

Atención Primaria, Pediatría, Ginecología

XXVIII LECCIONES EN SALUD COMUNITARIA



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXVIII Lecciones en Salud Comunitaria.



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXVIII Lecciones en Salud Comunitaria.

Fecha de publicación: 25 de enero de 2022

1º Edición

© Ciencia Sanitaria, 2020

© De los textos: sus autores

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

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

ISBN: 978-84-18472-24-4

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	SALIVA HUMANA. ACTUALIZACIÓN SOBRE SU PRODUCCIÓN Y CUANTIFICACIÓN CLÍNICA SONSOLES JUNQUERA OLAY, ENRIQUE BARBEITO CASTRO Y IGNACIO DÍAZ VALERIO	3
2	ENFERMERIA: INGURGITACION DE LA VENA YUGULAR JUANA MARTINEZ AMORES, NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA, MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO Y NAZARET MENA HORTELANO	9
3	ENFERMERIA: PARTO EN EL AGUA JUANA MARTINEZ AMORES, NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA, MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO Y NAZARET MENA HORTELANO	13
4	ENFERMERIA: ARTRITIS REUMATOIDE JUANA MARTINEZ AMORES, NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA, MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO Y NAZARET MENA HORTELANO	17
5	ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA VERSUS ENFERMERA ESCOLAR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS NATALIA NAVARRO ZAFRA, DANIEL HERRAIZ VALLADOLID Y ANA VALLADOLID VINDEL	23
6	OBESIDAD INFANTIL MARÍA CRISTINA PALMA VILLALAÍN Y SANDRA GONZÁLEZ PÉREZ	31
7	ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA SANDRA GONZÁLEZ PÉREZ Y MARÍA CRISTINA PALMA VILLALAÍN	39

8	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS VASCULARES DE ORIGEN VENOSO EN MIEMBROS INFERIORES CARLOS RAMON MEGÍAS JIMENEZ Y CELIA MAGDALENA MEGÍAS JIMÉNEZ	47
9	DEMENCIA Y DETECCIÓN PRECOZ ANA VALLADOLID VINDEL, NATALIA NAVARRO ZAFRA Y DANIEL HERRAIZ VALLADOLID	53
10	EPILEPSIA RESPUESTA RÁPIDA ANA VALLADOLID VINDEL, NATALIA NAVARRO ZAFRA Y DANIEL HERRAIZ VALLADOLID	59
11	APNEA DEL SUEÑO DANIEL HERRAIZ VALLADOLID, ANA VALLADOLID VINDEL Y NATALIA NAVARRO ZAFRA	65
12	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN	69
13	ENFERMERIA: SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST) DANIEL MORA MAROTO, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ, M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ Y ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ	73
14	ENFERMERIA: TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO DANIEL MORA MAROTO, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ, M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ Y ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ	81
15	ENFERMERÍA EN LA SINEQUIA VULVAR EN ATENCION PRIMARIA PEDIÁTRICA DANIEL MORA MAROTO, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ, M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ Y ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ	87

16	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) CARLOS RAMON MEGÍAS JIMENEZ Y CELIA MAGDALENA MEGÍAS JIMÉNEZ	91
17	CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP) CARLOS RAMON MEGÍAS JIMENEZ Y CELIA MAGDALENA MEGÍAS JIMÉNEZ	97
18	EVALUACIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO CON DOLOR ALEJANDRO BLANCO GÓMEZ	103
19	CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL MARÍA CRISTINA PALMA VILLALAÍN	117
20	LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE MARTA RODRÍGUEZ DÍAZ	125
21	CONSECUENCIAS DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN GESTANTE BEATRIZ J PALIZAS ALONSO	129
22	EDUCACIÓN PARA LA SALUD. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS EN MUJERES ADOLESCENTES BEATRIZ J PALIZAS ALONSO	133
23	DIABETES TIPO 2. CÓMO PREVENIR Y/O RETRASAR SU APARICIÓN SUSANA GONZALEZ BLANCO, ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA, CLARA GARCIA PERUYERO, LORENA PICAZO DEL CANTO Y EVA RODRIGUEZ MIGUENS	137
24	EL PIE DIABÉTICO, COMPLICACIÓN DE LA DIABETES: PREVENIR, VALORAR, TRATAR SUSANA GONZALEZ BLANCO, ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA, CLARA GARCIA PERUYERO, LORENA PICAZO DEL CANTO Y EVA RODRIGUEZ MIGUENS	141

