el contenedor de basura de objetos no punzantes.			0 1 6
37.	Dese la vuelta sobre su lado derecho. <i>(colocar al paciente en posición decúbito lateral derecho ayuda a disminuir la presión del fluido en la trayectoria de la puntura abdominal y permite que se vaya cerrando sin complicaciones)</i>			0 1 9
38.	Use alcohol para limpiar la zona yodada de la piel del abdomen <i>(la presencia prolongada de solución yodada en el tegumento es por un lado incómodo de observar y puede causar también riesgo de irritaciones locales)</i>			0 1 9
39.	Aplique un tampón con alcohol en la zona de punción para reemplazar el tampón con solución yodada, que tirará en el contenedor de basura infeccioso. Fije el tampón con esparadrapo.			0 1 6
40.	Vamos a mandar las muestras para la prueba. Así podremos saber más sobre su condición médica y lo que tenemos que hacer a continuación.			0 1 6
41.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relativos a la realización de la operación, accidentes, complicaciones – según el caso, volumen, aspecto del líquido evacuado (color, claridad, etc), fecha y hora.	ESENCIAL		
42.	Gracias. Hemos completado el proceso. Puede volver a ponerse sus ropas. Según el caso, asegure al paciente <i>(ajustar la cama a una altura inferior, levantar las barreras, laterales)</i> , coloque las pertenencias del paciente <i>(ej. Teléfono móvil, libro, pasatiempos, etc.)</i> , vaso de agua, control remoto de llamada de asistencia médica de fácil alcance. Todavía tenemos que hacer <i>(ej. electrocardiograma)</i> en minutos. <i>(ofrezca detalles sobre la próxima actividad médica y el tiempo que le queda hasta esta nueva realización)</i>			0 1 9
Puntuación total: 200		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Selective references

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

REALIZACIÓN DE PARACENTESIS

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

paracentesis
punción
aguja

atravesar
percusión

jeringa
guantes médicos

tampón
pinchazo

Definiciones:

1. Una cirugía consistente en atravesar una cavidad, órgano o tejido para retirar fluidos o inyectar medicación.
2. Un método utilizado para diagnosticar una enfermedad según los sonidos producidos por el acto de dar golpecitos en partes del cuerpo con los dedos, las manos o pequeños instrumentos.
3. La creación de una comunicación directa con la cavidad abdominal por medio de una punción transcutánea.
4. Entrar, traspasar.
5. Una funda protectora para las manos.
6. Una lesión producida por la punción de la piel por un objeto punzante.
7. Un instrumento médico, utilizado para inyectar o retirar líquidos en el cuerpo.
8. Una compresa, almohadilla o tapón hecho de algodón estéril, gasa u otro material, usado para tapar o desinfectar un órgano o tejido.
9. Un tubo de acero punzante muy fino utilizado para hacer inyecciones o punciones en cirugía o estomatología.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor se presenta, evalúa la condición del paciente y prepara los materiales necesarios.

El doctor identifica el punto exacto para punzar el abdomen en la paracentesis y percute el abdomen para confirmar la presencia de fluido en el área seleccionada

Cuando se ha recogido la cantidad pretendida de fluido el doctor aplica un tampón con solución yodada en el nivel de la punción y retira cuidadosamente la jeringa.

El doctor coloca al paciente en una posición cómoda, explica lo que va a hacer, en qué consiste el proceso y cómo puede contribuir el paciente a la realización del proceso.

EL doctor revisa las indicaciones para la paracentesis y le pide al paciente que se quite la ropa y se tumbé sobre su lado izquierdo tal como le ha explicado anteriormente.



El doctor realiza un proceso de desinfección con tampones con solución yodada tres veces y retira estos tampones en el contenedor de basura infecciosa.

El doctor usa una jeringa de calibre 20 para pinchar la piel y profundizar la aguja subcutáneamente, 5-7 mm de profundidad en dirección perpendicular a la piel.

El doctor aspira la cantidad pretendida de fluido y monitorea constantemente el proceso.

El doctor coloca al paciente en posición decúbito lateral derecho, que ayuda a disminuir la presión

El doctor manda la muestra para analizar en laboratorio, lo que les ayudará a saber algo más sobre la condición médica del paciente y la actividad médica posterior.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta:

1. *¿Qué implica la paracentesis?*

Crear una comunicación directa con la cavidad abdominal por medio de una punción transcutánea.

Crear una comunicación directa con la cavidad torácica por medio de una punción transcutánea.

2. *¿Qué tiene que hacer el paciente si se siente incómodo durante el procedimiento?*

Tiene que toser.

Tiene que levantar la mano.

3. *¿Por qué tendrá que permanecer completamente quieto el paciente durante el procedimiento?*

Cualquier movimiento puede ocasionar que le pinchen otros órganos de modo imprevisto.

De este modo el doctor podrá introducir la aguja.

4. *¿Por qué tiene que recoger el doctor líquido del abdomen del paciente?*

Se cambiará la posición del paciente

El fluido recogido y mandado a laboratorio dará al doctor mucha información sobre el estado médico del paciente.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. La paracentesis crea una comunicación directa con la cavidad abdominal por medio de una punción transcutánea. V/F

2. Para lograr una punción más cómoda y segura, el paciente debe tumbarse sobre su lado izquierdo en la cama, de modo que el líquido se acerque a la zona de la punción. V /F

3. El proceso completo puede llevar 2 horas. V /F

4. Es importante que el paciente esté cómodo en su posición, pero no tiene que quedarse completamente inmóvil durante el proceso. V /F

5. El paciente sentirá algo de presión durante el proceso. V /F



6. El paciente no podrá hacer movimientos repentinos mientras lleva la aguja dentro. V /F
7. El doctor revisa el expediente médico del paciente en lo relativo a su historia médica. V /F
8. El doctor identifica el punto aproximado para punzar el abdomen en la paracentesis. V /F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
Buenos días/buenas tardes, mi nombre es Dan Ionescu. Soy su doctor/enfermero y voy a examinarle	No, es mi primera vez.
¿Cuál es su nombre? ... ¿Y su fecha de nacimiento? ... Gracias.	No, no soy alérgico a nada.
¿Tiene claro el procedimiento? ¿Quisiera preguntarme algo más?	Buenos días, doctor.
¿Está de acuerdo con la recogida para muestra de sus productos biológicos?	Sí, todo claro. No tengo ninguna pregunta que hacerle en este momento
¿Ha tenido una paracentesis anteriormente?	De acuerdo, ahora mismo lo hago.
¿Es alérgico/a a alguna cosa, tipo productos de goma/caucho, yodo, esparadrapo quizá?	Mi nombre es Ramón Suarez. He nacido el 5 de agosto de 1971.
Por favor, retírese las ropas para que su abdomen quede completamente descubierto y tumbese sobre su lado izquierdo por favor	Sí, voy a hacerlo

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Atravesar	Quitarse la ropa
Tegumento	Vientre
Retirar las ropas	Piel
Fluido	Adecuado, ventajoso
Abdomen	Líquido
Aspiración de fluido	Debajo de la piel
Optimo	Succión de fluido
Intraperitoneal	Seleccionar una muestra
Subcutáneos	Dentro del estómago
Muestra	Entrar



Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio.

¿Qué forma verbal necesita para completar estas frases? Seleccione la mejor opción:

1. *¿Está de acuerdo con tomar muestras de sus productos biológicos?*
Sí. Estoy de acuerdo.
Los productos biológicos no están en laboratorio.
2. *¿Quiere retirarse las ropas para que su abdomen quede completamente descubierto?*
Sí, ahora me desvisto.
No. No me voy a quitar las ropas.
3. *¿Tiene alguna objeción contra tomar muestra de sus productos biológicos?*
Desde luego que no.
No, no he recibido los resultados del laboratorio.
4. *¿Le parece bien si empezamos ahora el procedimiento?*
Sí, lo antes posible.
No, no tengo fiebre.
5. *¿Está en contra de realizar este procedimiento ahora?*
No he visto a la enfermera hoy.
No, todo lo contrario. Estoy de acuerdo.

Hacer preguntas. Seleccione la expresión correcta para completar la pregunta. En cada pregunta seleccione la frase correcta:

1. *¿Está de acuerdo con / Aprueba su tratamiento?*
2. *¿Quiere empezar / Le gustaría dar el procedimiento ahora?*
3. *¿Está feliz / Está en contra de tomar muestras de sus productos biológicos?*
4. *¿Tiene algo en contra / Desaprueba usar una jeringa de calibre 20?*
5. *¿Le parece bien / Tiene algo en contra de ser hospitalizado?*

Expresión oral

Escriba más abajo las preguntas habituales que hacen los doctores a los pacientes cuando se toman muestras de sus fluidos biológicos del abdomen; grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.



Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

¿Esta de acuerdo con tomar muestras de sus productos biológicos? Tiene claro el procedimiento?



PERFUSIÓN DE JERINGA SUBCUTÁNEA AUTOMÁTICA

Protocolo médico

Unidad lingüística



PERFUSIÓN DE JERINGA SUBCUTÁNEA
AUTOMÁTICA

PERFUSIÓN DE JERINGA SUBCUTÁNEA AUTOMÁTICA

Muchos de los pacientes en las unidades de cuidados paliativos experimentan dificultades en la toma de medicación oral, a lo largo de la enfermedad. En tales casos, los pacientes pueden recibir su medicación bien por vía intrarectal o parenteral (intramuscular, intravenosa o administración subcutánea).

La medicación se administra frecuentemente en el tejido subcutáneo, por medio de inyección o perfusión continua.

La perfusión continua se puede utilizar para controlar los síntomas (opiáceos, antieméticos, ansiolíticos, cortico esteroides, medicinas anticolinérgicas). Algunas medicinas pueden mezclarse en la misma jeringa y administrarse juntas. La medicación es absorbida lentamente a través del tejido adiposo, el nivel del plasma es estable ante un medicamento y facilita el control de los síntomas.

La perfusión subcutánea es un procedimiento menos doloroso comparado con la inyección intramuscular; puede realizarse fácilmente en casa del paciente y puede monitorizarse por alguien delegado y asesorado por el equipo de cuidados paliativos. De este modo, el procedimiento es aceptado más fácilmente por el paciente y la familia.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Examine las condiciones vitales del paciente (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i>): <i>funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/> ; <i>infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/>		0 1 3
2.	¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?..... (<i>Esto se realiza para evitar realizar un procedimiento con el paciente equivocado, ya que puede haber varios pacientes con el mismo nombre. Tampoco pregunte por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes distraídos por los síntomas u otras razones</i>). <i>Revise dos veces los datos del historial médico para chequear el nombre: <input type="checkbox"/> fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/></i>	ESSENTIAL	
3.	Proporcione un espacio privado para el procedimiento. Dígame al paciente o cuidador lo que va a realizar: Le voy a colocar una perfusión subcutánea.		0 1 3
4.	¿En qué consiste el procedimiento? Tenemos que colocar esta palometa en algún sitio del tejido subcutáneo; puede tener que quedarse ahí varios días. La palometa será conectada a esta bomba; así su medicación será administrada automática y continuamente, durante las 24 horas.		0 1 3
5.	¿Cómo puede el paciente contribuir a la realización del procedimiento? No lleva mucho tiempo insertar la palometa. Quédese quieto, relajado. Sentirá un leve pinchazo. El accesorio es bien tolerado generalmente y no interferirá con sus actividades diarias, pero ponga atención en él, la palometa estará en ese lugar por un largo tiempo.		0 1 3
6.	¿Cuál es la utilidad de la maniobra? Con este procedimiento la medicación que le ayuda entrarán en su cuerpo de un modo constante y cómodo. Aliviará sus síntomas por un largo periodo de tiempo. Si aún experimenta dolor u otro síntoma (náusea, disnea) podemos darle medicación adicional en cualquier momento.	ESENCIAL	
7.	Plantee al paciente y al cuidador las siguientes preguntas: ¿Entiende en qué consiste el procedimiento?; ¿Tiene alguna otra pregunta?; ¿Ha hecho esto esto anteriormente?		0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



8.	<p>Revise el historial médico del paciente:</p> <p>a. Situaciones que hacen necesaria una perfusión automática subcutánea:</p> <ul style="list-style-type: none"> - náusea incontrolada, vómitos - disfagia - mala absorción - obstrucción gastrointestinal - intolerancia a medicación oral - escasa adaptación a la medicación oral - bajo nivel de consciencia - debilidad severa - paciente terminal - control de síntomas múltiples que requieren combinación de medicación <p>b. medicación, dosis, ritmo de administración.</p>		03 6
9.	<p>¿Ha tomado esta medicación anteriormente?</p> <p>¿Es consciente si tiene alergia a alguno de los medicamentos?</p> <p>¿Cuáles? Estas preguntas se realizarán a ambos, paciente y cuidador.</p>	ESENCIAL	
10.	<p>El consentimiento del paciente y del cuidador será reflejado en el historial médico.</p> <p>¿Dan su consentimiento para realizar este procedimiento?</p>	ESENCIAL	
11.	<p>Prepare los materiales así como su integridad y validación:</p> <p>a. Inyector</p> <p>b. Jeringa -> a 20 ml jeringa tipo Luer</p> <p>c. la palometa (aguja 23 o 25 G)</p> <p>d. vial de medicación</p> <p>e. 0.9 % cloruro de sodio para disolución</p> <p>f. gasas con alcohol</p> <p>g. esparadrapo oclusivo transparente</p>		0 1 3
12.	<p>Prepare la jeringa :</p> <p>a. Controle la medicación prescrita:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo y nombre <input type="checkbox"/> 2. dosis <input type="checkbox"/> 3. fecha de caducidad <input type="checkbox"/> 4. apariencia macroscópica / conformidad <input type="checkbox"/> <p>b. compatibilidad con medicación asociada si deben combinarse varios medicamentos en la misma jeringa <input type="checkbox"/></p> <p>c. extraiga la medicación prescrita \pm diluyente en la jeringa, al volumen prescrito <input type="checkbox"/></p>	ESENCIAL	
13.	<p>Etiquetado :</p> <p>a. complete los detalles del/de los medicamento/s</p> <p>b. Asegure que la etiqueta no interfiere con el mecanismo de la bomba</p> <p>c. asegure que la etiqueta no tapa la escala visual</p> <p>d. asegure que la etiqueta no interfiere con los sensores de la bomba</p>		0 1 3
14.	<p>Prepare la bomba:</p> <p>a. Coloque la batería</p> <p>b. Coloque la jeringa dentro de la bomba correctamente</p>		0 3 6




PROTOCOLO MÉDICO



	c. mida el contenido de la jeringa según la escala de la bomba d. ajuste en la pantalla de la bomba la tasa correcta / duración en tiempo / volumen total de administración del medicamento.		
15.	Regístrelo en el cuadro de control de infusión, antes de cargar la línea: a. nombre de los medicamentos y dosificación b. volumen total en milímetros c. tasa por hora a rellenar		0 3 6
16.	Ajuste la zona para inyectar: Inspeccione al paciente y elija el lugar correcto, (considere los principios : - con pacientes caquéticos, el abdomen es el sitio adecuado , excepto un radio de 3 cm peri umbilical - con pacientes con ascitis, el sitio correcto es la parte superior anterior de la pared torácica por encima del pecho lejos de la axila - con pacientes agitados el sitio es la parte superior de la espalda alrededor del omóplato - parte superior de los brazos - parte externa de los muslos - considere alternar las zonas Lugares que NO deben ser usados: - áreas afectadas por linfedema (riesgo de infección por mala absorción) - sitios por encima de prominencias óseas (reducido tejido subcutáneo tiene mala absorción) - zonas cerca de las articulaciones(los movimientos pueden desplazar la mariposa y causar molestias) - infecciones de la piel - eritema local, ulceraciones, heridas - Piel previamente irradiada (la radioterapia causa esclerosis de pequeños vasos sanguíneos reduciendo la perfusión de la piel) - zonas de tumores - pliegues de la piel)		0 3 6
17.	Lávese las manos, colóquese guantes.	ESENCIAL	
18.	Desinfecte la piel con betadine, clorexidrina o alcohol y espere que seque la piel.		0 1 3
19.	Conecte la palometa a la jeringa e instile la solución para retirar el aire de la cánula de la palometa.		0 1 3
20.	Agarre la piel firmemente para elevar el tejido subcutáneo. Inserte la aguja de palometa con el punto justo debajo de la epidermis. El ángulo de inserción puede que necesite ser de unos 30° para una persona delgada y 45° para una persona con tejido subcutáneo consistente. Una infusión más profunda prolonga la existencia del punto de infusión.		0 1 3
21.	Suelte la piel.		0 1 3
22.	Forme una vuelta con el tubo de la cánula para prevenir una desconexión accidental por un movimiento del paciente.		01 3
23.	Cubra la cánula con un esparadrapo transparente oclusivo que permita la inspección cada 4 horas.		01 3
24.	Conecte la bomba a la línea. (ATENCIÓN: NO conecte la jeringa al paciente antes de instalarla en el aparato automático. NO conecte la bomba antes de registrar: el nombre del medicamento, la dosis del		0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



	<i>medicamento, la tasa por hora, el volumen total, el tiempo de cebado de la línea).</i>			
25.	Comience la infusión presionando el botón ON/OFF. Ponga atención a la señal acústica y la luz de la pantalla.		0 1 3	
26.	Deposite los viales vacíos (en el contenedor de basura de objetos punzantes), la gasa de algodón, los guantes (en el contenedor de basura infecciosa no punzante) y la palometa retirada y agujas usadas en la caja adecuada.		0 1 3	
27.	Lávese las manos con agua y jabón.		0 1 3	
28.	Por favor mantenga la palometa tal como se la hemos colocado. <i>(debe advertirse al paciente y/o el cuidador que no deben retirar la cánula).</i>		0 1 3	
29.	Puede pedir y recibir medicación adicional si no se controlan sus síntomas convenientemente.		0 1 3	
30.	Garantice la seguridad del paciente – ajuste la cama, levante las barreras laterales.		02 4	
31.	Revise de nuevo las condiciones del paciente (como mínimo cada 4 horas) observándole o, si es conveniente, comenzando una conversación: ¿Cómo se encuentra? ¿Está usted cómodo/a? ¿Tiene controlado el dolor? ¿Tiene usted algún problema? Examine de nuevo si es necesario. Controle si la jeringa está funcionando adecuadamente y si hay cualquier complicación <i>(enrojecimiento, sangre en la cánula, etc.)</i> en el punto de la inyección.		0 3 6	
32.	Asegúrese que la bomba está funcionando (la luz está ON, se escucha sonido).		0 1 3	
33.	Vea el volumen restante en la jeringa según el tiempo que queda.		01 3	
34.	Observe el aspecto del contenido de la jeringa (claridad, cambio de color, depósitos).		01 3	
35.	Controle el aspecto del punto de infusión, observando (si se encuentra): a. hematoma b. dolor local c. hinchazón local d. enrojecimiento local e. fuga en el punto de inserción f. presencia de sangre en la cánula g. desplazamiento de la cánula . Cualquier complicación debe anotarse en el historial médico del paciente.	ESENCIAL		
Puntuación total: 100			criterio no rellenado;	%
			criterio parcialmente rellenado	%
			criterio completamente rellenado	%

Referencias:

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults) <http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf

PERFUSIÓN DE JERINGA SUBCUTÁNEA AUTOMÁTICA

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

perfusión	bomba	náusea
omóplato	consentimiento	vial
eritema	Cánula palomilla	hematoma

Definiciones:

1. Un instrumento mecánico utilizado para trasladar o retirar líquidos o gases.
2. Permiso escrito firmado avalado por un paciente adulto (o el familiar/cuidador) necesario antes de la realización de procedimientos médicos, como cirugía o cualquier procedimiento terapéutico, que expone a los pacientes a un riesgo.
3. La inyección de líquido en un vaso sanguíneo para alcanzar un órgano o tejido, normalmente para aportar nutrientes u oxígeno.
4. Una sensación desagradable vagamente localizada en el epigastrio o abdomen, con propensión al vómito.
5. Un hueso grande y plano que forma la parte posterior del hombro. Se articula con la clavícula y el húmero.
6. Contenedor de cristal con cierre metálico y sellado de goma para mantener medicinas (líquidos estériles o polvos).
7. Un tubo flexible que tiene normalmente un trocar (instrumento con punzón cilíndrico) en un extremo, que se inserta en un vaso para retirar fluido o administrar una sustancia como una medicación.
8. Masa de coágulos de sangre localizada, debido a una herida en el tejido local o a un golpe.
9. Enrojecimiento de la piel debido a la congestión de los capilares; erupción.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor se presenta, identifica al paciente y evalúa sus condiciones.

El doctor desinfecta la piel e inserta la aguja de palomilla con el punto justo debajo de la epidermis en un ángulo adecuado de inserción.

El doctor controla periódicamente al paciente, el aspecto del punto de infusión, el contenido de la jeringa (claridad, cambio de color, depósitos) y la aguja de palomilla y después se asegura de la funcionalidad de la bomba.

El doctor explica los pasos del procedimiento y se asegura que el paciente los ha comprendido. El doctor explica al paciente que le va a colocar el instrumento en un brazo o

pierna. El instrumento será conectado a una bomba. La medicación será administrada automática y continuamente durante las 24 horas.

El doctor pide el consentimiento al paciente.

El doctor se lava las manos, prepara la jeringa con la medicación prescrita y después coloca la jeringa dentro de la bomba correctamente.

El doctor inspecciona al paciente y elige el lugar correcto para la inserción, teniendo en cuenta las condiciones médicas y enfermedades del paciente.

Doctor registra el tiempo (hora/día), nombre del medicamento, dosis, volumen total a administrar, la tasa por hora y después conecta la bomba. El doctor retira siempre los objetos innecesarios y los deshecha en un contenedor medico especialmente diseñado.

El doctor debe advertir al paciente y/o el cuidador que no deben retirar la cánula ni cambiar el lugar de la bomba.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta:

1. *¿En qué consiste el procedimiento de perfusión?*

Procedure which allows a slow and continuous injection of a fluid subcutaneously.

Procedure which allows a slow and interrupted injection of a fluid subcutaneously.

2. *¿Cuáles son las situaciones que hacen necesaria una perfusión automática subcutánea?*

Las situaciones son: dolor de cabeza, dolor de estómago, resfriado.

Las situaciones son: intolerancia a medicación oral, bajo nivel de consciencia, o pacientes terminales.

3. *¿Cuáles son los materiales/equipamiento necesario/s para este procedimiento?*

Los materiales/equipamiento necesario/s son: la bomba automática, la jeringa, la palomilla, viales de medicación, cloruro de sodio para disolución.

Los materiales/equipamiento necesario/s son: la bomba automática, la jeringa, la palomilla, viales de medicación, polvos y bisturí.

4. *¿Cuándo debe ser conectada la bomba?*

El doctor conecta la bomba antes de registrar el tiempo, la medicación, dosis y tasa por hora de infusión.

El doctor conecta la bomba después de registrar el tiempo, la medicación, dosis y tasa por hora de infusión.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. La bomba es un instrumento mecánico utilizado para trasladar o retirar líquidos o gases. V/F

2. Eritema es una masa de coágulos de sangre localizada, debido a una herida en el tejido local o a un golpe. V/F

3. El doctor debe advertir al paciente y/o el cuidador que deben retirar la cánula o cambiar de sitio la bomba en caso de que el paciente no se sienta bien. V/F
4. El doctor desinfecta la piel con betadine, clorexidrina o alcohol. V/F
5. La bomba debe colocarse a una altura mayor que el lugar de infusión. V/F
6. Se informa al paciente que se le administrarán medicamentos adicionales si los síntomas persisten. V/F
7. El doctor siempre retira los objetos innecesarios y los tira en los contenedores médicos especialmente diseñados. V/F
8. El doctor revisa las condiciones médicas y mantiene comunicación para garantizar la seguridad del paciente. V/F

Haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Puede decirme cuál es su nombre?	Sí, está todo claro.
¿Puede decirme su edad?	Sí, si es necesario.
¿Puede decirme si el procedimiento le resulta todo claro?	Tengo 35 años. He nacido en 1981, el 12 de febrero.
¿Recuerda si le han hecho anteriormente una perfusión?	No. No tengo ninguna pregunta en este momento.
¿Está de acuerdo con que le recojan muestra de sus productos biológicos?	No, no lo sé.
¿Sabe si es alérgico a los medicamentos prescritos?	Sí, dos veces.
¿Querría preguntarme algo más sobre lo que vamos a realizar?	Sí, mi nombre es Pierre Renaud.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Obstrucción	Omóplato
Moribundo	Sobaco
Escápula	Bloqueo
Axila	Moretón
Tórax	Pequeños vasos sanguíneos
Eritema	Continuar
Hematoma	Señal sonora
Capilares	Enrojecimiento
Señal acústica	Pecho
Persistir	Paciente agonizante

Gramática integrada

**Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio.
Seleccione la opción correcta:**

1. *¿Puede decirme si ha tomado alguna vez este medicamento?*
Sí, dos veces. Lo he tomado dos veces.
No, puedo decirle que no funciona la bomba.
2. *¿Le importa si le cambiamos de posición?*
Sí, me gustaría cambiar el medicamento.
No, no me importa. Está bien.
3. *¿Conoce cuál es el beneficio de este procedimiento?*
Sí, lo sé.
Sí, me van a administrar el medicamento por vía subcutánea.
4. *¿Me preguntaba si le gustaría que su familia viniera a visitarle?*
Sí, me gustaría que vinieran lo antes posible.
No, no quiero.
5. *¿Recuerda cuándo ha tenido dolor de estómago? ¿Antes o después de comer?*
Sí, recuerdo que tuve dolor de estómago después de comer.
Sí.

Seleccione la palabra o frase correcta:

1. *¿Podría decirme dónde/Sabe si/ Quiere decirme si está la palomilla, por favor?*
2. *¿Recuerda/ Le gustaría decirme si / Podría decirme cuándo es correcta la dosis del medicamento?*
3. *¿Sabe si/ Le gustaría /Recuerda en qué momento fue conectada la bomba?*
4. *¿Sabe si/ Recuerda/ Le gustaría el paciente tiene mala absorción?*
5. *¿Podría decirme dónde/ Tiene alguna idea/ Le gustaría que controlemos su alergia al medicamento prescrito?*

Expresión oral

Escriba más abajo las preguntas habituales que hacen los doctores a los pacientes en un procedimiento de perfusión; grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

El doctor agarra la piel firmemente para elevar el tejido subcutáneo y después inserta la aguja de palomilla.



TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DESDE DECÚBITO DORSAL PROLONGADO A DECÚBITO LATERAL PROLONGADO

Protocolo médico

Unidad lingüística



**TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DESDE DECÚBITO DORSAL
PROLONGADO A DECÚBITO LATERAL PROLONGADO**

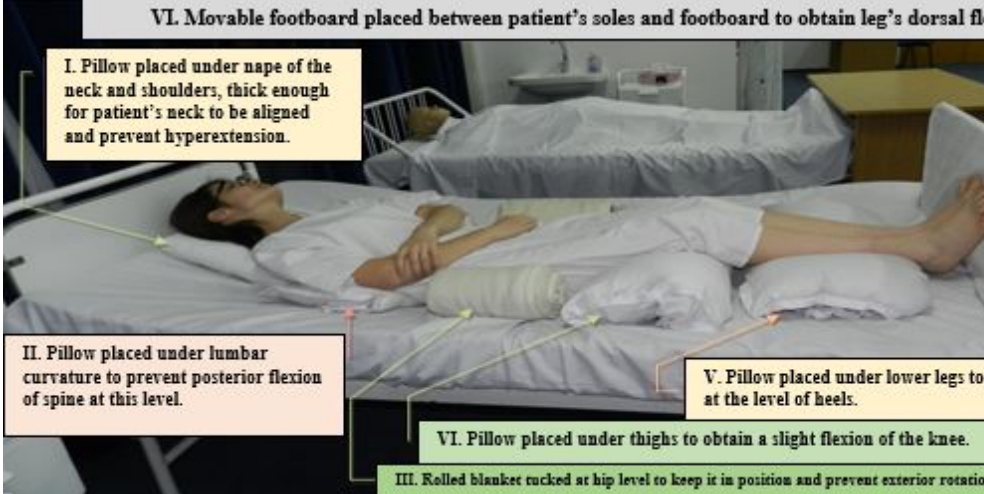

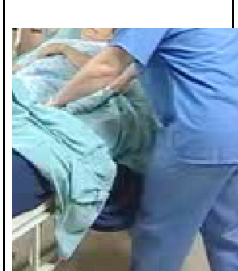
TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DESDE DECÚBITO DORSAL PROLONGADO A DECÚBITO LATERAL PROLONGADO

Para los pacientes postrados en cama, poder alternar las zonas presionadas entre el peso del cuerpo y el nivel de la cama es uno de los pasos más importantes de prevención contra las úlceras por presión en cama (heridas en la piel y posiblemente en los órganos subyacentes; esto sucede como consecuencia de la interrupción de riego sanguíneo y por tanto del oxígeno y los nutrientes en la sangre, también como consecuencia de lesiones en los vasos sanguíneos a causa de la falta de cambio de la posición por un tiempo prolongado.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---


1.	Examine las condiciones vitales del paciente (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i>): <i>funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/> ; <i>infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/> (en tal caso, realice protocolo cardiorrespiratorio) Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Soy su doctor/a enfermero/a y voy a examinarle en un momento.			0 2 5
2.	¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?..... (<i>Esto se realiza para evitar realizar un procedimiento con el paciente equivocado, ya que puede haber varios pacientes con el mismo nombre. Tampoco pregunte por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes distraídos por los síntomas u otras razones</i>). <i>Revise dos veces los datos del historial médico para chequear el nombre:</i> <input type="checkbox"/> <i>fecha de nacimiento:</i> <input type="checkbox"/>	ESENCIAL		
3.	Ahora voy a ayudarle a cambiar su posición en la cama, y a girarle hacia el otro lado. (<i>qué vamos a hacer</i>)			0 1 3
4.	La maniobra implica retirar primero las almohadas a su alrededor, después moverle con la sábana a un lado de la cama y recolocarle tumbado en un lado. Entonces pondremos las almohadas de nuevo en su sitio para sostenerle en su nueva posición en la cama. Esto no conlleva ningún corte ni pinchazo (<i>en qué consiste la maniobra</i>)			0 1 3
5.	Por favor siga mis instrucciones cuidadosamente para que ninguno de los dos se haga daño durante la maniobra. Si siente alguna molestia, hágamelo saber inmediatamente y tomaré las medidas necesarias (<i>cómo puede contribuir el paciente a realizar el procedimiento</i>)			0 1 3
6.	Estar postrado en la cama durante un tiempo prolongado puede agravar su condición médica. Pueden aparecer heridas en las zonas de su cuerpo que sostienen su peso en contacto con la cama. Es realmente importante que pueda gestionar bien esta transferencia. (<i>cómo el procedimiento es útil al paciente</i>)			0 1 3
7.	¿Tiene clara toda la maniobra? ¿Hay algo que le gustaría preguntarme sobre lo que vamos a realizar?	ESENCIAL		
8.	¿Es alérgico a alguna cosa? ¿A los productos de goma tal vez?			0 1 3
9.	Revise los recursos humanos necesarios y/o equipamiento específico para la recolocación del paciente: • Controle el historial médico del paciente por si hubiera posibles: A. Diagnósticos (<i>hemiplejias - ej. infarto/accidente vascular cerebral; condiciones</i>			0 1 6

	<p>ortopédicas - fracturas; condiciones reumatológicas – ej. artrosis, artritis etc.)</p> <p>B. medicación que impida la capacidad motora del paciente (sedantes – ej. Diazepam; antihistamínicos – ej. Romergan; tranquilizantes – ej. Xanax etc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> Control general para comprobar uso de posibles aparatos ortopédicos por el paciente (ej. Accesorios ortopédicos) o marcas de intervenciones quirúrgicas recientes. <p>Procedimiento a realizar: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/>.</p>		
10.	<p>¿Tiene algún dolor en el pecho ahora?</p> <p>SI: Posponga el reposicionamiento –</p> <p>NO: realice el procedimiento clínico, electrocardiográfico, control enzimático – igual que el protocolo local para la gestión del síndrome coronario agudo</p>		0 1 6
11.	<p>¿Problemas de respiración?</p>		0 1 6
12.	<p>¿Cuál es el peso de su cuerpo? ¿Cuántos kilos aproximadamente? (los pacientes con sobrepeso necesitan la asistencia de más de una persona para su desplazamiento)</p> <p>Procedimiento a realizar: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/>.</p>		0 1 6
13.	<p>¿Puede mover fácilmente sus brazos y piernas? Muéstremelo. ¿Qué tal doblar sus rodillas y codos? Enséñemelo, por favor. Gracias.</p> <p>Procedimiento a realizar: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/>.</p>		0 1 6
14.	<p>¿Desde hace cuántos días que está en cama? ¿Se siente débil o cansado? ¿Puede cambiar por sí mismo su posición en la cama? ¿Puede quizá sentarse o empujarse hacia arriba? (revisar reminiscencias del paciente sobre movilizaciones anteriores) el paciente puede moverse por sí mismo o necesita asistencia ambulatoria.</p> <p>Procedimiento a realizar: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/>.</p>		0 1 6
15.	<p>Ahora apriete mis dedos por favor. (ofrecer los dedos II y III de ambas manos y después tire de ellos hacia atrás con el puño apretado – para evaluar posibles asimetrías en la fuerza muscular del paciente) ¿Cuál de sus brazos es más fuerte? ¿Y qué pierna? ¿Qué debilidad o falta de fuerza percibe en sus brazos o piernas?</p>		0 1 6
16.	<p>Evaluar la capacidad del paciente para colaborar durante el procedimiento para poder revisar si el procedimiento a realizar puede hacerse: por mí mismo <input type="checkbox"/>; con ayuda de un colega <input type="checkbox"/>; mecanizados <input type="checkbox"/>.</p> <p>¿Siente algún tipo de dolor ahora? (y administrar posible medicación analgésica)</p>		0 1 9
17.	<p>Identificar y colocar adecuadamente cualquier equipamiento médico al cual esté conectado el paciente (ej. Tubos de bombas de infusión intravenosa o catéteres urinarios, cables para registro electrocardiográfico y monitoreo pulseométrico, temperatura del cuerpo)</p>	ESENCIAL	
18.	<p>Use una gasa con alcohol para desinfectar cualquier superficie de mobiliario que entre en contacto durante la maniobra.</p>		0 1 3
19.	<p>Retire previamente los guantes y deséchelos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos. Póngase guantes médicos limpios, como parte de las precauciones estándar.</p>		0 1 9
20.	<p>Levante la cama a la altura de la cintura del médico/enfermero que realiza el procedimiento (para evitar sobrecargar la espalda del doctor/enfermero por inclinarse durante un tiempo prolongado hacia el paciente) Baje las barreras</p>		0 1 9

	laterales de la cama convenientemente.			
21.	<p>Retire la almohada entre el borde inferior de la cama y los pies del paciente <i>(colocada allí previamente para prevenir anquilosamiento de la (parte baja de la) pierna debido a flexión plantar prolongada)</i></p> <p>VI. Movable footboard placed between patient's soles and footboard to obtain leg's dorsal fl</p>  <p>I. Pillow placed under nape of the neck and shoulders, thick enough for patient's neck to be aligned and prevent hyperextension.</p> <p>II. Pillow placed under lumbar curvature to prevent posterior flexion of spine at this level.</p> <p>V. Pillow placed under lower legs to at the level of heels.</p> <p>VI. Pillow placed under thighs to obtain a slight flexion of the knee.</p> <p>III. Rolled blanket tucked at hip level to keep it in position and prevent exterior rotation</p>		0 1 3	
22.	Retire la almohada bajo la parte baja de las piernas <i>(colocada previamente para prevenir la presión sobre los talones)</i>		0 1 3	
23.	Retire los rollos de cada lado de la cadera <i>(colocada previamente para prevenir la rotación hacia fuera de las extremidades inferiores)</i>		0 1 3	
24.	Retire la almohada bajo los muslos <i>(colocada previamente para prevenir anquilosamiento de la rodilla por la hiperextensión prolongada)</i>		0 1 3	
25.	Retire la almohada o rodillos de debajo de la curvatura lumbar <i>(colocada previamente para prevenir flexión posterior de la columna)</i>		0 1 3	
26.	Retire la almohada de debajo de la cabeza y la nuca <i>(colocada previamente para alinear el cuello del paciente y prevenir la hiperextensión, especialmente con pacientes con tórax globular)</i>		0 1 3	
27.	<p>Mover lateralmente la mitad tercera parte del cuerpo del paciente en la cama por medio de una guía o paño colocado entre el paciente y la sábana.</p>  <p><i>(Colocación de las piernas del doctor/enfermero: una pierna junto al lado de la cama, los dedos de los pies hacia el paciente, rodillas flexionadas; lo mismo para la segunda pierna, perpendicular a la pierna cercana a la cama, a cierta distancia de la cama, rodilla extendida; use sujeción doble sobre el extremo del paño (junto al doctor/enfermero), enrollado previamente un par de veces para aumentar resistencia, y aplicar fuerza de tracción en el paño hacia el doctor/enfermero trasladando el peso del cuerpo desde la pierna junto a la cama hasta la pierna lejos de la cama: con la rodilla junto a la cama extendida y flexión de la segunda rodilla)</i></p> 		0 1 9	
28.	Elevar las barreras de la cama correspondientemente.		0 1 3	
29.	EL doctor/enfermero se recoloca en el lado opuesto de la cama, al nivel de las barreras de la cama.		0 1 3	

PROTOCOLO MÉDICO



30.	Baje las barreras.			0 1 3
31.	Sujeciones sencillas al nivel del hombro y cadera contralateral del paciente, respectivamente <i>(lo que corresponde a las dos correas – escapulohumeral y coxofemoral, respectivamente – así se consigue que el paciente esté sujeto con mayor eficacia)</i>			0 1 9
32.	<p>Rotar el cuerpo del paciente por medio de un movimiento de tracción en la dirección del doctor/enfermero aplicado a la altura de las sujeciones.</p> <p><i>(colocación de las piernas del doctor/enfermero: una pierna junto a la cama, los pies orientados hacia el paciente, rodilla flexionada; lo mismo con la segunda pierna, perpendicular a la misma pierna junto a la cama, a cierta distancia de la cama, rodilla extendida;</i></p> <p><i>usar una sujeción sencilla a la altura del hombro y cadera contralateral del paciente, respectivamente, y aplicar fuerza de tracción hacia el doctor/enfermero trasladando el peso del cuerpo del paciente desde la pierna junto a la cama hasta la pierna lejos de la cama: con rodilla junto a la cama extendida y flexión de la segunda rodilla – para rotar al paciente “hacia un lado”, colocándolo de frente al doctor/enfermero que realiza el procedimiento)</i></p>		ESENCIAL	
33.	Fije la posición actual del paciente colocando una almohada a la altura de la espalda del paciente			0 1 9
34.	Levante las barreras laterales.			0 1 3
35.	El doctor/enfermero se colocan en el lado contrario de la cama, a la altura de la espalda del paciente. Bajar las barreras correspondientes. Fije la almohada firmemente en el espacio entre la cama y la espalda.			0 1 3
36.	Subir las barreras laterales.			0 1 3
37.	El doctor/enfermero se colocan en el lado contrario de la cama, a la altura de la cara. Bajar las barreras correspondientes.			0 1 3
38.	Colocar la almohada bajo la cabeza del paciente, con el grosor suficiente para alinear el cuello y prevenir la flexión lateral y sobrecargar los músculos del cuello <i>(músculos esternocleidomastoideos)</i>			0 1 9
39.	Colocar el brazo del paciente sobre el colchón en postura relajada, codo doblado, una posición cómoda.			0 1 9
40.	Colocar una almohada bajo el otro brazo para estar alineados con el cuerpo <i>(esto facilita una amplitud superior de los movimientos respiratorios y previene rotación interna y aducción del hombro, lo que puede causar limitaciones posteriores funcionales en el hombro)</i>			0 1 9
41.	Colocar una almohada entre los miembros inferiores flexionados ligeramente y revisar que están correctamente alineados la cadera y los hombros para prevenir torsión de la columna <i>(y en segundo lugar rotación interna y aducción de los muslos)</i>			0 1 9

PROTOCOLO MÉDICO



	<p>Pillow placed under nape of the neck and shoulders, thick enough for patient's neck to be aligned.</p> <p>Pillow placed under the other forearm to have it in line with the body.</p> <p>Arm at the level of mattress placed in a relaxed, bent elbow, comfortable position.</p> <p>Pillow placed between patient's slightly flexed knees for accurate alignment of hips and shoulder spine torsion.</p>	
42.	Rellene en el historial médico del paciente los detalles de la maniobra realizada, cualquier accidente o complicación, fecha y hora.	0 1 3
43.	Asegure al paciente (bajar la cama a una altura inferior, colocar las barreras laterales), colocar las pertenencias personales del paciente (ej. Teléfono móvil, libro, pasatiempos, etc.), vaso de agua, control remoto de llamada para asistencia médica al alcance. Proporcione detalles sobre la próxima actividad médica y el tiempo que queda hasta la próxima visita.	0 1 3

Puntuación total: 200

<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Referencias selectivas

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

TRANSFERENCIA DEL PACIENTE DESDE DECÚBITO DORSAL PROLONGADO A DECÚBITO LATERAL PROLONGADO

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

pacientes encamados	heridas	control médico	capacidad motora
úlceras por presión	historial médico	peso	reposicionamiento

Definiciones:

1. La fuerza vertical ejercida por una masa como consecuencia de la gravedad.
2. Áreas dañadas en la superficie de la piel.
3. Son heridas en la piel y posiblemente en los órganos subyacentes; esto sucede como consecuencia de la interrupción de riego sanguíneo y por tanto del oxígeno y los nutrientes, como consecuencia de lesiones en los vasos sanguíneos a causa de la falta de cambio de la posición por un tiempo prolongado.
4. La documentación sistemática de la historia y cuidados médicos de un único paciente a lo largo del tiempo.
5. Una visita al doctor para realizar un examen físico y de su historia médica.
6. La habilidad de una persona para moverse.
7. Situar o colocar a un paciente en una nueva posición.
8. Pacientes que están postrados en cama debido a una enfermedad o heridas.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor explica qué va a hacer, en qué consiste la maniobra, cómo puede contribuir el paciente a realizar el procedimiento cómo el procedimiento es útil al paciente.

El doctor y el/la enfermero/a suben o bajan la cama a la altura de la cintura de aquéllos que van a realizar el procedimiento para evitar sobrecargar la espalda del doctor/enfermero por inclinarse durante un tiempo prolongado hacia el paciente.

El doctor y el/la enfermero/a estabilizan la posición actual del paciente colocando una almohada a la altura de la espalda del paciente para que esté relajado, codo doblado, en una posición cómoda.

El doctor hace un rápido examen de las condiciones vitales del paciente (*consciencia, movimientos, habla, respiración, etc.*).

El doctor controla el historial médico del paciente por si hubiera posibles diagnósticos o medicación que impida la capacidad motora del paciente.

El doctor revisa reminiscencias del paciente por si hubiera movilizaciones anteriores.

El doctor examina la disponibilidad del paciente para cooperar durante el procedimiento.

El doctor identifica y coloca cualquier equipamiento médico al cual esté conectado el paciente.

El doctor y el/la enfermero/a retiran las almohadas entre el borde inferior de la cama y los pies del paciente; después retiran la almohada bajo la parte baja de las piernas, los rollos de cada lado de la cadera, bajo los muslos, de debajo de la curvatura lumbar, de debajo de la cabeza y la nuca.

El doctor y el/la enfermero/a rotan el cuerpo del paciente por medio de un movimiento de tracción en la dirección del doctor/enfermero aplicado a la altura de las sujeciones.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta:

1. *¿Qué implica la primera fase del procedimiento?*

La maniobra implica primero retirar las almohadas alrededor del paciente.

La maniobra implica primero mover suavemente al paciente hacia un lado de la cama y reposicionarlo tumbado hacia un lado.

2. *¿Qué tiene que hacer el doctor?*

Tiene que trasladar al paciente a otra cama.

Tiene que cambiar a posición del paciente en la cama, y girarle hacia un lado.

3. *¿Por qué el doctor tiene que cambiar la posición del paciente en la cama?*

Estar postrado en la cama durante un tiempo prolongado puede agravar su condición médica.

Pueden aparecer heridas en las zonas de su cuerpo que sostienen su peso en contacto con la cama.

La enfermera tiene que cambiar las sábanas.

4. *¿Qué sucede si el paciente tiene dolor en el pecho?*

El doctor y la enfermera continúan con el procedimiento.

Se pospone el reposicionamiento del paciente.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. Pueden aparecer heridas en las zonas de su cuerpo que sostienen su peso en contacto con la cama. V/F

2. Los pacientes con sobrepeso necesitan la asistencia de más de una persona para su desplazamiento. V/F

3. Los pacientes que se sienten muy cansados y no se pueden mover por sí mismos no necesitan asistencia para realizar su desplazamiento. V/F

4. Los doctores necesitan evaluar la capacidad del paciente para colaborar durante el procedimiento para poder revisar si el procedimiento a realizar puede hacerse por sí mismos o con ayuda de un colega. V/F

5. El doctor pide al paciente que apriete sus dedos y tire de ellos hacia atrás con el puño apretado para evaluar posibles asimetrías en la fuerza muscular del paciente. V/F
6. Subir o bajar la cama a la altura de la cintura de aquéllos que van a realizar el procedimiento para evitar sobrecargar la espalda del doctor/enfermero por inclinarse durante un tiempo prolongado hacia el paciente. V/F
7. Agravar es mejorar. V/F
8. Sentarse es cambiar de una posición de sentado a una posición de tumbado. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Dan Ionescu. Soy su doctor/a enfermero/a y voy a examinarle en un momento.	Sí, sí puedo. No tengo problemas en mis rodillas ni en mis codos.
¿Puede decirme por favor su nombre? ¿Y su fecha de nacimiento? Gracias.	No. No tengo ningún dolor.
¿Tiene clara toda la maniobra? ¿Hay algo que le gustaría preguntarme sobre lo que vamos a realizar?	Buenos días, doctor.
¿Tiene algún dolor en el pecho ahora?	Sí. No tengo preguntas que hacerle en este momento.
¿Cuál es el peso de su cuerpo? ¿Cuántos kilos aproximadamente?	Durante dos semanas. Me siento bastante cansado.
¿Puede mover fácilmente sus brazos y piernas? Muéstremelo. ¿Qué tal doblar sus rodillas y codos? Enséñemelo, por favor. Gracias.	Mi nombre es John Brown. El 12 de octubre de 1968.
¿Desde hace cuántos días que está en cama? ¿Se siente débil o cansado?	80 kilos.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Agravar	Limpiar, desinfectar
Desechar	Empeorar
Decúbito dorsal	Ayuda
Reposicionamiento	Recolocación
Decúbito lateral	Tumbado de un lado
Curvatura lumbar	Tumbado de espaldas
Asistencia	Curva parte baja espalda
Rodilla flexionada	Deshacerse de, eliminar
Úlcera por presión	Úlceras
Descontaminar, esterilizar	Rodilla doblada

Gramática integrada

¿Qué estructura escogería? Seleccione la mejor opción para realizar la pregunta:

1. *¿Cuántos kilos pesa? / ¿Dónde están los kilos que tiene?*
Peso 80 kilos.
2. *¿Cuánto tiempo en la cama ha estado tumbado? / ¿Durante cuánto tiempo ha estado tumbado en la cama?*
Tres semanas.
3. *¿Cuáles son las instrucciones? / ¿Cuáles instrucciones son?*
Las instrucciones dicen que tenemos que cambiar su posición en la cama.
4. *¿Es usted alérgico a algo? / ¿Usted alérgico a algo?*
No, no soy alérgico a nada.
5. *¿Mi condición médica puede agravarse? / ¿Puede agravarse mi condición médica?*
Sí, puede agravarse si no sigue las instrucciones.

Hacer preguntas. Seleccione la expresión correcta para completar la pregunta. En cada pregunta seleccione la palabra o frase correcta:

1. *¿Cuándo/cuánto/qué* cambió por última vez su posición en la cama?
2. *¿Cuánto/cómo/qué* se siente?
3. *¿Dónde/por qué/qué* síntomas tiene?
4. *¿Cuánto tiempo/cuál/quién* ha tenido este dolor?
5. *¿Cómo/dónde/cuáles* tiene estas úlceras?

Expresión oral

Escriba más abajo las preguntas habituales que hacen los doctores a los pacientes que tienen úlceras por presión; grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>



CONSPIRACIÓN DE SILENCIO – MANEJO DE LA COMPLICIDAD

Protocolo médico

Unidad lingüística



CONSPIRACIÓN DE SILENCIO – MANEJO DE LA COMPLICIDAD

Esde un punto de vista ético, los pacientes tienen derecho a recibir toda la información que deseen sobre su condición médica (diagnóstico, pronóstico, tratamiento,...). El hecho de conspirar o cooperar de modo secreto contra alguien es poco ético pero es un fenómeno que sucede en sociedades tanto occidentales como no occidentales. La conspiración implica que se retiene o no se comparte cierta información entre los individuos implicados (sobre el diagnóstico, el pronóstico, y los detalles médicos sobre la persona que está enferma). La conspiración también significa que se selecciona cierta información médica relevante o completa o no se revela en absoluto a los pacientes y/o parientes. Los equipos médicos confabulan a menudo con los familiares de los pacientes para mantenerles a éstos en la “oscuridad” (ej. Por favor no le cuente la gravedad de la enfermedad), o también conspiran con los pacientes (ej. Por favor no le cuente a mi esposa o familia sobre mi enfermedad), njo no informar a la familia sobre el diagnóstico o pronóstico del paciente. Entre otros grandes motivos para la conspiración está la práctica habitual de los médicos de retener el diagnóstico a los familiares, hasta revelarlo primero al paciente o también la infravaloración de los médicos sobre las necesidades de información de los pacientes.^{2,3} Los doctores también consideran la conspiración como una opción más fácil que la de explicar la verdad ya que les reduce su propio estrés y ansiedad.⁴



1.	Preséntese a los miembros de la familia Hola, soy el/la doctor/a....Y yo soy el/la enfermero/a... <i>(se recomienda que haya dos miembros del equipo presentes en la conversación) ¿y usted es?</i> <i>(Permita que diga su nombre. Evite expresiones como “¿Es usted el/la Sr./Sra. García?” ya que puede generar una falsa confirmación debido a una respuesta errónea y automatizada del tipo “sí”).</i>	ESENCIAL			
2.	Estréchense las manos. (Si los miembros de la familia lo quieren).				0 1 3
3.	Averigüe quién es/son la/s persona/s y qué relación tienen con el paciente Ha venido usted hoy para hablar sobre el/la Sr./Sra.... (diga el nombre del/de la paciente). ¿Puede decirme quién es usted y cuál es su relación con el/la paciente? <i>(Evite hacer suposiciones como “¿Es usted su esposa?” – Puede ser la hija u otra persona y puede crear situaciones embarazosas).</i>				0 1 3
4.	Asegure un espacio privado para la conversación. - Cierre la puerta después de haber colocado un cartel indicando “reunidos” (u otro modo para indicar que se está realizando una reunión en dicha habitación) - Corra las cortinas alrededor de la cama del paciente <i>(Mediante una adecuada comunicación usted construye confianza y comienza por mostrar respeto a la persona que tiene ante usted).</i>				0 1 3
5.	Reduzca los factores que pueden molestar en el ambiente Apague la radio, TV, teléfono móvil (o pida a su asistente que le coja las llamadas). <i>(Eduque a su equipo y a otros pacientes para que no entren en la habitación cuando se está realizando una reunión).</i>				0 1 3
6.	Disponga y prepare el espacio a. Invite al paciente a sentarse (y al/a la cuidador/a). ¿Le importaría sentarse por favor? <i>(Hay una marcada diferencia en la percepción del tiempo para el paciente si usted y él/ella estáis sentados. Se percibe más tiempo transcurrido si están sentados que si se encuentran de pie)</i>				0 1 3

7.	<p>b. Siéntese. Si el paciente se encuentra en la cama, coja una silla y acérquese a la cama</p> <ul style="list-style-type: none"> - A una distancia cómoda del paciente (aprox. 1 m) - La altura de los ojos del doctor y el paciente debe ser la misma (excepción: cuando el paciente llora o está angustiado, la mirada del doctor debe quedar por debajo de la del paciente) - Si el paciente acude con un pariente o amigo/a siéntese de modo que pueda tratar cara a cara con el paciente, y a menos distancia que con el amigo/a o pariente. 				0 1 6
8.	<p>c. Retire las barreras entre ambos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mueva su silla para estar cerca del paciente (mejor junto a la esquina de la mesa que frente a la mitad de la mesa) - Limpie el área de la mesa cercana al paciente <p>(No se sienta detrás de la mesa o del ordenador, desde el punto de vista no verbal, esto bloquea la comunicación)</p>				0 1 3
9.	<p>d. Esté preparado con pacientes/familiares que lloran</p> <p>Tenga una caja de pañuelos cerca, sólo en caso que el paciente o los parientes comiencen a llorar; en tal caso, ofrézcales pañuelos</p>				0 1 3
10.	<p>Lenguaje corporal</p> <p>Tome una actitud neutral que le haga parecer calmado y no apresurado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pies planos en el suelo - Hombros relajados, ligeramente inclinado hacia delante - Expresión facial amistosa - Las manos en las rodillas <p>(Cuando habla sobre temas difíciles como malas noticias, pronósticos, miedos de los pacientes, y demás, se sentirá incómodo, pero es importante que entrene su cuerpo para que su lenguaje no verbal muestre calma y ofrezca más seguridad al paciente).</p>				0 1 6
11.	<p>Comience la entrevista.</p> <p>Aclare los objetivos del miembro de la familia sobre la presente reunión.</p> <p>¿Puede por favor decirme por qué ha venido usted a verme hoy?</p> <p>(en este punto el miembro familiar le dirá algún contenido entre líneas: que él/ella sabe que el paciente tiene cáncer, pero “por favor no le diga a él/ella la verdad porque va a perder la esperanza y se va a rendir sin luchar contra la enfermedad....”)</p>				0 1 3
12.	<p>Agradézcale la complicidad o la conspiración y después averigüe los motivos Usted me ha dicho que no cree que el/la Sr./Sra. ... nombre al paciente... deba saber qué está sucediendo. ¿Por qué cree esto?</p>	ESENCIAL			
13.	<p>Averigüe todos los motivos para la conspiración</p> <p>¿Tiene otros motivos por los que usted cree que no se le debería explicar?</p>				0 1 3
14.	<p>Utilice habilidades de escucha</p> <p>a. Use preguntas abiertas (¿Qué...? ¿Cómo...? ¿Por qué...? Etc.) que pueden responderse de diversas maneras.</p> <p>b. Enfatique expresiones no verbales o frases cortas para que el familiar/amigo cercano prosiga en sus ideas mediante aserciones, pausas, sonrisas, usando respuestas como “sí”, “Dígame algo mas”</p> <p>c. manténgase en silencio y no interrumpa al paciente</p> <p>Escuche lo que dice el paciente con las palabras (contenido, tono) pero también con la comunicación no verbal (gestos, expresión facial, posición corporal...)</p> <p>d. Mantenga el contacto visual sin llegar a ser intrusivo</p> <p>e. Aclare conceptos Cuando dice..., ¿quiere decir que...?</p> <p>Le ofrece la oportunidad de extenderse en su afirmación anterior o enfatizar algunos aspectos de su discurso cuando el clínico muestra interés por el tema</p>				0 1 6

PROTOCOLO MÉDICO



15.	Explíquele que comprende las razones para una conspiración y dé valor a los motivos. Bueno, usted es quien mejor le conoce y puede estar en lo cierto. Puede que si se le explica puede ocurrir que él/ella hagan.... Parece que tiene buenos motivos para que no se le explique.		0 1 3
16.	Determine el coste emocional de la conspiración con el familiar/amigo/allegado. Ahora entiendo por qué le ha retenido usted la información, pero ¿qué efecto piensa que está teniendo esto en usted?	ESENCIAL	
17.	Manténgase en silencio y escuche las preocupaciones del familiar/amigo/allegado. <i>(ansiedad, dificultad para mantener las mentiras, barreras en la comunicación con el paciente, etc.)</i>		0 1 3
18.	¿Está teniendo algunos otros problemas por el hecho de no haberle explicado a él/ella la verdad?		0 1 3
19.	Resuma y prosiga adelante Entonces, hay buenas razones para intentar ver si podemos llevar esto de alguna otra manera,.... resuma estas razones (por ejemplo, esta situación le está estresando, hace difícil la comunicación entre su marido/esposa...). Me gustaría proponerle cómo podemos hacer algo sobre este asunto		0 1 6
20.	Solicite permiso para hablar con los pacientes ¿Puedo hablar con el paciente? Lo que me gustaría hacer es hablar con él/ella para ver qué piensa o comprende de la actual situación. Puede ser que él/ella quiera revelarnos que sabe que tiene cáncer (condición médica). En tal caso, no hay motivo para seguir fingiendo.	ESENCIAL	
21.	Determine el nivel de conciencia del paciente. Si no conoce al paciente preséntese primero y después hágale una pregunta pertinente directa Quería hablar con usted para ver cómo piensa que están yendo las cosas. O bien ¿Qué es lo que vislumbra que le está sucediendo?		0 1 6
22.	Si el paciente sabe la verdad – vaya al paso 27 Si el paciente no sabe la verdad o comprende de manera incompleta su condición médica – continúe como sigue Averigüe su deseo de saber algo más sobre la enfermedad y deténgase ahí. ¿Está satisfecho con la información que ha recibido sobre su enfermedad?		0 1 4
23.	Si la respuesta del paciente es SI esto indica que no es el momento para romper la conspiración Si al respuesta del paciente es NO – esto indica que el paciente quiere conocer más información – programe un próximo encuentro para hablar sobre el diagnóstico Voy a mirar para usted los resultados de las pruebas y otra documentación médica que tiene usted y volveré la próxima vez con más información.		0 1 4
24.	Explore otras necesidades del paciente <i>(dolor, apetito, movilidad, etc.)</i> y plantéee sugerencias para gestionarlal ¿Tiene algún otro problema relacionado con la enfermedad?		0 1 4
25.	Explique a los familiares los deseos del paciente y propóngales hacer algo al respecto. Su pariente quiere conocer el diagnóstico. Estoy preparado para darle la noticia con gentileza. ¿Está de acuerdo?		0 1 4
26.	Explique al paciente el diagnóstico		0 1

	<i>(utilice el algoritmo para anunciar malas noticias)</i>			4
27.	Si el paciente sabe la verdad pero el familiar/amigo/allegado no es consciente (ejemplo: Siempre he sabido que lo que me han dicho que era una úlcera precancerosa era realmente cáncer), usted debe confirmarle que está en lo cierto “Me temo que está en lo cierto”.			0 1 5
28.	Pídale permiso para expresar que él/ella sabe y es consciente de su diagnóstico a los miembros de su familia/amigos/allegados. ¿Puedo contarle a su esposa/marido lo que usted sabe de la enfermedad? Ella/Él son conscientes de su situación médica.			0 1 5
29.	Agradezca los sentimientos expresados por el paciente. Parece como si usted sintiera que no hay por qué hablar de ello porque esto no va a cambiar en nada su situación.			0 1 5
30.	Discuta su futura implicación en el cuidado Puede facilitar las cosas que hablemos usted y yo sobre sus emociones y preocupaciones. Es bastante posible que yo pueda ayudarle tanto con su sufrimiento físico como con el sufrimiento emocional que está viviendo.			0 1 5
31.	Póngase de acuerdo en la planificación de la gestión y escriba las instrucciones para el paciente. Revise que el paciente las comprende. Aquí están las instrucciones escritas, dígame si las entiende perfectamente. ¿Puede repetirlas para mí por favor?			0 1 5
32.	El cierre de la reunión. Una invitación al paciente para hacerle preguntas ¿Tiene usted otras preguntas adicionales?			0 1 3
33.	Una cita precisa para un próximo encuentro Sugiero que la enfermera llame para ver cómo ha funcionado el tratamiento en dos días y nosotros nos encontramos de nuevo en una semana. ¿Qué le parece? Entonces adiós, nos vemos la próxima semana.			0 1 3
34.	Escriba el resumen/las conclusiones de su conversación con el paciente y su pariente en el expediente/historial médico <i>(con esto todos los miembros del equipo permanecerán informados y podrán actuar adecuadamente).</i>			0 1 3
Puntuación total: 120		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Referencias selectivas

Peter Maguire, Ann Faulkner Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974

Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297-303

Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175-7.

[James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11-15.

[Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loiselle](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Jun

CONSPIRACIÓN DE SILENCIO – MANEJO DE LA COMPLICIDAD

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

conspiración
conciencia

revelar
algoritmo

ansiedad
confirmar

contacto visual
aliviar

Definiciones:

1. Utilizar palabras tranquilizadoras para hacer sentir mejor al interlocutor cuando están tristes o preocupados.
2. Una estrategia que implica que cierta información (sobre el diagnóstico, el pronóstico, y los detalles médicos sobre la persona que está enferma) se retiene o no se comparte entre los individuos implicados.
3. Conocimiento o comprensión de una situación presente sobre la base de información o experiencia.
4. Una situación en que dos personas se miran mutuamente al mismo tiempo.
5. Dar a conocer, divulgar, contar.
6. Aceptar, validar algo oficialmente, especialmente después de examinarlo.
7. Sentimiento incómodo de nervios o preocupación sobre algo que está sucediendo o puede suceder en el futuro.
8. Un conjunto de instrucciones matemáticas o reglas que ayudarán a calcular una respuesta a un problema lógico.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor saluda al paciente y a su cuidador y pide al cuidador que se presente y diga cuál es su relación con el paciente.

El doctor acepta la conspiración y explora las razones con el familiar del paciente.

El doctor pide permiso para hablar con el paciente para saber cuánto sabe el paciente sobre su diagnóstico.

El doctor prepara la habitación para la conversación con el familiar del paciente y arregla el espacio donde tendrá lugar la conversación: sillas cercanas, al mismo nivel, sin objetos en medio.

El doctor se coloca en una posición que favorece la conversación: pies planos en el suelo, expresión facial amistosa, manos en las rodillas.

El doctor comienza la conversación aclarando los objetivos de la visita (por qué el familiar ha ido a hablar con el doctor).

El doctor no interrumpe al familiar del paciente, y usa lenguaje verbal y no verbal y técnicas de escucha activa para favorecer la conversación.

El doctor escucha las preocupaciones del pariente y hace ver que comprende las razones para una conspiración y confirma los motivos.

El doctor repasa las preocupaciones de pariente sobre la conspiración y sugiere soluciones.

El doctor habla con el paciente sobre los siguientes pasos en el tratamiento y planifica una fecha para el próximo encuentro.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta:

1. ¿Qué es conspiración?

Conspiración es una estrategia que implica que cierta información (sobre el diagnóstico, el pronóstico, y los detalles médicos sobre la persona que está enferma) se retiene o no se comparte entre los individuos implicados.

Conspiración es el uso de palabras tranquilizadoras para hacer sentir mejor al interlocutor cuando están tristes o preocupados.

2. ¿Qué es un algoritmo?

Un algoritmo es un conjunto de instrucciones matemáticas o reglas que ayudarán a calcular una respuesta a un problema lógico.

Un algoritmo es un sentimiento incómodo de nervios o preocupación sobre algo que está sucediendo o puede suceder en el futuro.

3. ¿Cuál es la posición del doctor durante su conversación con el familiar del paciente?

El doctor se coloca en una posición que favorece la conversación: pies planos en el suelo, expresión facial amistosa, manos en la mesa.

El doctor se coloca en una posición que favorece la conversación: pies planos en el suelo, expresión facial amistosa, manos en las rodillas.

4. ¿Qué hace el doctor si el paciente no sabe la verdad sobre su enfermedad?

Si el paciente no sabe la verdad, el doctor no hablará con el paciente.

Si el paciente no sabe la verdad, el doctor hablará con el paciente para saber cuánto quiere saber el paciente sobre su enfermedad.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. El doctor pregunta al familiar cuál es su relación con el paciente. V/F

2. El doctor se sienta a una distancia de 1 m del familiar. V/F

3. El doctor no está interesado en los propósitos del familiar para la visita. V/F
4. El doctor usa preguntas cerradas para averiguar las razones de la conspiración. V/F
5. Desde el principio de la conversación el doctor muestra que no entiende las razones para la conspiración. V/F
6. El doctor pide permiso para hablar con el paciente. V/F
7. El doctor pregunta al paciente si tiene otras necesidades relacionadas con su enfermedad. V/F
8. Si el paciente sabe la verdad, el doctor no confirma que está en lo cierto. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Puede decirme quién es usted y cuál es su relación con el/la paciente?	He venido a hablar de mi marido, el señor Dumitrescu.
¿Puede por favor decirme por qué ha venido usted a verme hoy?	Porque no sabía cómo decírselo.
¿Por qué cree que el señor Dumitrescu no debería saber nada de su enfermedad?	Sí, porque sospecha algo y está muy preocupado.
Usted está manteniendo la información por él, pero ¿qué efecto está causando esto en usted?	Mi nombre es Paula Dumitrescu. Soy la esposa del paciente. Él no sabe nada.
¿Está teniendo problemas de comunicación con su marido por no contárselo a él?	Sí, puede preguntarme.
¿Me da su permiso para hablar con el señor Dumitrescu?	Estoy muy confundido.
¿Puedo preguntarle cuánto sabe de su propia enfermedad?	Sí, estoy de acuerdo.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Revelar	Aceptar
Ansiedad	Aprobar oficialmente
Validar	Encantado
Educar	Dar a conocer
Admitir	Calendario
Coste	Mostrar
Satisfecho	Administración
Programa	Formar
Revelar	Aceptar
Ansiedad	Aprobar oficialmente

Gramática integrada

Seleccione la mejor versión:

1. Si el paciente no sabe la verdad, el doctor hablará con él.
Si el paciente no sabía la verdad, el doctor hablará con él.
2. El doctor no revelaría la verdad, si el paciente está satisfecho con sus condiciones actuales.
El doctor no revelará la verdad, si el paciente está satisfecho con sus condiciones actuales.
3. Si el paciente quisiera información adicional, el doctor programaría otro encuentro.
Si el paciente quiere información adicional, el doctor programaría otro encuentro.
4. Si el paciente conoce el diagnóstico, el doctor le pediría permiso para revelar la verdad a su familiar.
Si el paciente conociera el diagnóstico, el doctor le pediría permiso para revelar la verdad a su familiar.
5. Si no entiende las instrucciones, pregúnteme.
Si no entendía las instrucciones, pregúnteme.

Seleccione el verbo en la forma condicional:

1. *Yo le sugeriría/ sugeriré/ sugiero* que el enfermero me llame mañana para el tratamiento.
2. *Quisiera/ Quiero/ Quería* hablar con él sobre su condición.
3. *¿Estará de acuerdo/ Está de acuerdo/ Estaría de acuerdo* con su diagnóstico?
4. *Quisiera/ Quiero/ Quería* sugerirle cómo hablar con él.
5. *Usted puede/ Usted podía/ Usted podrá* estar en lo cierto ya que le conoce mejor.

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre doctor y paciente en un contexto ético. Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

UNIDAD LINGÜÍSTICA



Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

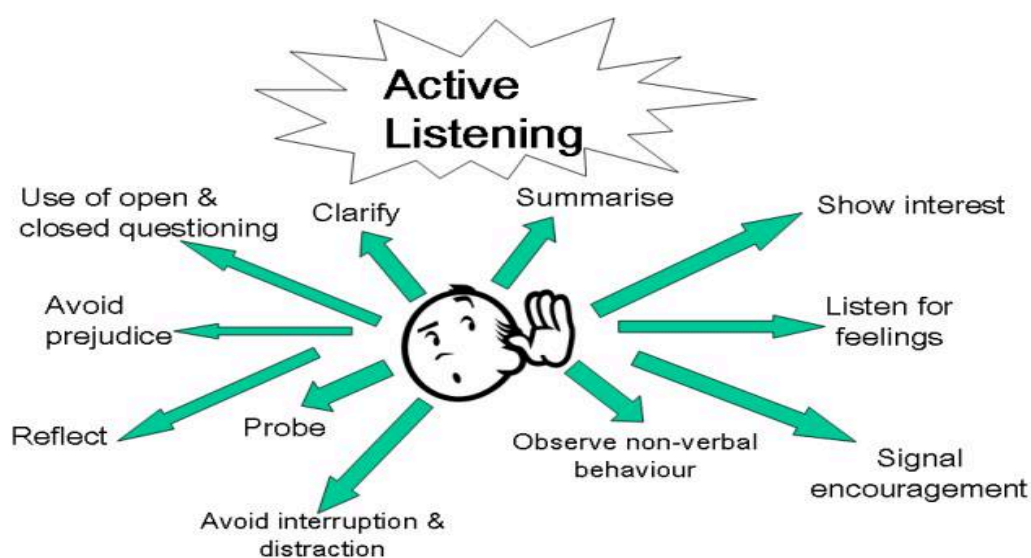
Lo que me gustaría hacer es hablar con él para ver qué piensa o comprende de la actual situación. Esto nos puede decir qué sabe él de su enfermedad.



ESCUCHA ACTIVA Y RESPUESTA EMPÁTICA

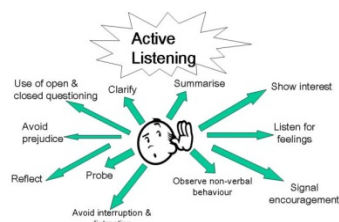
Protocolo médico

Unidad lingüística



ESCUCHA ACTIVA Y RESPUESTA EMPÁTICA

La escucha activa es el proceso de escuchar a los demás para poder comprender sus ideas, opiniones y sentimientos y para demostrar que los has entendido. La escucha activa es una habilidad valiosa porque nos permite demostrar que entendemos lo que otra persona está diciendo, y mediante la empatía comprendemos cómo se siente respecto a esas ideas y opiniones.



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

1.	Preséntese al paciente Hola, soy el doctor... y él/ella es mi colega, el/la enfermero/a.... ¿Y usted es? Permita al paciente decir su nombre. <i>Evitar expresiones tales como "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" ya que pueden provocar una contestación errónea tipo "sí" que puede venir de un paciente distraído por sus síntomas o de una conversación que mantiene con el equipo médico.</i>	ESSENTIAL		
2.	Si el paciente viene con un pariente/amigo, averigüe quién es la persona y qué relación tiene con el paciente. Está bien que venga usted hoy con el/la Sr./Sra.(diga el nombre del paciente). ¿puede decirme por favor quién es usted y cuál es la relación con el paciente? <i>(evite hacer suposiciones tales como "¿es usted su esposa?" – Puede ser su hija u otra persona y puede causarle situaciones embarazosas).</i>			0 1 3
3.	Dense la mano (si el paciente quiere). <i>(Primero debe usted dar la mano al paciente, DESPUÉS, a la esposa o amiga – si está presente Esta comunicación no verbal demuestra que el paciente tiene prioridad)</i>			0 1 3
4.	Asegure un espacio privado para la conversación. - Cierre la puerta después de haber colocado un cartel indicando “reunidos” (u otro modo para indicar que se está realizando una reunión en dicha habitación) - Corra las cortinas alrededor de la cama del paciente <i>(Mediante una adecuada comunicación usted construye confianza y comienza por mostrar respeto a la persona que tiene ante usted).</i>			0 1 4
5.	Reduzca los factores que pueden molestar en el ambiente Apague la radio, TV, teléfono móvil (o pida a su asistente que le coja las llamadas). <i>(Eduque a su equipo y a otros pacientes para que no entren en la habitación cuando se está realizando una reunión).</i>			0 1 3
6.	Disponga y prepare el espacio a. Invite al paciente a sentarse (y al/a la cuidador/a). ¿Le importaría sentarse por favor? <i>(Hay una marcada diferencia en la percepción del tiempo para el paciente si usted y él/ella estáis sentados. Se percibe más tiempo transcurrido si están sentados que si se encuentran de pie)</i>			0 1 3
7.	b. Siéntese. Si el paciente se encuentra en la cama, coja una silla y acérquese a la cama - A una distancia cómoda del paciente (aprox. 1 m) - La altura de los ojos del doctor y el paciente debe ser la misma (excepción: cuando el paciente llora o está angustiado, la mirada del doctor debe quedar por debajo de la del paciente) - Si el paciente acude con un pariente o amigo/a siéntese de modo que pueda tratar cara a cara con el paciente, y a menos distancia que con el amigo/a o pariente.			0 1 5
8.	c. Retire las barreras entre ambos			0 1

	- Mueva su silla para estar cerca del paciente (mejor junto a la esquina de la mesa que frente a la mitad de la mesa) - Limpie el área de la mesa cercana al paciente <i>(No se siente detrás de la mesa o del ordenador, desde el punto de vista no verbal, esto bloquea la comunicación)</i>				5
9.	d. Esté preparado con pacientes/familiares que lloran Tenga una caja de pañuelos cerca, sólo en caso que el paciente o los parientes comiencen a llorar; en tal caso, ofrézcales pañuelos				0 1 3
10.	Lenguaje corporal: Tome una actitud neutral que le haga parecer calmado y no apresurado: Los pies planos en el suelo; Hombros relajados, ligeramente inclinado hacia delante; Expresión facial amistosa; Las manos en las rodillas. <i>(Cuando habla sobre temas difíciles como malas noticias, pronósticos, miedos de los pacientes, y demás, se sentirá incómodo, pero es importante que entrene su cuerpo para que su lenguaje no verbal muestre calma y ofrezca más seguridad al paciente).</i>				0 1 3
11.	Pida permiso para leer documentos/escribir en el cuadro del paciente durante la entrevista. ¿Le parece bien si yo tomo notas durante nuestra conversación? <i>(Puede tener el cuadro del paciente frente a usted, pero no hable con el paciente mientras lo está leyendo. Es mejor preparar antes la consulta leyendo el expediente/historial médico, pero algunas veces el paciente viene con documentos nuevos que usted tendrá que consultar más tarde durante la consulta).</i>				0 1 3
12.	Comenzar la entrevista. Aclare el propósito del paciente para la entrevista. ¿Dígame por favor por qué ha venido usted a la consulta hoy? <i>(los estudiantes que practican sus habilidades de comunicación en equipos pueden utilizar casos reales de su propia experiencia o el escenario del caso propuesto al final)</i>				0 1 3
13.	Habilidades de escucha: a. Use declaraciones abiertas/explicativas: Por favor cuénteme algo más sobre su enfermedad/problema <i>(cualquier cosa que declare el paciente será la razón de la consulta)</i>				0 1 3
14.	b. Use preguntas abiertas (¿Qué...? ¿Cómo...? ¿Por qué...? Etc.) que pueden ser respondidas de cualquier modo. Algunos ejemplos: ¿Cuál cree usted que es la causa de su dolor? ¿Cómo se sintió cuando el doctor le explicó lo de su diagnóstico/tratamiento? ¿Por qué ha estado evitando hablar con su familia sobre su enfermedad?.... <i>(Partes obligatorias del diálogo terapéutico)</i>				0 1 5
15.	La técnica más importante para facilitar el diálogo c. Manténgase en silencio y no interrumpa al paciente. <i>Escuche lo que dice el paciente con las palabras (contenido, tono) pero también con la comunicación no verbal (gestos, expresión facial, posición corporal...)</i>	ESENCIAL			
16.	d. Acepte breves pausas de silencio cuando el paciente se detiene para reorganizar sus pensamientos. Si necesita romper el silencio pregunte: ¿Qué es lo que le hace parar? <i>(El silencio también puede tener otros significados: el paciente está pensando o sintiendo algo muy intenso para poder expresarlo en palabras).</i>				0 1 5
17.	e. Enfatique expresiones no verbales o frases cortas para que el familiar/amigo cercano prosiga en sus ideas mediante aserciones, pausas, sonrisas, usando respuestas como “sí”, “Dígame algo mas”				0 1 3
18.	Repetición y reiteración <i>“Desde que he comenzado a tomar esas pastillas, me he sentido soñoliento”- “Así que se está quedando dormido con las nuevas pastillas?”</i> Confirmará al paciente que usted ha estado escuchando lo que ha estado diciendo.				0 1 3

19.	Clarificación Cuando dice..., quieres decir que...? <i>Le ofrece al paciente la oportunidad de extenderse en su afirmación anterior o enfatizar algunos aspectos de su conversación cuando el clínico muestra interés por el tema</i>		0 1 4
20.	Mantenga el contacto visual sin ser intrusivo - Sea cuidadoso, no debe mirar fijamente al paciente, pero debe tampoco mirar hacia abajo o dejar de mirar muy a menudo - Es muy útil evitar el contacto visual cuando el paciente está angustiado o llora		0 1 5
21.	Reconocimiento de las emociones: respuesta empática a. Identificar la emoción que está experimentando el paciente Veo que está furioso... (nombre la emoción principal que está sintiendo el paciente) <i>La empatía se define como la capacidad para comprender racionalmente lo que el paciente está experimentando emocionalmente. Es diferente de la simpatía.</i>	ESENCIAL	
22.	b. Identifique el origen de esta emociónporque el diagnóstico fue retrasado (nombre la causa subyacente que genera la emoción)	ESENCIAL	
23.	c. Responda en un modo que cuente al paciente que usted ha hecho una conexión entre el paso 21 y el 22. Esto tiene que ser horrible para usted. <i>Es importante aceptar ambas emociones negativa y positiva que expresan los pacientes como normales en el contexto de una enfermedad que limita la vida.</i>	ESENCIAL	
24.	NO utilice: “¡Comprendo cómo se siente!” <i>Nosotros no pasamos por la misma experiencia como hace la persona y por tanto esta expresión es una ¡reafirmación superficial!</i>		0 1 5
25.	Tocar: Puede tocar la mano o el hombro, pero tenga en cuenta: - Debe surgir natural desde dentro de usted - Los mismos pacientes pueden no sentirse cómodos con el contacto físico		0 1 3
26.	Gestionar la estrategia: Repase los principales aspectos/problemas a los que se estaban refiriendo los pacientes. Permítame hacer un breve resumen sobre lo que he entendido como sus principales preocupaciones: El dolor que sufre en las piernas, la dificultad para respirar y su miedo a dormir porque piensa que puede dejar de respirar; los miedos hacia su hija a la hora de manejar las nuevas responsabilidades... <i>(Incluya en el resumen todos los miedos físicos, emocionales, sociales, espirituales)</i>		0 1 5
27.	Revise su resumen con el paciente. ¿He recopilado todo lo que me ha explicado?		0 1 3
28.	Si el paciente está satisfecho con su resumen, proponga una estrategia de gestión. Le sugiero que hagamos lo siguiente: para el dolor vamos a tomar algunos analgésicos y masajes, nuestro trabajador social estará en contacto con su hija para asesorarle sobre recechos legales y demás....		0 1 3
29.	Analice la respuesta y ajústela para incluir la perspectiva del paciente ¿Qué le parece todo esto? Veo que está usted preocupado/a porque la medicación le provoca sueño, vamos a comenzar con pequeñas dosis y vamos a ir aumentando gradualmente		0 1 3
30.	Acuerde en la planificación terapéutica una serie de instrucciones para el paciente. Revise que el paciente las ha comprendido. Aquí están las instrucciones escritas, dígame si las comprende. ¿Puede repetirlas por mí por favor?		0 1 4
31.	El cierre de la entrevista. Una invitación al paciente para realizar preguntas. ¿Tiene alguna otra pregunta adicional?		0 1 4
32.	Acuerde de modo sencillo la próxima cita. Sugiero que la enfermera llame		0

para ver cómo ha funcionado el tratamiento en dos días y nosotros nos encontramos de nuevo en una semana. ¿Qué le parece? Entonces adiós, nos vemos la próxima semana.			1 4
Puntuación total: 100		<input type="radio"/>	criterio no rellenado %
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado %
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado %

Referencias selectivas

Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>

Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.

Fallowfield L, Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597

Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13.

Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.

Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.

Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.

Leloirain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.

Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.

Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.

Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.

Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.

Papel - doctor

Usted es un doctor. Tiene un paciente de 45 años, divorciada, con dos niños de 11 y 14 años. Ella ha sido operada de cáncer hace dos años, tratada citostáticamente e irradiada, actualmente bajo tratamiento de hormonas; sin síntomas especiales hasta hace poco; dolor de huesos moderado desde hace meses y fatiga; gammagrafía y tomografía del hueso hecha hace dos días, viene al oncólogo para los resultados.

Las pruebas muestran la evolución de la enfermedad (**ha ocurrido metástasis en hígado y en múltiples huesos**).

- Tiene que comunicar empáticamente con el paciente para ver qué es lo que entiende sobre su actual condición médica y para ver qué miedos tiene; usted no sabe si la paciente sospecha de la actual enfermedad, no ha hablado mucho con ella hasta las investigaciones de imagen.

Papel - paciente

Usted es una paciente de 45 años, divorciada, con dos niños de 11 y 14 años. Le han diagnosticado cáncer de pecho, ha sido operada hace dos años, tratada citostáticamente e irradiada, actualmente está bajo tratamiento de hormonas; no ha tenido síntomas especiales hasta hace poco; desde hace unos meses tiene dolor moderado en los huesos y fatiga; ha hecho nuevas pruebas en el hospital hace dos días – una gammagrafía y una tomografía y viene al oncólogo para conocer los resultados.

- Sospecha que algo va mal, pero no sabe exactamente qué es.
- Está esperando la cita del doctor con miedo.
- Está preocupada por sus hijos (que no se conviertan en una carga) y tiene preocupaciones económicas.

ESCUCHA ACTIVA Y RESPUESTA EMPÁTICA

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

escucha activa	empatía	prejuicio	lenguaje no verbal
suposición	percepción	pronóstico	tranquilizante

Definiciones:

1. Conducta y elementos del discurso aparte de las palabras mismas que aportan significado (voz, gestos y expresiones faciales, postura corporal, proximidad con la persona que escucha, contacto visual).
2. El proceso de escuchar a los demás para poder comprender el mensaje completo que enuncian (sus ideas, opiniones y sentimientos) y demostrar que el doctor lo ha entendido sin ningún juicio crítico. El proceso incluye clarificación, reflexión, resumen y feedback en forma de interpretación parafraseada de lo que se ha dicho.
3. El proceso mental de ser consciente de o reconocer un objeto o idea como entidades por medio de los sentidos o de la mente.
4. Medicamento que proporciona tranquilidad aportando calma y serenidad.
5. Un proceso complejo (perceptivo, intelectual y afectivo) que consiste en la identificación del receptor (el doctor o enfermero) con el emisor (el paciente o familiar del paciente); capacidad de entender racionalmente lo que el paciente está experimentando emocionalmente.
6. Término médico usado para predecir el resultado de un fenómeno o proceso basado en el estudio del contexto de su apariencia y evolución.
7. Una declaración que se asume como cierta, real o posible sin tener pruebas.
8. Una opinión o idea normalmente errónea y preconcebida formada de antemano normalmente sin conocimiento directo de los hechos.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

<i>El doctor saluda al paciente y a su cuidador, se presenta e identifica al paciente.</i>
<i>El doctor comienza la conversación con el paciente haciendo preguntas abiertas con vistas a hacerle hablar en un modo relajado y cómodo.</i>
<i>El doctor evalúa la respuesta del paciente a las soluciones propuestas, las ajusta y programa un acuerdo sencillo para la próxima cita.</i>

El doctor/enfermero prepara la habitación para la conversación médica con el paciente y su cuidador.

El doctor se asegura que el paciente se sienta cómodamente.



El doctor arregla el espacio donde tendrá lugar la conversación: sillas cercanas, al mismo nivel, retira las barreras entre ambos, sin objetos alrededor.

El doctor adopta una posición que favorece la comunicación: los pies planos en el suelo, expresión facial amistosa, las manos en las rodillas.

El doctor no interrumpe al paciente, acepta breves pausas de silencio cuando el paciente se detiene para reorganizar sus pensamientos y usa lenguaje verbal y no verbal para promover la comunicación.

El doctor escucha al paciente, identifica y acepta las emociones positivas y negativas del paciente.

El doctor revisa los principales aspectos/problemas del paciente y sugiere soluciones.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es la escucha activa?

El proceso de escuchar a los demás para poder comprender el mensaje completo que enuncian (sus ideas, opiniones y sentimientos) y demostrar que el doctor lo ha entendido sin ningún juicio crítico. El proceso incluye clarificación, reflexión, resumen y feedback en forma de interpretación parafraseada de lo que se ha dicho.

El proceso de escuchar a los demás para poder comprender el mensaje completo que enuncian con juicio crítico. El proceso incluye clarificación, reflexión, resumen y feedback en forma de interpretación parafraseada de lo que se ha dicho.

2. ¿Qué es la empatía?

Un fenómeno natural (perceptivo, intelectual y afectivo) que consiste en la identificación del receptor (el doctor o enfermero) con el emisor (el paciente o familiar del paciente).

Un proceso complejo (perceptivo, intelectual y afectivo) que consiste en la identificación del receptor (el doctor o enfermero) con el emisor (el paciente o familiar del paciente); capacidad de entender racionalmente lo que el paciente está experimentando emocionalmente.

3. ¿Cómo prepara el doctor la habitación donde tendrá lugar la conversación entre él y el paciente?

El doctor coloca un cartel indicando “en consulta”, corre las cortinas alrededor de la cama del paciente y reduce los factores que pueden molestar en el ambiente (radio, tv, móviles).