25	APNEA DEL SUEÑO: DIAGNOSTICAR, TRATAR SUSANA GONZALEZ BLANCO, LORENA PICAZO DEL CANTO, CLARA GARCIA PERUYERO, ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA Y EVA RODRIGUEZ MIGUENS	147
26	DUE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE GERIÁTRICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN ELENA CABELLO FERNANDEZ, KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ Y MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA	153
27	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ Y SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA	157
28	PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE CERVIX VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ Y SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA	163
29	MANEJO DEL LITIO MARIA ANGELES DURAN LOS ARCOS	169
30	INTERVENCIÓN QUIRURGICA PACIENTE ALÉRGICO AL LÁTEX, PREPARACION QUIRÚRGICA CLARA GARCIA PERUYERO Y LORENA PICAZO DEL CANTO	175
31	UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA SILVIA OVIAÑO MARTÍNEZ, PAULA QUINTANA GARCIA Y CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ	181
32	CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA PAULA QUINTANA GARCIA, CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ Y SILVIA OVIAÑO MARTÍNEZ	185
33	INCIDENCIA DEL ICTUS EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS VIRGINIA GUTIÉRREZ ABRIL	191
34	CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE QUEMADO CRISTINA GÓMEZ AMIGO, SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA Y VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ	203

35	LACTANCIA MATERNA CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ, PAULA QUINTANA GARCIA Y SILVIA OVIAÑO MARTÍNEZ	209
36	VALORACIÓN DE LA VÍA AÉREA CLARA GARCIA PERUYERO Y LORENA PICAZO DEL CANTO	213
37	FACTORES DE RIESGO EN EL ICTUS ISQUÉMICO VIRGINIA GUTIÉRREZ ABRIL	219
38	DUE: ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ, MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA Y ELENA CABELLO FERNANDEZ	227
39	ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS CÓLICOS DEL LACTANTE. PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ, ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS, MARIA PASTOR BLANCO Y AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ	231
40	ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. MÉTODO BABY LED WEANING MARIA PASTOR BLANCO, AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ, PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ Y ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS	237
41	DUE: PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS: MANEJO DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA, ELENA CABELLO FERNANDEZ Y KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ	241
42	LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN PACIENTES CON EPOC. NURIA LÓPEZ CASTILLO	245
43	EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA: ALIMENTACIÓN Y DIETAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO MARÍA JOSÉ CASES SANTÍN	249
44	MEDIDAS HIGIÉNICAS A REALIZAR ANTE LA PRESENCIA DE PACIENTES CON RESULTADO POSITIVO EN SARS-COV2 DENTRO DE UN CENTRO SANITARIO. ERMITAS ESTRELLA BOLAÑO GOMEZ	253

45	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL CÁNCER VAGINAL COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	257
46	EL PAPEL QUE TIENE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA MANIPULACIÓN Y CUIDADOS DE LOS DRENAJES INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO, JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN, MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO, ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ Y MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ	263
47	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CONSTANTES VITALES INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO, JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN, MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO, ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ Y MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ	267
48	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA.CAMBIOS POSTURALES DE PACIENTES INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO, JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN, MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO, ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ Y MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ	273
49	LA HIGIENE DEL PACIENTE , COMPETENCIA DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) SAMUEL MATIA BELTRAN, YOLANDA OSORIO LOZANO, YOLANDA VENTURA CALABRIA, MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS Y MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS	279
50	LAS FUNCIONES DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA FARMACIA HOSPITALARIA SAMUEL MATIA BELTRAN, YOLANDA OSORIO LOZANO, YOLANDA VENTURA CALABRIA, MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS Y MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS	283

51 EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS	
SAMUEL MATIA BELTRAN, YOLANDA OSORIO LOZANO, YOLANDA VENTURA CALABRIA, MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS Y MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS	287
52 CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO	
AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR	291
53 PERSONAS MAYORES Y OBESIDAD	
AROA LOBETO GARCÍA, ROSALIA CASTRO CUEVA, MARÍA DEL PILAR BURÍA GONZÁLEZ, MARÍA DESEADA REBOLLO RODRÍGUEZ Y ROMÁN MIGOYA ÁLVAREZ	297
54 ALIVIO DEL DOLOR ONCOLÓGICO EN PEDIATRÍA	
CRISTINA CASAOS ASSOLARI, OLGA ALONSO ALBA, MARÍA DE LA O GARCÍA VEGA, COVADONGA PILAR GUERRA MIER Y LORENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	303
55 EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD EN LOS JÓVENES.	
MARÍA YOLANDA OLARREAGA GUTIERREZ, ALEXIA PÉREZ FERNÁNDEZ, LUZDIVINA MARTÍN REDONDO, EDGARDO FEDERICO RADAKOFF MONTOTO Y ANA DELIA PUENTE DÍAZ	309
56 LA RELEVANCIA DE LA SALUD DIGITAL A DIA DE HOY	
JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ ORDIERA	315
57 LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS DOMICILIOS	
JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ ORDIERA	319
58 ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	
ÁNGELES MEDINA BARZANO Y MARTA BENITA LARA	323
59 TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN OXIGENOTERAPIA	
MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL, Mª DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO, PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ, MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL Y JUANA MARIA SANCHEZ BORJA	327