El doctor coloca un cartel indicando “en consulta”, corre las cortinas alrededor de la cama del paciente, pero no reduce los factores que pueden molestar en el ambiente (radio, tv, móviles).

4. ¿Cómo finaliza la conversación?

El doctor repasa los principales aspectos/problemas a los que se estaba refiriendo el paciente y sugiere soluciones.

El doctor repasa los principales aspectos/problemas a los que se estaba refiriendo el paciente y programa de modo sencillo la próxima cita.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. Cuando el doctor comienza a hablar con el paciente enciende su teléfono móvil. V/F
2. Cuando el paciente llora o está enfadado, la mirada del doctor debe quedar por debajo de la mirada del paciente. V/F
3. El doctor pide permiso para leer documentos/escribir en el cuadro del paciente durante la entrevista. V/F
4. El doctor pregunta al paciente por qué ha evitado hablar con su familia sobre su enfermedad. V/F
5. Cuando el paciente hace una pausa, el doctor inmediatamente le hace preguntas para aclarar la situación. V/F
6. El doctor identifica la emoción que el paciente está experimentando. V/F
7. El doctor debe decir al paciente que comprende la situación que está viviendo. V/F
8. EL doctor pregunta al paciente si tiene más preguntas que hacerle. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Puede decirme por favor quién es usted y cuál es la relación con el paciente?	Mi marido tiene unos dolores horribles en las piernas.
¿Le importaría sentarse por favor?	No, no tengo problema.
¿Le parece bien si tomo notas durante nuestra conversación?	Mi nombre es Johanna Hoffmann. Soy la esposa del paciente.
¿Dígame por favor por qué ha venido usted a la consulta hoy?	Sí, gracias.
¿Cuál cree usted que es la causa de su dolor?	No puede dormir por la noche por el dolor y de día se siente soñoliento.
Cuando dice soñoliento, ¿qué quiere decir?	Sí, todo está bien.
Permítame hacer un breve resumen sobre lo que he entendido como sus principales preocupaciones: el dolor que sufre en las piernas, la dificultad para respirar y su miedo a dormir; los miedos por su hija a la hora de manejar las nuevas responsabilidades... ¿Es así?	Esto puede ser genético porque su madre también tuvo el mismo problema.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Soñoliento	Predicción
Personal médico	Ocasión
Pronóstico	Dormido
Reiteración	Grande
Oportunidad	Inquietud
Principal	Antidolor
Preocupación	Tocar
Tranquilizante	Tratamiento
Terapia	Repetición

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio.

Revise el diálogo doctor-paciente y seleccione la actitud de actuación correcta que debe mostrar el doctor:

1. Tengo un dolor horrible en mis piernas.
Le escucho. Y.....
a. estímulo b. aclaración c. resumen
2. Tengo dificultades para respirar.
Esto parece muy importante para usted.
a. aclaración b. feedback c. reflexión
3. Tengo miedo de caer dormido.
¿Qué teme que puede ocurrir?
a. probar b. redirigir c. parafrasear
4. Me preocupa que mi hija no logre manejar la situación.
¿Por qué piensa esto? Veo que está preocupado.
a. feedback b. identificación de la emoción c. parafrasear
5. Esto puede ser genético.
¿Qué quiere decir con esto?
a. aclaración b. reflexión c. estímulo

Hacer preguntas. Seleccione la respuesta del doctor al enunciado del paciente. En cada pregunta seleccione la frase correcta:

1. *Tengo dolor en la pierna.*
Lo siento. Sé cómo se siente.
¿Podría decirme qué tipo de dolor tiene?
2. *Siento como un entumecimiento.*
No entiendo de qué se trata. ¿Podría darme algunos detalles?
Debería ir a un ortopedista.
3. *Todavía estaba en la cama pensando qué iba a hacer esa mañana. Entonces me di cuenta que tenía que ir al mercado. Y.....*
No necesito estos detalles. No son relevantes para su problema médico.
¿Puede decirme cuándo sintió el dolor?
4. *Estaba en el mercado y me golpeé contra una piedra.*
Entonces... corríjame si me equivoco... El dolor empezó por esa piedra.
Debería tener más cuidado la próxima vez que camine.



5. *Me hice una herida entonces, pero también tuve un dolor que me ha durado diez días. ¿Por qué no ha venido antes?*
Vamos a ver si le he entendido bien. Usted se golpeó contra una piedra y tiene el dolor desde entonces.

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre un doctor y un paciente que tiene un problema médico; use escucha activa y expresiones de empatía. grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

El doctor debe sentarse a una distancia cómoda del paciente (aprox. 1 m). Si el paciente acude con un familiar, el doctor debe sentarse a menos distancia con el paciente que con el familiar.



COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE (MALAS NOTICIAS)

Protocolo médico




Unidad lingüística



**COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE
(MALAS NOTICIAS)**

COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE (MALAS NOTICIAS)

Comunicar malas noticias a los pacientes, y ofrecerles toda la información solicitada para facilitar los procesos de toma de decisiones en los cuidados paliativos. (Definición de malas noticias y ejemplos de malas noticias en cuidados paliativos)		○	◐	●	P
1	Entre/n y preséntese/preséntense educada y amablemente: Buenos días. Soy el/la doctor/ra XXX, su YYY (hematólogo, oncólogo, o cualquier otro). ¿Cómo se encuentra hoy? (Dé tiempo a responder a sus preguntas)... ¿Le importa que hablemos un momento? En caso de respuesta negativa: ¿Cuándo preferiría que hablásemos? (Esto se realiza para comprender el estado anímico del paciente, y comprobar la idoneidad del momento para dar la información).				0 1 3
2	Pregunte al paciente si prefiere estar solo o acompañado durante el encuentro. En este caso, pregunte por quién. Fije una fecha para entrevistarse que sea idónea para todos los miembros relevantes <i>(Esto se realiza para evitar crear ansiedad al paciente)</i>				0 1 3
3	Asegure un entorno privado y cómodo para el encuentro. <i>(De este modo garantiza la confidencialidad con el paciente y contribuye a crear un ambiente adecuado para el proceso informativo, evitando interrupciones y otros elementos molestos)</i>				0 1 3
4	Ponga especial atención a la comunicación no verbal durante la entrevista: elimine las barreras físicas; intente colocarse a la misma altura que el paciente. Si hay otras personas, favorezca y cree un espacio abierto de comunicación colocando, por ejemplo, sillas en círculo.				0 1 3
5	Conozca lo que sabe previamente el paciente <i>(es importante saber si el paciente comprende que su situación es seria, más allá del nombre técnico de su dolencia)</i> ¿Qué piensa sobre su dolor en el pecho? ¿y su pérdida de peso, etc.? ¿Qué le han explicado de su enfermedad? ¿Cómo cree que es de importante? Ponga especial atención al estado emocional del paciente: ¿Hay alguna cosa que le preocupa? ¿Qué es lo que más le preocupa?				0 1 3
6	Pregunte concretamente qué nivel de información está dispuesto a recibir el paciente: ¿Qué es lo que le gustaría saber de su enfermedad? ¿Le gustaría que le explicase... (el diagnóstico, opciones de tratamiento, pronóstico, y todo lo concerniente al proceso informativo)? Dele al paciente la posibilidad de elegir <i>(Esto es necesario para respetar la autonomía del paciente y para favorecer una planificación terapéutica compartida)</i>	ESENCIAL			
7	Dé indicaciones al paciente, verbales y no verbales, sobre el hecho de que las noticias van a ser malas... Los resultados de su TAC cerebral no son buenos. ¿Quiere que le hable de los resultados o del tratamiento? <i>Esto permite al paciente decidir si él/ella está preparado para recibir la noticia.</i>				0 1 6
8	Proporcione al paciente la información gradualmente, comenzando por su situación actual. Resuma el proceso diagnóstico y planteele opciones de tratamiento o información del pronóstico si el paciente lo desea. Utilice un lenguaje sencillo y claro. Evite la jerga médica. <i>(EL proceso informativo gradual es importante para respetar el deseo del paciente a saber toda la información disponible).</i>				0 1 3

9	Utilice la escucha activa y la respuesta empática... <i>(Trate de comprender los deseos y valores del paciente)</i>				0 1 3
10	Adapte su lenguaje al nivel educativo, y socio-cultural del paciente, mientras intercambia mensajes directos y comprensibles. <i>(Así el paciente puede procesar la información y ser consciente de las consecuencias, riesgos y beneficios de la planificación terapéutica. Es importante una estrategia proactiva para favorecer la autonomía del paciente)</i>				0 1 3
11	Permítale tiempo, incluso en silencio, si es necesario. Pregunte al paciente si quiere más tiempo para pensar en ello o para consultar estas cuestiones con otros miembros de su familia. Ponga atención para mantener una comunicación continua (mantenga contacto visual, muestre empatía, comprensión y respeto hacia las necesidades u opiniones del paciente). <i>(Este aspecto juega un papel importante en el empoderamiento de la relación clínica y fortalece la confianza del paciente)</i>				0 1 3
12	Revise si el paciente ha comprendido la información proporcionada. Ayúdele a resumirla. Pregunte si él/ella tiene preguntas o dudas adicionales. <i>(De este modo examinamos la capacidad del paciente y valoramos si es necesario implicar un familiar cercano en los procesos de toma de decisiones con el paciente)</i>				0 1 5
13	Pregunte al paciente si quiere compartir la información con alguien más (ej. alguien que aún no se encuentra en la habitación) <i>(esto permitirá tener en cuenta ciertas preferencias del paciente e implicar a la persona adecuada en la planificación terapéutica)</i>	ESENCIAL			
14	Muestra disponibilidad para que le pueda realizar cualquier pregunta posterior, e informe al paciente cómo puede contactarle de nuevo. El paciente debe percibir que hay continuidad en el cuidado.				0 1 3
15	Resuma los puntos más importantes relativos a la futura planificación terapéutica del paciente. Éste debe ver que la situación está gestionada en modo serio y profesional.				0 1 3
16	Revise el estado emocional del paciente después de la entrevista: ¿Cómo se encuentra ahora? Pregunte de nuevo si el paciente tiene alguna pregunta o preocupación final. <i>(Permitirá añadir algo más o repetir alguna cosa)</i>				0 1 3
17	Despídase amablemente.				0 1 3
Puntuación total: 50			criterio no rellenado	%	
			criterio parcialmente rellenado	%	
			criterio completamente rellenado	%	

Referencias selectivas

- Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. *Neurologic Clinics* 2001; 19(4): 989-1004
- Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. *Psycho-Oncology* 2003; 12:686-693
- Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flanders, Belgium. *British Journal of General Practice* 2006; 56:14-19
- Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. *AACN Advanced Critical Care* 2007; 18(4): 406-414

COMUNICAR EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE (MALAS NOTICIAS)

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

Terminología común	Malentendido	Emocionalmente cargado	Educación terapéutica del paciente
Jerga médica	Plan de seguimiento	Emocionalmente cargado	Recepción

Definiciones:

1. Terminología utilizada por especialistas en medicina que no es entendida por personas que trabajan en otros campos.
2. El error de comprensión o interpretación de un mensaje correctamente.
3. Términos que describen un tema técnico o complejo que la media de personas (alguien sin preparación específica en el área) puede entender.
4. Estado mental cargado de emociones fuertes o tensión. El modo en que una persona o grupo de personas reaccionan frente a alguien o algo.
5. La continuación o repetición de algo que ya ha comenzado o se ha realizado. Un posterior examen u observación de un paciente para monitorear el éxito de un tratamiento anticipado.
6. Cambiar la comprensión del paciente paso a paso observando las respuestas del paciente, reforzando aquellas que acercan al paciente a los hechos médicos y poniendo énfasis en la información médica relevante si el paciente no logra una adecuada comprensión.
7. Actuar de modo anticipado para manejar una dificultad esperada; anticipatoria.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor se sienta y pone especial atención a la comunicación no verbal durante la entrevista: elimina las barreras físicas e intenta colocarse a la misma altura que el paciente. Si hay otras personas que participan en la conversación, coloca las sillas en círculo.

El doctor proporciona al paciente información gradualmente usando comunicación verbal y no verbal y haciéndole saber que las noticias van a ser malas. El doctor resume el diagnóstico y le ofrece opciones de tratamiento utilizando un lenguaje sencillo y claro y evitando la jerga médica.

El doctor evalúa el estado emocional del paciente y pregunta si él/ella tiene otras

preguntas que hacerle. El doctor pone atención en la comunicación, mostrando empatía, comprensión y respeto.

- El doctor crea un entorno que favorece la comunicación efectiva y arregla el espacio donde tendrá lugar la conversación: sillas cercanas, al mismo nivel, sin objetos alrededor.
- El doctor evalúa la percepción del paciente y averigua cuánto sabe el paciente sobre su enfermedad, en concreto cómo de seria piensa el paciente que es la enfermedad, y/o cómo afectará a su futuro.
- El doctor averigua cuánto más quiere saber el paciente sobre su enfermedad (diagnóstico, tratamiento, pronóstico); los pacientes tienen derecho a tomar elecciones. Esto ayuda al doctor a conocer si la comprensión del paciente es cercana a la realidad médica.
- El doctor usa la escucha activa y estrategias de respuesta empática. El doctor responde a los sentimientos del paciente sin emitir ningún juicio crítico. El doctor debe asistir al paciente y ofrecer apoyo con empatía.
- El doctor ajusta su lenguaje al nivel educativo, y socio-cultural del paciente, manteniendo el realismo del mensaje. Le ofrece una imagen concreta de la situación, que incluye una evolución positiva o negativa. De este modo el paciente puede procesar la información y darse cuenta de los riesgos y beneficios de la planificación terapéutica.
- El doctor pregunta al paciente si quiere más tiempo para pensar en su situación o para hablar estas cuestiones con otros miembros de su familia. Reafirma al paciente y a la familia que pueden confiar en su implicación activa y les muestra su disponibilidad en ofrecer ayuda y apoyo. El doctor revisa si el paciente ha comprendido la información y le ayuda a revisar la planificación que van a seguir; le pregunta si tiene otras preguntas y le hace saber cómo puede contactarle.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es la jerga médica?

- a. Terminología utilizada por especialistas en medicina que no es entendida por personas que trabajan en otros campos.
- b. Terminología utilizada por especialistas en medicina que es entendida completamente por personas que trabajan en otros campos.

2. ¿Qué es la educación terapéutica del paciente?

- a. Cambiar la comprensión del paciente repentinamente observando las respuestas del paciente, reforzando aquellas que acercan al paciente a los hechos médicos y poniendo énfasis en la información médica relevante si el paciente lo logra una adecuada comprensión.
- b. Cambiar la comprensión del paciente paso a paso observando las respuestas del paciente, reforzando aquellas que acercan al paciente a los hechos médicos y poniendo énfasis en la información médica relevante si el paciente no logra una adecuada comprensión.

3. ¿Por qué evalúa el doctor la percepción que tiene el paciente sobre su enfermedad?

- a. El doctor evalúa la percepción del paciente para averiguar cuánto sabe el paciente sobre su enfermedad
 - b. El doctor evalúa la percepción del paciente para conocerle mejor.
4. ¿Cómo responde el doctor a las emociones del paciente?
- a. El doctor responde a los sentimientos del paciente haciendo juicios críticos.
 - b. El doctor responde empáticamente a los sentimientos del paciente sin hacer juicios críticos.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. El doctor evalúa la percepción del paciente para averiguar cuánto sabe el paciente sobre su enfermedad. V/F
2. Averiguando cuánto quiere saber el paciente sobre su enfermedad permite al doctor ver si la comprensión del paciente es cercana a la realidad médica. V/F
3. los pacientes tienen derecho a no saber o querer escuchar información. V/F
4. El doctor no revisa la situación médica utilizando un lenguaje sencillo y claro y evitando la jerga médica. V/F
5. El doctor ajusta y adapta su discurso según el nivel educativo y sociocultural del paciente, evitando el realismo en el mensaje. V/F
6. El doctor pregunta al paciente si quiere más tiempo para pensar en su situación o para hablar estas cuestiones con otros miembros de su familia. V/F
7. El doctor revisa si el paciente ha comprendido la información y le ayuda a revisar la planificación que van a seguir. V/F
8. El doctor evalúa las condiciones médicas del paciente por última vez. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Cómo describiría su situación médica actual?	¿Está seguro que el resultado es correcto?
¿Ha estado preocupado por su enfermedad o sus síntomas? ¿Hay alguna cosa que le cause problemas?	Me doy cuenta de lo serio que es.
Si esta condición resulta ser un asunto serio, quiere saberlo? ¿Qué más quisiera saber sobre su enfermedad?	Gracias por todo. Le volveré a contactar cuando tenga todo claro.
Desafortunadamente, tengo malas noticias. Los resultados de su TAC no son buenos. Quiere que le hable de los resultados o del tratamiento?	Estoy preocupado. No sé muy bien si hay algo que me causa problemas.
Sí, el resultado es correcto. Veo que son malas noticias. ¿Puede decirme qué sentimientos le produce?	Gracias. Usted ha estado siempre a mi lado.
Trataré de ayudarle todo lo que pueda.	Estoy superado. Siento que todo

	va a cambiar en mi vida.
Contácteme ara cualquier cuestión que tenga. Aquí tiene mi número de teléfono.	Sí, quisiera saber mi situación real.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Jerga médica	Incumplimiento
Exactitud	Lenguaje especializado
TAC	Cooperación, reciprocidad
Intimidad	Tomografía
Solidaridad	Gestión del dolor
Comunicar malas noticias	Rechazo a aceptar la enfermedad
Negación de enfermedad	Familiaridad
Fase terminal	Transmitir malas noticias
Control del dolor	Final de la vida
Frustración	Precisión/exactitud

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio.
Seleccione la mejor opción:

1. *¿Puede decirme si tiene dolor de cabeza?*

Tengo todavía un dolor de cabeza terrible./ No, he cambiado de idea./ No, lo he olvidado.

2. *¿Recuerda cuándo tomó su medicina?*

Es verdad./ No, olvidé tomarla./ ¡Eso es!

3. *¿Puede decirme por qué debo seguir esta terapia?*

Porque está probado que es efectiva./ Podemos recurrir a esta terapia./ Por supuesto.

4. *¿Cuándo comienza la operación?*

La operación comenzará a las 9 horas./ Es correcto./ Si no es así.

5. *Dígame si tiene problemas de salud.*

Desde luego./ Tendremos que hacer una radiografía./ No estoy seguro, pero tengo que hacerme unas pruebas.

Seleccione el verbo en la forma condicional:

1. Hacer preguntas sobre el estado de salud.

¿Podría decirme si tiene dolor de cabeza?/ ¿Ha cambiado de idea sobre la terapia a seguir?

2. Responder preguntas sobre el estado de salud:

No estoy seguro, pero me haré unas pruebas./ No, lo he olvidado.

3. Enunciar un hecho:

Creo que tiene fiebre./Me demuestró que debo decirle que tiene una enfermedad grave.

4. Comunicar malas noticias

Tengo la sensación que tiene fiebre./ Me temo que tengo malas noticias para usted.

5. Considerar un hecho como cierto:

Es cierto que deben hacerse nuevas pruebas./Es posible prever la duración del tratamiento.

6. Pedir explicaciones:

No cuente cuándo comenzó a tener dolor de cabeza./ ¿Puede decirme por qué tengo que seguir esta terapia?

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre doctor y paciente que tiene lugar en un contexto ético (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

¿Qué piensa sobre su dolor en el pecho, su pérdida de peso? ¿Qué le han explicado de su enfermedad? ¿Hay alguna cosa que le preocupa?



EVALUACIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

Protocolo médico

Unidad lingüística



EVALUACIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

Las historias espirituales deberían tomarse como parte del historial regular durante la evaluación inicial de un paciente nuevo, aunque también pueden considerarse como parte de las visitas de seguimiento, según convenga. Esto permite comprender el sufrimiento del paciente en la dimensión religiosa/espiritual y sus modos de soportar y dar sentido y apoyo a través de la fe. La herramienta a utilizar durante la evaluación es la FICA (siglas en inglés de Fe, Creencias, Importancia, Comunidad y Dirección de los cuidados o las acciones). La herramienta de experiencias espirituales FICA fue desarrollada por el doctor Puchalski junto a un grupo de médicos de atención primaria para proporcionar a los médicos y otros profesionales de la salud una herramienta que evalúa los aspectos espirituales con los pacientes.

F aith
I mportance
C hurch
A pply/Address



1.	Preséntese al paciente Hola, soy el doctor... y él/ella es mi colega, el/la enfermero/a.... ¿Y usted es? Permita al paciente decir su nombre. <i>Evitar expresiones tales como "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" ya que pueden provocar una contestación errónea tipo "sí" que puede venir de un paciente distraído por sus síntomas o de una conversación que mantiene con el equipo médico.</i>	ESENCIAL		
2.	Si el paciente viene con un pariente/amigo, averigüe quién es la persona y qué relación tiene con el paciente. Está bien que venga usted hoy con el/la Sr./Sra.(diga el nombre del paciente). ¿puede decirme por favor quién es usted y cuál es la relación con el paciente? <i>(evite hacer suposiciones tales como "¿es usted su esposa?" – Puede ser su hija u otra persona y puede causarle situaciones embarazosas).</i>			0 1 3
3.	Dense la mano (si el paciente quiere). <i>(Primero debe usted dar la mano al paciente, DESPUÉS, a la esposa o amiga – si está presente Esta comunicación no verbal demuestra que el paciente tiene prioridad)</i>			0 1 3
4.	Asegure un espacio privado para la conversación. - Cierre la puerta después de haber colocado un cartel indicando "reunidos" (u otro modo para indicar que se está realizando una reunión en dicha habitación) - Corra las cortinas alrededor de la cama del paciente <i>(Mediante una adecuada comunicación usted construye confianza y comienza por mostrar respeto a la persona que tiene ante usted).</i>			0 1 6
5.	Reduzca los factores que pueden molestar en el ambiente Apague la radio, TV, teléfono móvil (o pida a su asistente que le coja las llamadas). <i>(Eduque a su equipo y a otros pacientes para que no entren en la habitación cuando se está realizando una reunión).</i>			0 1 3
6.	Disponga y prepare el espacio a. Invite al paciente a sentarse (y al/a la cuidador/a). ¿Le importaría sentarse por favor? <i>(Hay una marcada diferencia en la percepción del tiempo para el paciente si usted y él/ella estáis sentados. Se percibe más tiempo transcurrido si están sentados que si se encuentran de pie)</i>			0 1 3

7.	<p>b. Siéntese. Si el paciente se encuentra en la cama, coja una silla y acérquese a la cama</p> <ul style="list-style-type: none"> - A una distancia cómoda del paciente (aprox. 1 m) - La altura de los ojos del doctor y el paciente debe ser la misma (excepción: cuando el paciente llora o está angustiado, la mirada del doctor debe quedar por debajo de la del paciente) - Si el paciente acude con un pariente o amigo/a siéntese de modo que pueda tratar cara a cara con el paciente, y a menos distancia que con el amigo/a o pariente. 		0 1 6
8.	<p>c. Retire las barreras entre ambos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mueva su silla para estar cerca del paciente (mejor junto a la esquina de la mesa que frente a la mitad de la mesa) - Limpie el área de la mesa cercana al paciente <p>(No se sienta detrás de la mesa o del ordenador, desde el punto de vista no verbal, esto bloquea la comunicación)</p>		0 1 6
9.	<p>d. Esté preparado con pacientes/familiares que lloran</p> <p>Tenga una caja de pañuelos cerca, sólo en caso que el paciente o los parientes comiencen a llorar; en tal caso, ofrézcales pañuelos</p>		0 1 3
10.	<p>Lenguaje corporal</p> <p>Tome una actitud neutral que le haga parecer calmado y no apresurado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los pies planos en el suelo - Hombros relajados, ligeramente inclinado hacia delante - Expresión facial amistosa - Las manos en las rodillas <p>(Cuando habla sobre temas difíciles como malas noticias, pronósticos, miedos de los pacientes, y demás, se sentirá incómodo, pero es importante que entrene su cuerpo para que su lenguaje no verbal muestre calma y ofrezca más seguridad al paciente).</p>		0 1 6
11.	<p>¿Es este un buen momento para hacer una evaluación del bienestar espiritual?</p> <p>Antes de comenzar nuestra conversación quiero asegurarme que se encuentra cómodo/a. ¿Puede decirme si tiene algunos síntomas agudos, o tiene miedo, o alguna preocupación que le disturbe?</p> <p>Si SI posponga la evaluación espiritual y realice una evaluación focalizada de los síntomas, causas del sufrimiento y tratamiento adecuado.</p> <p>Si NO continúe la evaluación</p>		0 1 6
12.	<p>Pida permiso para realizar la evaluación</p> <p>Para poder evaluar el sufrimiento que le está causando la enfermedad a varios niveles voy a preguntarle varias cuestiones sobre su bienestar espiritual. ¿Puedo comenzar?</p> <p>Si NO pida permiso para volver más tarde</p> <p>Si SI continúe la evaluación</p>		0 1 6
13.	<p>Comience con una pregunta general.</p> <p>¿Se encuentra usted en paz?</p>	ESENCIAL	
14.	<p>Si la respuesta al paso 13 es NO</p> <p>¿Qué preocupaciones tiene? Dígame por favor algo más</p>		0 1 6
15.	<p>Si la respuesta al paso 13 es SI</p> <p>Dígame por favor, ¿qué es lo que le aporta sentido y paz en su vida? Su trabajo, su familia, etc., qué mas?</p>		0 1 6

PROTOCOLO MÉDICO



16.	Utilice técnicas para facilitar el diálogo (<i>manténgase en silencio y no interrumpa al paciente</i>). Escuche lo que dice el paciente con las palabras (<i>contenido, tono</i>) pero también con la comunicación no verbal (<i>gestos, expresión facial, posición corporal...</i>)			0 1 3
17.	Acepte breves pausas de silencio cuando el paciente se detiene para reorganizar sus pensamientos. ¿Qué es lo que le hace parar? (<i>Si necesita romper el silencio. El silencio también puede tener otros significados: el paciente está pensando o sintiendo algo muy intenso para poder expresarlo en palabras</i>).			0 1 6
18.	Enfatice expresiones no verbales o frases cortas para que el familiar/amigo cercano prosiga en sus ideas mediante aserciones, pausas, sonrisas, usando respuestas como “sí”, “Dígame algo mas”			0 1 3
19.	Repetición y reiteración “Mi familia ha estado muy fuertemente unida y ahora que saben de mi enfermedad vienen permanentemente para ayudar con la casa”- “Así que su familia está ayudándole con la casa.” <i>Confirmará al paciente que usted ha estado escuchando lo que ha estado diciendo.</i>			0 1 3
20.	Clarificación Cuando dice..., quieres decir que...? <i>Le ofrece al paciente la oportunidad de extenderse en su afirmación anterior o enfatizar algunos aspectos de su conversación cuando el clínico muestra interés por el tema</i>			0 1 6
21.	¿Es la fe una cuestión importante en su vida? ¿Resulta un apoyo para usted en la actual situación? <i>Esta pregunta permite al paciente no sólo poder discutir posibles tipos de asistencia, sino también preocupaciones existenciales</i>	ESENCIAL		
22.	¿Pertenece usted a alguna comunidad creyente? (<i>los miembros familiares pueden proporcionar una valiosa información</i>). ¿Cómo le podemos ayudar con su fe? ¿A quién podemos contactar que le sea de ayuda? Contacte la persona específica/adecuada (<i>ejemplos: alguien de su comunidad creyente o su consejero moral</i>).	ESENCIAL		
23.	El cierre de la entrevista Realice un resumen de los puntos más importantes que ha tratado con el paciente y documéntelo en el expediente del paciente.			0 1 6
24.	Si tiene cualquier consulta adicional, por favor, no dude en contactarnos. (<i>Una invitación al paciente para realizar preguntas</i>)			0 1 6
25.	Acuerde de modo sencillo la próxima cita.			0 1 4
Puntuación total: 100		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

EVALUACIÓN DEL BIENESTAR ESPIRITUAL

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

evaluación espiritual	fe	paz interior	acrónimo
bienestar	síntoma	facilitar	sufrimiento

Definiciones:

1. Un enfoque para comprender el sufrimiento del paciente en la dimensión religiosa/espiritual que identifica cómo ayudar a los pacientes a encontrar apoyo y significado a través de la fe.
2. Señal o pista de un estado patológico.
3. Fe/creencia en la existencia de Dios; confesión de fe según dogmas religiosos.
4. Ausencia de conflictos; concordancia, armonía, comprensión.
5. Palabra construida con las primeras letras de una serie de palabras en una frase o título.
6. Hacer posible una acción o fenómeno; hacer fácil algo.
7. Desencanto, dolor o angustia.
8. Estado emocional por el que uno se siente sano y feliz.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el video y revise los pasos.

<i>El doctor prepara la habitación donde tendrá lugar la evaluación y arregla el espacio donde se realizará la conversación: sillas cercanas, al mismo nivel, sin objetos alrededor.</i>
<i>El doctor pide permiso al paciente para comenzar la conversación sobre la evaluación espiritual.</i>
<i>El doctor revisa los principales aspectos/problemas, pregunta al paciente si tiene otras preguntas y programa una cita para el próximo encuentro.</i>

- El doctor saluda al paciente y su cuidador y pide al cuidador que se presente y diga cuál es la relación con el paciente.
- El doctor se coloca de modo que promueva la comunicación: los pies planos en el suelo, expresión facial amistosa, las manos en las rodillas.
- El doctor revisa si el momento es idóneo para una evaluación de sus necesidades espirituales, asegurándose que el paciente se siente bien.
- El doctor pregunta al paciente qué preocupaciones tiene y qué es lo que le aporta sentido y paz en su vida.
- El doctor no interrumpe a su paciente y utiliza lenguaje verbal y no verbal y técnicas de escucha activa para promover la comunicación.

- El doctor pregunta al paciente si su fe es importante para él/ella y si le resulta un apoyo.
- El doctor pregunta al paciente si él/ella pertenece a alguna comunidad creyente y cómo se le puede ayudar en esta situación.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. *¿Qué es la evaluación espiritual?*

- a. La evaluación espiritual es un enfoque para comprender el sufrimiento del paciente en la dimensión religiosa/espiritual que identifica cómo ayudar a los pacientes a encontrar apoyo y significado a través de la fe.
- b. Evaluación espiritual es el estado emocional por el que uno se siente sano y feliz.

2. *¿Qué es paz interior?*

- a. Hacer posible una acción o fenómeno; hacer fácil algo.
- b. Un estado caracterizado por la ausencia de conflictos; concordancia, armonía, comprensión.

3. *¿Cuándo comienza la conversación qué permiso pide el doctor?*

- a. El doctor pide permiso para comenzar una conversación sobre evaluación espiritual.
- b. El doctor pide permiso para tomar notas.

4. *¿Qué cuestión de la conversación y el bienestar del paciente revisa el doctor?*

- a. El doctor revisa si el momento es idóneo para una evaluación espiritual, asegurándose que el paciente se siente bien.
- b. El doctor revisa si es demasiado tarde para una evaluación espiritual y no está interesado si el paciente se encuentra bien.

Seleccione si los enunciados son verdaderos o falsos

- 1. El doctor apaga la radio y su teléfono móvil antes de la conversación con el paciente. V/F
- 2. El doctor no invita al paciente a sentarse. V/F
- 3. El doctor tiene una caja de pañuelos cercana, solo para el caso de que el paciente o los familiares los necesiten. V/F
- 4. El doctor realiza la evaluación espiritual incluso si el paciente no se encuentra bien. V/F
- 5. El doctor hace la evaluación espiritual sólo con el permiso del paciente. V/F
- 6. El doctor usa técnicas de escucha activa para facilitar la comunicación. V/F
- 7. El doctor tiene que seguir hablando cuando el paciente hace una pausa. V/F
- 8. En el final de la conversación el doctor propone al paciente que le haga preguntas adicionales. V/F

Combine las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
Me alegro de verle. ¿Quiere sentarse por favor?	No, no hay nada.
¿Puede decirme si hay algo que le molesta en este momento?	Sí, mi familia es muy importante para mí.
¿Puedo hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades espirituales?	Encantado de verle también. Gracias. Tomaré asiento.
¿Se encuentra usted en paz? ¿Qué preocupaciones tiene?	Sí, es un apoyo importante.
¿Qué es lo que le aporta paz y sentido en su vida? ¿Su trabajo? ¿Su familia? ¿Qué más?	Sí, pertenezco a una comunidad. Estoy abierto a cualquier ayuda en este aspecto.
¿Es importante la fe en su vida? ¿Es un apoyo para usted en la situación actual?	Estoy bien pero hablar con usted me hace sentir mejor.
¿Pertenece a alguna comunidad religiosa? ¿Cómo le podemos ayudar con su fe?	Sí, estoy de acuerdo con usted.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Inicial	Sentido, significado
Apoyo	Acabar
Significación	Al comienzo
Progreso	Parar
Barrera	Vida
Finalizar	Adecuado
Preciso	Expresión en la cara de uno
Expresión facial	Obstáculo
Interrumpir	Ayuda
Existencia	Evolución

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio
Seleccione el mejor término/expresión:

1. Me *alegra/ disgusta* verle hoy.
2. *Estoy decepcionado/ Estoy contento* porque hemos encontrado una solución.
3. *Me temo/ Me alegra* que el paciente no comprende el procedimiento.
4. *Lamento/Me alegra* que el paciente no se ha tomado el medicamento.
5. *Lamento / Me sorprende* que se ha recuperado tan pronto.

Click on the best version regarding the attitude/reactions the doctor face:

1. Me alegra escuchar sus explicaciones.
Placer/ sorpresa/ esperanza
2. Estoy preocupado por las reacciones del paciente a estas noticias.
Falta de interés/ preocupación/ resignación
3. Usted ha ido demasiado tarde al hospital. No puedo hacer nada.
Lamento/ confianza/ resignación
4. Quisiera aliviar su dolor con este medicamento.
Deseo/ interés/alegría
5. Creo que tomará la mejor decisión.
Confianza/deseo/interés

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre un paciente y un doctor que está haciendo una evaluación espiritual (vea como ejemplo el diálogo de la sección Lectura y Vocabulario). grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro de evaluación realizado por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

Tengo una familia muy unida y ahora que saben de mi enfermedad vienen permanentemente para ayudar con la casa.



ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

Protocolo médico

Unidad lingüística




ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

Asegurar una adecuada ingesta de nutrientes y líquidos necesarios para el organismo del paciente encamado. La toma de nutrientes tiene como objetivo dar soporte al óptimo funcionamiento del cuerpo del paciente, y una mejor calidad de vida, en particular cada alimentación del paciente tiene un potencial terapéutico comparable a la medicación administrada. Esto debe realizarse de manera individualizada para ajustarse a las habilidades intelectuales, motivación, estilo de vida, cultura, o estatus económico. La familia del paciente y las personas cercanas a él/ella tienen que involucrarse en este proceso.

		Concepto:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1.	Examine las condiciones vitales del paciente (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i>): <i>funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/> ; <i>infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/> (<i>en tal caso, realice protocolo cardiorrespiratorio</i>) Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Soy su doctor/a enfermero/a y voy a examinarle hoy.	- comienzo de conversación -				0 3 5
2.	¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?..... (o revise el ID del brazalete del paciente) Gracias. (<i>Esto se realiza para evitar confundir un paciente con otro y realizar un procedimiento con el paciente que no tiene tal indicación. Evite expresiones como por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes menos centrados en la conversación con el equipo médico</i>).	Conformidad con la hoja de observación Nombre: <input type="checkbox"/> Fecha nacimiento: <input type="checkbox"/> Paciente correcto— CI	ESENCIAL			
3.	Utilice una gasa empapada en alcohol para desinfectar las partes de muebles que entran en contacto durante el procedimiento. Lavado de manos médico ± Póngase guantes médicos limpios (<i>sólo si hay lesiones en la piel de las manos del examinador o un alto riesgo de desarrollar infecciones</i>), como parte de las precauciones estándar.	- precauciones estándar -				0 1 3
4.	Asegure un espacio privado para la alimentación (<i>sala con una sola cama, cortinas, biombo, etc.</i>) Medición de la presión arterial, pulseometría, termometría – si no se ha revisado recientemente	Presión arterial:/..... mmHg; SaO2 %; T °C				0 3 6
5.	Examine cualquier aspecto inadecuado en la alimentación: • Procedimientos médicos programados que deben completarse en períodos inmediatos y que requieren la condición de “ayuno” del paciente • La existencia de recomendación de ayuno total – nada por la boca NPO) • Paciente comatoso • Presencia de náuseas / vómitos • La existencia de aparatos de aspiración gástrica • Posiblemente, examen objetivo del abdomen: disminución/ausencia de sonidos de los intestinos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
6.	Coloque al paciente en posición sentada, preferiblemente en posición Fowler alta (sentado con la espalda en 90°). Examen de la cavidad oral del paciente respecto de	<i>Si, por motivos médicos, la posición Fowler no es posible, el paciente puede ser colocado en posición decúbito lateral</i>				0 5 9

	dientes, aspecto de las encías, existencia de heridas que pueden interferir con la alimentación.	(tumbado a ambos lados), lo cual facilita la deglución en comparación con la posición supina (tumbado sobre la espalda).		
7.	¿Siente que necesita orinar? ¿O hacer de vientre?			0 3 5
8.	Examine la hoja de observación del paciente por si hay menciones de alteraciones de sabor o el gusto: ¿Ve usted bien? Por ejemplo la comida de su plato. ¿Tiene gusto la comida? ¿O hay algún tipo de problemas? (los mayores, debido a la atrofia de las papilas gustativas, experimentan una disminución en la percepción del dulce o salado; para sentir el gusto, deben añadirse especias extra en su comida) ¿Qué le parece el olor de la comida?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		0 3 5
9.	Examine en la hoja de observación del paciente de edad mayor (más de 65), diagnósticos de demencia; cualquier preocupación de disfagia; maniobras frecuentes de aspiración oro faríngea en el historial de intervenciones por sucesos similares. ¿Le ha sucedido toser cuando estaba comiendo, o atragantarse o ahogarse? ¿Alguna dificultad al tragar? ¿Algún dolor? ¿Ronquera repentina? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Examen necesario para la prevención de aspiración por neumonía lo cual puede suceder en pacientes con disfagia. Si sucede tal situación debe hacerse un esfuerzo común por parte del nutricionista, el dietista, el doctor, el especialista en deglución, logopeda, doctor de familia ...		0 5 9
10.	YES <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Asegure un ambiente relajado, en silencio, sin elementos que pueden distraer al paciente de su momento de alimentación. Utilice música de fondo – una posibilidad en pacientes con demencia (reducción de los síntomas de comportamiento durante la alimentación – Liao et al. 2004) Coloque al paciente en posición lo más alto posible en la cama o silla. Introduzca en su boca sólo pequeñas piezas de comida que pueda masticar fácilmente. Mastique detenidamente antes de tragar. Introduzca otra pieza de comida sólo después de haber tragado la anterior. Después de haber terminado de comer, revise si ha quedado algún resto de comida en su boca sin tragar. Mantenga la posición alta del cuerpo al menos 20-30 minutos después de la comida Si aparecen signos clínicos de aspiración laríngeo-traqueo-bronquial (tos, disnea – ahogamiento, disfonía – ronquera, etc.) retire 			0 5 9

		inmediatamente y completamente cualquier pieza restante de comida de la boca.			
11.	¿Quiere volver a intentar comer?		Explique las ACCIONES QUE SE VAN A REALIZAR		0 1 3
12.	Necesitará masticar y tragar bocados de comida. ¿Puede cortar usted mismo la comida o necesita mi ayuda? Beba los líquidos que le han preparado para usted, por favor.		Explique al paciente EN QUÉ CONSISTE EL PROCEDIMIENTO		0 1 3
13.	Es recomendable que se siente bien derecho o en posición lateral para prevenir que la comida vaya por el lado equivocado y le cause asfixia si lo inhala en los pulmones. Si tiene dificultad en cortar la comida, puedo ayudarlo. O verter líquidos en el vaso. Sólo dígame. O puedo ayudarlo con todos los platos si lo desea. Me sentaré en la silla a su lado y nos tomaremos el tiempo necesario para comer, de acuerdo? Podemos comenzar por el palto de su elección.		Dígale al paciente cómo él/ella puede CONTRIBUIR a ejecutar la administración de alimentos		0 1 3
14.	La alimentación proporciona a su cuerpo suficiente energía y recursos para funcionar correctamente.		Dígale al paciente cómo él/ella puede CONTRIBUIR a ejecutar la administración de alimentos		0 1 3
15.	¿Le he explicado bien el procedimiento? ¿Quiere preguntarme algo más?			ESENCIAL	
16.	En general, ¿tiene usted apetito? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
17.	NO <input checked="" type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ¿Es este un buen momento para comer para usted? ¿Tiene algún dolor o molestia que podemos tratar? (analgésicos para el dolor, antipiréticos en caso de fiebre etc.) ¿Hay algo con lo que esté particularmente preocupado? ¿Algo que quiere usted comentarnos? (estrés fisiológico asociado con anorexia – falta de apetito del paciente) ¿Qué come habitualmente? Es preferible pequeñas porciones de comida. Esto no desanima a un paciente con pérdida de apetito. Para los mayores, evite comidas secas, crujientes, pesadas o pegajosas (ej. plátano) ya que hay disminución de secreción de las glándulas salivares según se van haciendo mayores. Justo inmediatamente antes o después de la nutrición del paciente, evite procedimientos médicos que pueden 	Es recomendable implicar al cuidador del paciente, que puede proporcionar información sobre las preferencias de comida del paciente e incluso proveer platos cocinados apropiadamente.		0 1 9

		<p>tolerarse con cierta dificultad.</p> <ul style="list-style-type: none"> Proporcione una comida con presencia agradable para la comida (fresco, bellamente presentado, sabroso). <p>Antes de comer, un buen cuidado de su boca aumentará su apetito y hará que la comida sepa bien. ¿Lavamos los dientes, enjuagamos la boca? ¿Quiere lavarse la cara antes de comer? Puedo ayudarle con esto si lo desea.</p>			
18.	Tome la referencia de la hoja de observación del paciente y seleccione el tipo apropiado de comida a administrar – Control I		Valide la conformidad de la medicina seleccionada con la prescripción de la hoja de medicación	ESENCIAL	
19.	<ul style="list-style-type: none"> Valide el horario prescrito para la administración (± 30 minutos) 	Momento correcto – C2			
20.	<ul style="list-style-type: none"> Valide la vía de administración prescrita <p>(por ejemplo, sólo forma semisólida o líquida – carne picada; cocido adecuadamente – en patologías de alimentación está contraindicado exponer a la mucosa esofágica o faríngea a temperaturas extremas – caliente/frío, o servir simplemente a la temperatura deseada por el paciente y previamente revisado)</p>	Vía correcta de administración – C3			
21.	<ul style="list-style-type: none"> controle conformidad con fecha de caducidad 	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
22.	Coloque la mesa a la altura de la cama para permitir al paciente ver fácilmente la comida ofrecida.				0 1 3
23.	Consulte la referencia en la hoja de observación, saque la comida fuera de su envoltorio y colóquela en la mesa – Control II		Valide la conformidad con la alimentación escogida con la prescripción de la hoja de observación <input type="checkbox"/>		0 5 9
24.	<p>Presentación de la comida del menú.</p> <p>Tiene como comida lo siguiente (ej. sopa de tomate, puré de patata con pollo, zumo de naranja, agua sin gas, puding de frambuesas)</p> <p>¿Qué es lo que le gustaría que le sirva primero?</p>	COMIDA correcta – C5			0 2 5
25.	<ul style="list-style-type: none"> Preparación de comida sólida y líquida según las cantidades prescritas 	DOSIS correcta – C4		ESENCIAL	
26.	<p>¿Puede conseguir comer usando cubertería normal? Revise el historial clínico del paciente sobre diagnósticos que impliquen temblor de manos, astenia extrema, impotencia funcional de las extremidades superiores (limitaciones del movimiento de las manos, muñeca, codo, hombro, cuello):</p> <p>¿le tiemblan las manos cuando sujeta la cuchara o tenedor y por ello le resulta difícil poder comer?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>¿O le resulta difícil recostar su cabeza hacia atrás para beber de un vaso normal?</p> <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Use cubertería y vajilla apropiada</p> 			0 5 9

PROTOCOLO MÉDICO



	Le pregunto esto porque podemos ayudarle con cubertería o vajilla adaptada de modo que haga menos esfuerzo manejar la comida. ¿Le resulta difícil llevarse un tenedor o cuchara a la boca? ¿Dobra el puño o el codo adecuadamente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
27.	Revise en la hoja de medicación. Ponga los contenedores de la medicación extraída de nuevo en el armario de medicamentos – Control III	Valide la conformidad de la alimentación seleccionada con la prescripción de la hoja de observación <input type="checkbox"/>		0 5 9
28.	Revise posibles intolerancias con la maeidación administrada: ¿Es usted alérgico a los siguientes alimentos o nutrientes?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL	
29.	¿Hay alguna incompatibilidad de administración entre la comida prescrita y los parámetros vitales determinados previamente? (ej. presión arterial, frecuencia cardíaca, índice respiratorio)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
30.	Revise la condición médica actual relativa a la sintomatología y la condición que ha generado la prescripción médica (presencia de edema, nivel de dolor, nivel de azúcar en sangre, etc.)	CONTROL PRE-ALIMENTARIO		0 5 9
31.	Ahora voy a pedirle que trague esta pieza de... ¿Le gustaría beber un poco de agua? ¿o zumo? (ofrezca líquido tan a menudo como sea solicitado por el paciente o cada 3-4 tragos de comida)	Si es necesario, ayude al paciente a elevar el vaso de medicación hasta su boca		0 5 9
32.	Escoja un tema de conversación cómodo con el paciente (en caso de pacientes con predisposición al diálogo, para crear un ambiente cómodo, favorable al proceso de alimentación) Nutrición del paciente			0 3 6
33.	Escriba en el expediente médico del paciente:	Si el paciente rechaza la comida o si la persona responsable omite administrarle la comida – tome nota de ello en el historial médico del paciente, explique la razón. Informe al doctor/jefe enfermero de la situación.		0 3 6
34.	• El nombre de la comida administrada			0 3 6
35.	• La cantidad según la prescripción			0 3 6
36.	• El método de administración (ej. triturado)			0 3 6
37.	• La fecha, hora y minuto en que se ha administrado la comida (si hay un retraso de más de media hora según el tiempo de administración – mencione la razón del retraso)			0 3 6
37.	• Parámetros clínicos y biológicos relevantes, examinados antes del tratamiento (ej. presión arterial, frecuencia cardíaca, intensidad del dolor, valores de glucosa)			0 3 6
37.	Marque las observaciones sobre la administración de la comida que ha tenido en el expediente médico del paciente.			
38.	Retire la mesa de la cama con cualquier comida que quede.			0 1 3

39.	¿Necesita lavarse los dientes después de comer? ¿Lavarse las manos? ¿La cara?				0 1 3
40.	Después de un plazo realista, evalúe los parámetros clínicos y biológicos relevantes y/o efectos esperados (<i>presión arterial, frecuencia cardíaca, intensidad del dolor, sueño, etc.</i>)	CONTROL POST-ALIMENTARIO			0 1 3
41.	Escriba en el expediente médico del paciente: • los parámetros clínicos y biológicos relevantes y/o efectos esperados (<i>presión arterial, frecuencia cardíaca, intensidad del dolor, sueño, etc.</i>)				0 1 3
42.	• los accidentes, incidentes o efectos esperados ocurridos (<i>nausea, vómitos, posible dificultad en masticar comida o tragar – dirigidos a ajustar futuros menús – por ejemplo, la preparación de comida en forma semisólida, uso de cubertería especial</i>)				0 1 3
43.	• cualquier mención que haga el paciente que pueda ser relevante para la terapia de administración (<i>aceptación de propuestas de menú, cómo se ha tolerado</i>) Firme las observaciones sobre administración de comida que ha introducido en el expediente médico.				0 1 3
44.	Recoloque al paciente en una posición cómoda bajando la cama a la altura mínima. Póngale un vaso de agua, los controles remotos de la sala (<i>ej. el sistema de alarma para llamar al personal médico, el control remoto del tv, etc.</i>), los objetos de uso personal (<i>ej. vasos, teléfono móvil, libro, etc.</i>) en la mesa al lado del paciente.				0 5 9
45.	Lavado médico de manos ± uso de guantes médicos. Use una gasa empapada en alcohol para desinfectar las partes de los muebles que han entrado en contacto durante el procedimiento. Retírese los guantes usados previamente y arrójelos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos. Voy a dejarle que repose un poco. Volveré en (por ejemplo, 2 horas) y haremos (por ejemplo, un tratamiento). Retire cualquier comida restante y deje la sala.				0 5 9
Puntuación total: 200		<input type="radio"/>	criterio no rellenado		%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado		%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado		%

ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

alimentación
atrofia

astenia
antipirético

deglución
disfagia

analgésico
glucemia

Definiciones:

1. Fatiga prolongada e intensa acompañada de ausencia o falta de fuerza y energía, capacidad intelectual.
2. Asegurar una adecuada toma de nutrientes y líquidos necesarios para el organismo.
3. Cualquier medicamento que baja la temperatura corporal.
4. La presencia/cantidad de glucosa en la sangre.
5. La reducción de tamaño o pérdida de una célula u órgano debido a inactividad (falta de ejercicio) o pobre nutrición.
6. Dificultad para tragar a causa de problemas en la boca, faringitis, o problemas de esófago.
7. Medicamento que reduce y alivia el dolor.
8. EL acto reflejo fisiológico en el cuerpo humano o animal que hace que el bolo pase desde la boca, a la faringe, y al esófago y estómago; tragar.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el video y revise los pasos.

El doctor asegura un espacio privado para la alimentación y examina cualquier aspecto inadecuado para la alimentación oral.

El doctor explica al paciente cuál es la posición correcta para la alimentación, cómo debe comer, por qué es necesario comer adecuadamente y le ofrece su asistencia si necesita ayuda.

El doctor escribe en el expediente médico del paciente la comida administrada, la cantidad, método de administración, la fecha, hora y minute en que se ha administrado la comida, clínicos y biológicos relevantes, examinados antes del tratamiento y después de la comida así como todo lo sucedido o no sucedido sobre incidentes, accidentes o efectos adversos.

- El doctor saluda al paciente, se presenta y hace un rápido examen de las condiciones vitales del paciente.
- El doctor coloca al paciente en la cama, preferiblemente en posición Fowler alta (sentado en posición erguida) y examina la cavidad oral del paciente en cuanto a los dientes, aspecto de las encías, existencia de heridas que pueden interferir con la alimentación.
- El doctor examina la hoja de observación del paciente por si hay menciones de alteraciones de sabor o el gusto.

- El doctor examina en la hoja de observación del paciente si hay problemas relacionados con su edad (más de 65), por si hubiera diagnósticos de demencia o cualquier complicación de disfagia.
- El doctor se asegura que el paciente tiene un ambiente relajado con música relajante de fondo sin elementos que pueden distraer al paciente de su momento de alimentación.
- El doctor valida la conformidad de la alimentación seleccionada con la prescripción de la hoja de observación, se la presenta al paciente y después comienza la alimentación al paciente.
- El doctor recoloca al paciente en una posición cómoda bajando la cama a una altura inferior, los objetos de uso personal en la mesa al lado de la cama, desinfecta las partes de los muebles que han utilizado con un algodón empapado en alcohol, y deja la sala retirando cualquier comida restante.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta:

1. ¿Qué procedimiento realiza el doctor cuando aparecen signos de aspiración laríngeo-traqueo-bronquial (tos, disnea – ahogamiento, disfonía – ronquera, etc.)?
 - a. Se retira inmediata y completamente cualquier pieza restante de comida de la boca.
 - b. Se le da al paciente agua para beber.
2. ¿Por qué es recomendable que el paciente se siente bien derecho o en posición lateral mientras come?
 - a. Es recomendable que el paciente se siente bien derecho o en posición lateral para prevenir que la comida vaya por el lado equivocado y le cause asfixia si la inhala en los pulmones.
 - b. Es recomendable que el paciente se siente bien derecho o en posición lateral para que pueda comer cómodamente.
3. ¿Por qué es necesaria una correcta alimentación?
 - a. La correcta alimentación causa apetito.
 - b. La alimentación proporciona al cuerpo suficiente energía y recursos para funcionar correctamente.
4. ¿Por qué los mayores deben evitar comidas secas, crujientes, pesadas o pegajosas?
 - a. Los mayores deben evitar comidas secas, crujientes, pesadas o pegajosas (ej. plátano) debido a los problemas de dentición.
 - b. Los mayores deben evitar comidas secas, crujientes, pesadas o pegajosas (ej. plátano) ya que hay disminución de secreción de las glándulas salivares según se van haciendo mayores.

Seleccione si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. Asegurar una adecuada ingesta de nutrientes y líquidos necesarios para el organismo del paciente encamado dar soporte al óptimo funcionamiento del cuerpo del paciente, y una mejor calidad de vida, en particular. V/F
2. Cada alimentación del paciente no tiene un potencial terapéutico comparable a la medicación administrada. V/F

3. Cada nutrición del paciente debe ser individualizada para ajustarse a sus habilidades intelectuales, motivación, estilo de vida, cultura, o estatus económico. V/F
4. La familia del paciente y las personas cercanas a él/ella no tienen que involucrarse en este proceso. V/F
5. Debido a la atrofia de las papilas gustativas, los mayores experimentan una disminución en la percepción del dulce o salado; para sentir el gusto, deben añadirse especias extra en su comida. V/F
6. , Deben evitarse procedimientos médicos que se toleran con dificultad justo antes o después de la nutrición del paciente. V/F
7. El paciente puede beber líquidos tan a menudo como sea solicitado por el paciente o cada 3-4 tragos de comida. V/F
8. No es recomendable que el doctor hable con el paciente cuando éste último está comiendo. V/F
9. Si el paciente rechaza la comida debe tomar nota de ello en el historial médico del paciente, explicando el motivo. V/F

Combine las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Doctor's questions:	Patient's questions:
¿Puede ver bien? Por ejemplo la comida de su plato.	No, no tengo esos problemas.
¿Tiene sabor la comida o hay algún problema?	Sí, soy alérgico al gluten.
¿Le ha sucedido toser cuando estaba comiendo, o atragantarse o ahogarse? ¿Alguna dificultad al tragar?	No, no siento el sabor de la comida. No puedo saborear nada.
¿Algún dolor? ¿Ronquera repentina?	
¿Es usted alérgico a los siguientes nutrientes?	No, no veo muy bien. No veo casi la comida en el plato.
En general, ¿tiene usted buen apetito?	Me gustaría empezar con la sopa de tomate y ver lo que hay después.
¿Qué le gusta comer normalmente?	
¿No quiere probar algo de comer?	¿Me puede ayudar por favor?
Tiene como comida lo siguiente: sopa de tomate, puré de patata con pollo, zumo de naranja, agua sin gas, pudding de frambuesas.	Sí, ¿por qué no?
¿Qué es lo que le gustaría que le sirva primero?	
¿Le gustaría que le ayudase? Puedo ayudarle a servirle o darle de comer los platos si lo desea.	No tengo mucho apetito

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Alimentación	Hambre
Deglución	Dificultad para tragar
Disfagia	Tragar
Disnea	Boca
Afonía	Basura
Incompatibilidad	Ronquera

Residuos	Inapropiado
Analgésico	Sofocación
Cavidad oral	Tranquilizante
Apetito	Comida

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio.

1. No le di de comer / Le di nada de comer.
2. Ni revisó sus funciones vitales ni su estado consciente / No revisó ni sus funciones vitales ni su estado consciente.
3. Nosotros tratamos con pacientes que no presentan incompatibilidades para la administración oral. / Nosotros tratamos con pacientes que no presentan ni incompatibilidad para la administración oral.
4. No le está permitido tomar su medicación en absoluto si el doctor no está presente. / Se le permite tomar su medicación absolutamente cuando el doctor no está presente.
5. Ella muestra alguna anti-tolerancia alimenticia que debe tenerse en cuenta. / Ella muestra alguna intolerancia alimenticia que debe tenerse en cuenta.

Seleccione la respuesta correcta:

1. ¿Quiere lavarse la cara antes de comer?
Sí, no.
Sí, sí quiero.
2. No he vomitado.
Sí.
Yo tampoco.
3. ¿Le gustaría tomar la sopa primero?
No, no me gustaría.
Sí, me gusta.
4. ¿Le resulta difícil o imposible usar la cuchara?
No es ni difícil ni imposible.
Es difícil ni imposible.
5. ¿Tengo que respetar esta recomendación?
Sí, no tiene que respetar esta recomendación.
Sí, tiene que respetar esta recomendación.

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo doctor/paciente donde el doctor está alimentando al paciente; use las frases incluidas más arriba. Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

La alimentación proporciona al cuerpo suficiente energía y recursos para funcionar correctamente. Además, comer puede ser un momento placentero.



CUIDADO BUCAL

Protocolo médico

Unidad lingüística



CUIDADO BUCAL

CUIDADO BUCAL

El cuidado oral integra la promoción, organización y, en pacientes incapacitados incluso la ejecución, de la higiene diaria de los dientes (limpieza con hilo dental, cepillado), las encías (estimulación mecánica), la boca (enjuague); la promoción y gestión regular de controles; la inspección del área bucal y, según los problemas identificados en el examen, la promoción/gestión de consultas posteriores con especialistas del cuidado oral (dentistas, cirujanos dentales, etc.)

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Examine las condiciones vitales del paciente (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i>): funciones vitales preservadas <input type="checkbox"/> ; infarto cardiorrespiratorio <input type="checkbox"/> (en tal caso, realice protocolo cardiorrespiratorio) Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Soy su doctor/a enfermero/a			0 2 5
2.	¿Puede decirme por favor su nombre?..... ¿Y su fecha de nacimiento?..... (Esto se realiza para evitar realizar un procedimiento con el paciente equivocado, ya que puede haber varios pacientes con el mismo nombre. Tampoco pregunte por ejemplo "¿Es usted el/la Sr./Sra. García?" para evitar recibir confirmación errónea de pacientes distraídos por los síntomas u otras razones). O bien, especialmente con pacientes con dificultades de comunicación (confundidos, comatosos, etc.) verifique la correspondencia entre los datos de la hoja de evaluación con el brazalete (si el paciente lleva pulsera de identificación) para asegurar la identidad del paciente. Los pacientes confundidos, comatosos, depresivos, gravemente enfermos o en necesidad de tubos nasogástricos o terapia de oxígeno, o aquellos largo tiempo ingresados, tienen un riesgo mayor de padecer problemas bucales siendo los que más se benefician de tales procedimientos de higiene	ESENCIAL		
3.	Garantice un ambiente privado para el examen (<i>habitación con una cama, cortinas, pantallas, etc.</i>) Lo que tenemos que hacer es lavar su boca y sus dientes. (qué vamos a hacer)			0 1 3
4.	La ejecución implica inspeccionar su boca por si hubiera caries, depósitos en los dientes, mal olor, secreciones, y el aspecto de las encías Vamos a lavar sus dientes y a pasarles el hilo dental, y enjuagar su boca. Es algo fácil de realizar, no implica cortes ni pinchazos, así que no le va a hacer daño. (en qué consiste la ejecución)			0 1 3
5.	Se le va a colocar en posición sentado (o recostado de lado). ¿Le va a resultar mantener dicha posición durante digamos 20 minutos? Es muy importante que esté relajado y calmado durante la realización. Cuando se lo pida, deberá escupir el líquido de la boca en un recipiente especial al alcance (cómo colaborar en el procedimiento)			0 1 3
6.	Mantener una buena higiene bucal es un elemento importante de su condición médica. Si no se logra este objetivo puede aumentar el riesgo de infecciones locales asociadas o del tracto respiratorio, neumonía por ejemplo. Bien un retraso en su proceso de cura o incluso la imposibilidad de lograr dicha cura.(el beneficio del proceso)			0 1 3
7.	Ahora, ¿tiene claro el procedimiento? ¿Quiere hacerme alguna otra pregunta?	ESENCIAL		
8.	¿Se ha sometido a procedimientos de higiene bucal anteriormente? ¿Puede decirme con qué frecuencia? ¿Cuándo y cómo limpia sus dientes y su boca? ¿Lo hace usted mismo/a? (Evaluación de la percepción del paciente e implicación en sus propios asuntos de salud. La falta de conocimiento en el mantenimiento de la higiene bucal predispone a padecer problemas bucales)			0 1 3
9.	¿Su póliza sanitaria incluía cuidado dental? ¿Con qué frecuencia ha mantenido controles dentales en los últimos tres años?			0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



10.	¿Tiene aún sabor la comida o prefiere los platos salados o dulces que recuerda? ¿cómo qué platos? <i>(la alta ingesta de sal o azúcares refinados provocan una mayor causa de erosión del esmalte)</i>			0 1 3
11.	¿Tiene frecuentemente sensación de sequedad en la boca? ¿Se levanta por la noche a beber agua? <i>(la disminución de secreciones salivales conducen a tener una mucosa bucal delgada y seca que favorece heridas locales y aparición de lesiones)</i>			0 1 3
12.	¿Cuántos líquidos toma diariamente? ¿Añadiendo sopa, té, u otro líquido, llega aun total de 2000 ml por día? <i>(la disminución de la toma de líquidos causa una mucosa bucal fina y seca que favorece heridas locales y aparición de lesiones)</i>			0 1 3
13.	¿Fuma tabaco? ¿Cuántos cigarrillos diarios? ¿Desde hace cuánto tiempo? <i>(un fumador intensivo, considerado fumador aquél que reconoce fumar 20 cigarrillos o más al día o más de 20 paquetes al año [cálculo: número de paquetes diarios fumados multiplicado por los años que lleva fumando], conduce a mantener una mucosa bucal fina y seca que favorece las heridas locales y aparición de lesiones)</i>			0 1 3
14.	¿Qué tipo de alcohol prefiere? ¿cognac, vino, cerveza, vodka...? ¿Qué cantidad por semana? <i>(un bebedor de alcohol de riesgo, definido por un consumo de más de 14 unidades de alcohol por semana [una unidad es 10 ml o 8 gr de alcohol puro obtenidos en 25 ml de bebidas fuertes ≈ 40%-, 76 ml bebidas bajas como el vino ≈ 13,5%, 250 ml bebidas como cerveza ≈ 4%], conduce a mantener una mucosa bucal fina y seca que favorece las heridas locales y aparición de lesiones)</i>			0 1 3
15.	Consulte la ficha de observación, verifique la medicación prescrita en lo relativo a medicamentos que pueden asociarse a sequedad en la boca como posible efectos adversos (ej. Diuréticos, laxantes, tranquilizantes principalmente si se utilizan en exceso) o antiguos tratamientos de radiación en el cuello o la cabeza <i>(debido a procesos de fibrosis de las glándulas salivales, producidas como resultado de radiación que conducen a insuficiente secreción. La saliva tiene propiedades antiinfecciosas)</i>			0 1 3
16.	Si no han sido examinadas recientemente: medición de la presión sanguínea, pulseoximetría, termometría: presión sanguínea..... mm Hg, SaO2 %, T °C. Lávese las manos. Colóquese guantes médicos como parte de las precauciones estándar.			0 1 3
17.	Use una gasa empapada en alcohol para desinfectar la superficie de cualquier mobiliario con el que habrá contacto durante el procedimiento de higiene.			0 1 3
18.	Examine el historial médico del paciente desde un punto de vista de posibles condiciones asociadas a una contraindicación bien de la posición recostada (ej. Síndrome de hipoperfusión cerebral) o la posición decúbito lateral (enfermedades ortopédicas / reumatológicas, condiciones locales)			0 1 3
19.	Deposite los guantes usados en el contenedor de basura infecciosa. Lávese las manos. Colóquese un nuevo par de guantes médicos como parte de las precauciones estándar. <i>(para evitar la expansión de infecciones desde y hacia el paciente).</i> Coloque al paciente en posición recostado alto <i>(sentado en la cama con la parte superior del cuerpo en ángulo de 60°– 90° sobre la horizontal)</i> o si esto no es posible, utilice la posición decúbito lateral <i>(sentado en la cama de lado)</i> <i>(estas posturas previenen que el paciente aspire los líquidos utilizados para la higiene bucal y vayan al árbol bronquial).</i> Eleve la cama del paciente al nivel de la cintura del profesional que realiza el cuidado bucal. <i>(para evitar sobrecarga de los músculos paravertebrales, que, de cualquier otro modo, se sobrecargan con las actividades médicas que se realizan en la cama)</i>			0 1 3
20.	Consulta de la hoja de observación: ¿Tiene dentadura postiza, puentes, intervenciones dentales previas? Con una luz flash, examine las cavidades			0 1 3

	orales por si hubiera caries, dientes rotos, denticiones parciales, depósitos en los dientes, mal olor, secreciones, aspecto de las encías, existencia de puentes, dientes postizos. <i>(En caso de dentaduras artificiales, deben ser limpiadas regularmente y llevarse constantemente para mantener la conformación facial, prevenir atrofia gingival, permitir una buena potencia masticatoria... Para la limpieza, debe ser retirada de la boca del paciente por uno mismo, o si no es posible, con ayuda médica de profesionales del cuidado bucal; los dientes superiores de la dentadura frontal debe sujetarse con una gasa y retirar la placa del paladar bucal con movimientos pequeños de arriba abajo. Las dentaduras postizas de la parte inferior pueden desprenderse de las encías levantándola de un lado o del otro. Las dentaduras parciales pueden ser retiradas ejerciendo presión sobre los dientes artificiales evitando los soportes que no están hechos de un material tan fuerte como los dientes).</i>		
21.	¿Es alérgico a algo, productos mordedores, pasta dentífrica, productos de limpieza de dentaduras postizas, enjuagues bucales quizá? <i>(examinar posibles alergias a los materiales comunes utilizados en los procedimientos)</i>	ESENCIAL	
22.	¿Cuándo ha comido por última vez? Es aconsejable realizar una higiene bucal antes y después de cada comida <i>(según las condiciones bucales locales, la higiene bucal puede ser necesaria desde una frecuencia de tres veces al día hasta con intervalos de dos horas)</i>		0 1 6
23.	Coloque un recipiente bajo la barbilla del paciente para retener líquidos que puedan resbalar de la zona bucal durante el proceso de higiene bucal (ej. toalla, tejido absorbente o gasa, pileta curva)		0 1 5
24.	Selección de los aparatos más adecuados para la higiene bucal ¿Está cómodo con el uso de un cepillo dental para la higiene de su boca o le resulta incómodo o incluso doloroso? ¿Han sangrado sus encías fácilmente cuando utiliza cepillo dental? Consultar la hoja de observación, revise posibles problemas bucales que indiquen contraindicación en el uso de cepillos dentales (diagnósticos, intervenciones locales recientes o antiguas). En tal caso, podemos utilizar uno de cerdas suaves o incluso sustituirlo por una gasa bucal, por ejemplo. <i>(las gasas impregnadas con glicerina con limón que pueden también usarse como opción para el cuidado bucal deben evitarse debido a las irritaciones que produce en la mucosa bucal ya que puede reseca o decalcificar los dientes)</i>		0 1 5
25.	Usar agua corriente o salina, moje la cabeza del cepillo dental. Aplique pasta con bicarbonato sódico <i>(la saliva ácida favorece el crecimiento de flora bucal; por tanto, la disminución de la acidez resulta en la disminución de la carga microbiana en la boca; también el bicarbonato sódico ayuda al proceso de limpieza, disolviendo la mucosa).</i>		0 1 3
26.	¿Prefiere lavarse usted los dientes, bajo mi guía, prefiere que lo haga por usted?	ESENCIAL	
27.	Asegúrese que hay buena luz para el examen <i>(el uso de luz de flash puede resultar adecuado)</i>		0 1 3
28.	Colóquese a la derecha del paciente <i>(o al lado izquierdo si el profesional es zurdo)</i>		0 1 3
29.	Por favor, abra ligeramente su boca retirando los labios para permitirme tener una buena observación de sus dientes e introducir un cepillo dental. No abra demasiado su boca ya que debe mantener esta postura durante varios minutos.		0 1 3
30.	Coloque las cerdas del cepillo dental en contacto directo con dos o tres dientes, los de arriba desde el frente de la boca (incisivos) al nivel de inserción del diente en la encía (surco gingival) con un ángulo de 45° con la superficie de los		0 1 3

	dientes.			
31.	Presione suavemente las cercas del cepillo sobre el surco gingival y haga rotación sobre la cabeza del cepillo para cepillar la superficie de los dientes (<i>el ángulo del cepillo con los dientes de 45° hacia abajo a una posición perpendicular y finalmente a 45° de nuevo pero hacia arriba</i>) en un movimiento firme desde la base hasta su extremo (<i>desde su inserción gingival hasta el borde</i>) para retirar cualquier depósito dentro del surco gingival y también de la superficie.			0 1 3
32.	En cualquier momento, cuando lo considere, háganos una señal, levantando la mano, si necesita aclarar su boca de pasta dentífrica. (<i>para esto puede usarse agua corriente, y también salina o productos de enjuague bucal como soluciones originales o diluidas con agua salina; peróxido de hidrógeno es una buena elección para aclarar la boca, sin embargo, los colutorios con alcohol pueden irritar y secar la mucosa bucal</i>) Un buen aclarado eliminará todas las partículas retiradas durante el proceso del cepillado.			0 1 3
33.	Coloque de nuevo las cerdas del cepillo dental en el surco gingival en posición de 45° y repita el movimiento hasta que los dientes y la zona gingival tengan un aspecto limpio.			0 1 3
34.	Por favor, aclare ahora su boca con este líquido. Ofrezca al paciente un vasito con el líquido elegido o, en caso de que esté demasiado débil para beber del vaso o en posición de decúbito lateral, asístale con la ayuda de una pajita. Si puede retirar el líquido de su boca en esta pileta, hágalo por favor. Coloque una cubeta bajo la barbilla del paciente. Escúpalo todo, por favor. Los enfermos comatosos que deben ser colocados en posición de decúbito lateral, se les administrará el líquido colutorio con la ayuda de una jeringa de 10 ml y se le retirará con la ayuda de un aparato de extracción. (<i>Para prevenir aspiración bronco alveolar debido a pérdidas al tragar refleje esta característica de condición comatosa</i>). Retire la pileta del lado del paciente y colóquela al alcance de la mano.			0 1 3
35.	Muévase a continuación al lado derecho o izquierdo, a limpiar los siguientes conjuntos de dos o tres dientes y repita las maniobras de cepillado usando la misma técnica. Finalice toda la superficie externa de la mandíbula superior.			0 1 9
36.	Coloque una pileta curva debajo de la barbilla del paciente. Aclare su boca de nuevo, por favor. Retírelo en la pileta. Gracias. Retire la pileta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.			0 1 3
37.	Por favor, ahora relaje sus labios y abra un poco más su boca para permitirme mirar mejor el interior de sus dientes e introducir el cepillo dental. No la abra aún demasiado porque tiene que mantener esta posición unos minutos.			0 1 3
38.	Repita la maniobra de cepillado utilizando la misma técnica, pero ahora para la superficie interior de la mandíbula superior.			0 1 3
39.	Repita los movimientos hasta que los dientes logran un aspecto limpio. Termine el proceso de limpieza de la superficie interna de la mandíbula superior.			0 1 9
40.	Coloque la pileta bajo la barbilla del paciente. Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la pileta. Gracias. Retire la pileta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.			0 1 3

41.	Ahora, por favor, retire sus labios y mantenga su boca ligeramente abierta. Voy a cepillar ahora el borde de sus dientes. No la abra aún demasiado porque tiene que mantener esta posición unos minutos.			0 1 3
42.	Coloque las cerdas en la punta de sus dientes (la parte de morder), los de arriba del frente de la boca, perpendicular a la arcada dental para mover el cepillo de dentro afuera y cepillar las puntas.			0 1 3
43.	Muévase a continuación al lado derecho o izquierdo, a limpiar los siguientes conjuntos de dos o tres dientes y repita las maniobras de cepillado usando la misma técnica. Finalice toda la superficie externa de la mandíbula superior.			0 1 9
44.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. Gracias. Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.			0 1 3
45.	Por favor, abra ligeramente su boca retirando los labios para permitirme tener una buena observación de sus dientes e introducir un cepillo dental. No abra demasiado su boca ya que debe mantener esta postura durante varios minutos.			0 1 3
46.	Coloque las cerdas del cepillo dental en contacto directo con dos o tres dientes, los de arriba desde el frente de la boca (incisivos) al nivel de inserción del diente en la encía (surco gingival) con un ángulo de 45° con la superficie de los dientes.			0 1 3
47.	Presione suavemente las cercas del cepillo sobre el surco gingival y haga rotación sobre la cabeza del cepillo para cepillar la superficie de los dientes (<i>el ángulo del cepillo con los dientes de 45° hacia abajo a una posición perpendicular y finalmente a 45° de nuevo pero hacia arriba</i>) en un movimiento firme desde la base hasta su extremo (<i>desde su inserción gingival hasta el borde</i>) para retirar cualquier depósito dentro del surco gingival y también de la superficie.			0 1 3
48.	Coloque de nuevo las cerdas del cepillo dental en el surco gingival en posición de 45° y repita el movimiento hasta que los dientes y la zona gingival tengan un aspecto limpio.			0 1 3
49.	Muévase a continuación al lado derecho o izquierdo, a limpiar los siguientes conjuntos de dos o tres dientes y repita las maniobras de cepillado usando la misma técnica. Finalice toda la superficie externa de la mandíbula superior.			0 1 9
50.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. Gracias. Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.			0 1 3
51.	Repita la maniobra de cepillado utilizando la misma técnica, pero ahora para la superficie interior de la mandíbula. Por favor, abra ligeramente su boca retirando los labios para permitirme tener una buena observación de sus dientes e introducir un cepillo. No abra demasiado su boca ya que debe mantener esta postura durante varios minutos.			0 1 3
52.	Repita los movimientos hasta que los dientes logran un aspecto limpio. Termine el proceso de limpieza de la superficie interna de la mandíbula.			0 1 9
53.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. Gracias. Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.			0 1 3

54.	Ahora, por favor, retire sus labios y mantenga su boca ligeramente abierta. Voy a cepillar ahora el borde de sus dientes. No la abra aún demasiado porque tiene que mantener esta posición unos minutos.		0 1 3
55.	Muévase a continuación al lado derecho o izquierdo, a limpiar los siguientes conjuntos de dos o tres dientes y repita las maniobras de cepillado usando la misma técnica. Finalice toda la superficie mordedora de la mandíbula.		0 1 9
56.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. Gracias. Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área dental y las encías que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas.		0 1 3
57.	Ahora, abra bien su boca. Vamos a limpiar la lengua. No la abra aún demasiado porque tiene que mantener esta posición unos minutos.		0 1 3
58.	Coloque la cabeza del cepillo dental por el lado opuesto a las cerdas, diseñado especialmente para la limpieza de la lengua. <i>(Si no existe esa área puede usar las cerdas del cepillo).</i> Suavemente cepille la parte superior de la lengua, tenga cuidado de no provocar náuseas. <i>(Si hay falta de eficacia en la limpieza de la lengua persistirán muchas bacterias en la cavidad bucal lo que mantendrá un alto riesgo de infección bucal y respiratoria y afectará también al mal aliento).</i>		0 1 9
59.	Coloque la piletta bajo la barbilla del paciente. Por favor, aclare su boca de nuevo. Deséchelo en la piletta. Gracias. Retire la piletta del lado del paciente y déjelo al alcance de la mano. Revise el área de la lengua que acaba de cepillar. Continúe cepillando si no ha conseguido aún sus expectativas. <i>(los depósitos sobre la lengua son causa de pobre higiene bucal, y también por reducción de la hidratación, infecciones por hongos o medicamentos,...).</i>		0 1 3
60.	Utilice una toalla, limpie los labios del paciente. Vamos a limpiar un poco su boca		0 1 3
61.	Es posible utilizar hilo dental para retirar los residuos que se han acumulado en el espacio entre sus dientes. No es parte de una higiene básica bucal <i>(no hay suficientes pruebas para probarlo)</i> pero es la única manera de limpiar esa zona y el área gingival.		0 1 3
62.	Desenrolle 45 cm de hilo dental encerado <i>(mejor que el no encerado ya que se deshila menos y no retiene residuos de entre los dientes)</i> y enrosque los extremos sobre los terceros dedos de cada mano dos o tres vueltas para agarrar bien el hilo, deje 15 cm de hilo libre entre los dedos.		0 1 3
63.	Reduzca estos 15 cm de hilo a 2.5 cm y tense el hilo colocando los dedos pulgares de una mano apuntando hacia arriba y el dedo corazón de la otra mano apuntando también hacia arriba para una buena maniobrabilidad sobre los dientes de la mandíbula superior.		0 1 3
64.	Introduzca 2.5 cm de hilo entre el espacio de los incisivos superiores teniendo el borde del dedo corazón dentro de la boca y el del dedo pulgar fuera de la boca.		0 1 3
65.	A continuación, realice un movimiento hacia arriba con la ayuda del dedo corazón y pulgar, hasta que el hilo llega a la encía, con cuidado sin provocar daño. Coloque el hilo dental entre los dientes en el surco gingival alrededor de los lados de uno u otro diente desde el espacio de maniobra, realizando una forma de C.		0 1 3
66.	Desde esta posición mueva el hilo hacia abajo procurando retirar los residuos del surco gingival y el lateral del diente intervenido desde fuera del espacio interdental.		0 1 3
67.	Repita esta operación, de movimiento del hilo de arriba abajo, varias veces, hasta obtener la higiene deseada. Después doble de nuevo el hilo dental sobre		0 1 3

	otro diente del espacio interdental, también en forma de C, para limpiar también la otra parte de ese espacio.		
68.	Prosiga, de derecha a izquierda, repitiendo las maniobras con grupos de dientes usando la misma técnica. Finalice por completo el espacio interdental de la mandíbula superior.		0 1 9
69.	Por favor, aclare ahora su boca con este líquido. Ofrezca al paciente un vasito con el líquido elegido o, en caso de que esté demasiado débil para beber del vaso o en posición de decúbito lateral, asístale con la ayuda de una pajita. Si puede retirar el líquido de su boca en esta pileta, hágalo por favor. Coloque una cubeta bajo la barbilla del paciente. Escúpalo todo, por favor. Los enfermos comatosos que deben ser colocados en posición de decúbito lateral, se les administrará el líquido colutorio con la ayuda de una jeringa y se le retirará con la ayuda de un aparato de extracción. <i>(Para prevenir aspiración bronco alveolar debido a pérdidas al tragar refleje esta característica de condición comatosa).</i> Retire la pileta del lado del paciente y colóquela al alcance de la mano.		0 1 3
70.	Desenrolle 45 cm de hilo dental encerado y enrosque los extremos sobre los terceros dedos de cada mano dos o tres vueltas para agarrar bien el hilo, deje 15 cm libre entre los dedos.		0 1 3
71.	Reduzca estos 15 cm de hilo a 2.5 cm y tense el hilo colocando los dedos pulgares de una mano apuntando hacia arriba y el dedo corazón de la otra mano apuntando también hacia arriba para una buena maniobrabilidad sobre los dientes de la mandíbula.		0 1 3
72.	Introduzca 2.5 cm de hilo entre el espacio de los incisivos superiores teniendo el borde del dedo corazón dentro de la boca y el del dedo pulgar fuera de la boca.		0 1 3
73.	A continuación, realice un movimiento hacia arriba con la ayuda del dedo corazón y pulgar, hasta que el hilo llega a la encía, con cuidado sin provocar daño. Coloque el hilo dental entre los dientes en el surco gingival alrededor de los lados de uno u otro diente desde el espacio de maniobra, realizando una forma de C.		0 1 3
74.	Desde esta posición mueva el hilo hacia abajo procurando retirar los residuos del surco gingival y el lateral del diente intervenido desde fuera del espacio interdental.		0 1 3
75.	Repita esta operación, de movimiento del hilo de arriba abajo, varias veces, hasta obtener la higiene deseada. Después doble de nuevo el hilo dental sobre otro diente del espacio interdental, también en forma de C, para limpiar también la otra parte de ese espacio.		0 1 3
76.	Prosiga, de derecha a izquierda, repitiendo las maniobras con grupos de dientes usando la misma técnica. Finalice por completo el espacio interdental de la mandíbula.		0 1 9
77.	Por favor, aclare ahora su boca con este líquido. Ofrezca al paciente un vasito con el líquido elegido o, en caso de que esté demasiado débil para beber del vaso o en posición de decúbito lateral, asístale con la ayuda de una pajita. Si puede retirar el líquido de su boca en esta pileta, hágalo por favor. Coloque una cubeta bajo la barbilla del paciente. Escúpalo todo, por favor. Los enfermos comatosos que deben ser colocados en posición de decúbito lateral, se les administrará el		0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



	líquido colutorio con la ayuda de una jeringa y se le retirará con la ayuda de un aparato de extracción. <i>(Para prevenir aspiración bronco alveolar debido a pérdidas al tragar refleje esta característica de condición comatosa)</i> . Retire la pileta del lado del paciente y colóquela al alcance de la mano.			
78.	Aplique hidratante hidrosoluble sobre los labios del paciente <i>(la exposición a los pacientes de hidratante de tipo aceite mineral, en caso de aspiración dentro de los pulmones, a neumonía lipídica, en estos casos su uso está contraindicado)</i>			0 1 3
79.	Aplique sustitutos de la saliva en caso de sequedad de la boca debido a deficiente secreción salivar			0 1 3
80.	Deseche los guantes médicos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lavado médico de las manos.			0 1 3
81.	Es importante para su salud cepillarse los dientes al menos cuatro veces al día, después de las comidas y al irse a dormir, también pasar el hilo dental mínimo una vez al día. Si no es posible el cepillado o el hilo dental, al menos aclárese la boca con agua vigorosamente. No es lo mismo pero puede ayudar a mantener la higiene de su boca.			0 1 3
82.	Use un limpiador con alcohol para desinfectar todas las superficies de los muebles que se han utilizado en el proceso de limpieza. Retírese previamente los guantes usados y deséchelos en el contenedor de basura infecciosa no punzante. Lávese las manos.			0 1 3
83.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relativos a la realización del procedimiento, incidentes, complicaciones – según el caso, fecha y hora.	ESENCIAL		
84.	Deben seguirse todos los pasos para preservar la seguridad del paciente <i>(ajustar la cama a una altura inferior y elevar las barreras laterales)</i> . Asegúrese que le paciente puede alcanzar con facilidad sus objetos personales <i>(ej. Teléfono móvil, libro, pasatiempos, puzzle etc.)</i> , el vaso de agua y el control remoto para llamar en caso de necesidad. Aporte detalles sobre el calendario médico a seguir y el momento en que el paciente será nuevamente examinado).			0 1 3
Puntuación total: 300		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Selective references

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>
<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016

www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>

CUIDADO BUCAL

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

cuidado bucal
enjuague bucal

dentadura postiza
puente dental

sarro
incisivos

mandíbula
hilo dental

Definiciones:

1. Conjunto de dientes artificiales de la mandíbula superior o inferior.
2. Prótesis dental que restaura uno o más dientes naturales.
3. La organización en pacientes incapacitados de la higiene diaria de los dientes (limpieza con hilo dental, cepillado), las encías (estimulación mecánica), la boca (enjuague); controles dentales regulares; la inspección del área bucal y, según los problemas identificados en el examen, las consultas posteriores con especialistas del cuidado oral (dentistas, cirujanos dentales, etc.).
4. Un depósito amarillento en el borde o debajo de la unión entre las encías y los dientes.
5. Dientes con una corona en forma de cincel y raíz cónica sencilla; existen cuatro en la parte anterior de las mandíbulas, tanto en los dientes de leche como en los dientes definitivos.
6. El hueso con forma de U que forma la mandíbula inferior.
7. Técnica de limpieza dental que utiliza una pieza similar a un hilo, llamado seda, para limpiar la placa y restos de partículas de comida de entre los dientes y la línea de las encías, donde el cepillo dental no puede llegar.
8. Solución usada para retirar partículas de comida y placa de los dientes. Se usa después de lavar los dientes y puede formar parte de la rutina de higiene bucal diaria.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor garantiza un ambiente privado para el examen e informa al paciente del propósito de su visita: el cuidado bucal del paciente (inspección de caries, depósitos en los dientes, mal olor, secreciones, y el aspecto de las encías).

El doctor pregunta al paciente si se ha sometido a procedimientos de higiene bucal anteriormente, si su póliza sanitaria incluye cuidado dental, y con qué frecuencia ha mantenido controles dentales en los últimos tres años.

El doctor examina el historial médico del paciente desde un punto de vista de posibles condiciones asociadas que pueden contraindicar la posición recostada o decúbito lateral y para saber si el paciente es alérgico a productos del cuidado bucal (mordedores, pasta dentífrica, productos de limpieza de dentaduras postizas, enjuagues bucales).

- El doctor Saluda al paciente, se presenta y examina las condiciones del paciente (*consciencia, movimientos, habla, respiración*).
- El doctor coloca al paciente en posición sentado o recostado de lado y también le dice cómo colaborar en el procedimiento.
- El doctor pregunta si el paciente ha entendido el procedimiento claramente y si tiene preguntas que hacerle.
- El doctor quiere saber si tiene aún sabor la comida para el paciente, si tiene frecuente sensación de sequedad en la boca, cuántos líquidos toma diariamente o si fuma.
- Después él/ella instruye al paciente cómo va a lavarle los dientes limpiando dos o tres dientes cada vez.
- Después de lavar los dientes, el doctor se asegura que el paciente retira todo resto de partículas de comida aconsejándole cómo pasar el hilo dental y enjuagar su boca.
- Finalmente el doctor rellena el historial médico del paciente con todos los detalles relativos a la realización del procedimiento, incidentes, complicaciones derivadas.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es el cuidado bucal?