60	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) : EUTANASIA VS SEDACIÓN MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL, M ^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO, PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ, MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL Y JUANA MARIA SANCHEZ BORJA	331
61	CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA CORRECTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL, M ^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO, PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ, MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL Y JUANA MARIA SANCHEZ BORJA	337
62	INTERVENCION Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN DIAGNOSTICO DE UN NIÑO AUTISTA EDUCACION SANITARIA MARÍA DEL ROSARIO NAVES GONZÁLEZ	341
63	TCAES ANTE LA ESCUCHA ACTIVA MARIA ANTONIA PEREZ NUÑO	345
64	UNA ENFERMEDAD LLAMADA DEPRESIÓN MARÍA AMELIA HERES MENÉNDEZ	349
65	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ODONTOLOGÍA YAIZA ANDRÉS RODRÍGUEZ	353
66	TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA UNIDAD DE FARMACIA YAIZA ANDRÉS RODRÍGUEZ	363
67	TCAE: HIGIENE DEL PACIENTE: FUNCIONES BÁSICAS DE LA PIEL MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN, FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ Y IRENE VIECO DEL OLMO	367
68	LOS CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE CON SÍNDROME DEPRESIVO. MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA Y ROSA MARÍA MORENO RABADÁN	371

69	LA RELACION ENTRE EL TCAE Y LA MEDICACION. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA. YOLANDA ÁLVAREZ GONZÁLEZ Y ROSA MARÍA MORENO RABADÁN	375
70	TCAE EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN: MATERIAL DE GINECOLOGÍA FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ, IRENE VIECO DEL OLMO Y MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN	379
71	TCAE: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: EJERCICIOS RESPIRATORIOS IRENE VIECO DEL OLMO, MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN Y FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ	383
72	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ATENCIÓN A LOS ACOMPAÑANTES DE PACIENTES TERMINALES FRANCISCO JOSE VALDES PESQUERA	387
73	PACIENTES CON OBESIDAD PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ROSA MARÍA MORENO RABADÁN	391
74	LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ	395
75	IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN CORRECTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE DE UN PACIENTE ENCAMADO GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ	401
76	NUTRICIÓN ENTERAL Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN Y CUIDADO DEL MISMO GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ	407
77	FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL TAMARA GAYOL FERNÁNDEZ	413

78	FISIOTERAPIA EN LAS PRINCIPALES DESALINEACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN ADOLESCENTES ANDREA DE QUEVEDO ROJO Y MÓNICA FERNÁNDEZ DOS SANTOS	417
79	SALAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA SILVIA RUIZ CUESTA	427
80	CÓMO PUEDE LA FISIOTERAPIA AYUDAR EN EL CÓLICO DEL LACTANTE SELENE SILVA RODRÍGUEZ	433
81	¿PUEDE AYUDAR LA ACUPUNTURA A LA COXIGODINIA? SELENE SILVA RODRÍGUEZ	437
82	REHABILITACIÓN POSTOPERATORIA DE ARTROSCOPIA DE RODILLA SELENE SILVA RODRÍGUEZ	441
83	CONJUNTIVITIS U OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO LAGRIMAL. RELACIÓN CON LA FISIOTERAPIA SELENE SILVA RODRÍGUEZ	445
84	¿LAS CESÁREAS SON MENOS LESIVAS QUE UN PARTO VAGINAL? ¿PUEDE HABER PATOLOGÍA PERINEAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA? SELENE SILVA RODRÍGUEZ	449
85	ENFERMEDAD DE PARKINSON Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR MÓNICA FERNÁNDEZ DOS SANTOS Y ANDREA DE QUEVEDO ROJO	453
86	LA BRONQUIOLITIS EN LA EDAD PEDIÁTRICA MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ, SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ, SANDRA VILLA SÁNCHEZ, ALFREDO DOPACIO GARCIA Y NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ	459
87	UTILIZACION DE NINTENDO WII BALANCE BOARD PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ, ALFREDO DOPACIO GARCIA, SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ, SANDRA VILLA SÁNCHEZ Y MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ	463