El cuidado bucal implica organizar en pacientes incapacitados la higiene diaria de los dientes (limpieza con hilo dental, cepillado), las encías (estimulación mecánica), la boca (enjuague); controles dentales regulares; la inspección del área bucal y, según los problemas identificados en el examen, las consultas posteriores con especialistas del cuidado oral (dentistas, cirujanos dentales, etc.).

El cuidado bucal implica controles dentales regulares; la inspección del área bucal y, según los problemas identificados en el examen, las consultas posteriores con especialistas del cuidado oral (dentistas, cirujanos dentales, etc.).

2. ¿Por qué el proceso de cuidado bucal implica inspeccionar también las encías del paciente?

El proceso implica también inspeccionar las encías para que el doctor pueda detectar caries u otros signos de declive en los dientes.

El proceso implica también inspeccionar las encías para que el doctor pueda detectar cualquier signo de gingivitis o enfermedad periodontal.

3. ¿Por qué el hilo dental es necesario?

Pasar el hilo dental es necesario para retirar restos de partículas de comida de las cavidades, donde el cepillo dental no puede llegar.

Pasar el hilo dental es necesario para retirar placa y restos de partículas de comida de entre los dientes y la línea de las encías, donde el cepillo dental no puede llegar.

4. ¿Cómo va el doctor a lavar los dientes del paciente?

Cuando se lavan los dientes del paciente, el doctor se centra en grupos de dos o tres dientes cada vez. Repite el procedimiento de lavar cada grupo de dientes.

El doctor lava la superficie de todos los dientes del paciente lavándolos de atrás hacia delante y frotándolos muy fuerte.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. El paciente se coloca en posición tumbada y se le explica cómo puede contribuir al proceso. V/F
2. El doctor pregunta al paciente si ha realizado anteriormente limpiezas bucales. V/F
3. No es importante para el paciente tener cuidado dental en su póliza sanitaria. V/F
4. El doctor quiere saber cuántos líquidos toma el paciente al día o si fuma. V/F
5. Es aconsejable realizar limpieza bucal después de cada comida. V/F
6. Bajo ninguna condición puede el paciente limpiarse por sí mismo los dientes. Es el doctor quien tiene que limpiarle los dientes. V/F
7. El doctor pregunta al paciente si tiene frecuente sensación de sequedad en la boca. V/F
8. Pasar el hilo dental es necesario para retirar la placa al menos una vez a la semana, donde el cepillo dental no llega. V/F
9. Se aconseja al paciente también enjuagar la boca y tirar después el líquido en una pileta. V/F
10. Finalmente el/la enfermero/a rellena el expediente médico del paciente con todos los detalles, accidentes y complicaciones relativas a la ejecución del proceso. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
Lo que tenemos que hacer es lavar su boca y sus dientes. ¿Tiene claro el procedimiento? ¿Quiere hacerme alguna otra pregunta?	No, no soy alérgico.
¿Se ha sometido a procedimientos de higiene bucal anteriormente?	Normalmente me cepillo los dientes tres veces al día después de las comidas.
¿Puede decirme con qué frecuencia, cuándo y cómo limpia sus dientes y su boca? ¿Por usted mismo?	Sí, he realizado estos procedimientos anteriormente.
¿Su póliza sanitaria incluye cuidado dental? ¿Con qué frecuencia ha mantenido controles dentales en los últimos tres años?	Preferiría que lo hiciera por mí, gracias.
¿Es alérgico a algo: mordedores, pasta dentífrica, productos de limpieza de dentaduras postizas, enjuagues bucales?	Sí, mi póliza sanitaria incluye cuidado dental. Voy al dentista cada seis meses.
¿Sangran sus encías fácilmente cuando utiliza cepillo dental?	Sí, sé lo que vamos a hacer. No tengo preguntas que hacerle.
¿Prefiere lavarse usted los dientes, bajo mi guía, prefiere que lo haga por usted?	No, no me sangran en absoluto.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Comatoso	Espacio entre dientes y encías
Mal olor	En coma, no consciente
Disminuir	Suma, cantidad tomada
Consumo	Maxilar



Masticar	Encía
Mandíbula	Empapar
Desalojar	Reducir
Impregnar	Introducir
Insertar	Masticación
Sulco gingival	Olor
Interdental	Quitar, retirar
Area gingival	Entre los dientes

Gramática integrada

**Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio:
Seleccione la mejor versión:**

1. El doctor insiste en que el paciente beba mucha agua *para que no se deshidrate/ para ser si la raíz del diente está arreglada.*
2. Tiene que darle una bebida de glucosa *para que no llegue tarde a la cita con su dentista/ para aumentar su energía.*
3. Es necesaria una radiografía dental *para reducir las cavidades/ para ver si la raíz del diente está sana.*
4. Se marchó pronto de su casa *para no coger su historial médico del médico de familia/ para que no se lavase los dientes.*
5. Haré este procedimiento *para que a los incisivos no les afecte/ para que el líquido no se escape.*

Seleccione la estructura correcta:

1. Tomé varias pastillas..... mi dolor de dientes.
a. para tratar
b. trato
c. tratar
2. Bebo te de camomila antes de ir a la cama bien por la noche.
a. para
b. por dormir
c. para dormir
3. Haremos una radiografíael doctor pueda averiguar por qué le sangran las encías.
a. para
b. para que
c. por
4. Deje los dulces y así sus dientes healthier.



- a. estarán
- b. estar
- c. por

Él visita al dentista cada seis meses..... no tendrá caries.

- a. para que
- b. por
- c. y así

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo doctor/paciente sobre el cuidado bucal del paciente (vea como ejemplo el diálogo de la sección Lectura y Vocabulario). Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>



ASEO Y BAÑO DE UN PACIENTE EN CAMA CON AGUA Y JABÓN

Protocolo médico

Unidad lingüística



ASEO Y BAÑO DE UN PACIENTE EN CAMA CON AGUA Y JABÓN

El aseo es esencial para el bienestar de un paciente terminal encamado y constituye uno de los pilares de la práctica de los cuidados diarios. El baño clásico con agua y jabón es todavía hoy una práctica sistematizada. Sin embargo, los sets de baño de un solo uso que se preparan en unidades mono-dosis empaquetadas están normalizándose.

		Concepto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
PREPARACIÓN						
1	Revise el historial médico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Confirme el calendario indicado de cuidados higiénicos • Controle cualquier contraindicación para un baño en cama y uso de jabón u otros productos higiénicos comunes (ej. alergia al jabón) • Controle la presencia de cualquier catéter u otros aparatos que pudieran dificultar la ejecución de un baño en cama, o que requiera la asistencia de apoyo para garantizar la seguridad del paciente 					0 4 9
2	Lávese las manos y colóquese guantes médicos (<i>sólo en caso de enfermero/cuidadores con lesiones cutáneas en las manos o de alto riesgo potencial de infección del paciente</i>), como parte de las precauciones comunes.	Precauciones estándar				0 1 3
3	Recopile todo el equipamiento necesario (<i>2 toallas, 2 toallas o sábanas para cubrir el cuerpo, alcohol para desinfección de las manos, una taza, pañales para incontinencia si es necesario, peine o cepillo, toallita, escudilla, 2 pares de guantes médicos limpios, utensilios de afeitado, cepillo de dientes, pasta dentífrica, palangana, jabón, sábanas limpias</i>) y llévelo con usted a la habitación del paciente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Cierre la puerta y asegure la privacidad del espacio para lavar al paciente (<i>cortinas, pantallas, señalización de habitación ocupada, etc.</i>)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	Evalúe rápidamente las constantes vitales (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i>) Hola. Mi nombre es Soy el/la enfermero/a que le va a realizar el baño.	Constantes vitales preservadas <input type="checkbox"/> ; infarto cardiorrespiratorio <input type="checkbox"/> (<i>inicio medidas médicas, reanimación, -inicio conversación</i>)				0 2 5
6	¿Puede por favor decirme su nombre.....? Y su fecha de nacimiento....? Gracias.	Conformidad con hoja de observaciones: Nombre: <input type="checkbox"/> Fecha nacimiento: <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
7	Coloque la cama en posición de trabajo (altura adecuada) y baje las barreras laterales. ¿Se puede tumbar en posición supina sin problemas?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
8	Ahora voy a lavarle	Explicamos al paciente LO QUE VAMOS A HACER. Dígale al paciente cómo puede COLABORAR en el baño encamado	ESENCIAL			

PROTOCOLO MÉDICO



EJECUCIÓN							
9	Ponga agua en la palangana, después de preguntar al paciente la temperatura del agua deseada	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	Si está disponible, coloque una silla a los pies de la cama	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Coloque una toalla o sábana sobre el paciente, retire la sábana superior y colóquela a los pies de la cama o sobre la silla. Retire las almohadas y deje una almohada en su sitio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Retire la ropa del paciente	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Coloque una toalla sobre la almohada bajo la cabeza del paciente.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Lave y seque los ojos del paciente, desde las orejas hasta la nariz. No utilice jabón.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
15	Lave con agua y jabón, aclare y seque la cara, detrás de las orejas y el cuello del paciente.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
16	Doble la sábana o toalla hacia abajo y coloque una toalla sobre el pecho del paciente; lave, aclare y seque el pecho y axilas del paciente y desdoble la sábana o toalla hacia arriba nuevamente.			ESENCIAL			
17	Coloque una toalla bajo el brazo más lejano, lave, aclare y seque desde el hombro hasta la mano, y entre los dedos.			ESENCIAL			
18	Coloque una toalla bajo el brazo más cercano, lave, aclare y seque desde el hombro hasta la mano, y entre los dedos.			ESENCIAL			
19	Cubra la parte superior del cuerpo con un nuevo paño y doble la sábana o toalla inferior cubriendo hasta las rodillas						0 4 9
20	Coloque la toalla para el lavado de las zonas íntimas debajo de la pierna más lejana, lave, aclare y seque desde la rodilla hasta el pie, y entre los dedos de los pies.			ESENCIAL			
21	Coloque una toalla debajo de la pierna más cercana, lave, aclare y seque desde la rodilla hasta el pie, y entre los dedos de los pies.			ESENCIAL			
22	Rellene la palangana con agua fresca; tenga en cuenta la temperatura del agua que desea el paciente.						0 1 3
23	Doble hacia arriba la sábana o toalla y coloque una toalla sobre el abdomen y la zona púbica.						0 4 9
24	Desinfectese las manos (<i>según el dibujo inferior; durante 30 segundos</i>)						0 1 3
Fuente: www.2care.be							
25	Póngase los guantes						0 1 3
26	Ponga jabón en cada lado del paño de lavado						0 5 9
27	Lavar, aclarar y secar: • Paciente femenino:						0 4 9

	<ul style="list-style-type: none"> - Primero parte inferior abdomen (ombligo), primero la entrepierna más lejana hasta la rodilla, la otra entrepierna y la ingle - Doble el paño de lavado y lave la zona púbica, abra los labios y lave desde arriba hacia abajo con jabón • Paciente masculino: <ul style="list-style-type: none"> - Primero parte inferior abdomen (ombligo), primero la entrepierna más lejana hasta la rodilla, la otra entrepierna y la ingle - Doble el paño de lavado y lave el escroto y el pene - Retire hacia atrás la piel de la punta, lave y seque, después retroceda la piel hasta su sitio 					
28	Quítese los guantes					0 1 3
29	Desinfectese las manos (<i>véase paso 24</i>)					0 1 3
30	Vuelva a colocar la barrera protectora de este lado de la cama					0 1 3
31	Coja agua limpia de nuevo					0 4 9
32	Gire al paciente hacia su lado					0 2 5
33	Doble la sábana hasta la espalda del paciente					0 1 3
34	Coloque la toalla de la parte superior del cuerpo por la espalda y la toalla de la parte inferior por la parte de atrás					0 1 3
35	Lave con el paño de lavado superior la espalda hacia abajo hasta la parte lumbar, aclare y seque.					ESENCIAL
36	Desinfectese las manos (<i>véase paso 24</i>)					0 1 3
37	Póngase los guantes					0 1 3
38	Ponga jabón en un lado del paño de lavado de la zona inferior y doble los laterales hacia un lado					0 4 9
39	Lave la parte lumbar, detrás de los muslos hasta la parte trasera de las rodillas, abra el pliegue de las nalgas con la otra mano y lave con los laterales del paño de lavado desde el ano hacia arriba, aclare y seque en el mismo orden.					ESENCIAL
40	Quítese los guantes					0 1 3
41	Desinfectese las manos (<i>véase paso 24</i>)					0 1 3
42	El paciente puede darse la vuelta, o ayudar al paciente a darse la vuelta					0 1 3
43	Vista al paciente y colóquelo en posición sentado (o semirecostado)					0 1 3
44	Coloque la toalla o sábana de la parte superior del cuerpo detrás de la cabeza y cepille su cabello. Después retire la toalla o sábana.					0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



45	Coloque la escudilla, un vaso/taza con agua limpia, el cepillo de dientes, pasta dentífrica, utensilios de afeitado y una servilleta de papel sobre la mesa y acérqueselo al paciente. Si es necesario, ayude al paciente con el lavado de los dientes.					0 1 3
46	Retire los utensilios de nuevo, limpie y desinfecte la mesa otra vez.					0 1 3
CUIDADOS POSTERIORES						
47	Coloque al paciente en una posición cómoda					0 1 3
48	Baje la cama de nuevo					0 3 6
49	Asegúrese que puede alcanzar la campanilla o cualquier otro sistema de contacto					0 1 3
50	Arregle la habitación, abra las cortinas, retire las cubiertas o colchas					0 1 3
51	Retire la señalización de habitación ocupada					0 1 3
52	Arregle el carrito auxiliar de curas					0 1 3
53	Firme en la ficha del paciente la realización del baño en cama					0 1 3
54	Refleje su informe en la ficha del paciente					0 3 6
55	Informe verbalmente de su ejecución					0 1 3

Puntuación total: 200



criterio no rellenado



criterio parcialmente rellenado



criterio completamente rellenado

Es posible el lavado sin agua:

Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial. International Journal of Nursing Studies. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. Scandinavian Journal of Caring Sciences. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.

ASEO Y BAÑO DE UN PACIENTE EN CAMA CON AGUA Y JABÓN

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

Baño en cama
desinfectar

Hygiene personal
Artículos de aseo

contraindicación
tegumento

ingle
Pañales de
incontinencia

Definiciones:

1. Un síntoma o condición que hace desaconsejable un tratamiento o procedimiento.
2. Un recubrimiento del cuerpo protector natural y el lugar donde se encuentra el sentido del tacto.
3. Área inferior del abdomen, donde el abdomen se une a los muslos.
4. EL aseo de un paciente encamado, puede ser completo cuando la enfermera lava al paciente o parcial cuando el paciente necesita ayuda para lavarse él/ella mismo/a.
5. Limpiar con el fin de destruir o impedir el crecimiento de microorganismos portadores de enfermedades.
6. Mantener la limpieza y aseo del cuerpo como medio para mantener buena salud.
7. Artículos (pasta de dientes, peine, champú, desodorante, etc.) usados en el aseo personal.
8. Un producto usado por pacientes con diversas disfunciones como incontinencia fecal y urinaria.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

La enfermera revisa el historial médico del paciente, confirma el calendario indicado de cuidados higiénicos, controla cualquier contraindicación para un baño en cama y uso de jabón u otros productos higiénicos comunes (ej. alergia al jabón) y la presencia de cualquier catéter u otros aparatos que pudieran dificultar la ejecución de un baño en cama.

Después de colocar al paciente en posición supina, la enfermera pone agua tibia en la palangana y pregunta al paciente si la temperatura del agua está bien.

Antes de lavar el área genital de paciente, la enfermera cambia el agua de la palangana. El área genital es la última zona a lavar. Se pone nuevos guantes. Después lava este área, las pacientes femeninas deben lavarse desde delante hacia atrás. Todas las partes del cuerpo deben ser lavadas, aclaradas, secadas y cubiertas.

- La enfermera se lava las manos y se coloca guantes médicos (lesiones cutáneas en las manos o de alto riesgo potencial de infección del paciente), como parte de las precauciones comunes. Este paso se realiza para prevenir la transmisión de agentes patógenos.
- La enfermera trae todos los utensilios necesarios junto a la cama del paciente; asegura la privacidad del espacio para lavar al paciente y eleva la cama a la altura adecuada.
- La enfermera explica al paciente que le va a realizar un baño en cama y cómo puede colaborar en la ejecución. La enfermera coloca al paciente en posición supina.
- La enfermera ayuda al paciente a quitarse la ropa y coloca una toalla sobre la almohada bajo la cabeza del paciente.
- La enfermera primero comienza el procedimiento con los ojos del paciente, desde las orejas hasta la nariz sin utilizar jabón. Después continúa lavando la cara, las orejas y el cuello con jabón; después aclara y seca.
- Después de lavar la cara del paciente, la enfermera continúa con la parte superior del cuerpo del paciente: sus hombros, brazos, manos y dedos, que aclara, seca y cubre con una toalla.
- Después la enfermera lava, aclara, seca y cubre los muslos, piernas, pies y dedos. Todas las áreas que no se lavan deben quedar cubiertas.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿En qué consiste el baño parcial del paciente?

El baño del paciente es parcial cuando el paciente necesita ayuda para lavarse él/ella mismo/a.

El baño del paciente es parcial cuando la enfermera lava al paciente.

2. ¿Qué son los artículos de aseo?

Los artículos de aseo son artículos usados en el aseo personal (pasta de dientes, peine, jabón, champú, acondicionador y desodorante).

Los artículos de aseo son artículos usados para la limpieza del baño (pasta de dientes, peine, jabón, champú, acondicionador y desodorante).

3. ¿Por qué la enfermera se lava las manos o se pone guantes médicos?

La enfermera se lava las manos o se pone guantes médicos para realizar el baño al paciente cuidadosamente.

la enfermera se lava las manos o se pone guantes médicos para prevenir la transmisión de patógenos.

4. ¿Qué hace la enfermera antes de lavar el área genital del paciente?

Lava, aclara y seca los oídos del paciente.

Antes de lavar el área genital la enfermera cambia el agua de lavado.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos

1. Al principio, la enfermera revisa el historial médico del paciente. V/F
2. La enfermera no revisa si hay cualquier contraindicación para un baño en cama y uso de jabón u otros productos higiénicos comunes. V/F
3. La enfermera trae todos los utensilios necesarios junto a la cama del paciente. V/F
4. La enfermera explica al paciente que le va a realizar un baño en cama y él/ella no puede colaborar en la ejecución. V/F
5. La enfermera revisa la presencia de algún catéter u otros aparatos que pudieran dificultar la ejecución de un baño en cama. V/F
6. Después de colocar al paciente en posición supina, la enfermera rellena la palangana con agua tibia. V/F
7. La enfermera ayuda al paciente a quitarse la ropa y coloca una toalla sobre la almohada bajo sus pies. V/F
8. La enfermera primero comienza lavando los ojos del cliente, desde las orejas hasta la nariz con agua y jabón. V/F
9. Todas las partes del cuerpo deben ser lavadas, aclaradas, secadas y cubiertas. V/F
10. Después de lavar la cara del paciente, la enfermera continúa con la parte superior del cuerpo del paciente: sus hombros, brazos, manos y dedos, que aclara, seca y cubre con una toalla. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Estaba diciendo que no estaba segura de querer tomar un baño hoy?	El agua está bien, pero debería quitarme el pijama primero.
Como se ha recuperado, creo que es necesario. ¿Está de acuerdo?	¡Me gusta como huele!
¿Le gustaría que le ayudase con el baño o prefiere que lo realice yo?	Gracias por su ayuda. De otro modo sería difícil para mí.
Necesitamos esta palangana, toallas y jabón. ¿Le gusta este jabón?	Acabo de salir de un resfriado, así que creo que no debería tomar un baño hoy.
Ahora permítame rellenar la palangana con agua tibia. ¿Cómo le parece el agua? ¿Está bien tibia para usted?	Es difícil para mí gestionarlo. Preferiría que lo hiciera usted.
¡Por supuesto! Antes de realizar el baño necesitamos quitar el pijama! Le ayudaré a quitarlo.	Sí, es verdad. Me siento mejor después del baño.
Parece que está lista para el baño. ¿Podemos empezar?	Desde luego. Tenemos que comenzar, si no el agua se quedará fría.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Tegumento	Extra
Lesión	Limpieza
Precaución	Ingle
Desinfectar	Lugar
Area genital	Esterilizar
Higiene	Manchar
Suplementario	Herida
Asistir	Ayuda
Ensuciarse	Piel
Localización	Medida preventiva

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio

Seleccione la mejor opción:

1. *Antes /Entonces* de empezar el baño del paciente la enfermera tiene que traer todo el equipamiento junto al lado de la cama del paciente.
2. *Primeramente/Después* controlar la temperatura del agua podemos comenzar su baño.
3. La enfermera comienza el baño del paciente, pero *al inicio/después* tiene que traer todo el equipamiento que necesite.
4. Controlamos la temperatura del agua, *después/ una vez que* podemos empezar el baño.
5. *Entonces/una vez que* traído todo el equipamiento necesario la enfermera comienza el baño del paciente.

Seleccione la mejor versión de la palabra que falta:

1. Para preparar el baño del paciente la enfermera tiene que realizar varias acciones:, la enfermera revisa el historial médico del paciente; en segundo lugar confirma el calendario indicado de cuidados higiénicos.
primeramente
En segundo lugar
En tercer lugar
2. Para preparar el baño del paciente la enfermera tiene que realizar varias acciones: primeramente, la enfermera revisa el historial médico del paciente; en segundo lugar confirma el calendario indicado de cuidados higiénicos; cualquier

contraindicación para un baño en cama y uso de jabón u otros productos higiénicos comunes.

Primeramente

en segundo lugar

en tercer lugar

3. el paciente está en posición supina, la enfermera rellena la palangana con agua tibia.

Una vez que

Antes

Después que

4. lavar la cara del paciente, la enfermera sigue con la parte superior del cuerpo: sus hombros, brazos, manos y dedos, que aclara, seca y cubre con una toalla.

En tercer lugar

Después de

Después que

5. la enfermera prepara el agua de baño, el paciente se quita las ropas.

Al comienzo

Mientras

Entonces

Expresión oral

Escriba más abajo a dialogue in which a doctor is talking with a patient about his bedbath (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de la sección Lectura y Vocabulario). grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

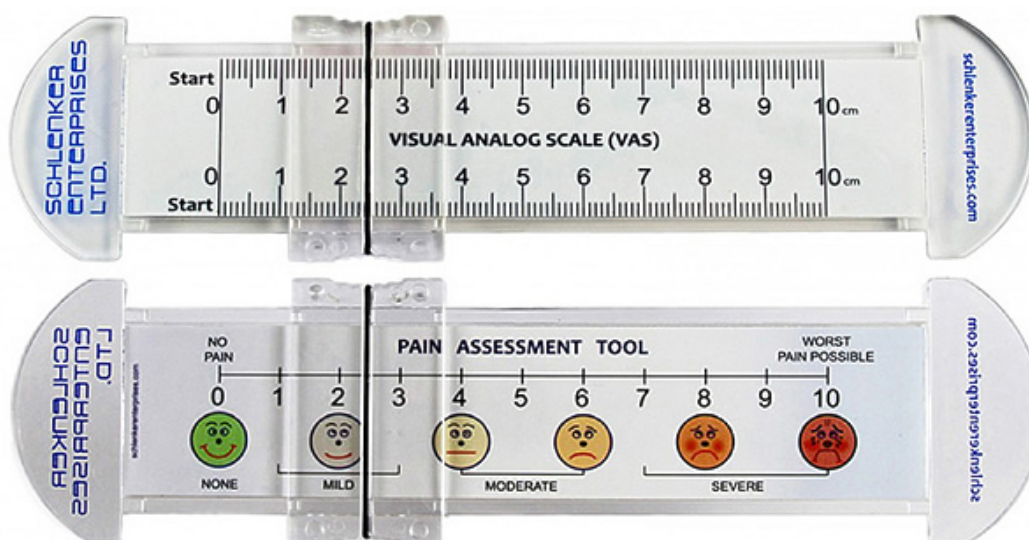
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

EVALUACIÓN DEL DOLOR – MEDICIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES ADULTOS CONSCIENTES MEDIANTE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL




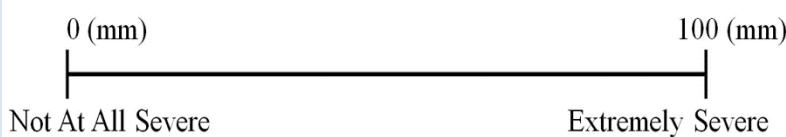
Protocolo médico

Unidad lingüística



EVALUACIÓN DEL DOLOR – MEDICIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES ADULTOS CONSCIENTES MEDIANTE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL

La Escala Visual Analógica (EVA) es una herramienta de medida unidimensional de medición de la intensidad del dolor, que ha sido ampliamente utilizada en diversas poblaciones adultas [5].

		Concepto				P
PREPARACION						
1	Revise el historial médico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> Revise el informe sobre resultados de pruebas previas Revise cualquier medicación para el dolor 					0 1 3
2	Desiféctese las manos o póngase guantes médicos limpios (<i>sólo en caso de enfermeros con lesiones cutáneas en las manos o con un alto riesgo de infección del paciente</i>), como parte de las precauciones estándar.	Precauciones estándar				0 1 3
3	Cierre la puerta y asegure un entorno privado para cambiar la posición del paciente, si es el caso (<i>cortinas, pantallas, señalización de habitación ocupada, etc.</i>)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Control rápido de los signos vitales (<i>consciencia, movimientos, habla, respiración</i>) Hola. Mi nombre es Soy su enfermero/a y voy a medirle el dolor que padece	Funciones vitales preservadas <input type="checkbox"/> ; infarto cardiorrespiratorio <input type="checkbox"/> (inicio de medidas médicas - reanimación) - inicio de conversación)				0 2 5
5	¿Puede por favor decirme su nombre.....? Y su fecha de nacimiento Gracias.	Conformidad con la hoja de observación con: Nombre: <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
6	Si es necesario, coloque la cama en posición de trabajo (altura apropiada) y baje las barreras laterales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
EJECUCIÓN DE LA MEDICIÓN DEL DOLOR						
8	Explique la escala EVA: <div style="text-align: center;">  </div>	Explicamos al paciente QUÉ VAMOS A HACER Explicamos al paciente QUÉ TIENE QUE HACER	ESENCIAL			
9	Pregunte al paciente que puntúe su sensación de dolor actual con la escala EVA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	En caso necesario, reajuste la altura de la cama y las barreras laterales	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
CUIDADOS POSTERIORES						
11	Facilite el acceso y alcance del sistema de llamada o comunicación de petición de ayuda o alarma	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



12	Quite el cartel señalizador de habitación ocupada	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
14	Mida la calificación de la EVA, según la medición local en cm ó mm, y registre la calificación del dolor en el expediente médico del paciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
15	Si la prueba se ha realizado por primera vez, y refleja dolor leve (5– 44 mm), dolor moderado (45–74 mm), o dolor severo/agudo (75– 100 mm), informe inmediatamente al médico asignado y solicítele que prescriba tratamiento para el dolor.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
16	En caso de evolución o cambio negativo en la calificación del dolor, informe inmediatamente al médico asignado y pídale que revise la gestión actual del dolor. Es recomendable utilizar el método SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) para comunicar su mensaje.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5

Total score: 50	<input type="radio"/>	criterio no rellenado		%
	<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado		%
	<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado		%

Interpretación de la valoración de la escala EVA

A higher score indicates greater pain intensity. Based on the distribution of pain VAS scores in postsurgical patients (knee replacement, hysterectomy, or laparoscopic myomectomy) who described their postoperative pain intensity as none, mild, moderate, or severe, the following cut points on the pain VAS have been recommended: no pain (0 – 4 mm), mild pain (5– 44 mm), moderate pain (45–74 mm), and severe pain (75– 100 mm) [4].

Referencias selectivas:

- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131
- Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
- Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.
- McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.

EVALUACIÓN DEL DOLOR – MEDICIÓN DEL DOLOR EN PACIENTES ADULTOS CONSCIENTES MEDIANTE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

Histerectomía	Miomectomía	Método SAER	Deterioro cognitivo
Laparoscopia	Dolor postoperatorio	cribado	Escala Visual Analógica (EVA)

Definiciones:

1. La extirpación de fibromas de la pared de útero.
2. Exploración abdominal con endoscopia.
3. Extirpación parcial o total del útero.
4. Sufrimiento corporal que sucede con posterioridad a una operación quirúrgica
5. Un instrumento estándar que proporciona un marco de comunicación entre profesionales del sistema de salud sobre la condición de un paciente.
6. Una medida unidimensional de la intensidad del dolor, que ha sido ampliamente usada en diversas poblaciones de adultos.
7. Condición en la que existe un declive en las habilidades cognitivas habituales de uno (ej., memoria, funciones del lenguaje, razonamiento).
8. El proceso de examen sobre una población para identificar la presencia de una enfermedad aún no diagnosticada en individuos sin signos ni síntomas.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

Después de revisar el historial médico del paciente, el doctor se desinfecta las manos o se pone guantes médicos limpios (sólo en caso de lesiones cutáneas en las manos o con un alto riesgo de infección del paciente), como parte de las precauciones estándar.

Después de que el paciente termina de evaluar su dolor actual con la Escala EVA, el doctor reajusta la altura de la cama en su posición inicial.

Si la prueba se ha realizado por primera vez, y refleja dolor leve (5– 44 mm), dolor moderado (45–74 mm), o dolor severo/agudo (75– 100 mm), informe inmediatamente al médico asignado y solicítele que prescriba tratamiento para el dolor.

- Al inicio, el doctor revisa el historial médico del paciente y el informe sobre resultados de pruebas previas y medicación para el dolor.
- El doctor asegura un entorno privado para cambiar la posición del paciente.

- El doctor hace un control rápido de los signos vitales (presencia de consciencia, movimientos, habla, respiración). Si es necesario, coloque la cama en posición de trabajo (altura apropiada) para el procedimiento.
- El doctor explica la escala EVA al paciente.
- El doctor instruye al paciente cómo puntuar su sensación actual de dolor en la escala EVA.
- El doctor mide la puntuación de EVA utilizando una regla, y registra la calificación del dolor en el expediente médico del paciente.
- En caso de evolución o cambio negativo en la calificación del dolor, informe inmediatamente al médico asignado y pídale que revise la gestión actual del dolor. Es recomendable utilizar el método SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) (en inglés SBAR) para comunicar su mensaje.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es SAER?

Un instrumento estándar que proporciona un marco de comunicación entre profesionales del sistema de salud sobre la condición de un paciente (Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación) (en inglés SBAR).

Un instrumento estándar que proporciona un marco de comunicación con la familia del paciente sobre su condición médica (Situación-Antecedentes-Evaluación-Recomendación) (en inglés SBAR).

2. ¿Qué es EVA?

Una medida pluridimensional de la intensidad del dolor, que ha sido ampliamente usada en diversas poblaciones de adultos.

Una medida unidimensional de la intensidad del dolor, que ha sido ampliamente usada en diversas poblaciones de adultos.

3. ¿Qué evalúa el doctor primero?

Al inicio, el doctor revisa el historial médico del paciente y el informe sobre resultados de pruebas previas y medicación para el dolor.

El doctor hace un control rápido de los signos vitales (presencia de consciencia, movimientos, habla, respiración).

4. ¿Qué instrucciones da el doctor?

El doctor instruye al paciente cómo puntuar su sensación actual de dolor en la escala EVA.

El doctor instruye al paciente cómo puntuar su sensación actual de dolor en la SAER.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos

1. El doctor se desinfecta las manos o se pone guantes médicos limpios. V/F
2. El doctor no tiene que asegurar un entorno privado para cambiar la posición del paciente. V/F
3. El paciente interpreta la puntuación. V/F
4. Si la prueba se ha realizado por primera vez, y refleja dolor, el doctor informa inmediatamente al equipo médico y pide que prescriban tratamiento para el dolor. V/F
5. El doctor no explica la Escala EVA al paciente. V/F
6. El doctor mide la puntuación EVA con ayuda de la familia de paciente, y registra la calificación del dolor en el expediente médico del paciente. V/F
7. En caso de evolución o cambio negativo en la calificación del dolor, el doctor informa inmediatamente al equipo médico y pide que revisen la gestión actual del dolor. V/F
8. Cuando el paciente comienza a medir su dolor en la escala EVA el doctor pone la cama en posición de trabajo (altura apropiada) para el procedimiento. V/F
9. En caso de lesiones tegumentarias en sus manos el doctor se pone guantes médicos limpios. V/F
10. La escala puede mostrar dolor leve (5– 44 mm), dolor moderado (45–74 mm), o dolor severo/agudo (75– 100 mm). V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Está de acuerdo con que midamos su dolor?	No, nunca lo he usado antes.
Para hacer esto utilizaremos la escala analógica EVA. ¿La ha utilizado anteriormente?	Gracias. Esperaré a la decisión del equipo médico.
Entonces le voy a explicar en qué consiste. Es una línea horizontal de 10 cm, que conecta dos descriptores verbales, uno para cada síntoma extremo: “no dolor” y “el peor dolor imaginable”. ¿Lo ha entendido?	Es claro cristalino. Dibujaré la línea inmediatamente. ¡Aquí está!
Además, la escala EVA se presenta como una tabla de medida con un lápiz y un papel. Es simple, ¿no es así?	Sí, estoy de acuerdo. No tengo ningún problema.
Debe dibujar una línea perpendicular a la línea EVA hasta el punto que representa la intensidad de su dolor. ¿Está claro?	Ya veré cuando me diga lo que tengo que hacer.
Ahora voy a determinar su puntuación midiendo la distancia (mm) en la línea de 10 cm entre el extremo de “no dolor” y su marca. ¿Me sigue?	Sí, lo entiendo, es una línea horizontal.
Aquí está su puntuación. Se lo comunicaré a su equipo médico para que decidamos su tratamiento.	Sí, le sigo atentamente.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Intolerable	Diferenciar
Deterioro	Inaceptable
Máximo	Detección
Unidimensional	Top/el mejor
Distinguir	Empeoramiento
Extirpación	Retirar
Cribado	Límite
Degeneración	Después de cirugía
Extremo	Una dimensión
Postoperatorio	Declive

Gramática integrada

Seleccione la palabra que falta:

- Este doctor interpreta la valoración EVA.....que su colega.
el más exacto
exactamente
más exactamente
- El residente explica..... como su profesor.
tan claramente como
claramente
muy claramente
- Él hace la interpretación EVA..... de todos los doctores.
rápidamente
el más rápido
el menos rápido
- Usted ha cuidado al paciente..... que yo.
bien
muy bien
mejor
- En caso de evolución negativa de la valoración del dolor, el doctor informa a su equipo médico.....
el menos rápido
menos rápidamente
muy rápidamente

Seleccione la mejor opción:

- El doctor recomienda al paciente que debe hacer largos paseos *en el exterior/ el mismo*.
- El paciente tomó el medicamento a la hora programada *rápidamente/ ayer por la noche*.
- El doctor *rápidamente/ suficiente* decidió comenzar el procedimiento.
- El paciente *nunca/ alrededor* ha realizado este procedimiento antes.



5. *Ayer/sin duda* él es el mejor profesional en este campo.

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo en el cual un doctor está hablando con un paciente sobre la medición de su dolor usando la Escala Visual Analógica (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>



PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CONTRA EL DOLOR SEGÚN LA ESCALA DEL DOLOR

Protocolo médico

Unidad lingüística



PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CONTRA EL DOLOR SEGÚN LA ESCALA DEL DOLOR

PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CONTRA EL DOLOR SEGÚN LA ESCALA DEL DOLOR

Los principios de cura del dolor en pacientes terminales están organizados según la Organización Mundial de la Salud en un modelo llamado la Escala del Dolor.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

PREPARACIÓN			
1.	Examine el historial medico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> Revise los últimos informes de resultados de monitorización del dolor Revise el estado actual del dolor Revise cualquier reacción alérgica a medicación contra el dolor 	ESENCIAL	
2.	Desinfectese las manos		0 1 3
3.	Cierre la puerta de la habitación y asegure un entorno privado para realizar una evaluación del dolor (<i>cortinas, pantalla, señales de habitación ocupada, etc.</i>)		0 1 3
4.	Valore rápidamente la presencia de signos vitales (consciencia, movimientos, habla, respiración) Hola. Mi nombre es Soy su médico y voy a medir su nivel de dolor para poder prescribirle calmantes.		0 1 3
5.	Puede decirme primero su nombre por favor.....? Y su fecha de nacimiento Gracias.		0 1 3
6.	Si es necesario, coloque la cama en posición de trabajo (altura apropiada) y baje las barreras laterales		0 1 3
PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN PARA EL DOLOR			
7.	Pregunte al paciente si tiene alguna alergia a medicamentos y regístrelo en su ficha médica: En su experiencia hasta ahora, sabe si tiene alguna alergia a algún medicamento? (como enrojecimiento de la piel, irritación o sudoración ...)	ESENCIAL	
8.	Determine si el paciente toma algún opiáceo = paciente no tratado con opiáceo anteriormente y relaciónelo con la respuesta del paciente con los datos según la ficha actual o el historial médico del paciente sobre medicación para el dolor (en caso de que exista) Toma alguna medicación para el dolor? (<i>pueden ser opioides leves – Tramadol, Codeína opioides fuertes – Morfina, Metadona, Oxycodona, Fentanilo ...</i>) Resultados: <ul style="list-style-type: none"> Paciente no tratado anteriormente con opiáceos – continúe en el paso 10 Paciente tratado con opiáceos – vaya al paso 16 	ESENCIAL	
9.	Valore la intensidad del dolor del paciente – <i>vea el protocolo “Medición del dolor en pacientes adultos con la Escala Visual Analógica (EVA)”</i>		0 1 3
10.	Categorice la intensidad del dolor según la longitud indicada en la escala EVA, como dolor leve, moderado o severo.		0 1 3

11.	<p>Establezca una medicación para el dolor acorde a la intensidad del dolor (<i>vea la Escala del dolor de la OMS</i>):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leve: no opiáceos (PASO 1) • Moderado: opiáceos leves (PASO 2) • Severo: opiáceos fuertes (PASO 3) <p>Y prescriba la medicación teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alergias a medicamentos (si existen) - vía de administración - insuficiencia renal/hepática (si existen) - preferencias del paciente - factores socio-económicos (accesibilidad al medicamento, precio ...) - dosis máxima diaria (excepto para opiáceos fuertes que no tienen dosis máxima diaria, sino dosis óptima diaria – ejemplo: vea el algoritmo adjunto para la iniciación de tratamiento con morfina) 	ESENCIAL
12.	<p>¡Monitorice cuidadosamente al paciente! (<i>observe signos de sedación, otros efectos secundarios, evaluación del nivel del dolor</i>) y ajuste adecuadamente el tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la/s primera/s dosis de opioides producen sedación - reduzca la dosis al 50% y realice una composición más baja • Si la/s primera/s dosis no produce analgesia, se incrementará la siguiente dosis al 50% <p>Regularmente - se incrementa la dosis diaria de opiáceos (30-50-100%) para obtener una analgesia óptima</p>	ESENCIAL
13.	Prescriba medicación para los efectos secundarios! (<i>como: antieméticos, laxantes ...</i>)	ESENCIAL
14.	<p>Puede combinar analgésicos según la escala de la OMS para analgésicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PASO 1 + PASO 2 • PASO 1 + PASO 3 • COANALGESICOS + cualquier PASO <p>NUNCA proporcione: PASO 2 + PASO 3</p>	ESENCIAL
15.	<p>Pacientes no tratados con opiáceos: Revise la medicación actual: tipo, dosis, frecuencia y vía de administración y valore el nivel del dolor del paciente; adaptese a las condiciones del paciente (ejemplo: cambie la vía de oral a subcutánea si sufre vómitos/náuseas o asfixia)</p>	0 1 3
16.	<p>Valore el dolor y ajuste la medicación en consecuencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremente la dosis de no opiáceos y opiáceos leves hasta la dosis máxima diaria (para PASO 1 y PASO 2) • Cambie del PASO 2 a opiáceos fuertes (PASO 3) si existe dolor extremo – use tablas de conversión de opiáceos • Alterne opiáceos fuertes (PASO 3) si existe dolor extremo 	ESENCIAL
17.	¡Prescriba medicación para efectos secundarios! (<i>como: antieméticos, laxantes ...</i>)	ESENCIAL
18.	<p>¡Monitorice cuidadosamente al paciente! (<i>observe signos de sedación, otros efectos secundarios, valore nivel del dolor</i>) y ajuste correspondientemente el tratamiento de opiáceos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la/s primera/s dosis de opiáceos provoca sedación moderada – reduzca la dosis al 50% y pruebe con una composición más baja 	ESENCIAL

PROTOCOLO MÉDICO



	<ul style="list-style-type: none"> Si la/s dosis inicial/es no producen analgesia, puede incrementar la dosis en un 50% <p>Regularmente - se incrementa la dosis diaria de opiáceos (30-50-100%) para obtener una analgesia óptima</p>	
19.	<p>Puede combinar analgésicos según la escala de la OMS para analgésicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> PASO 1 + PASO 2 PASO 1 + PASO 3 COANALGESICOS + cualquier PASO <p>NUNCA proporcione: PASO 2 + PASO 3</p>	ESENCIAL
MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR		
20.	<p>Re-evalúe el dolor del paciente y sus condiciones y ajuste el tratamiento adecuadamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> Por hora/o varias veces al día – para tratamientos de iniciación con opiáceos o para dolor extremo – hasta el control estabilizado del dolor Diariamente – para pacientes hospitalizados Semanal/Mensualmente – para pacientes en ambulatorio/o cuidados en entorno doméstico/pacientes estables <p>Según necesidad (situaciones inesperadas; problemas de administración – falta de medicación,...)</p>	0 1 3
21.	<p>Una vez se consigue el control estabilizado del dolor mediante tratamiento de opiáceos, prescriba medicación (preferiblemente mismos opiáceos):</p> <ul style="list-style-type: none"> Para prescripciones de liberación rápida – para dolor repentino: 1/6 opiáceos (total) dosis diaria Para prescripciones de liberación lenta – para medicación crónica o de largo plazo – de ser posible 	0 1 3
Puntuación total: 30		
	<input type="radio"/> criterio no rellenado	%
	<input type="radio"/> criterio parcialmente rellenado	%
	<input type="radio"/> criterio completamente rellenado	%

Algoritmo para tratamiento de iniciación con morfina:

Edad	Función renal	Dosis
< 65	Normal	10 mg cada 4 horas
> 65	Normal	5 mg cada 4 horas
< 65	Baja	10 mg cada 6-8 horas
> 65	Baja	5 mg cada 6-8 horas

PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN CONTRA EL DOLOR SEGÚN LA ESCALA DEL DOLOR

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

vía de administración opiáceos	escala del dolor de la OMS tritación	dolor irruptivo analgésico	dosis insuficiencia renal
-----------------------------------	---	-------------------------------	------------------------------

Definiciones:

1. Un modelo de gestión del dolor propuesto por la Organización Mundial de la Salud basado en una serie de principios, con el sentido de curar el dolor en pacientes paliativos.
2. Grupo de medicamentos narcóticos (como morfina) usados para tratar el dolor.
3. Una cantidad específica de medicamento, prescrita para tomarse de una vez o en intervalos específicos.
4. Medicamento utilizado para eliminar o reducir el dolor.
5. Administración de medicamentos en cantidades prescritas.
6. La vía por la que el medicamento entra en el cuerpo.
7. Un incremento repentino del dolor que puede ocurrir en pacientes que ya tienen dolor crónico del cáncer, artritis u otras condiciones.
8. Una condición médica que pone en riesgo la vida que consiste en el rápido deterioro de la función de los riñones.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

Después de un breve examen de los signos vitales del paciente, el doctor pregunta al paciente si es alérgico a alguna cosa y en tal caso, lo registra en el expediente médico del paciente.