88 EFICACIA DEL KINESIOTAPE COMO TRATAMIENTO DE LOS ESGUINCES CRÓNICOS DE TOBILLO EN BALONMANO SANDRA VILLA SÁNCHEZ, NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ, ALFREDO DOPACIO GARCIA, MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ Y SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ	469
89 ACTUACIÓN DEL HIGIENISTA DENTAL Y DEL PROFESIONAL SANITARIO ANTE UN PACIENTE INFECTOCONTAGIOSO SONIA MARTÍN MORENO, ELENA CARDEÑA DÍAZ, IRENE GARCÍA PAVÓN Y MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO	473
90 ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL ODONTOLÓGICO POR PARTE DEL HIGIENISTA DENTAL Y LA SALUD BUCODENTAL SONIA MARTÍN MORENO, ELENA CARDEÑA DÍAZ, IRENE GARCÍA PAVÓN Y MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO	477
91 LAS FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL DURANTE LA CIRUGÍA DE IMPLANTES SONIA MARTÍN MORENO, ELENA CARDEÑA DÍAZ, IRENE GARCÍA PAVÓN Y MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO	481
92 ATENCION ODONTOLÓGICA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS CON HEMODIALISIS. MARIA SOL VAZQUEZ BERDASCO	485
93 ACTUALIZACIÓN DE BIOSEGURIDAD: PLANES DE CUIDADOS EN PREVENCIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA PATRICIA GONZALEZ ACERO Y EVA RODRÍGUEZ BLANCO	491
94 ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE: CLASIFICACIÓN CARIDAD ARROYO MARTIN, DAVINIA BRAVO ALVAREZ, CELIA ALONSO BLANCO Y DESIRÉE SÁNCHEZ GONZÁLEZ	499
95 CANCER DE MAMA POR MAMOGRAFIA CARMEN JULIA LLERENA LLORET	503
96 HISTEROSALPINGOGRAFÍA CARMEN JULIA LLERENA LLORET	507

97 LA FIGURA DEL TCAE Y EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.	
PALOMA BLANCO BENDITO	511
98 EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS	
MARÍA ÁNGELES SUÁREZ CARAMÉS	515
99 LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO SEGÚN LA LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD	
SONIA BLANCO MARTÍNEZ	519
100 LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN ALMACENES DE LOS HOSPITALES	
MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA, MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ, AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ, M ^a LLANOS RUBIO RUBIO Y LOURDES GUTIERREZ LUCENDO	525
101 EL CELADOR: PAUTAS EN PACIENTES CON ALERGIAS AL LATEX	
MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA, MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ, AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ, M ^a LLANOS RUBIO RUBIO Y LOURDES GUTIERREZ LUCENDO	529
102 EL CELADOR/A EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN	
MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA, MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ, AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ, M ^a LLANOS RUBIO RUBIO Y LOURDES GUTIERREZ LUCENDO	533
103 EL CELADOR DE PLANTA Y SUS FUNCIONES EN ESTA	
YOLANDA SORIA MARTINEZ, ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA, MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ, JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO Y MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ	539
104 FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN UCI	
YOLANDA SORIA MARTINEZ, ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA, MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ, JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO Y MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ	543

105 PAPEL Y FUNCIONES DEL CELADOR EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA O DE SALUD	
YOLANDA SORIA MARTINEZ, ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA, MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ, JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO Y MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ	547
106 PALIATIVOS Y EL CELADOR	
MARIA OLGA AVILA MURILLO, JAVIER BETETA ROMERO, SONIA VAQUERO LÓPEZ, LORENZO GARCÍA CLEMENTE Y MANUELA RUIZ VILLOTE	551
107 SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) PARA EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	
MARIA OLGA AVILA MURILLO, JAVIER BETETA ROMERO, SONIA VAQUERO LÓPEZ, LORENZO GARCÍA CLEMENTE Y MANUELA RUIZ VILLOTE	555
108 EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE MUESTRAS	
MARIA OLGA AVILA MURILLO, JAVIER BETETA ROMERO, SONIA VAQUERO LÓPEZ, LORENZO GARCÍA CLEMENTE Y MANUELA RUIZ VILLOTE	559
109 LA HIGIENE DE MANOS COMO MODO DE EVITAR LOS CONTAGIOS	
ANTONIO FERNÁNDEZ ANTUÑA	563
110 TRABAJO EN EQUIPO EN LOS SERVICIOS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO	
ANTONIO FERNÁNDEZ ANTUÑA	567
111 ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. EL MOBBING	
ANTONIO FERNÁNDEZ ANTUÑA	571
112 ACTUACIÓN DEL CELADOR PARA TRASLADAR DOCUMENTOS Y OBJETOS	
JOSE CARLOS URBANOS MARTINEZ	575
113 ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON MATERIALES Y DISPOSITIVOS DE AYUDA	
JOSE CARLOS URBANOS MARTINEZ	581