El doctor monitoriza cuidadosamente al paciente observando signos de sedación, u otros efectos secundarios (en este caso prescribe medicación para efectos secundarios), evaluando el nivel del dolor y ajustando opiáceos adecuadamente según el tratamiento. (Si la/s primera/s dosis de opiáceos producen sedación intensa – el doctor reduce la dosis al 50% y realiza una tritación más baja; Si la/s primera/s dosis no produce analgesia, se incrementará la siguiente dosis al 50%. Regularmente el doctor incrementa la dosis diaria de opiáceos (30-50-100%) para obtener una analgesia óptima.

Una vez se consigue el control estabilizado del dolor mediante tratamiento de opiáceos, el doctor prescribe medicación, preferiblemente mismos opiáceos.

- Al inicio, el doctor revisa el expediente médico del paciente y controla los informes actuales sobre resultados de las pruebas sobre el dolor, identifica cualquier alergia a medicamentos documentada que pueda tener, y le informa sobre la actual gestión del dolor del paciente.

- Después el doctor desea saber si el paciente está tomando o no opiáceos. El doctor correlaciona la respuesta del paciente con los datos de la ficha actual o el historial médico del paciente sobre medicación para el dolor.
- Si es un paciente no tratado con opiáceos anteriormente, el doctor valora la intensidad del dolor del paciente y prescribe una medicación para el dolor acorde a la intensidad del dolor.
- El doctor monitoriza cuidadosamente al paciente, prescribe medicación para los efectos secundarios e incrementa la dosis diaria de opiáceos (30-50-100%) para obtener una analgesia óptima.
- Si es un paciente tratado con opiáceos, el doctor revisa la medicación actual: tipo, dosis, frecuencia y vía de administración; después valora el nivel del dolor del paciente y se adapta a las condiciones del paciente (ejemplo: cambia la vía de oral a subcutánea si sufre náuseas).
- El doctor valora el dolor y ajusta la medicación en consecuencia: incrementa la dosis de no opiáceos y opiáceos leves hasta la dosis máxima diaria (para PASO 1 y PASO 2) o en caso de dolor extremo cambiando del PASO 2 a opiáceos fuertes (PASO 3) usando tablas de conversión de opiáceos o alternando opiáceos fuertes (STEP 3).
- El doctor también monitoriza el tratamiento del dolor del paciente: re-evalúa el dolor del paciente y sus condiciones y ajusta el tratamiento adecuadamente cuantas veces sea necesario; puede combinar analgésicos según la escala de la OMS para analgésicos.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es la escala del dolor de la OMS?

La escala del dolor de la OMS es un modelo de gestión del dolor propuesto por la Organización Mundial de la Salud basado en una serie de principios, con el sentido de curar el dolor en pacientes paliativos.

La escala del dolor de la OMS es un modelo de gestión de la enfermedad propuesto por la organización Mundial de la Salud basado en una serie de principios, cuyo objetivo es la cura de pacientes paliativos.

2. ¿Qué son los opiáceos?

Los opiáceos son medicamentos, como el paracetamol, usados para tratar el dolor.

Los opiáceos son medicamentos narcóticos, como la morfina, usados para tratar el dolor.

3. ¿Cuáles pueden ser los opiáceos más fuertes?

Los opiáceos más fuertes son los considerados: Morfina, Metadona, Oxicodona, Fentanilo etc.

Los opiáceos más fuertes son los considerados: Tramadol, Codeína, etc.

4. ¿Qué debe hacer el doctor si la/s dosis inicial/les no produce ninguna analgesia?

Si la/s dosis inicial/les no produce ninguna analgesia, la dosis siguiente se incrementa un 50%

Si la/s dosis inicial/les no produce ninguna analgesia, la dosis siguiente se incrementa un 20%

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos

1. Un dolor irruptivo es un dolor permanente que puede ocurrir en pacientes que ya tienen dolor crónico del cáncer, artritis u otras condiciones. V/F
2. El doctor pregunta al paciente si tiene alguna alergia a medicamentos y lo registra en su ficha médica. V/F
3. El doctor desea saber si el paciente está tomando o no opiáceos. V/F

4. Pacientes no tratados con opiáceos y pacientes tratados con opiáceos anteriormente reciben el mismo tratamiento analgésico. V/F
5. El doctor monitoriza cuidadosamente al paciente y prescribe medicación para los efectos secundarios. V/F
6. EL doctor puede cambiar la vía de administración del medicamento de vía oral a vía subcutánea en caso de náusea. V/F
7. Si la primera dosis de opiáceos produce la sedación esperada, el doctor incrementa la dosis un 50%. V/F
8. El doctor ajusta el tratamiento para pacientes hospitalizados cada mes. V/F
9. Según las reglas de la escala analgésica de la OMS el doctor no puede combinar analgésicos. V/F
10. Una vez se consigue el control estabilizado del dolor mediante tratamiento de opiáceos, prescriba medicación (preferiblemente mismos opiáceos). V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
Hábleme de su dolor. ¿Dónde le duele?	Bastante leve por el momento.
¿Cómo de fuerte es su dolor?	Le avisaré si hay algún problema.
¿Cuándo empezó ¿Está empeorando?	Tengo dolor en mi estómago.
¿Siempre lo tiene?	No, no estoy tomando ninguna medicina.
¿Está tomando alguna medicación para el dolor?	No, viene y va.
¿Sabe si tiene alguna alergia a medicamentos (como enrojecimiento de la piel, irritación o sudoración)?	Hace una semana. No, es siempre el mismo.
Le daré estos analgésicos no opiáceos. Avíseme si el dolor persiste o aumenta.	No, no tengo ninguna alergia.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Opiáceo	Capaz de moverse
Analgésico	Nivel de concentración en solución
Grave	Anti dolor
Correlacionar	Serio
Dosis	Purgante
Conversión	Conectar
Laxante	Narcótico
Ambulatorio	Calma, excitación reducida
Tritación	Cantidad
Sedación	Cantidad

Gramática integrada

**Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio
Seleccione la mejor opción:**

1. El tratamiento es.....hoy de lo que era ayer.
Más efectivo
el más efectivo
tan efectivo como
2. Estoy preocupado que este opiáceo es.....en el grupo de opiáceos.
El más débil
más débil
tan débil como
3. El medicamento es el que produce efectos secundarios.....en este grupo de analgésicos.
Más numerosos
menos numerosos
tan numerosos como
4. No sentirá ningún dolor si toma este medicamento.....
Más fuerte
menos fuerte
tan fuerte como
5. La condición del paciente.....hoy de lo que era la pasada noche.
Estable
más estable
muy estable

Seleccione la mejor versión:

1. Este analgésico *el mejor/ el mejor de todos*.
2. Usted sentirá *el menos/ menos* dolor del que siente ahora si toma este medicamento.
3. La condición del paciente *es peor/ la peor* que hace una semana.
4. Este tratamiento es *mejor/ el mejor* de todos para usted.
5. Este paciente es *el menos/ menos* visitado de todos los pacientes del hospital.

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre doctor y paciente sobre prescripción de medicación para el dolor según la escala del dolor de la OMS. (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>



SÍNDROME DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL

Protocolo médico

Unidad lingüística



SÍNDROME DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL

La consecuencia de la exposición crónica al estrés propio del trabajo (persona sufriente, pacientes críticos/agónicos) manifestada como reacción empática de agotamiento emocional abrumante, sentimientos de inutilidad y cuestionamiento personal, junto con la pérdida de interés por la realización de actividades profesionales.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

1.	Buenos días/buenas tardes. Mi nombre es Soy el doctor/a /enfermero/a....				0 2 5
2.	Puede decirme su nombre, por favor..... y su fecha de nacimiento..... Gracias.	ESENCIAL			
3.	Asegure un ambiente privado para el examen <i>(oficina/habitación con ambiente silencioso y tranquilo, si distracciones/personal de la casa, etc.)</i> Necesitamos determinar si su ambiente profesional es una fuente de agotamiento para usted y sus colegas de trabajo (qué vamos a hacer)				0 1 3
4.	Este análisis se concentrará en tres cuestiones: evaluar la presencia de factores de riesgo profesional y/o personal para desarrollar síndrome de agotamiento, cumplimentar el cuestionario de calidad de vida profesional (CVP) para cuantificar el impacto negativo del síndrome de agotamiento, y encontrar estrategias posibles de asimilación del efecto de agotamiento (en qué consiste el análisis)				0 2 5
5.	Es muy importante que esté relajado y calmado durante la valoración. Por favor, responda con sinceridad. No hay respuestas incorrectas. Si tiene dudas, pregunte con toda libertad. Puede dejarlo en cualquier momento o puede también saltar preguntas que prefiere no responder. (cómo contribuir a la valoración)				0 1 3
6.	Antes de proceder a continuación, quédese tranquilo que toda la información que proporcione será tratada como confidencial. No facilitaremos su información personal a terceras partes sin su consentimiento.				0 1 3
7.	¿Está de acuerdo con formar parte de este análisis? (la valoración de las ideas personales sobre el síndrome de agotamiento y la aceptación del consentimiento)	ESENCIAL			
8.	Evalúe la condición profesional del/de la cuidador/a ¿Cuál es el cargo de su trabajo? ¿Cuál es la especialidad de la unidad médica en la que realiza su trabajo? Describa brevemente sus tareas y responsabilidades en su actual trabajo ¿Cuántos años lleva trabajando en su puesto actual? ¿Sus trabajos anteriores formaban parte de la misma especialidad médica?				0 4 9
9.	¿Tiene un contrato de trabajo temporal o indefinido? (la contratación temporal puede conducir a la sobrecarga/inseguridad laboral y a la necesidad de completar las tareas para probar la valía personal)				0 1 3
10.	¿Cuántas horas trabaja por semana? ¿Menos/Más de 40 horas a la semana?				0 2 5
11.	¿Cuántos pacientes se encarga de cuidar regularmente (por hoja/semana)?				0 2 5
12.	¿Está usted satisfecho/a con las actuales responsabilidades de su trabajo?				0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



13.	¿Esta usted satisfecho/a con el desempeño de su trabajo hasta la fecha?			0 1 3
14.	¿Qué es lo que considera más frustrante en/de su trabajo? ¿Puede darme un ejemplo?			0 1 3
15.	¿Le resulta familiar el término “estrés postraumático secundario”? <i>(el estrés traumático experimentado por los pacientes en el cuidado tiene un impacto negativo en la salud y estado mental del cuidador)</i> ¿Cuánto le afecta la condición médica de sus pacientes? Por favor, ponga una situación de ejemplo			0 4 9
16.	¿Está satisfecho con sus actuales condiciones económicas de trabajo? <i>(Un desequilibrio entre esfuerzo-recompensa supone una posible causa de insatisfacción profesional)</i>			0 3 6
17.	¿Considera que los miembros del equipo/sus colegas le apoyan y ayudan?			0 1 3
18.	¿Existe algo que le gustaría cambiar en su trabajo?			0 1 3
19.	Analice las condiciones personales del/de la cuidador/a <i>(estado civil, número de hijos, tiempo desde las últimas vacaciones – el impacto del síndrome de agotamiento sobre la vida personal está ligada a estos aspectos)</i> ¿Está usted casado/a, divorciado/a, viudo/a? Si está casado/a, ¿desde hace cuánto?			0 1 3
20.	¿Tiene hijos? ¿Cuántos? ¿Tiene alguien que le ayude con su/s hijo/s?			0 1 3
21.	¿Considera que su trabajo está afectando negativamente el tiempo que dedica a su familia? <i>(el tiempo limitado con su familia, pensar constantemente en su trabajo y sus pacientes, no ser capaz de relajarse en su casa/no sentirse apreciado por los miembros de su familia)</i>			0 2 5
22.	¿Cuántas horas duerme cada noche? ¿Hay alguna cosa/alguien que le interrumpa constantemente el sueño? ¿Se despierta con la sensación de haber descansado?			0 1 9
23.	¿Considera que tiene hábitos de alimentación saludables? ¿Interfiere su trabajo con su horario regular de comidas?			0 1 3
24.	¿Son sus amigos y familiares una parte activa en su actual vida diaria? ¿Encuentra tiempo para poder quedar con ellos? <i>(el agotamiento social es un efecto colateral de excesiva exposición al estrés)</i>			0 1 3
25.	¿Cuándo fueron sus últimas vacaciones?			0 1 3
26.	¿Qué es lo que hace para distraerse del trabajo? ¿Puede darme varios ejemplos por favor?			0 1 3
27.	¿Puede ponerme ejemplos de situaciones/condiciones estresantes que no estén relacionadas con su trabajo y pueda encontrarse diariamente?			0 1 3
28.	¿Se ha sentido alguna vez deprimido o desmotivado?			0 1 3
29.	Para poder determinar la presencia de elementos de agotamiento se le van a realizar varias preguntas, todas ellas forman parte del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP)	ESENCIAL		
30.	Este cuestionario analizará tres características principales: nivel de sensibilidad ante el sufrimiento ajeno, agotamiento y estrés traumático			0 4 9

PROTOCOLO MÉDICO



	secundario		
31.	Las tres características reflejan el impacto de las situaciones críticas y de estrés que puede encontrar en su trabajo		0 1 3
32.	Debe elegir una respuesta simple entre 5 posibilidades, aquella que más se ajuste a su ambiente de trabajo diario		0 1 3
33.	Cada respuesta será anotada respectivamente Nunca – 1 punto Raramente – 2 puntos A veces – 3 puntos A menudo – 4 puntos Muy a menudo – 5 puntos		0 1 3
34.	Elija la puntuación que refleje honestamente la frecuencia con que experimenta situaciones indicadas en el cuestionario en los últimos 30 días		0 1 3
35.	No le llevará más de 15 minutos completar el cuestionario		0 1 3
36.	¿Le gustaría preguntarme algo más relacionado con esta evaluación?	ESENCIAL	
37.	Buena suerte. Regresaré en 15 minutos. Una vez termine el cuestionario, calcularemos la puntuación total y le daré el resultado final en unos diez minutos.	ESENCIAL	
38.	Si de acuerdo a la puntuación final tenemos un bajo nivel de agotamiento o estrés postraumático secundario, entonces no hay necesidad de seguir con la evaluación. Gracias por su participación en esta evaluación. Sus respuestas tienen un gran valor para nuestro esfuerzo por mejorar la gestión apropiada de las personas que se encuentran en riesgo de padecer agotamiento o fatiga profesional.	ESENCIAL	
39.	Si la puntuación confirma la presencia de agotamiento, continúe la evaluación y analice brevemente las condiciones patológicas médicas que existen que pueden causarle manifestaciones clínicas similares al agotamiento o fatiga (perturbaciones del sueño/desórdenes psiquiátricos primarios/ medicación concomitante/ desórdenes de la tiroides) Por favor, indíqueme si ha sido diagnosticado previamente de alguna enfermedad? ¿Está siguiendo algún tratamiento específico? En tal caso, por favor, indique el nombre del/los medicamento/s		0 4 9
40.	Estudio de estrategias para liberar la sensación de agotamiento ¿Piensa que necesita ayuda para controlar los efectos del estrés relacionado con el trabajo? ¿Qué cree que sería más eficaz?		0 1 6
41.	¿Consideraría útil conversar con colegas en las mismas situaciones/un psicólogo? ¿Es usted una persona religiosa? Unirse a grupos de ayuda de trabajo, sociales, religiosos, puede ayudar a manejar experiencias negativas		0 2 5
42.	¿Qué tipo de soluciones utiliza para manejar las experiencias estresantes? (<i>técnicas de relajación, medicación, alcohol, drogas ilegales</i>)		0 1 6
43.	¿Le parecen útiles los cursos y seminarios de formación de habilidades de comunicación? (<i>Encuentre técnicas eficaces para mejorar las habilidades de</i>		0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



	<i>comunicación entre miembros del equipo o entre el/la cuidador/a y el/los paciente/s)</i>			
44.	¿Cada cuánto le interrumpen durante sus actividades diarias? ¿Cómo afecta esto a la calidad de su trabajo? (Evite actividades que le hacen perder mucho tiempo y priorice las tareas según su importancia).			0 4 9
45.	¿Qué medidas toma para mejorar su estado de salud físico y mental? ¿La calidad del sueño, actividades sociales, actividad física, hábitos de alimentación saludables?			0 4 9
46.	Gracias por participar en este análisis. Sus repuestas son muy útiles en nuestro esfuerzo para mejorar la gestión apropiada de personas que desarrollan fatiga o agotamiento laboral.	ESENCIAL		
Puntuación total: 180		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Referencias selectivas

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397–422

Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)

Version 5 (2009). Available at URL: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf

SÍNDROME DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

Síndrome de agotamiento	Satisfacción profesional	Estrés postraumático secundario	CVP (Calidad de Vida Profesional)
Agotamiento ante el sufrimiento ajeno	Condiciones patológicas	Técnicas de relajación	Hábitos alimenticios

Definiciones:

1. La consecuencia de la exposición crónica al estrés profesional (personas que sufren, pacientes críticos/agonizantes) manifestado como reacción empática al agotamiento por sobrecarga emocional, sentimientos de ineffectividad y auto-cuestionamiento, junto con la pérdida de interés por realizar actividades profesionales.
2. Estrés traumático experimentado por pacientes en el cuidado, que tienen un impacto negativo en la salud y estado mental del cuidador.
3. El aspecto negativo del trabajo como asistentes, el agotamiento profundo físico y emocional que los profesionales de asistencia y cuidadores pueden desarrollar a lo largo del tiempo.
4. El placer que deriva del hecho de ser capaz de hacer bien el trabajo personal.
5. Condiciones físicas o anatómicas anormales y manifestaciones objetivas o subjetivas de enfermedad, no clasificadas como enfermedad o síndrome.
6. Una variedad de métodos o actividades (respiración profunda, meditación, ejercicio rítmico, y yoga), que ayuda con la gestión del estrés.
7. Por qué y cómo comen las personas, qué alimentos comen, y con quién comen, así como los modos en que las personas obtienen los alimentos, los conservan, utilizan y desechan.
8. Un cuestionario que cuantifica el síndrome de agotamiento y busca estrategias de mejora o asimilación del efecto de agotamiento.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor le explica al cuidador que lo que necesitan hacer es determinar si su ambiente profesional es una fuente de agotamiento para él/ella y sus colegas de trabajo. El procedimiento tiene tres pasos principales: evaluar la presencia de factores de riesgo profesional y/o personal para desarrollar síndrome de agotamiento, la cumplimentación del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP) para cuantificar el síndrome de agotamiento, y encontrar estrategias posibles de mejora del efecto de agotamiento.

Después que él/ella termina de rellenar el cuestionario, el doctor calcula la puntuación total y le dará el resultado final en unos diez minutos. Si de acuerdo a la puntuación final

hay un bajo nivel de agotamiento o estrés postraumático secundario, entonces no hay necesidad de seguir con la evaluación.

El doctor agradece la participación del cuidador en la evaluación. El doctor dice al cuidador que sus respuestas son valiosas para gestionar mejor el síndrome de agotamiento.

- El doctor solicita el consentimiento del cuidador antes de comenzar el procedimiento y le dice que es muy importante que esté relajado y calmado durante la valoración, y que ofrezca respuestas sinceras. Puede dejarlo en cualquier momento o puede también saltar preguntas que prefiere no responder.
- El doctor evalúa las condiciones profesionales del cuidador: posición, especialidad, tareas y responsabilidades, años de empleo en la posición actual, trabajos previos, tipo de contrato laboral (temporal o permanente), horas de trabajo por semana, número de pacientes por semana, satisfacción laboral, frustraciones, estrés traumático secundario, salario o apoyo de sus colegas de trabajo.
- El doctor evalúa las condiciones personales del cuidador: estado civil, número de hijos, tiempo desde las últimas vacaciones. Además, el doctor puede averiguar si el impacto del agotamiento en su vida personal está correlacionado con estos aspectos.
- Para determinar la presencia de síntomas de agotamiento, el cuidador debe completar un cuestionario de calidad de vida profesional (CVP), en 15 minutos.
- Si la puntuación confirma la presencia de agotamiento, continúe la evaluación y analice brevemente las condiciones patológicas médicas que existen que pueden causarle manifestaciones clínicas similares al agotamiento: perturbaciones del sueño/desórdenes psiquiátricos primarios/ medicación concomitante/ desórdenes de la tiroides.
- El doctor comienza sugiriendo estrategias para el agotamiento preguntando al cuidador si cree que necesita ayuda para controlar el estrés relacionado con el trabajo y cuál cree que puede ser el más eficaz: una conversación con colegas en situación similar o cursos de formación de habilidades de comunicación.
- El doctor también pregunta al cuidador cada cuánto le interrumpen durante sus actividades diarias y si afecta esto a la calidad de su trabajo. El doctor necesita saber qué medidas toma para manejar situaciones estresantes y para mejorar su estado de salud físico y mental.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es el síndrome de agotamiento?

- Es la consecuencia de la exposición crónica a problemas familiares. Se manifiesta como sobrecarga emocional, sentimientos de ineficacia y auto-cuestionamiento, junto con la pérdida de interés por realizar actividades profesionales.
- Es la consecuencia de la exposición crónica al estrés profesional (personas que sufren, pacientes críticos/agonizantes) manifestado como reacción empática al agotamiento por sobrecarga emocional, sentimientos de ineficacia y auto-cuestionamiento, junto con la pérdida de interés por realizar actividades profesionales.

2. ¿En qué consiste el procedimiento de evaluación?

- El procedimiento de evaluación tiene tres pasos: evaluar la presencia de factores de riesgo profesional y/o personal para desarrollar síndrome de agotamiento, la cumplimentación del

cuestionario de calidad de vida profesional (CVP) para cuantificar el síndrome de agotamiento, y encontrar estrategias posibles de mejora del efecto de agotamiento.

- El procedimiento de evaluación tiene tres pasos: evaluar la presencia de factores de riesgo profesional y/o personal para desarrollar síndrome de agotamiento, la cumplimentación del cuestionario de calidad de vida profesional (CVP) para cuantificar el síndrome de agotamiento, y una variedad de métodos o actividades de relajación.

3. *¿Qué hace el cuidador si según la puntuación final hay un bajo nivel de agotamiento o estrés traumático secundario?*

- Si la puntuación final confirma el síndrome de agotamiento, el cuidador continúa el procedimiento de evaluación.

- Si la puntuación final confirma el síndrome de agotamiento, el cuidador no continúa el procedimiento de evaluación.

4. *¿Qué características evalúa el cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP)?*

- Las tres características analizadas por el cuestionario son: nivel de satisfacción profesional, agotamiento y estrés traumático secundario.

- Las tres características analizadas por el cuestionario son: agotamiento ante el sufrimiento ajeno, condiciones patológicas y estrés traumático secundario.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos

1. Al inicio del procedimiento el doctor explica al cuidador que lo que necesitan hacer es determinar si su ambiente profesional es una fuente de agotamiento para él/ella y sus colegas de trabajo. V/F
2. El doctor explica al cuidador que es muy importante que esté relajado y calmado durante la valoración. V/F
3. El doctor explica al cuidador que tiene que responder todas las preguntas. V/F
4. El doctor no necesita el consentimiento del cuidador para comenzar el procedimiento. V/F
5. El doctor asegura al cuidador que puede realizar cualquier pregunta pero que no puede dejar el cuestionario sin rellenar. V/F
6. El síndrome de agotamiento no tiene ningún impacto en la vida personal del cuidador. V/F
7. El estrés traumático experimentado por pacientes en el cuidado tiene un impacto negativo en la salud y estado mental del cuidador. V/F
8. Los cuidadores necesitan ayuda para controlar el estrés derivado de su trabajo. V/F
9. El doctor no pregunta al cuidador cada cuánto le interrumpen durante sus actividades diarias y cómo afecta esto a la calidad de su trabajo. V/F
10. Unirse a grupos de ayuda de trabajo, sociales, religiosos, no ayuda al cuidador a manejar experiencias negativas. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del cuidador:

Preguntas del doctor:	Respuestas del cuidador:
¿Piensa que necesita ayuda para controlar los efectos del estrés relacionado con el trabajo?	Regularmente doy paseos con mi perro.
¿Conversar con colegas en las mismas situaciones le resultaría útil?	Trato de dormir por la noche, comer sano y mantener la calma.
¿Qué tipo de soluciones utiliza para manejar las	Sí. He tenido una gran carga de estrés

experiencias estresantes?	recientemente.
¿Le parecen útiles los cursos de formación de habilidades de comunicación?	De nada. Estoy encantado con ayudar.
¿Cada cuánto le interrumpen durante sus actividades diarias? ¿Cómo afecta esto a la calidad de su trabajo?	Sí, ¿por qué no? Pueden ser más expertos que yo.
¿Qué medidas toma para mejorar su estado de salud físico y mental?	Sí. Los encuentro muy útiles ya que las técnicas que he aprendido han mejorado mi comunicación con mis pacientes.
Gracias por participar en este análisis. Sus repuestas son muy útiles en nuestro esfuerzo para mejorar la gestión del síndrome de agotamiento.	Bastante a menudo y es muy irritante. Intento priorizar tareas según su importancia.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Consecuencia	Ordenar, clasificar, jerarquizar
Síndrome	Cura, solución
Impacto	Correlacionado, concurrente
Traumático	Compromiso, tarea
Secundario	Efecto
Responsabilidad	Lamento, descontento
Desequilibrio	Doloroso
Insatisfacción	Desproporción
Clínico	Influencia
Concomitante	Condición, síntoma
Remedio	Menor
Priorizar	Objetivo, frío

Gramática integrada

Seleccione la mejor opción con la palabra que falta:

1. las posiciones de alto nivel son a veces bastante estresantes, los profesionales pueden desarrollar síndromes de agotamiento.

- a) Como
- b) Porque
- c) Como resultado

2. Él trabajó duro y no tuvo el apoyo de su familia. ... desarrolló un síndrome de fatiga.

- a) porque
- b) como resultado
- c) como

3. su puntuación total revela bajo índice de agotamiento, no necesita continuar la evaluación.

- a) Como resultado

- b) Como consecuencia de que
 - c) Como
4. Todo el mundo quiere a la enfermeraes una cuidadora muy amable y cordial.
- a) Como resultado
 - b) porque
 - c) debido a que
5. el tratamiento recibido, tuvo una rápida recuperación.
- a) porque
 - b) como
 - c) gracias al

Seleccione la mejor versión:

1. *Como se sintió cansada/ como el síndrome de agotamiento no afecta directamente su vida personal*, comenzó a practicar técnicas de relajación que le ayudaron a relajar su estrés.
 2. *Como necesita controlar los efectos causados por el síndrome de agotamiento profesional/ Como su puntuación total revela un bajo nivel de agotamiento*, no necesita continuar la evaluación.
 3. La familia no le pudo ayudar en casa. *Por lo tanto, le mandaron a una clínica de cuidados paliativos/ Por lo tanto, debe estar calmada y relajada.*
 4. *Por los pasos realizados/ Por la exposición crónica al estrés profesional*, desarrolló síndrome agudo de agotamiento.
 5. *Para evitar consecuencias indeseadas del accidente/ Para participar en los encuentros de grupos de apoyo*, siguió el tratamiento prescrito.
- 6.

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre doctor y cuidador que hablan sobre el síndrome de fatiga del cuidador (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

¿Piensa que necesita ayuda para controlar los efectos del estrés relacionado con el trabajo?



DISCUSIÓN SOBRE EL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA (LUGAR DEL CUIDADO, TRATAMIENTOS AGRESIVOS, RCP)

Protocolo médico

Unidad lingüística



DISCUSIÓN SOBRE EL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA (LUGAR DEL CUIDADO, TRATAMIENTOS AGRESIVOS, RCP)

DISCUSIÓN SOBRE EL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA (LUGAR DEL CUIDADO, TRATAMIENTOS AGRESIVOS, RCP)

La planificación terapéutica es uno de los aspectos mas importantes para el cuidado en el final de la vida para los pacientes, familiares y profesionales de la salud. Este procedimiento acuerda respetar los deseos y libertad del paciente y responde a las necesidades de los cuidadores.

		<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	P
1	Entre y preséntese amable y educadamente: Buenos días, ¿cómo se siente hoy? (<i>Ofrezca tiempo para responder a sus preguntas</i>) ¿Le importaría que hablásemos un rato?		0 1 3
2	Asegure un espacio privado y cómodo para la realización de la entrevista. (<i>La confidencialidad y la comodidad del paciente para discutir su planificación terapéutica debe ser garantizada. Compruebe si el tiempo y el lugar disponible son idóneos para este fin</i>)		0 1 3
3	Ponga especial atención a la comunicación no verbal durante la entrevista: elimine barreras físicas; trate de situarse a la misma altura del paciente. Si se encuentran otras personas, proporcione un espacio comunicativo abierto colocando sillas en círculo. (<i>Este entorno permite implicar a todas las personas que participan en la planificación terapéutica</i>)		0 1 3
4	Pregunte al paciente cómo se encuentra: ¿Tiene algún dolor, queja o preocupación específica? (<i>identificar las necesidades de los pacientes y las circunstancias clínicas para planificar el cuidado</i>)		0 1 4
5	Pregunte al paciente si él/ella tiene alguna pregunta relativa a su enfermedad, tratamiento o diagnóstico general (por ejemplo, ¿Cuáles son sus planes después de su fecha de alta?) (<i>Presentar las circunstancias donde hay una posible pérdida de autonomía y la necesidad de planificar por anticipado</i>)		0 1 3
6	Utilice la escucha activa y la comunicación empática (<i>Procure la participación del paciente y los cuidadores en la planificación terapéutica</i>)		0 1 3
7	Adapte su lenguaje al nivel educativo y socio-cultural del paciente, mientras intercambia mensajes comprensibles y directos. (<i>Tenga en cuenta los valores y deseos del paciente, y asegúrese que toda la información ha sido gestionada teniendo en cuenta las circunstancias del paciente</i>)		0 1 3
8	Explique los motivos de la entrevista: Me gustaría hablarle hoy sobre su futuro plan de tratamiento... Implice al paciente en el proceso de toma de decisiones: Como sabe, es muy importante para nosotros escuchar sus opiniones y preferencias, para poder tomar las mejores decisiones juntos. ¿Está de acuerdo? (<i>la práctica clínica debe ser compartida y consensuada</i>)	ESENCIAL	
9	Informe al paciente sobre las opciones que estarán disponibles y las que no desde este momento respecto al diagnóstico y el tratamiento. (<i>La planificación terapéutica debe identificar todas las estrategias disponibles para garantizar la seguridad del paciente en función de su autonomía</i>)		0 1 3
10	Pregunte al paciente qué tipo de cuidado le gustaría, considerando la actual situación, diagnóstico y circunstancias. (<i>Discuta los riesgos, beneficios y consecuencias para el paciente y los cuidadores</i>)		0 1 3
11	Si es relevante: pregunte al paciente dónde le gustaría que le cuidasen de ahora en adelante (cuidado en domicilio, unidad de cuidados paliativos, una		0 1 5

PROTOCOLO MÉDICO



	institución, etc.), <i>(Es importante discutir estos aspectos con el paciente y los cuidadores, para poder entender la sostenibilidad de la planificación terapéutica)</i>			
12	Asigne tiempo a las preguntas para que responda el paciente			0 1 3
13	Si así está regulado por la legislación nacional, informe sobre la posibilidad de recoger sus preferencias en el cuidado en un documento escrito (instrucciones previas) para que sean seguidas en caso de que no pueda expresar más adelante sus puntos de vista o sus deseos (por ejemplo, en lo concerniente a su elección sobre indicaciones de no RCP, o ingreso en UCI) <i>(De este modo habría todas las garantías para respetar la voluntad del paciente y habría un argumento sólido para discutir con los cuidadores en caso de diversidad de opiniones)</i>	ESENCIAL		
14	Proporcione tiempo, incluso en silencio, si es necesario. Pregunte al paciente si él/ella necesita más tiempo para pensar en ello o para consultar estas cuestiones con otros miembros de su familia. Ponga atención en mantener una comunicación continua (mantenga contacto visual, muestre empatía, comprensión y respeto hacia las necesidades o puntos de vista del paciente)			0 1 3
15	Pregunte al paciente si él/ella quisiera que usted compartiera la información con alguien más (por ejemplo, alguien que aún no se encuentra en la habitación)			0 1 5
16	Ofrezca su disponibilidad para cualquier consulta posterior, e informe al paciente cómo puede contactarle. El paciente debe percibir que hay continuidad en el cuidado. <i>(La planificación terapéutica puede cambiarse en todo momento si así lo solicita el paciente, el profesional de la salud está dispuesto a cambiar estrategias si no responden a los deseos del paciente)</i>			0 1 3
17	Sintetice los temas más importantes de la futura planificación terapéutica del paciente. Éste/Ésta debe ver que la situación se gestiona seria y profesionalmente. <i>(La incertidumbre y la complejidad de las circunstancias clínicas se gestionan de modo consecuente)</i>			0 1 5
18	Valore el estado emocional después de la entrevista: ¿Cómo se siente ahora? Pregunte de nuevo si el paciente tiene preguntas o preocupaciones finales. <i>(Si es así, discuta todos los temas que le preocupan o crean ansiedad y plantee una estrategia para gestionarlos)</i>			0 1 5
19	Despídase amablemente.			0 1 3
Puntuación total: 60		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Referencias selectivas

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010

Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009

DISCUSIÓN SOBRE EL CUIDADO EN EL FINAL DE LA VIDA (LUGAR DEL CUIDADO, TRATAMIENTOS AGRESIVOS, RCP)

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

Planificación terapéutica	cuidado en el final de la vida	confidencialidad	autonomía
consentimiento informado	UCP	No RCP	UCI

Definiciones:

1. Principio ético por el cual el doctor no puede revelar ninguna información incluida en la fase del cuidado médico.
2. Un esquema de cuidado cuidadosamente preparado que muestra todas las necesidades del paciente y el modo de tratarlas; es uno de los aspectos más importantes del cuidado en el final de la vida para los pacientes, familiares y profesionales de la salud. Este procedimiento consiste en respetar los deseos y libertad del paciente y responder a las necesidades de los cuidadores.
3. La habilidad para funcionar independientemente/ser capaz de tomar decisiones sin ayuda de otros.
4. Instalaciones para el cuidado de pacientes con enfermedad terminal, avanzada y activa (Unidad de Cuidados Paliativos)
5. Una instrucción to abstenerse de aplicar medidas en personas con enfermedad terminal, que sufren infarto cardiaco. Fue aprobada en la legislación americana en 1988.
6. Documento utilizado en el ámbito médico en el cual el doctor proporciona toda la información relevante sobre una intervención médica al paciente que tiene que expresar su voluntad.
7. Unidad de hospital en la cual se concentra equipamiento especial and y personal especialmente formado para el cuidado de pacientes con enfermedades graves que requieren atención inmediata y continua.
8. El momento final (horas, días, semanas, meses) en la vida de una persona, en la cual es médicamente obvio que acontece la muerte.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor pone especial atención en la comunicación no-verbal durante la entrevista: elimina barreras físicas, trata de situarse a la misma altura del paciente, mantiene contacto visual, muestra empatía, comprensión y respeto hacia las necesidades o puntos de vista del paciente.

El doctor explica los motivos de la entrevista (el futuro plan de tratamiento del paciente) e implica al paciente in en el proceso de toma de decisiones utilizando la escucha activa y la comunicación empática.

El doctor sintetiza los temas más importantes de la futura planificación terapéutica del paciente. Es importante para el paciente que pueda ver que su situación se gestiona seria y profesionalmente.

- El doctor saluda al paciente, se presenta y asegura un espacio privado y cómodo para la realización de la entrevista.
- El doctor pregunta al paciente cómo se encuentra; después pregunta al paciente si tiene alguna pregunta relativa a su enfermedad, tratamiento o diagnóstico general.
- El doctor informa al paciente sobre las opciones de su diagnóstico y tratamiento y le pregunta qué tipo de cuidado le gustaría considerando la actual situación, diagnóstico y circunstancias presentes; también discuten los riesgos, beneficios y consecuencias del plan.
- El doctor pregunta al paciente dónde le gustaría que le cuidasen de ahora en adelante (cuidado en domicilio, unidad de cuidados paliativos, una institución, etc.), y pregunta al paciente si necesita más tiempo para pensar en ello o para consultar estas cuestiones con otros miembros de su familia. Si así está regulado por la legislación nacional, el doctor informa al paciente sobre la posibilidad de recoger sus preferencias de cuidado en un documento escrito (instrucciones previas) para que sean seguidas en caso de que no pueda expresar más adelante sus puntos de vista o sus deseos.
- El doctor pregunta al paciente si él/ella quisiera que usted compartiera la información con alguien más (por ejemplo, alguien que aún no se encuentra en la habitación).
- EL doctor consulta al paciente si tiene otras preguntas o preocupaciones sobre su enfermedad e informa al paciente cómo puede contactarle. El doctor también informa al paciente que la planificación terapéutica puede cambiarse en todo momento si así lo solicita el paciente, y que el profesional de la salud está dispuesto a cambiar estrategias si no responden a los deseos del paciente.
- El doctor valora el estado emocional del paciente después de la entrevista y le pregunta si tiene otras preguntas adicionales. En tal caso, discuten todos los temas que le preocupan o crean ansiedad y plantean una estrategia para gestionarlos.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es la planificación terapéutica?

El momento final (horas, días, semanas, meses) en la vida de una persona, en la cual es médicamente obvio que acontece la muerte.

Un esquema de cuidado cuidadosamente preparado que muestra todas las necesidades del paciente y el modo de tratarlas; es uno de los aspectos más importantes del cuidado en el final de la vida para los pacientes, familiares y profesionales de la salud. Este procedimiento consiste en respetar los deseos y libertad del paciente y responder a las necesidades de los cuidadores.

2. ¿Qué es UCI?

Unidad de hospital en la cual se concentra equipamiento especial and y personal especialmente formado para el cuidado de pacientes con enfermedades graves que requieren atención inmediata y continua.

La habitación de un hospital para el cuidado de un grupo particular de pacientes que sufren la misma enfermedad y que no requieren atención inmediata y continua de personal especialmente formado.

3. *¿Cuándo se puede cambiar la planificación terapéutica?*

La planificación terapéutica puede cambiarse en todo momento si así lo solicita el paciente, y que los profesionales de la salud están dispuestos a cambiar estrategias si no responden a los deseos del paciente.

La planificación terapéutica no puede cambiarse a menos que lo requieran los cuidadores o los profesionales de la salud.

4. *¿Dónde pueden ser cuidados los enfermos terminales?*

Un paciente con enfermedad terminal puede ser cuidado sólo en una unidad de cuidados paliativos.

Un paciente con enfermedad terminal puede ser cuidado en casa (cuidado en domicilio), en una unidad de cuidados paliativos, o en otra institución especializada.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos

1. El doctor pone especial atención en la comunicación no-verbal durante la entrevista. V/F
2. El doctor muestra empatía, comprensión y respeto hacia las necesidades o puntos de vista del paciente. V/F
3. El doctor explica los motivos de la entrevista (la futura planificación terapéutica). V/F
4. El doctor no implica al paciente en el proceso de toma de decisiones para no empeorar su estado anímico. V/F
5. El doctor y el paciente también discuten los riesgos, beneficios y consecuencias de la planificación. V/F
6. El doctor informa al paciente sobre la posibilidad de recoger sus preferencias de cuidado en un documento escrito que sea utilizado en caso de que no pueda expresar más adelante sus puntos de vista o sus deseos. V/F
7. Una enfermedad terminal es una aquella cuya evolución es el empeoramiento de la misma. V/F
8. El doctor y el paciente hablan sobre la enfermedad de éste, pero el doctor no revela al paciente el mal pronóstico de su condición médica. V/F
9. El doctor impone los aspectos más importantes de la futura planificación terapéutica del paciente. V/F
10. El doctor evita debatir con el paciente aquellos temas que producen preocupación o ansiedad. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor	Respuestas del paciente
Buenos días, ¿cómo se siente hoy?	Sí, estoy de acuerdo.
¿Tiene algún dolor, queja o preocupación específica?	Sí, quisiera pensar en ello.
Como sabe, es muy importante para nosotros escuchar sus opiniones y preferencias para tomar las mejores decisiones juntos. ¿Está de acuerdo?	Buenos días. No me encuentro muy bien.

Cuáles son sus planes posteriores?	Tengo dolor por todas partes y tengo sentimientos constantes de ansiedad.
Entonces vamos a hablar sobre su futura planificación. ¿Dónde le gustaría que le cuidasen de ahora en adelante?	Está bien haber debatido esto.
¿Necesita más tiempo para pensar en ello o consultar estas cuestiones con otros miembros de su familia?	Me gustaría rellenar dicho documento.
Me gustaría informarle sobre la posibilidad de recoger sus preferencias en un documento escrito (instrucciones previas) para que sean seguidas en caso de que no pueda expresar más adelante sus puntos de vista o sus deseos. ¿Qué piensa sobre esto?	No lo sé. Me gustaría hablar sobre dicha planificación.
¿Cómo se siente ahora al final de nuestra charla?	No me he preparado aún mentalmente.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Consensuada	Tendencia, inclinación
Autonomía	Final
Circunstancia	Tratamiento agresivo
Paliativo	Recíproco, mutuo
Consentimiento	Independencia
Terminal	Acuerdo
Predisposición	Imposible dar marcha atrás
Cuidado intensivo/tratamiento	Enfermedad progresiva
Enfermedad terminal	Calmante
Irreversible	Situación

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio

Seleccione la mejor opción:

1. Quiero que me hable abiertamente, *para que pueda ayudarlo mejor/ para empezar a tratar un tema importante de su condición médica.*
2. Quiero estar seguro que *esta enfermedad está dándole lo mejor/ le he explicado claramente su situación médica.*
3. Hay varias circunstancias por las cuales *sus miedos y preocupaciones sobre el futuro son/ un tratamiento para prolongar la vida no sería deseable.*
4. Como su médico, necesito saber qué *cosas son las más importantes para usted, dada su enfermedad/ si he entendido sus opiniones.*
5. No necesitamos realizar/tomar *la decisión hoy, en este momento/ el tratamiento ahora.*

Seleccione la mejor opción:

1. Reconocer el estrés que la enfermedad impone al paciente y su familia.

Sé que este es un momento muy difícil para usted y su familia. / Me gustaría pasar más tiempo con usted y empezar a debatir un tema importante sobre su condición de salud.

2. Comenzar una conversación sobre el final de la vida con un enfermo terminal
Vamos a hacer primero el análisis de sangre/Quiero que sea capaz de hablarme abiertamente, para poder ayudarlo mejor.
3. Aclarar el pronóstico
Quiero estar seguro que le he explicado claramente su situación médica. ¿Qué es lo que entiende sobre ella?/ Me gustaría hablar sobre su pronóstico.
4. Lograr una mejor comprensión de los valores y preferencias del paciente para el cuidado en el final de la vida. *Y próximos al final de la vida, ¿Cómo querría que fuera ese día para usted?/ Quiero estar seguro que le he explicado claramente su situación médica. ¿Qué es lo que entiende sobre ella?*
5. Tomar una decisión compartida
Así que lo que le propongo es que hable con su familia sobre el lugar en que le gustaría encontrarse y ser cuidado y después veré qué es lo que puedo hacer. ¿Qué le parece?/ ¿Puede decirme por qué tengo que seguir este tratamiento?
6. Desarrollar una planificación terapéutica
Como su médico, necesito saber qué cosas son las más importantes para usted, dada su enfermedad/ Hemos hablado sobre su enfermedad y me ha explicado cómo quiere pasar sus últimos meses. Necesito saber también qué piensa sobre el uso de la reanimación cardiopulmonar.

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre doctor y paciente implicados en un debate sobre cuidados en el final de la vida (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

El doctor explica los motivos de la entrevista e implica al paciente en el proceso de toma de decisiones. Es muy importante que los doctores escuchen cuáles son las opiniones y preferencias de los pacientes, para poder tomar la mejor decisión juntos.



FASE TERMINAL – TRATAMIENTO

Protocolo médico

Unidad lingüística



FASE TERMINAL – TRATAMIENTO

Aunque no esté considerado como un diagnóstico preciso, la fase del final de la vida (los últimos días de vida) puede identificarse con una alta probabilidad en el seguimiento clínico de los pacientes. En tal situación, el cuidado principal que debe garantizarse en un modo multidisciplinar, es: proporcionar seguridad al paciente (higiene personal, control del dolor) y preservar su dignidad y auto-evaluación (procurando una perspectiva de mantenimiento del control incluso si las elecciones posibles son limitadas y las pérdidas deben aceptarse), minimizar la depresión, la soledad y el miedo.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	<p>Evaluar la condición del paciente (<i>consciencia, movimientos, discurso, respiración</i>):</p> <p><i>Funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/>; <i>infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/> (en tal caso, proceder con el protocolo cardiorrespiratorio) Buenos/as días/tardes. Mi nombre es Soy su doctor/enfermero</p>			0 2 5
2.	<p>¿Puede decirme su nombre por favor?..... Y su fecha de nacimiento Gracias. (<i>Esto se hace para evitar realizar el procedimiento con el paciente equivocado ya que puede haber pacientes con el mismo nombre. Además, no pregunte por ej. "¿Es usted el/la señor/a García?" para evitar recibir una contestación de pacientes distraídos por sus síntomas u otras razones</i>). Y especialmente con pacientes con dificultad de comunicación (confusos, comatosos, etc.), verifique la coincidencia entre los datos en la ficha de información y el brazalete (si es que el paciente lleva una en la muñeca) en lo relativo a la identidad del paciente.</p>	ESENCIAL		
3.	<p>Valore las capacidades de habla del paciente (<i>debilidad y dificultad respiratoria asociadas al esfuerzo de hablar sugieren muerte clínica inminente</i>)</p>			0 1 3
4.	<p>Inspeccione posibles manchas en la piel y las extremidades del paciente por si hubiera cianosis o enfriamiento (<i>la ralentización de la circulación sugiere muerte clínica inminente</i>)</p>			0 1 3
5.	<p>Valore signos vitales (<i>Si no han sido recientemente revisados o si lo considera adecuado en vista de cambios en las condiciones clínicas: ritmo cardíaco, medición de presión arterial ± pulseometría: HR latidos/min, BP..... mm Hg ± SaO2 %</i>). (<i>el pulso débil, baja presión de la sangre y disminución de la saturación de oxígeno sugieren muerte clínica inminente</i>) Decida con el equipo si la administración de oxígeno es adecuada (<i>mantener un buen nivel de oxigenación puede reducir los síntomas – ej. agitación</i>) – consulte el protocolo de oxigenoterapia</p>			0 1 3
6.	<p>Evalúe las respiraciones del paciente (<i>las superficiales / irregular / respiración ruidosa – estertor – sugiere muerte clínica inminente</i>)</p>			0 1 3
7.	<p>¿Respira con dificultad? (<i>Colocar al paciente en la cama en posición sentada – agachado le ayuda a respirar mejor; colocarle de lado - decúbito lateral; favorecer el drenaje gravitacional de las secreciones orales fuera del cuerpo es preferible a que sean aspiradas por los pulmones</i>)</p>			0 1 3
8.	<p>Escuche las respiraciones del paciente y si oye respiración húmeda tranquilice a la familia indicando que no se está ahogando, pero que tiene dificultades para eliminar secreciones o, si es posible, pregunte al paciente: ¿Tiene dificultades para respirar debidas al exceso de secreciones y prefiere que se las quiten? (<i>los esfuerzos para la hidratación y alimentación de un paciente en la etapa final de su vida pueden generar una pérdida de la calidad de vida debido al exceso de secreciones bronquiales y, también, la anorexia vinculada a la fase terminal de la vida es, de hecho, un mecanismo de protección</i>). Le podemos ayudar a eliminarlas. (<i>Normalmente los doctores prescriben sustancias que ayudan a secar las secreciones y raramente es necesario retirarlas mecánicamente utilizando sondas de aspiración</i>).</p>			0 1 3
9.	<p>Revise la cavidad bucal y controle la presencia de membranas mucosas (<i>un signo indirecto de respiración bucal sugiere muerte clínica inminente</i>)</p>			0 1 3

10.	¿Desea que abramos la ventana o ventilemos la habitación para refrescar el aire un poco? (Estas sencillas actuaciones pueden mejorar la calidad de vida del paciente en su etapa del final de la vida cuando se encuentra con dificultades respiratorias)	0 1 3
11.	Revise la disponibilidad y capacidad del paciente para realizar movimientos en la cama (movimientos reducidos sugieren muerte clínica inminente)	0 1 3
12.	Asegúrese que el paciente cambia de posición en la cama con frecuencia mínima cada dos horas, bien por sí mismo o con ayuda profesional. (con el fin de evitar desarrollar úlceras por presión) - consulte el protocolo de reposicionamiento del paciente en cama.	0 1 3
13.	Analice el proceso de ingestión durante la alimentación de comida sólida o de líquidos (desórdenes en la deglución sugieren muerte clínica inminente)	0 1 3
14.	Evalúe manifestaciones digestivas tales como náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, distensión abdominal (la presencia de tales manifestaciones pueden sugerir muerte clínica inminente)	0 1 3
15.	Asegure al paciente una experiencia nutricional agradable (ofreciéndole comida apetitosa, contrarreste las náuseas con antieméticos si es necesario) – Consulte el procedimiento de alimentación del paciente. Proporcione seguridad a la familia en las cuestiones nutricionales del paciente. (asegurándoles que en esta fase de la enfermedad la falta de alimentación no produce sufrimiento, al contrario, forzando a la alimentación se puede causar daño, ej. aumentando secreciones traqueobronquiales y, causando, por tanto, disnea y reduciendo la calidad de vida)	0 1 3
16.	Valore si hay pérdidas fecales o urinarias (la incontinencia de los esfínteres anales o urinarios sugiere muerte clínica inminente)	0 1 3
17.	Le podemos ayudar con la higiene personal, si lo desea. Díganos por favor cuándo es el mejor momento del día para realizarle el baño. (Preguntar al paciente cuándo se pueden realizar acciones médicas aporta al paciente poder de decisión y elección, recupera parte de la pérdida de control sobre su vida y con ello refuerza su dignidad. Mantenga al paciente limpio incluso si está en una fase comatosa para mantener su dignidad y para dar seguridad a la familia si se encuentran presentes junto a la cama del paciente)	0 1 3
18.	Siempre que lo considere adecuado díganoslo y le ayudaremos a mantener una buena higiene. – consulte el procedimiento de baño al paciente, limpieza oral, aseo, cambio de sábanas en la cama, tratamiento de las heridas - (mantener la higiene del paciente le ayuda a sentirse más seguro en su condición de finalización de la vida al reforzar su dignidad)	0 1 3
19.	Valore la presencia de posibles alteraciones sensoriales (las percepciones sensoriales se reducen progresivamente, siendo el oído el último sentido que se pierde, sugiere muerte clínica inminente)	0 1 3
20.	Valore las necesidades religiosas o culturales del paciente (estos aspectos pueden orientar a: quién es la persona mejor aceptada por el paciente para ser informada de su condición médica, quién es la que pueda gradualmente informar también al paciente y a sus familiares; las particularidades del proceso de luto; creencias sobre el entierro/la cremación, prolongación de la vida por medio de aparatos médicos, necropsia, donación de órganos, ritos ante el fallecimiento)	0 1 3
21.	Busque documentos legales que contengan instrucciones previas elaboradas por el paciente respecto del procedimiento a seguir ante el final de la vida (ej.: testamento vital, decisión subrogada, declaración sobre la donación de órganos). Incluya una copia de estas instrucciones junto con la ficha de información del paciente, de modo que esté localizable por el resto del personal implicado en el cuidado.	0 1 3
22.	Pregunte a los miembros de la familia (compruebe la comprensión de la familia y la necesidad de información suplementaria): ¿Ha tenido anteriormente alguna experiencia previa del fallecimiento de alguien cercano? (preguntar a los familiares del paciente o allegados estas cuestiones puede ser un aspecto útil para mejorar el apoyo que reciban durante la fase del final de la vida del paciente)	0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



23.	¿Tiene alguna pregunta relacionada con lo que va a suceder durante esta fase o en el momento en que su pariente fallezca? <i>(preguntar a los familiares del paciente o allegados estas cuestiones puede ser un aspecto útil para mejorar el apoyo que reciban durante la fase del final de la vida del paciente)</i>			0 2 5
24.	¿Ha considerado que quizá deba despedirse de? ¿Cómo se imagina que va a suceder? <i>(preguntar a los familiares del paciente o allegados estas cuestiones puede ser un aspecto útil para mejorar el apoyo que reciban durante la fase del final de la vida del paciente)</i>			0 1 3
25.	Durante esta difícil etapa ¿ha tenido en cuenta cuidarse usted? ¿Cuenta con alguien con disponibilidad par ayudarle durante este duro momento? <i>(preguntar a los familiares del paciente o allegados estas cuestiones puede ser un aspecto útil para mejorar el apoyo que reciban durante la fase del final de la vida del paciente)</i>			0 1 3
26.	¿Existen en su familia rituales específicos que usted considere importantes para que los anotemos y tengamos en cuenta? ¿Puede delegar en alguna persona que pueda encargarse de todos los detalles deseables para que se organice un ritual final apropiado? <i>(preguntar a los familiares del paciente o allegados estas cuestiones puede ser un aspecto útil para mejorar el apoyo que reciban durante la fase del final de la vida del paciente)</i>			0 1 3
27.	Díganos, por favor, cuándo prefiere que le visiten sus familiares y amigos cercanos y quiénes específicamente. Si lo desea, podemos hacer que traigan aquí a su mascota. <i>(preguntar al paciente que haga elecciones le proporciona poder de decisión, recuperando parte del control que ha perdido sobre su vida y, de este modo, refuerza su dignidad)</i>			0 1 3
28.	¿Cuál piensa usted que es el mejor lugar para que le cuiden cuando tenga lugar? ¿En casa, en el hospital, en un hospital de cuidados paliativos? Depende de usted esta decisión. <i>(Tratar con el paciente y la familia el lugar donde desea estar asistido más adelante le proporciona poder de decisión y elección, manteniendo su autonomía lo más posible y de este modo reforzando su dignidad)</i>			0 1 3
29.	Sitúese a la altura de los ojos del paciente y a distancia próxima. <i>(En comunicación no verbal dicha distancia anima al paciente a ser más abierto en las conversaciones).</i> Parece preocupado. ¿Quiere que hablemos de ello? Me gustaría comprender mejor sus preocupaciones para poder ayudarle mejor. <i>(La disponibilidad de un paciente para hablar sobre sus preocupaciones puede ser más fácil mediante el contacto físico – coger su mano, incluso dar un masaje en la espalda puede servir de ayuda).</i>			0 1 3
30.	¿Le interesaría conversar un poco sus condiciones médicas conmigo o con alguna otra persona?			0 1 3
31.	Le podemos ayudar a controlar el dolor, si así lo desea. Por favor, díganos cuándo siente dolor y le proporcionaremos tratamiento adecuado. – consulte el procedimiento para el control del dolor - <i>(el control del dolor le ayuda a sentirse más seguro con su condición en el final de la vida reforzando su dignidad)</i>			0 1 3
32.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relativos a la realización del procedimiento, fecha y momento.	ESENCIAL		
33.	Deben seguirse todos los pasos marcados para mantener la seguridad del paciente <i>(ajustar la altura de la cama a un nivel inferior y elevar las barreras laterales).</i> Cerciórese de que el paciente puede alcanzar fácilmente sus objetos personales <i>(ej. Teléfono móvil, libro, crucigrama, etc.),</i> el vaso de agua o el llamador remoto para pedir ayuda médica).			0 2 6
Puntuación total: 100		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Referencias selectivas

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

FASE TERMINAL – TRATAMIENTO

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

atropina	cianosis	muerte clínica	necropsia
oxigenación	antiemético	momento del final de la vida	incontinencia urinaria

Definiciones:

1. Medicamento usado para prevenir la náusea y por tanto el vómito; usado principalmente por viajeros para combatir el mareo provocado por el movimiento.
2. Decoloración azulada de la piel y las membranas mucosas causados por la falta de oxígeno en la sangre.
3. El examen de un cuerpo después de la muerte; autopsia; examen y disección de un cuerpo muerto para determinar la causa de la muerte o los cambios producidos por la enfermedad.
4. Sustancia usada en medicina para dilatar las pupilas de los ojos y para parar los espasmos.
5. Término médico usado cuando cesa el riego sanguíneo y la respiración, los dos criterios necesarios para mantener a los seres humanos y muchos otros organismos vivos.
6. Condición resultante de varias causas, incluidas una herida o la edad adulta, en las cuales el control urinario no puede ser controlado voluntariamente. Puede ser temporal o permanente.
7. Intervención que proporciona gran aporte de oxígeno a los pulmones y por tanto a la circulación.
8. La fase del final de la vida, los últimos siete días, que puede identificarse con gran probabilidad en el proceso de la vigilancia médica de los pacientes. En tal situación, se asegura el cuidado médico multidisciplinar y se concentra en: proporcionar confort al paciente (higiene personal, control del dolor y la angustia respiratoria) y preservar su dignidad y auto-evaluación (promover una actitud de mantener todo bajo control incluso si las opciones son limitadas y debe aceptarse la pérdida), para minimizar la depresión, la soledad y el miedo.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

Al inicio, el doctor valora las capacidades de habla del paciente, examina posibles manchas en la piel por posible cianosis, respiración y la cavidad bucal en términos de presencia de membranas mucosas ya que son signos que sugieren muerte clínica inminente.

Después de examinar la capacidad del paciente para realizar movimientos en la cama, el doctor analiza el proceso de ingestión durante la alimentación de comida sólida o de líquidos desórdenes en la deglución sugieren muerte clínica inminente. Identifica manifestaciones digestivas tales como náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, o distensión abdominal y controla que se asegure un relativo confort nutricional.

Después de conversar sobre la higiene personal, el doctor examina al paciente para

identificar la presencia de posibles alteraciones sensoriales: las percepciones sensoriales se reducen progresivamente, siendo el oído el último sentido que se pierde.

- El doctor revisa la disponibilidad y capacidad del paciente para realizar movimientos en la cama. Se asegura que el paciente cambia de posición en la cama con frecuencia mínima cada dos horas, bien por sí mismo o con ayuda profesional con el fin de evitar desarrollar úlceras por presión. Si es posible, se aconseja al paciente caminar por la habitación o incluso fuera.
- El doctor revisa si hay pérdidas fecales o urinarias; la incontinencia de los esfínteres anales o urinarios sugiere muerte clínica inminente. El doctor pide al paciente cómo pueden ayudarlo a mantener una buena higiene personal.
- El doctor necesita saber cuáles son las necesidades religiosas o culturales del paciente ya que estos aspectos pueden ayudar al equipo médico a saber: quién es la persona mejor aceptada por el paciente para ser informada de su condición médica, quién es la que pueda informar al paciente y a sus familiares; las particularidades del proceso de luto; creencias sobre el entierro/la cremación, prolongación de la vida por medio de aparatos médicos, necropsia, donación de órganos, ritos ante el fallecimiento, etc.
- El doctor incluye una copia de las instrucciones previas legales elaboradas por el paciente respecto del procedimiento a seguir ante el final de la vida junto con la ficha de información del paciente, de modo que esté localizable por el resto del personal implicado en el cuidado.
- El doctor habla con la familia del paciente sobre experiencias previas relacionadas con el fallecimiento de alguien cercano y trata de saber si tienen rituales específicos en esas circunstancias y en quién pueden delegar para que pueda encargarse de estos detalles.
- El doctor habla con el paciente sobre el lugar donde desea estar asistido; y le pregunta si sabe cuál es su condición médica y si quiere hablar de ello; si tiene algún deseo especial que el doctor o alguna otra persona de la familia puede cumplir. También le asegura que le pueden ayudar a controlar el dolor proporcionándole tratamiento adecuado.
- El doctor rellena el historial médico del paciente con todos los detalles relativos a la realización del procedimiento, (fecha y momento). Se siguen todos los pasos para mantener la seguridad del paciente.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta:

1. *¿Qué es la necropsia?*

Es el examen de un cuerpo después de la muerte; autopsia; examen y disección de un cuerpo muerto para determinar la causa de la muerte o los cambios producidos por la enfermedad.

El examen de un cuerpo después de la muerte para determinar los cambios producidos por la enfermedad.

2. *¿Qué es incontinencia urinaria?*

Condición resultante de varias causas, incluidas la herida o edad adulta, en las cuales el control urinario puede ser controlado voluntariamente. Puede ser temporal o permanente.

Condición resultante de varias causas, incluidas una herida o la edad adulta, en las cuales el control urinario no puede ser controlado voluntariamente. Puede ser temporal o permanente.

3. ¿Cómo se asegura el cuidado en el final de la vida?

El cuidado médico se asegura de modo multidisciplinar, se concentra en: proporcionar confort al paciente (higiene personal, control del dolor y la angustia respiratoria) y preservar su dignidad y auto-evaluación (promover una actitud de mantener todo bajo control incluso si las opciones son limitadas y debe aceptarse la pérdida), para minimizar la depresión, la soledad y el miedo.

El cuidado médico no se asegura de modo multidisciplinar, se concentra en: proporcionar confort al paciente (higiene personal, control del dolor y la angustia respiratoria) y preservar su dignidad y auto-evaluación (promover una actitud de mantener todo bajo control incluso si las opciones son limitadas y debe aceptarse la pérdida), para minimizar la depresión, la soledad y el miedo.

4. ¿Cada cuánto debe el paciente cambiar de posición en la cama?

El paciente debe cambiar de posición en la cama mínimo cada dos horas, bien por sí mismo o con ayuda profesional.

El paciente debe cambiar de posición en la cama mínimo cada día, bien por sí mismo o con ayuda profesional, para evitar el desarrollo de úlceras por presión.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. Al inicio del procedimiento, el doctor sólo valora las capacidades de habla del paciente y examina posibles manchas en la piel. V/F
2. La presencia de membranas mucosas son signos que sugieren muerte clínica inminente. V/F
3. El paciente no debe cambiar de posición en la cama para evitar el desarrollo de úlceras por presión. V/F
4. Si es posible, se aconseja al paciente caminar por la habitación o incluso fuera. V/F
5. Desórdenes en la deglución no sugieren muerte clínica inminente en pacientes. V/F
6. El doctor identifica manifestaciones digestivas tales como náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, o distensión abdominal. V/F
7. El doctor identifica manifestaciones digestivas tales como náuseas, pérdida de apetito, estreñimiento, o distensión abdominal. V/F
8. El examen de posibles alteraciones sensoriales del paciente no es importante. V/F
9. El doctor habla con la familia del paciente sobre experiencias previas relacionadas con el fallecimiento de alguien cercano. V/F
10. El doctor habla con el paciente sólo sobre el lugar donde desea estar asistido. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Respira con dificultad debido al exceso de secreciones? ¿Prefiere que las retiremos mecánicamente de su boca con una sonda, o administrándole atropina?	Sí, mi hermana me ayuda.
¿Quiere que abramos una ventana para ventilar la	Prefiero estar en mi casa.

habitación?	
Le podemos ayudar con la higiene personal, si lo desea. Díganos por favor cuándo es el mejor momento del día para realizarle el baño.	Estoy preocupado por mi condición, pero veo que usted trata de hacer todo lo posible para proporcionarme comfort.
Durante esta difícil etapa ¿ha tenido en cuenta cómo cuidarse? ¿Cuenta con alguien con disponibilidad para ayudarle?	Muchas gracias, se lo diré.
¿Dónde le gustaría que le cuidasen? ¿En casa, en un hospital, en una institución? Usted decide el lugar.	Sí, es una buena idea.
Parece preocupado. ¿Quiere que hablemos de ello para poder ayudarle mejor?	Gracias, me gustaría después de la cena a las 8.
Le podemos ayudar a aliviar el dolor, si así lo desea.	Está bien. Respiro con dificultad. Prefiero atropina

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Palpable	Restablecer
Optimizar	Reforzar
Antiemético	Mejorar
Inminente	Táctil
Locomoción	Rellenar
Ritual	Incineración
Cremación	Ceremonia
Restaurar	Movimiento
Consolidar	Antimareo
Saturar	Cercano

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio
Seleccione la mejor versión:

1. Su posición en la cama.....cada dos horas.
cambia / se cambia
2. Sus cavidades.....cada seis meses.
Son tratadas / tratadas
3. Él.....por su doctor dos veces al día.
No es visitado / no ve

4. Está seguro que los procedimientos..... correctamente.
realizan / se realizan

5. Sus ropas.....hace una hora.
lavadas / se lavaron

Seleccione la mejor opción:

1. Ella.....al hospital hace tres horas.
Fue traída
Es traída
Será traída

2. Ellos.....mañana por la noche.
Son hospitalizados
Serán hospitalizados
Fueron hospitalizados

3. Él.....en casa a partir del próximo mes.
Es cuidado
Fue cuidado
Será cuidado

4. Su temperatura.....últimamente, la semana pasada.
Es controlada
Ha sido controlada
Será controlada

5. Todos los pacientes.....para la transferencia ayer.
Fueron preparados
Son preparados
Serán preparados

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre doctor y paciente que conversan sobre la gestión del momento del final de la vida (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>



PREVENCIÓN DE ÚLCERA ISQUÉMICA POR PRESIÓN - REPOSICIONAMIENTO

Protocolo médico

Unidad lingüística



PREVENCIÓN DE ÚLCERA ISQUÉMICA POR PRESIÓN -
REPOSICIONAMIENTO

PREVENCIÓN DE ÚLCERA ISQUÉMICA POR PRESIÓN - REPOSICIONAMIENTO

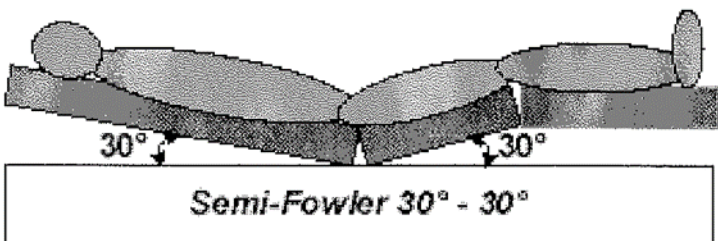
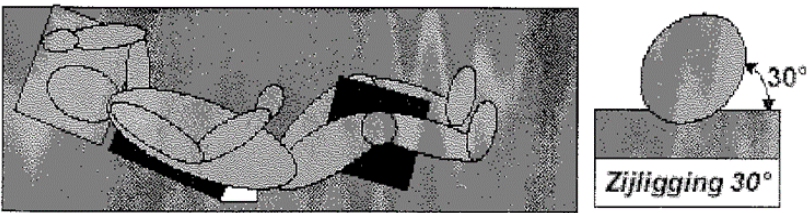
La prevención de las úlceras por presión es esencial para el bienestar de los pacientes paliativos encamados y constituye una de las piedras angulares del cuidado práctico diario. La prevención eficaz se dirige a la etiología de las úlceras por presión: presión y fuerza física. Resultan cuatro principios principales de prevención:

- Prevención por reducción de volumen de la presión y la fuerza física.
- Prevención por reducción de la duración de la presión y la fuerza física
- Aplicación de instrumentos y materiales para distribuir la presión
- Nutrición e hidratación

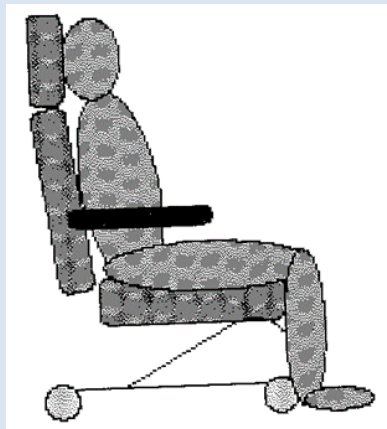
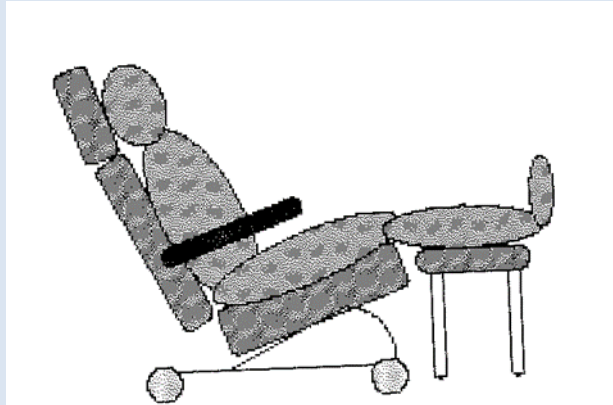
		Concepto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
PREPARACIÓN						
1	Examine el historial médico del paciente: <ul style="list-style-type: none"> • Controle informes de riesgo de úlcera por presión: puntuación en escala de Braden o escala Norton¹ • Valide el calendario prescrito para cambios de posición • Controle cualquier contraindicación para cambios de posición • Controle la presencia de cualquier catéter u otros aparatos que pueden complicar los cambios de posición, o que pueden requerir de la asistencia de personal suplementario para garantizar la seguridad del paciente 					0 4 9
2	Lávese las manos o póngase guantes médicos limpios (<i>sólo en caso de lesiones tegumentarias en las manos de los enfermeros o por un alto riesgo de infección del paciente</i>), como parte de los estándares de precaución.	<i>Estándares de precaución</i>				0 2 5
3	Cierre la puerta y asegure un entorno privado para el cambio de posición del paciente, si es pertinente (<i>cortinas, pantallas, señalización de espacio ocupado, etc.</i>)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
4	Evalúe rápidamente los signos vitales (<i>la evidencia de consciencia, movimientos, discurso, respiración</i>) Hola. Mi nombre es Soy el/la enfermero/a que le cambiará la posición en la cama (o en la silla)	<i>Funciones vitales preservadas</i> <input type="checkbox"/> <i>Infarto cardiorrespiratorio</i> <input type="checkbox"/> <i>(Iniciar medidas médicas de reanimación)</i> <i>- iniciar conversación</i>				0 2 5
5	¿Puede, por favor, decirme cuál es su nombre.....? Y su fecha de nacimiento Gracias.	<i>Conformidad con la hoja de observaciones para:</i> <i>Nombre:</i> <input type="checkbox"/> <i>Fecha nacimiento:</i> <input type="checkbox"/>	ESENCIAL			
6	Ponga la cama en posición de trabajo (altura adecuada) y baje	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1

	las barreras laterales					3
8	Ahora voy a cambiar su posición para prevenir úlceras por presión. EL posicionamiento para aliviar la presión debe realizarse cada 2 horas. El posicionamiento para aliviar la presión es útil sólo cuando se realiza sistemáticamente, día y noche, 7 días a la semana	<i>Explicamos al paciente QUÉ VAMOS A HACER</i> <i>Dígale al paciente cómo puede CONTRIBUIR a la prevención</i>				0 2 5

EJECUCIÓN DEL CAMBIO DE POSICIÓN EN CAMA

9a	<p>El posicionamiento de alivio a la presión debe combinarse con posturas donde la presión sea lo más baja posible. En la práctica esto significa que la posición supina o de espaldas sea la mejor, y la posición lateral sea lo menos posible.²</p> <p>Trate de evitar posiciones que incrementen la presión, como la posición lateral de 90° o semiacostado ya que incrementan la presión³</p> <p>Coloque al paciente en posición supina:</p> <p>Evite que la cabecera de la cama esté por encima de 30° y que el individuo se desplome cuando se sienta sobre la cama. Por tanto la mejor posición supina es semiacostado. Coloque la cabecera de la cama alzada en posición de 30° y asegúrese de que las rodillas están ligeramente dobladas (30°)³</p>  <p>Semi-Fowler 30° - 30°</p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL
9b	<p>Paciente en posición lateral:</p> <p>En posición lateral el paciente está inclinado 30° con el colchón y la espalda está apoyada sobre una almohada que hace un ángulo de 30°. Es importante que el pliegue interglúteo no descansa sobre el colchón. Las almohadas bajo el colchón evitan este efecto.</p>  <p>Zijligging 30°</p> <p>Un buen esquema de posición de alivio de presión es: posición semiacostado 30° - Posición lateral izquierda 30° – posición semiacostado 30° - posición lateral derecha²</p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL

EJECUCIÓN DE CAMBIO DE POSICIÓN EN SILLA

9c	<p>La presión en posición sentada es bastante mayor que en una posición tumbada y por tanto el riesgo de úlcera es también mayor. (por distribución de la presión sobre una superficie más pequeña). Por lo tanto debe buscarse una posición de alivio de la presión mientras se encuentre sentado incluso con mayor frecuencia.</p> <p>No se ha investigado con qué frecuencia debe realizarse pero se recomienda mantener una frecuencia de reposicionamiento de cada hora². Limitar el tiempo en posición sentado a aquellos pacientes con riesgo mayor de decúbitus.</p> <p>Coloque al paciente en una posición donde él/ella puedan realizar actividades con la menor presión o contacto físico con los tejidos que se encuentran por debajo. Asegúrese que las piernas se encuentran en ángulo de 90° con un apoyo máximo para las rodillas si se encuentra sentado y erguido. Coloque los pies en una plataforma para pies si no llegan a tocar el suelo³.</p>	YES <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	ESENCIAL
	<p>Cuando se recueste hacia atrás sentado asegúrese que las piernas están apoyadas y que los talones cuelgan³. Como la presión es la mínima en esta posición sentado reclinado hacia atrás, esta es la posición preferida².</p>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
	<p>El uso de almohadas para aliviar la presión pueden ser de</p>			

	ayuda, como los colchones que alivian la presión y permiten que el cambio de posición tenga que hacerse menos frecuentemente. Posibles almohadas que alivian la presión son las almohadas rellenas de aire, espuma y gel. ²		
POST-TRATAMIENTO			
10	Asegúrese de que la campana (u otro método de llamada) es fácil de alcanzar	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	0 1 3
11	Arregle la habitación, abra las cortinas, retire los cubrecamas	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	0 1 3
12	Retire las señalizaciones de ocupado	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	0 1 3
13	Marque la indicación de lavar y limpiar la cama en el expediente del paciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	0 1 3
14	Haga el informe en el expediente del paciente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	0 1 3
15	Realice un informe verbal	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	0 1 3
Puntuación final: 50		<input type="radio"/>	criterio no rellenado %
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado %
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado %

Referencias selectivas:

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn staffleu van Loghum.

Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.

PREVENCIÓN DE ÚLCERA ISQUÉMICA POR PRESIÓN - REPOSICIONAMIENTO

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

fricción	desbridamiento	etiología	prevención
evaluación de la piel	escalas Norton y Braden	hidratación	evaluación de la úlcera

Definiciones:

1. El proceso de retirada de tejido muerto de una úlcera.
2. Método utilizado para evaluar el estado de la piel para identificar el riesgo potencial de desarrollo de úlceras por presión, o signos tempranos de daño por presión.
3. Intervenciones previas al establecimiento inicial de una condición por medio de la reducción del riesgo y mejora de factores de protección en un grupo objetivo.
4. La fuerza que se opone al movimiento de un objeto.
5. Una rama de la ciencia médica que trata las causas y orígenes de las enfermedades.
6. La provisión y entrada de un fluido adecuado para cubrir todas las necesidades corporales y reemplazar las pérdidas.
7. Método utilizado para determinar el área, profundidad y volumen de una úlcera por presión.
8. Herramientas para determinar el riesgo de un paciente de desarrollar úlceras por presión.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

Después de examinar el historial médico del paciente, la enfermera se lava las manos o se pone guantes médicos limpios, cierra la puerta y asegura un entorno privado para el cambio de posición del paciente.

Después de poner la cama en posición de trabajo, la enfermera explica al paciente qué va a hacer: cambiar su posición para prevenir úlceras por presión. También le dice al paciente cómo puede contribuir al procedimiento de prevención.

Una vez completado el procedimiento de reposicionamiento, la enfermera se asegura de que la campana (u otro método de llamada) es fácil de alcanzar.

- Al inicio, la enfermera examina el historial médico del paciente: controla informes de riesgo de úlcera por presión, valida el calendario prescrito para cambios de posición,

- controla cualquier contraindicación para cambios de posición o la presencia de cualquier catéter u otros aparatos que pueden complicar los cambios de posición.
- La enfermera realiza una rápida evaluación de los signos vitales y pone la cama en posición de trabajo (altura apropiada).
 - Si el paciente está en posición supina (tumbado), la enfermera colca la cabecera de la cama alzada en posición de 30° y asegúrese de que las rodillas están ligeramente dobladas (30°).
 - Si el paciente está en posición lateral, el paciente está inclinado 30° con el colchón y la espalda está apoyada sobre una almohada que hace un ángulo de 30°.
 - Si el paciente está sentado en una silla, la enfermera coloca al paciente en una posición donde él/ella puedan realizar actividades con la menor presión o contacto físico con los tejidos que se encuentran por debajo. La enfermera se asegura que las piernas se encuentran en ángulo de 90° y coloca los pies en una plataforma para pies si no llegan a tocar el suelo.
 - La enfermera arregla la habitación, abra las cortinas y retira la señalización de ocupado. Después se quita los guantes y se desinfecta las manos.
 - Finalmente, firma la ejecución del reposicionamiento del paciente y escribe su informe sobre el reposicionamiento en el expediente médico del paciente. Registra adecuada y claramente cómo el paciente ha contribuido al procedimiento, y recoge cualquier aspecto dicho por el paciente que piense que puede ser relevante.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿En qué consiste el desbridamiento?

Es el proceso de retirada de tejido muerto de una úlcera.

Es la fuerza que se opone al movimiento de un objeto.

2. ¿Qué son las escalas Norton y Braden?

Son métodos para determinar el área, profundidad y volumen de una úlcera por presión.

Son herramientas para determinar el riesgo de un paciente de desarrollar úlceras por presión.

3. ¿Cómo reposiciona la enfermera al paciente si está en posición supina?

Si el paciente está en posición supina (tumbado), la enfermera colca la cabecera de la cama alzada en posición de 20° y se asegura de que las rodillas están ligeramente dobladas (30°).

Si el paciente está en posición supina (tumbado), la enfermera colca la cabecera de la cama alzada en posición de 30° y asegúrese de que las rodillas están ligeramente dobladas (30°).

4. ¿Qué pasos tiene que seguir la enfermera al final del procedimiento?

Al final del procedimiento, la enfermera escribe su informe sobre el reposicionamiento del paciente en el expediente médico del paciente. Registra adecuada y claramente cómo el paciente ha contribuido al procedimiento, y recoge todo lo que ha dicho el paciente.

Al final del procedimiento, la enfermera escribe su informe sobre el reposicionamiento del paciente en el expediente médico del paciente. Registra adecuada y claramente cómo el paciente ha contribuido al procedimiento, y recoge cualquier aspecto dicho por el paciente que piense que puede ser relevante.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos

1. Acciones preventivas son intervenciones posteriores al establecimiento inicial de una condición por medio de la reducción del riesgo y mejora de factores de protección en un grupo objetivo. V/F
2. Etiología es la ciencia médica que trata el diagnóstico de las enfermedades. V/F
3. La hidratación es la provisión de entrada de un fluido adecuado para cubrir todas las necesidades corporales y reemplazar las pérdidas. V/F
4. Al inicio, la enfermera examina el historial médico del paciente: controla informes de riesgo de úlcera por presión y valida el calendario prescrito para la comida. V/F
5. La enfermera controla cualquier contraindicación para el reposicionamiento y la presencia de cualquier catéter u otros aparatos que pueden complicar los cambios de posición. V/F
6. Después de examinar el historial médico del paciente, la enfermera se lava las manos o se pone guantes médicos limpios y abre la puerta y las ventanas. V/F
7. La enfermera realiza una rápida evaluación de los signos vitales. V/F
8. la enfermera explica al paciente qué es lo que va a hacer: cambiar su posición para prevenir úlceras por presión. V/F
9. La enfermera le dice al paciente que no se le permite contribuir al procedimiento de prevención. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
Como ya le he explicado le vamos a reposicionar. ¿Está de acuerdo?	Son las 9:15 horas
Este procedimiento es muy importante. ¿Recuerda cuántas veces hemos cambiado su posición ayer?	No es difícil. Entiendo que es necesario
Parece un gran número pero el reposicionamiento para aliviar la presión se hace cada 2 h. ¿Lo sabía?	La primera posición está bien.
El reposicionamiento para el alivio de presión es útil sólo cuando se hace estrictamente, día y noche, ¡7 días a la semana! ¿Es difícil para usted?	Tengo dos: mi primera posición favorita es tumbado sobre mi espalda y la segunda es de lado.
¿Cuál es su posición favorita?	Sí, lo recuerdo. La hemos cambiado seis veces.
Hagamos la primera ahora y la cambiamos en dos horas. ¿De acuerdo?	Sí, lo sabía porque he tenido tres personas en mi familia en la misma situación
Ahora tengo que escribir el momento en que le hemos reposicionado. ¿Qué hora es por favor?	Sí, no tengo ningún problema

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Deshidratación	Entrega
Fuerza	Idóneo
Magnitud	Pérdida de agua
Distribución	Esquema
Incidencia	Estricto
Riguroso	Poder
Estrategia	Retirar
Dispersar	Esparcir
Desbridamiento	Dimensión
Adecuado	Frecuencia

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio

Seleccione la mejor versión:

1. He tenido *tercero/ tres* personas más de mi familia en la misma situación.
2. *Sesenta y dos/ primero* pacientes se quejaron de la misma dolencia.
3. Tengo *dos/quinto* posiciones favoritas: mi primera posición favorita es tumbado de espaldas y la segunda es posición lateral.
4. El reposicionamiento para aliviar la presión solo es útil cuando se hace estrictamente, día y noche, *siete/séptimos días* a la semana.
5. Vamos a hacer *la primera/veintiuna* posición y cambiaremos en dos horas.

Seleccione la mejor opción en la palabra que falta:

1.posiciones me parecen bien.
Ambas
Doble
Tres veces
2. Debes tomar.....de este medicamento.
Siete veces
Ambos
Un cuarto
3., el doctor, la enfermera y el paciente han contribuido a este procedimiento.
Ambos
Los tres



El triple

4. El doctor recomienda que el paciente tome.....dosis.

Doble

Un cuarto

El décimo

5. El procedimiento para aliviar la presión se completó..... hoy.

El 4 de Abril de 2017

a las 9:15

20 %

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo en el que un doctor está hablando con un paciente sobre su reposicionamiento para aliviar la presión (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

El posicionamiento para el alivio de la presión necesita realizarse cada 2 horas. El posicionamiento para aliviar la presión es útil sólo cuando se practica estrictamente, día y noche, siete días a la semana.



VALORACIÓN DEL GRADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD

Protocolo médico

Unidad lingüística



VALORACIÓN DEL GRADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU
ENFERMEDAD

VALORACIÓN DEL GRADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD

<p>“Comunicación no es aquello que se dice sino aquello que se comprende”, por esta razón no debería considerarse nunca como algo “de facto”, sino siempre como una evaluación progresiva. Los pacientes que afrontan su vida amenazada por las enfermedades, incluso si ya se les ha hablado de su situación, pueden no ser comprender totalmente la severidad de su enfermedad. Esto no se refiere únicamente al diagnóstico inicial, sino también al hecho de que es un proceso progresivo según va avanzando su enfermedad. Evaluar la conciencia sobre la enfermedad es importante para entender cómo el paciente está manejando la situación, sus preferencias, su capacidad para tomar decisiones y sus necesidades de información posterior para poder implicarse en su planificación terapéutica. Para que puedan llevarse a cabo estas conversaciones el paciente debe ser consciente y tener suficientes herramientas cognitivas para poder comprender la información y tener la visión necesaria para compartir la toma de decisiones.</p>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
1.	<p>Analice la condición del paciente (<i>consciencia, movimientos, discurso, respiración</i>):</p> <p><i>Funciones vitales aseguradas <input type="checkbox"/>; infarto cardiopulmonar <input type="checkbox"/> (en tal caso, proceda con el protocolo cardiorespiratorio)</i></p>				0 2 5
2.	<p>Preséntese al paciente</p> <p>Hola, soy el/la doctor/ra... y ella/él es mi colega, la/el enfermera/ro ...</p> <p>¿Usted es?</p> <p>Permita al paciente decir su nombre.</p> <p><i>Evite expresiones como "¿Es usted el/la señor/ra García?", puede generar una falsa confirmación mediante una falsa respuesta automática de "sí" que puede surgir de un paciente distraído por sus síntomas de una conversación que esté manteniendo con los profesionales médicos.</i></p>	ESENCIAL			
3.	<p>Garantice un entorno para la conversación seguro y privado (<i>una habitación con una cama, cortinas, biombos, etc.</i>) Use la comunicación empática – entendida como el proceso de escucha activa y comunicación empática.</p>				0 1 3
4.	<p>Evalúe las habilidades de comunicación del paciente (<i>en caso de debilidad o dificultad respiratoria asociada al esfuerzo de hablar, reduzca lo más posible el esfuerzo que deba realizar el paciente para hablar, hablando en su lugar y pidiéndole sólo que nos confirme si le hemos entendido correctamente</i>)</p>				0 1 3
5.	<p>Analice las herramientas cognitivas del paciente ¿Puede decirme qué día es hoy? ¿Qué hora es? ¿Dónde estamos? (<i>La comprobación de las herramientas cognitivas del paciente es relevante para comprender si el paciente tiene una correcta percepción del tiempo, del espacio y de sí mismo/a. Estos puntos son relevantes para evaluar la capacidad del paciente y su consciencia sobre las consecuencias de sus circunstancias clínicas y el proceso de la toma de decisiones</i>)</p>				0 2 5
6.	<p>Evalúe las capacidades del paciente para tomar decisiones Por favor, ¿puede decirme qué es lo que usted comprende sobre su enfermedad? (<i>Si una persona es capaz de explicar qué está sucediendo entonces su nivel de comprensión y memoria son suficientes para tomar decisiones</i>)</p>				0 2 5
7.	<p>Analice las actitudes del paciente ¿Entre las alternativas terapéuticas disponibles hay alguna que usted prefiera? (<i>Esto significa evaluar la visión y comprensión de sus circunstancias clínicas, para comparar riesgos y beneficios, y para analizar las consecuencias del tratamiento a la hora de tomar decisiones</i>)</p>				0 2 5
8.	<p>En lo relativo a su condición médica actual ¿ha visitado a otros especialistas? ¿Qué le han informado acerca de su enfermedad?</p>				0 1 3
9.	<p>Por favor, describa aquí su diagnóstico utilizando sus propias palabras.</p>				0 1 3

PROTOCOLO MÉDICO



10.	¿Cree usted que necesita más información para comprender mejor su diagnóstico? Estoy dispuesto a proporcionarle la información necesaria. – Utilice el protocolo de comunicación de diagnósticos de enfermedades severas (malas noticias).				0 1 3
11.	¿Qué es lo que comprende acerca de cómo va a evolucionar su estado médico?				0 1 3
12.	En los últimos tres días cuál de las quejas actuales piensa que están relacionadas con el diagnóstico que escribió?				0 1 3
13.	¿Está usted preocupado o tiene algún miedo sobre una posible evolución del diagnóstico de su enfermedad?				0 1 3
14.	Rellene el historial médico del paciente con todos los detalles relativos al protocolo, accidentes, complicaciones, - según vaya sucediendo, con fecha y hora.	ESENCIAL			
15.	Han de realizarse todos los pasos necesarios para la seguridad del paciente (<i>ajuste la cama a una altura inferior y levante las barreras laterales</i>). Confirme que el paciente puede alcanzar fácilmente objetos personales (<i>ej. Teléfono móvil, libro, puzzle pasatiempos etc.</i>), el vaso de agua, y el control remoto para solicitar ayuda médica. Ofrezcale detalles sobre el calendario médico que seguirán y el tiempo en que el paciente será examinado de nuevo).				0 3 6
Puntuación total: 50		<input type="radio"/>	criterio no rellenado		%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado		%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado		%

Referencias selectivas

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316

Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.

Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.

Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825

VALORACIÓN DEL GRADO DE CONCIENCIA DEL PACIENTE SOBRE SU ENFERMEDAD

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

funciones vitales
riesgo

de facto
termometría

queja
complicación

parada cardiorrespiratoria
oximetría de pulso

Definiciones:

1. Rama de la física que estudia los métodos e instrumentos usados para medir la temperatura.
2. Expresión Latina que significa de hecho, usada para describir algo que existe de hecho, pero no necesariamente por derecho o por acuerdo.
3. Cese irreversible de la actividad cardíaca.
4. Funciones del cuerpo sobre las que depende directamente la vida, como la circulación de la sangre, la respiración, etc.
5. Un síntoma que causa malestar, generalmente descrito desde la perspectiva del paciente.
6. Un método no invasivo que indica la saturación del oxígeno de la hemoglobina arterial.
7. Exposición a un peligro deseado o indeseado.
8. Un proceso patológico que sucede durante el transcurso de una enfermedad que no es parte esencial de la enfermedad, aunque puede ser causa de ésta u otras diversas.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor analiza la condición del paciente (si es consciente, puede moverse, hablar o respirar normalmente).

Después de evaluar las habilidades de comunicación del paciente, el doctor le pregunta si necesita más información sobre su diagnóstico para poder comprenderlo mejor. El doctor quiere saber qué entiende el paciente sobre su enfermedad y su evolución.

El doctor se asegura que el paciente puede alcanzar fácilmente sus objetos personales (ej. teléfono móvil, libro, puzle, pasatiempos, etc.), el vaso de agua, y el control remoto para solicitar ayuda médica. Después él da detalles sobre el calendario médico que seguirán y cuándo el paciente será examinado de nuevo.

- Después de analizar las condiciones del paciente, el doctor garantiza un entorno privado para la conversación y explica al paciente el motivo de su conversación: para debatir el diagnóstico del paciente y lo que van a hacer.

- El doctor asegura al paciente que el procedimiento es fácil de realizar y dura sólo 20 minutos.
- Evaluar cómo percibe el paciente su enfermedad permitirá al doctor ayudar al paciente a manejar su enfermedad. Por lo tanto, es importante que el paciente aporte respuestas sinceras.
- El doctor pregunta al paciente si tiene todo claro sobre el procedimiento y si tiene alguna otra pregunta al respecto.
- El doctor evalúa las habilidades de comunicación del paciente y en caso de debilidad o dificultad respiratoria asociada al esfuerzo de hablar, reduce lo más posible el esfuerzo que debe realizar el paciente para hablar, hablando en su lugar y pidiéndole sólo que confirme si se le ha entendido correctamente.
- El doctor quiere saber si el paciente está preocupado o si tiene miedos sobre la evolución de su enfermedad.
- El doctor rellena el historial médico del paciente con todos los detalles relativos al protocolo, accidentes, complicaciones, - según vaya sucediendo, con fecha y hora.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es la parada cardiorrespiratoria?

Es el cese irreversible de la actividad cardíaca.

Es el cese irreversible de la actividad digestiva.

2. ¿Qué es termometría?

Rama de la física que estudia los métodos e instrumentos usados para medir el pulso.

Rama de la física que estudia los métodos e instrumentos usados para medir la temperatura.

3. ¿Qué hace el doctor al comienzo del protocolo?

Al inicio, el doctor evalúa las condiciones del paciente (si está consciente, puede moverse, hablar, o respirar normalmente).

Al inicio, el doctor evalúa el confort del paciente (si está consciente, puede moverse, hablar, o respirar normalmente).

4. ¿Cuáles son los signos que indican el estado de las funciones vitales del cuerpo del paciente?

Hay cuatro signos primarios: temperatura corporal, presión sanguínea, pulso y frecuencia respiratoria

Hay cuatro signos primarios: temperatura corporal, micción y frecuencia respiratoria.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos:

1. El doctor asegura al paciente que el procedimiento es fácil de realizar y durará 10 minutos. V/F

2. Valorar cómo el paciente percibe su enfermedad no permitirá al doctor ayudarlo a manejarla. V/F

3. El doctor explica al paciente que tiene que ser sincero. V/F

4. El doctor evalúa las habilidades de comunicación del paciente. V/F
5. En caso de debilidad o dificultad respiratoria asociada al esfuerzo para hablar, el doctor reprograma el procedimiento. V/F
6. El doctor debe saber qué entiende el paciente sobre su enfermedad y su evolución. V/F
7. El doctor no pregunta al paciente si está preocupado por su enfermedad. V/F
8. El doctor pide al paciente que describa su diagnóstico usando sus propias palabras. V/F
9. El doctor rellena el expediente médico del paciente con los detalles principales de la realización del procedimiento. V/F
10. Finalmente el doctor ofrece detalles sobre el calendario médico que seguirán y cuándo el paciente será examinado de nuevo. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente
Vamos a hablar sobre su diagnóstico. Esto implica que usted deberá responder a algunas preguntas. Nos va a llevar unos 20 minutos. ¿Está de acuerdo?	No, gracias.
Me gustaría saber cómo percibe su enfermedad. Saberlo me ayudará mucho. Es importante que sea sincero ¿de acuerdo?	Entiendo que es grave.
¿Tiene caro qué es lo que vamos a hacer? ¿Está de acuerdo?	Sí, estoy de acuerdo.
¿Le gustaría tener más información sobre su diagnóstico para comprenderlo mejor?	Sí, veo que a menudo no me encuentro bien.
¿Qué es lo que entiende sobre su enfermedad y su evolución?	Sí, seré sincero.
¿Está preocupado o tiene algún miedo sobre la evolución de su enfermedad?	Le llamaré si hay algún problema.
¿Está tumbado cómodamente? ¿Tiene sus objetos personales a mano. Si surge algún problema, por favor use el botón de emergencia y vendremos lo antes posible.	No tengo ninguna pregunta por el momento.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

De facto	Por el contrario
Generar	Evaluar
Riesgo	De hecho
Termometría	Peligro
Beneficio	Conectar, enlazar
Programar	Idoneidad
Estimar	Planificar
Conformidad	Provecho
A la inversa	Resultar, producir
Asociar	Medida de temperatura

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio
Seleccione la mejor opción:

1. El doctor piensa que el procedimiento.....20 minutos.

Dura

Durará

Va a durar

2. Tal como ya le he dicho,.....un anestésico en una hora.

Voy a darle

Le daré

Le doy

3. Bien. Entonces.....su presión sanguínea inmediatamente.

voy a controlar

controlaré

controlo

4. Hemos traído todo el equipamiento porque.....el procedimiento inmediatamente.

Empezamos

Empezaremos

Vamos a empezar

5. El doctor sabe que el procedimiento.....fácil de realizar.

No son

no será

No va a ser

Seleccione la mejor opción:

1. La enfermera *le dará/le dio* una inyección inmediatamente.

2. Mañana el doctor *rellenó/rellenará* el expediente médico del paciente con todos los detalles.

3. El doctor *examinará/había examinado* the patient next week.

4. ¿*Estuvisteis haciendo/Vais a hacer* el procedimiento en dos días?

5. *No estar/No estará* disponible mañana por la tarde.

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo en el cual un doctor está hablando con un paciente acerca de la conciencia del paciente sobre su enfermedad (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). Grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>



ESTRUCTURAR LAS REDES DE LOS PACIENTES

Protocolo médico

Unidad lingüística



Además de los estados físico y psicológico, las redes sociales constituyen un recurso importante para diseñar una planificación terapéutica y garantizar su sostenibilidad. Los profesionales de la salud, amigos y familiares pueden considerarse un importante apoyo para aplicar la estrategia terapéutica y lograr su éxito.

 P



13	Información relativa a las creencias religiosas: ¿Cree usted o practica alguna religión? <i>(Las necesidades culturales y religiosas son un aspecto relevante en los cuidados paliativos tanto para el paciente como para su familia. Es importante tener en cuenta esta información para facilitar la asistencia a algún rito o estar en contacto con gente con los mismos valores y origen cultural que el paciente)</i> Haga referencia a trámites de asesoramiento religioso			0 1 3
14	Información sobre otros intereses: ¿Qué más le gustaría hacer o realizar? <i>(Muéstrese abierto a personalizar la planificación terapéutica)</i>			0 1 3
15	Información acerca del estado emocional de las personas más cercanas: Por ejemplo, ¿cómo cree que su mujer está soportando su enfermedad en estos momentos? <i>(Facilitar la relación social del paciente significa explorar las necesidades de los familiares así como ayudar en la interacción comunicativa y empática entre los familiares y las personas cercanas)</i>			0 1 3
16	En su actual situación, ¿cree que cuenta con suficiente apoyo y asistencia en su vida diaria? En el objetivo de ser lo más autónomo posible, necesita alguna ayuda sobre equipamiento, adaptación del entorno en su domicilio? <i>(Evalúe la situación actual para mejorar la asistencia del paciente y buscar nuevas soluciones si es necesario)</i>			0 1 3
17	¿Qué es lo que más le inquieta en estos momentos? ¿Cuál es su mayor preocupación en este momento?	ESENCIAL		
18	¿Se siente solo? <i>(Una vez terminada la conversación y ya con la información recogida, esta respuesta le ayudará a entender si se debe llevar a cabo alguna intervención planificada para mejorar la comodidad del paciente)</i>			0 1 3
19	Analice el estado emocional después de la entrevista: ¿Cómo se siente ahora? Pregunte de nuevo si el paciente tiene alguna preocupación o pregunta final. <i>(Esta cuestión ayuda a comprobar el grado de consciencia del paciente respecto de sus circunstancias)</i>			0 1 3
20	Escriba el resumen de su conversación incluyendo un árbol familiar o al menos mencionando el cuidador principal.			0 1 3
21	Despídase amablemente.			0 1 3
Puntuación total: 60		<input type="radio"/>	Criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente rellenado	%

Referencias selectivas

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 2015; 30(3): 200-211.

ESTRUCTURAR LAS REDES DE LOS PACIENTES

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

profesional de salud
interacción

red social
objetivo

queja
mapear

asistencia
protocolo

Definiciones:

1. Una acción o influencia mutua, recíproca, intercambio.
2. Una estructura social hecha por un conjunto de actores sociales (como individuos u organizaciones), lazos diádicos, y otras interacciones sociales entre actores.
3. El proceso de identificar y localizar acuerdos y relaciones entre diferentes componentes pertenecientes a una red (información, materiales, recursos económicos, personal).
4. Una institución/persona que proporciona cualquier tipo de cuidado—ej, doctor, enfermera, dentista, trabajador social para salud mental, asesor de natalidad.
5. El acto de asistir; ayudar; apoyar; la actividad para contribuir al cumplimiento de una necesidad.
6. Una expresión de dolor, insatisfacción o resentimiento.
7. El resultado o logro sobre el que se dirige un esfuerzo; meta; fin.
8. La planificación para el desarrollo de un tratamiento médico o para un experimento científico.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor pregunta al paciente cómo se encuentra y explica los motivos de la entrevista: le gustaría conocer algo más sobre su familia y amigos.

El doctor pregunta al paciente cuestiones sobre su casa actual, su familia, allegados y amigos.

El doctor necesita saber cuáles son las principales preocupaciones del paciente y si se siente solo en este momento.

- El doctor saluda, se presenta y asegura un entorno privado y confortable para la entrevista.
- El doctor adapta su lenguaje al nivel educativo y socio-cultural del paciente, mientras intercambia mensajes comprensibles y directos.
- El doctor desea conocer aspectos de la vida profesional, hobbies e intereses del paciente.
- El doctor solicita información respecto a las necesidades espirituales del paciente.
- El doctor quiere averiguar el estado emocional de la familia del paciente.



- El doctor pregunta al paciente si cree que tiene suficiente apoyo y asistencia en su día a día.
- El doctor evalúa el estado emocional del paciente después de la entrevista.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. *¿Qué es una red social?*

Una red social es una estructura social hecha por un conjunto de actores sociales (como individuos u organizaciones), formas de conexión, y otras interacciones sociales entre actores. La red social de un paciente comprende otros pacientes, amigos, familia, servicios sociales, hospitales e iglesias.

Una red social es una persona/institución que proporciona cualquier forma de atención de salud –ej. doctor, enfermera, dentista, trabajador social para salud mental, asesor de natalidad.

2. *¿Qué es un protocolo?*

Un protocolo es el proceso de identificar y localizar acuerdos y relaciones entre diferentes componentes pertenecientes a una red.

Un protocolo es la planificación para el desarrollo de un tratamiento médico o para un experimento científico.

3. *¿Por qué identificar la red social del paciente es crucial para su cuidado?*

Los pacientes que son dados de alta de hospitales necesitan no sólo profesionales y asistencia social de profesionales, sino también apoyo de sus familiares y amigos. La falta de una red social provee estrés al paciente y les hace vulnerables a la depresión y la adicción. El aislamiento social también provoca infarto, mortalidad y morbilidad.

Los pacientes que son dados de alta de hospitales necesitan no sólo profesionales y asistencia social de profesionales, sino también apoyo de organizaciones ecológicas. La falta de una red social provee estrés al paciente y les hace vulnerables a la depresión y la adicción. El aislamiento social también provoca infarto, mortalidad y morbilidad.

4. *¿Cuál es la función clave de la red social de un paciente?*

La función clave de la red social de un paciente es proporcionar apoyo económico, que es una de las principales vías por las que una red social influye en el estado de salud físico y mental.

La función clave de la red social de un paciente es proporcionar apoyo social, que es una de las principales vías por las que una red social influye en el estado de salud físico y mental.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos

1. Identificar y comprender la red social del paciente es muy importante para los profesionales de la salud. Comentar la identificación de la red ayuda al paciente reduciendo su ansiedad y haciéndoles sentir más confianza con respecto a su vida. V/F

2. Redes pobres o débiles alertan a los médicos y enfermeras sobre la vulnerabilidad del paciente y puede ayudar a trabajar desde el inicio la conexión del paciente con grupos de asistencia, organizaciones benéficas o agencias de asistencia social. V/F
3. El mapeo resuelve el problema de un apoyo social débil y ayuda a médicos y enfermeras a identificar asistencia para estos pacientes con estas necesidades. V/F
4. La asistencia social está relacionada con la gestión de actividades de la vida diaria (asegurarse alimentación en mantenimiento de la casa, incluyendo la calefacción y la seguridad), proporcionar sentido a un propósito (intercambiando roles, actividades, historias), celebrando el éxito y manteniendo el progreso. V/F
5. La red social del paciente, que es un mapa de conexiones, es visible para el profesional de salud. La estructura de la red es estática y permanente. V/F
6. La asistencia social da soporte a la dignidad. Vivir con la enfermedad es a veces un reto sin pronóstico realista de una posible recuperación. Por tanto, es importante aprender que el esfuerzo de vivir con una enfermedad crónica es un hecho respetado por los demás. V/F
7. Las redes de asistencia social proporcionan feedback a los individuos animándoles y premiando sus esfuerzos. V/F
8. El análisis de las redes sociales se incorpora sólo en estudios epidemiológicos; no cubre aún la educación y comunicación del paciente, o el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
<i>Me gustaría saber algo más sobre su familia y amigos. ¿Le importa que hablemos un rato sobre esto?</i>	Me gusta leer y pasar tiempo con mi familia y amigos.
<i>¿Dónde vive? ¿Está casado? ¿Tiene hijos? ¿Dónde viven ellos? ¿Qué tipo de relación tiene con ellos?</i>	Estoy preocupado porque no sé cómo reaccionar frente a mi enfermedad.
<i>¿Quién es su cuidador principal?</i>	No, ningún problema.
<i>¿Cuenta con buenos amigos? ¿Quiénes son? ¿Se siente apoyado por ellos en estos momentos?</i>	Estaba trabajando en la biblioteca municipal cuando descubrí mi enfermedad. He trabajado allí durante veinte años y he disfrutado de mi trabajo.
<i>¿Estaba trabajando cuando recibió el diagnóstico? ¿En qué trabajaba? ¿Desde cuándo? ¿Le gustaba su trabajo?</i>	Mi mujer.
<i>¿Qué le gusta hacer en su tiempo libre?</i>	Vivo en un apartamento con mi mujer. Mis hijos se han hecho mayores y viven con sus respectivas familias.
<i>¿Qué es lo que más le inquieta en estos momentos? ¿Cuál es su mayor preocupación en este momento?</i>	Tengo varios amigos de mi juventud y me echan una mano cuando necesito ayuda. Por otro lado, hablamos por teléfono cada día.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Asistencia	Dependencia
Deliberado	Procedimiento
Crónico	Ayuda



Vulnerable	Intencionado, provocado
Protocolo	Posibilidad, ocasión
Epidemiología	En peligro, inseguro, desprotegido
Morbilidad	Persistente, duradero
Mortalidad	Transmisión y control de enfermedades
Adicción	Pesimismo
Oportunidad	Muerte

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio:

¿Ha llamado a su familia? (¿Cuándo vienen?)

- a. evento pasado que es relevante ahora
- b. evento pasado completado
- c. algo en progreso en el pasado

Estaba bien porque había tomado algún analgésico antes de mi visita.

- a. evento pasado que es relevante ahora
- b. *un evento anterior a un momento en el pasado*
- c. algo en progreso en el pasado.

El doctor vio a todos sus pacientes ayer.

- a. algo en progreso en el pasado
- b. un evento anterior a un momento en el pasado
- c. evento pasado completado

El paciente hizo el procedimiento ayer.

- a. *evento pasado completado*
- b. algo en progreso en el pasado
- c. un evento anterior a un momento en el pasado

¿Qué estaban haciendo en el momento del accidente?

- a. evento pasado completado
- b. *algo en progreso en el pasado*
- c. un evento anterior a un momento en el pasado

Seleccione el verbo en la forma correcta:

1. *Sentí/ siento/he sentido* un dolor en el brazo y he pensado que tenía un infarto.
2. Él entró en pánico porque *se marchó/se había marchado/marcha* sin decírselo.
3. Cuando llegó la ambulancia él *estaba sangrando/ sangraba/ ha sangrado*.
4. Su familia llegó cuando él *está/ estaba/ estuvo* en la unidad de cuidados intensivos.
5. Ayer por la mañana cuando entré en la sala él *estaba hablando/habló/habla* con el doctor.



Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre un doctor y un paciente que está identificando sus redes sociales (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....
.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

¿Estaba trabajando cuando recibió el diagnóstico? ¿En qué trabajaba? ¿Cuánto tiempo ha trabajado en ese campo? ¿Le gustaba su trabajo?



TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LOS CUIDADORES

Protocolo médico

Unidad lingüística



Los cuidados paliativos se encargan de ofrecer el apoyo a los pacientes y sus familiares o seres queridos, durante la enfermedad y también a las familias en el transcurso de la pérdida. Por tanto, para poder ofrecer un apoyo eficaz deben analizarse las necesidades de los cuidadores. Normalmente los cuidadores son miembros de la familia, pero puede incluirse cualquier persona que un paciente considere relevante y de interés para él/ella.

194

	psicológico o espiritual)		3
11	¿Hay algún asunto que pueda necesitar en el cual nosotros podamos ser de ayuda? <i>(Compruebe que los recursos disponibles en el sistema de salud son suficientes para dar apoyo al cuidador en el cuidado del paciente)</i>		0 1 3
12	¿Cree usted que su domicilio está preparado para garantizar un cuidado apropiado para el paciente X? ¿Necesita algún cambio o adaptación (puertas, baño, barras en el pasillo, rampa de acceso...)? <i>(Compruebe que el domicilio particular es la solución posible y correcta para el paciente y su cuidador)</i>		0 1 3
13	¿Está trabajando actualmente? ¿Cree que su trabajo actual es compatible con el cuidado del sr./sra. X? Si no es así, ¿qué sería necesario para hacerlo compatible? <i>(Las cargas a afrontar por los cuidadores pueden tener un impacto en términos de pérdidas económicas o entrar en conflicto con su vida profesional. Este aspecto es importante para evaluar la sostenibilidad de la planificación terapéutica desde el punto de vista del cuidador)</i>		0 1 3
14	¿Cree usted que sus recursos económicos pueden ser suficientes para hacerse cargo del cuidado del sr./sra. X? ¿Tiene alguna duda o preocupación respecto del cuidado del sr./sra. X que pudiera comprometer sus recursos económicos? <i>(Este aspecto debe ser evaluado para poder incluir cualquier tipo de apoyo social disponible para el cuidador, o tomar decisiones teniendo en cuenta recursos limitados)</i>		0 1 3
15	Respecto del actual cuidado del sr./sra. X, ¿cree usted que podría recibir/recibiría mejores cuidados en otro lugar? <i>(Ingreso en hospital, hospital de cuidados paliativos, atendido por enfermeros/as en domicilio...)</i> <i>(Los recursos disponibles en el sistema de salud deben ser integrados para mejorar las dificultades de las demandas del cuidado en términos de tiempos de desplazamiento, asistencia social, la capacidad de los cuidadores para coordinar los cuidados en domicilio en los mejores intereses del paciente)</i>		0 1 3
16	En caso de que el/la sr./sra. X requirieran de un cuidado de emergencia o un traslado a un centro especializado, ¿sabe usted qué pasos debería realizar? <i>(Este aspecto es un modo para evaluar si el cuidador puede gestionar cualquier cambio de la planificación terapéutica debido a la evolución de la enfermedad y cómo se puede adaptar este rol a la nueva situación)</i>		0 1 3
17	¿Se siente capaz de cuidar del sr./sra. X? En caso contrario, ¿por qué? ¿de qué modo podríamos serle de ayuda? <i>(Los cuidadores deben tener toda la información necesaria para tomar decisiones y poder ofrecer el mejor cuidado al paciente. Deben contar con asistencia social y psicológica en caso de que se produzcan situaciones de dificultad. Además se deberán estudiar otras vías de acción opcionales y alternativas en caso de que al cuidador le surgiera cualquier duda)</i>		0 1 3
18	¿Podemos ayudarle en cualquier asunto relativo al cuidado del sr./sra X? <i>(Ayuda a detectar cuestiones que no se han considerado previamente)</i>		0 1 3
19	Teniendo en cuenta la evolución de la enfermedad del sr./sra X, y considerando cómo le encuentra ahora, ¿cree que sus necesidades pueden sobrepasarle en algún momento? Si es así, ¿cuáles son sus preocupaciones y por qué? <i>(Una evaluación final de la entrevista puede ayudar a entender el grado de satisfacción del cuidador respecto de la planificación terapéutica y superar obstáculos y barreras)</i>		0 1 3

20	Frente al suceso de que la muerte pueda acaecer en el domicilio, ¿se siente preparado? ¿Siente que cuenta con los recursos necesarios para proporcionarle cuidado bajo dichas circunstancias en el domicilio? (Es importante tener en cuenta el deseo y las motivaciones del cuidador para cuidar al paciente en el domicilio; en caso de duda, considere la asistencia de apoyo psicológico)			0 1 3
21	¿Se siente solo? ¿Tiene algún tipo de ayuda mientras cuida al sr./sra X?	ESENCIAL		
22	Muestre disponibilidad para cualquier petición o solicitud posterior, e informe al cuidador cómo puede contactar con vd. Pregunte de nuevo si el cuidador tiene alguna pregunta o preocupación final.			0 2 5
23	Despidase amablemente.			0 1 3
24	Registre el resumen de su conversación en el archivo del paciente			0 1 3
Puntuación final: 80		<input type="radio"/>	criterio no rellenado	%
		<input type="radio"/>	criterio parcialmente rellenado	%
		<input checked="" type="radio"/>	criterio totalmente rellenado	%

Referencias específicas

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. Journal of Clinical Nursing 2008; 18:1379-1393

TRATAMIENTO DE LAS NECESIDADES DE LOS CUIDADORES

Introducción

Familiarícese con la terminología de la Unidad. Haga coincidir las palabras del recuadro con las definiciones más abajo. Arrastre y suelte.

geriatría emergencia hematólogo programa de cuidados paliativos
terapeuta oncólogo centro de cuidados paliativos cuidador

Definiciones:

1. La condición de un paciente que requiere tratamiento inmediato.
2. Un médico formado y experto en hematología, con competencias para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la sangre y médula ósea.
3. Un médico especializado en el estudio y tratamiento de enfermedades neoplásicas, en especial el cáncer.
4. Una persona que se especializa en alguna de las diversas terapias alternativas médicas o psicológicas y es capaz de planificar e implementar un programa de terapia personalizado para cada paciente.
5. Un miembro familiar o asistente contratado que asume la responsabilidad de las necesidades físicas y emotivas de otra persona que es incapaz de cuidarse a sí misma.
6. Una institución privada que proporciona residencia y cuidado a los enfermos crónicos, normalmente pacientes mayores.
7. Un programa que proporciona cuidados paliativos y atiende las necesidades espirituales y emocionales de los pacientes terminales en un centro para pacientes ingresados o en el domicilio del paciente.
8. La rama de la medicina que se encarga del diagnóstico y tratamiento de enfermedades y problemas específicos de las personas mayores.

Observar y Escuchar

Aquí tiene una serie de acciones que está realizando el doctor. Sin embargo, faltan algunos pasos del protocolo. ¿Dónde colocaría los pasos que faltan? Arrastre y suelte. Observe el vídeo y revise los pasos.

El doctor saluda, se presenta y realiza unas preguntas abiertas para crear una buena relación inicial con el paciente y su cuidador/a.

El doctor pregunta al cuidador cómo se siente en la labor del cuidado del paciente X y si puede haber algo que necesite en el cual puedan servir de ayuda con el fin de asegurar un cuidado apropiado para el paciente.

El doctor se muestra disponible para cualquier posterior cuestión, e informa al paciente cómo contactar con él de nuevo.

- El doctor observa el entorno del paciente, y su comportamiento con el cuidador y pregunta al cuidador cómo se encuentra.
- El doctor ofrece al cuidador la oportunidad de hablar de sus preocupaciones/necesidades en privado y asegura un espacio cómodo para la entrevista.
- El doctor pregunta al cuidador si está trabajando actualmente y si su trabajo actual es compatible con el cuidado del señor X.

- El doctor pregunta al cuidador si sus recursos económicos son suficientes para cuidar del señor X y si considera que el paciente pudiera recibir mejores cuidados en otro lugar.
- El doctor quiere saber si el cuidador conoce los pasos a seguir si el señor X necesitase atención de emergencia, o si sería adecuado trasladarle a otro centro con instalaciones específicas.
- El doctor quiere saber si el cuidador se siente solo y si cuenta con apoyo en el cuidado de X.
- El doctor pregunta de nuevo si el cuidador tiene preguntas preocupaciones finales y después se marcha amablemente.

Lectura y Vocabulario

Seleccione la respuesta correcta para cada pregunta

1. ¿Qué es un cuidador?

Una persona que se especializa en alguna de las diversas terapias alternativas médicas o psicológicas y es capaz de planificar e implementar un programa de terapia personalizado para cada paciente.

Un miembro familiar o asistente contratado que asume la responsabilidad de las necesidades físicas y emotivas de otra persona que es incapaz de cuidarse a sí misma.

2. ¿Qué es un hematólogo?

Un médico formado y experto en hematología, con competencias para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de la sangre y médula ósea.

Un médico especializado en el estudio y tratamiento de enfermedades neoplásicas, en especial el cáncer.

3. ¿Qué tipo de equipo médico necesita un enfermo terminal?

Tal enfermo necesita un equipo médico que tiene la misma especialidad.

Tal enfermo necesita un equipo médico interdisciplinar de profesionales y voluntarios que tienen diferentes especialidades y que cubren las necesidades del paciente (físicas, sociales y espirituales).

4. ¿En qué consisten los cuidados paliativos?

EL cuidado paliativo asegura las necesidades del paciente (físicas, sociales y espirituales) en el domicilio y en centros especializados con pacientes ingresados.

El cuidado paliativo asegura sólo las necesidades materiales del paciente.

Marque si los enunciados son verdaderos o falsos

1. Es importante para el médico crear una buena relación inicial con el paciente y su cuidador. V/F
2. El doctor ofrece al cuidador la oportunidad de hablar de sus preocupaciones/necesidades en privado y asegura un espacio cómodo para la entrevista. V/F
3. Los cuidados paliativos tratan sólo las necesidades médicas del paciente. V/F
4. Una residencia es también una institución de residencia y de cuidado para enfermos crónicos, normalmente pacientes mayores y sus familias. V/F
5. Un equipo de cuidados paliativos interdisciplinar es un grupo de expertos y/o voluntarios con diferentes especialidades que proporciona cuidado al paciente (físico, social y espiritual) en la fase terminal. V/F

6. El doctor pregunta al cuidador si sus recursos económicos son suficientes para cuidar del señor X y si considera que el paciente pudiera recibir mejores cuidados en otro lugar. V/F
7. El doctor pregunta al cuidador si está trabajando actualmente y si su trabajo actual es compatible con el cuidado del señor X. V/F
8. Los pacientes terminales pueden ser tratados en el hospital o en su domicilio. V/F

Arrastre y haga coincidir las preguntas del doctor con las respuestas del paciente:

Preguntas del doctor:	Respuestas del paciente:
¿Cómo se siente cuidando al paciente X?	Es difícil porque le veo sufrir mucho.
¿Podemos ayudarlo con algún asunto específico?	No me siento solo. Tengo cerca a mi familia y también creo que puedo contar con usted
¿Está trabajando ahora? ¿Cree que su trabajo es compatible con el cuidado del señor X?	No lo sé ahora si estoy preparado para ese momento.
Si el señor X necesitase atención de urgencia, o si fuera necesario trasladarlo a otras instalaciones, ¿sabe qué pasos debe seguir?	Sí, me han explicado cómo actuar en esas circunstancias.
Frente al suceso de que la muerte pueda acaecer en el domicilio, ¿se siente preparado?	Ya no trabajo más. Me he retirado.
Se siente capaz de cuidar del sr./sra. X? En caso contrario ¿por qué? ¿Cómo podemos ayudarlo?	Puedo manejarlo con él tal como está ahora
Do you feel alone? Do you have any support while caring for Mr. X?	Estoy tratando de gestionarme a mí ahora.

Combine las frases/palabras con su correspondiente término médico/formal en la tabla:

Holístico	Simpatía, comprensión
Empatía	Doctores y enfermeras en una residencia
Personal de cuidados paliativos	llamada de acción inmediata
Irresistible	Relativo a los conjuntos
Interdisciplinar	Imposible resistir
Emergencia, urgente	Una casa de atención de salud para el cuidado de enfermos terminales
Compatible	Esfuerzo extremo o fatigoso
Strain	Implica más disciplinas
Overwhelming	Capaz de coexistencia armoniosa
Residencia de cuidados paliativos	Difícil de controlar

Gramática integrada

Estudie las explicaciones gramaticales y realice el siguiente ejercicio

Seleccione la mejor opción:

1. ¿Sabe cuándo tiene que tomar su medicina?
 - a. Preguntar información sobre un hecho
 - b. Preguntar la opinión de alguien sobre la veracidad de un hecho
 - c. Preguntar la aceptación de alguien sobre la veracidad de un hecho
2. ¿Cree que sus ingresos cubren los gastos del cuidado del señor García?
 - a. Preguntar información sobre un hecho
 - b. Preguntar la opinión de alguien sobre la veracidad de un hecho

c. Preguntar la aceptación de alguien sobre la veracidad de un hecho

3. *El señor García se encuentra bien con sus nuevos colegas, ¿no es verdad?*

- a. Preguntar información sobre un hecho
- b. Preguntar la opinión de alguien sobre la veracidad de un hecho
- c. Preguntar la aceptación de alguien sobre la veracidad de un hecho

4. *En su opinión ¿puedo ayudarle a cubrir las necesidades de nuestro paciente?*

- a. Preguntar información sobre un hecho
- b. Preguntar la opinión de alguien sobre la veracidad de un hecho
- c. Preguntar la aceptación de alguien sobre la veracidad de un hecho

5. Dígame: ¿Viene hoy su esposa?

- a. Preguntar información sobre un hecho
- b. Preguntar la opinión de alguien sobre la veracidad de un hecho
- c. Preguntar si un hecho es cierto

Seleccione el verbo en la forma correcta en la frase de estilo indirecto:

- 1. *¿Es verdad que/¿Sabe quién su trabajo es compatible con cuidar al Sr. García?*
- 2. *¿Cree que/¿Sabe cuándo sus ingresos cubren los gastos del cuidado del Sr. García?*
- 3. *¿Sabe si/¿Sabe dónde el señor García se encuentra bien en la residencia?*
- 4. *Dígame cuál/Dígame si su mujer viene hoy.*
- 5. *Puede decirme cuál/Puede decirme cuándo necesita ayuda.*

Expresión oral

Escriba más abajo un diálogo entre un cuidador que está cuidando a un paciente anciano y un doctor que está interesado en las necesidades del cuidador (vea como ejemplo el diálogo de los ejercicios de Lectura y Vocabulario). grábese haciendo estas recomendaciones, suba el archivo de audio siguiendo las instrucciones y revise el Foro para ver la evaluación realizada por alguno de sus colegas.

Evalúe 1 ó 2 trabajos de la sección de Expresión oral de sus colegas en el Foro.

Expresión escrita

Escuche y escriba lo que ha oído:

.....

! Puede acceder a la unidad en línea en el siguiente enlace: <http://medlang.eu/course/>

Referencias específicas

1. Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA. **Approaching difficult communication tasks in oncology.** *CA Cancer J Clin* 2005; **55**, 164-177.
2. Baek SK, Kim S, et al. **Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study.** *Support Care Cancer* 2012; 20:1309-1316
3. Bee PE, Barnes P, Luker AL. **A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer.** *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18:1379-1393
4. Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houtdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. **Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).** KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.
5. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – **Skills in clinical nursing, 6-th ed.**, Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
6. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina **Skills in clinical nursing, 6-th ed -** Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
7. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. **Assessment of pain.** *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
8. Brown RF. **Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training.** *Common Educ.* 2010, 59, 236-249.
9. Buckman R. **Communication skills in palliative care. A practical guide.** *Neurologic Clinics* 2001; 19(4): 989-1004
10. Bylund CL, et al. **Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center.** *J Cancer Educ.* 2011, 26, 604-611.
11. Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, **Can we teach effective listening? An exploratory study,** *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
12. Centers for Disease Control and Prevention. **Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections.** <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>
13. Deschepper R, Vander Stichele R, et al. **Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium.** *British Journal of General Practice* 2006; 56:14-19



14. Fallowfield L, Jenkins V. - **Effective communication skills are the key to good cancer care.** Eur. J. Cancer 35(11) Oct. 1999 1592-1597
15. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. **Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care.** Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297–303
16. Finset A, Ekeberg O, et al. **Long term benefits of communication skills training for cancer doctors.** Psycho-Oncology 2003; 12:686-693
17. Ghețu N., Huțanu I, Perțea Mihaela, Petriș O., Poroș V., Sîrbu P., Tamaș Camelia, Turliuc Dana Mihaela, **Abilități chirurgicale fundamentale.** Ed. "Gr. T. Popa" UMF Iași 2014,(editura acreditată CNCIS cod 229), (ISBN 978-606-544-272-6)
18. Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. **Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP).** Arthritis Care & Research, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
19. HackTF, Degner LF, Parker PA. **The communication goals and needs of cancer patients: a review.** Psychooncology 2005, 14(10), 831-845.
20. <http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/> 2 August 2016
21. <http://www.smokingpackyears.com/>
22. <https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>
23. Huskisson, E. C. **Measurement of pain.** 1974, Lancet, 2, 1127-1131
24. James Alvin Low, Sim Lai Kiow, Norhisham Main, Koh Kim Luan, Pang Weng Sun, May Lim, **Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team** Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11–15.
25. Jarret N, Porter K, et al. **The networks of care surrounding cancer palliative care patients.** BMJ Supportive and Palliative Care 2015; 5: 435-442.
26. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. **Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain.** J Pain, 2003;4:407–14.
27. Lam KK. **Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors.** HKSPM Newsletter 2006, Sep Issue 2, 13.
28. Lelorain S, et al. **A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care.** Psychooncology 2012, 21(12), 1255-64.
29. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, **Job Burnout** Annu. Rev. Psychol. 2001 52:397–422
30. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. **Clinical applications of visual analogue scales: a critical review.** Psychol Med 1988;18:1007–19.

31. Ministry of Health. **Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand. Wellington:**
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>
 2009
32. Mosoiu D. **Comunicarea in cancer.** 2009, 31-35.
33. NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital **Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)** <http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>
34. Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. **Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial.** Scandinavian Journal of Caring Sciences. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.
35. Oleg Codreanu, Svetlana Plămădeală, Ovidiu Petriș **Ghid de manopere practice – Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău, 2013, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu;** (ISBN 978-9975-113-93-9)
36. Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. **Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth?** J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175–7.
37. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. **Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review.** J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.
38. Peter Maguire, Ann Faulkner **Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial** BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974
39. Petriș Ovidiu Rusalim **Ghid de studiu - protocoale, evaluări – Abilități Clinice Fundamentale - Ed. a 2-a, rev. și adăug. –Ed. Gr. T. Popa, 2014;** (ISBN 978-606-544-276-4)
40. Petriș Ovidiu Rusalim **Guide d'étude - protocoles, évaluations: habiletés cliniques fondamentales,** Ed. Gr. T. Popa, 2012 (ISBN 978-606-544-103-3)
41. Petriș Ovidiu Rusalim **Note de curs. Modul integrativ pentru studiul rinichiului.,** Ed. "Gr. T. Popa" U.M.F. Iași, 2013, (editura acreditată CNCSIS cod 229), pg. 134-154,(ISBN 978-606-544-167-5).
42. Petriș Ovidiu Rusalim, **Study guide - protocols, assessments : basic clinical skills** Ed. Gr. T. Popa, 2012 , (ISBN 978-606-544-104-0),
43. Platt FW, Keller VF. **Empathic communication: a teachable and learnable skill.** J Gen Intern Med 1994, 9, 222-226.
44. Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. **Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen.** 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.
45. **Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL) Version 5** (2009). Available at URL: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf



46. Randall F, Downie R. **End of life choices**. Oxford University Press, 2009
47. Sallnow L, Richardson H, et al. **The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review**. Palliative Medicine 2015; 30(3): 200-211.
48. Santosh K. Chaturvedi, Carmen G. Loisel, Prabha S. Chandra, **Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care**. 2009 Jan-Jun; 15(1): 2–9
49. Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. **Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial**. International Journal of Nursing Studies. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001
50. Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. **The impact of patients’ awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014**. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.
51. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. **A model of empathic communication in the medical interview**. JAMA 1997; 277(8):678–682.
52. Tang ST, Liu T, et al. **Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study**. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.
53. The State of Queensland, Queensland Health, **2010 Guidelines for syringe driver management in palliative care’. Second edition 2010**
https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf
54. Thomas K, Lobo B. **Advance care planning in end of life care**. Oxford University Press, 2010
55. Treece PD. **Communication in the intensive care unit about the end of life**. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414
56. UK Chief Medical Officers **Low risk drinking guidelines**, August 2016
www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf
57. Wallace CL. **Family communication and decision making at the end of life: a literature review**. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825
58. Wittenberg-Lyles E. **Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication**. Patient Educ Couns 2012, 89(1), 31-37.