114 EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES ALBERTO GARCÍA MUÑOZ, MANUEL GARCÍA MUÑOZ, VERONICA TOMAS GARCIA Y JOSE RANGEL SOLANA	585
115 EL CELADOR EN ZONA DE QUIRÓFANOS ALBERTO GARCÍA MUÑOZ, MANUEL GARCÍA MUÑOZ, VERONICA TOMAS GARCIA Y JOSE RANGEL SOLANA	591
116 EL CELADOR Y LA CLASIFICACION-TRIAJE DE URGENCIAS ALBERTO GARCÍA MUÑOZ, MANUEL GARCÍA MUÑOZ, VERONICA TOMAS GARCIA Y JOSE RANGEL SOLANA	597
117 TÉCNICA CORRECTA DEL LAVADO DE MANOS MONICA CONEJO ALMENDRO Y JOSE IGNACIO DEL HOYO MORENO	601
118 LAS DIFERENTES TECNICAS RADIOGRÁFICAS PARA DIAGNÓSTICAR LA PANCREATITIS CRÓNICA ALEJANDRO DE LA PUENTE GREGORIO, SILVIA MERINO PELÁEZ, ALBERTO ROSSELL GARCIA Y LAURA CABRERA OVIES	605

Capítulo 1

SALIVA HUMANA. ACTUALIZACIÓN SOBRE SU PRODUCCIÓN Y CUANTIFICACIÓN CLÍNICA

SONSOLES JUNQUERA OLAY

ENRIQUE BARBEITO CASTRO

IGNACIO DÍAZ VALERIO

1 Introducción

1.1 Saliva:

La saliva es un fluido secretado por las glándulas salivales, que se dividen en mayores y menores. Las glándulas salivales mayores son tres pares bilaterales: parótidas (región parotídea), submaxilar y sublingual (suelo de la boca). Todas juntas producen el 90% de la saliva total. Hay entre 600 y 1500 glándulas salivales menores, localizadas en diferentes regiones de la mucosa oral: palatina, labial, bucal, lingual y retromolar; producen solo el 10% de la saliva, que es el principal lubricante de la mucosa oral. Las glándulas salivales están formadas por acinos, donde se forma la saliva primaria con una composición similar al plasma, y un sistema de conductos complejo y ramificado. Las células acinares están rodeadas por una matriz extracelular, células mioepiteliales, miofibroblastos, células inmunes, células endoteliales, células estromales y fibras nerviosas. La saliva primaria fluye a través de los conductos intercalados y estriados, donde se secretan diferentes iones que son incluidos en la saliva, que finalmente será liberada a la cavidad oral a través de los conductos excretores. Cada glándula

secreta un tipo diferente de saliva dependiendo del número de células serosas y mucosas de sus acinos. Las glándulas parótidas (Figura 1) están situadas en el espacio parotídeo, anterior al canal auditivo, y producen saliva serosa, que se drena a través del conducto de Stenon, situado en la mucosa yugal por encima de los molares del maxilar superior. Las glándulas submaxilares (Figura 2) están situadas debajo y a ambos lados de la mandíbula, y producen saliva con un porcentaje más mucoso, que drena a través de los conductos de Wharton, situados a la altura del frenillo lingual. Las glándulas sublinguales (Figura 3) también producen una saliva más mucosa. Son anteriores a las submaxilares, drenando la saliva a través de los conductos de Rivinus (pequeños y múltiples orificios en el pliegue sublingual) y el conducto de Bartolino, que está conectado al conducto de Wharton. Las glándulas menores tienen variedad en la calidad de sus secreciones. La saliva final está compuesta por un 99% de agua y una amplia gama de iones: potasio, calcio, sodio, magnesio, fosfatos y bicarbonato; productos derivados del nitrógeno, como la urea y el amoníaco y unas 1000 proteínas, de las que solo el 10% están presentes en abundancia, como enzimas, mucinas, inmunoglobulinas, amilasa, péptidos ricos en prolina, péptidos de defensa del huésped, mucinas y anhidrasa carbónica.

2 Objetivos

- Enumerar las funciones que desempeña la saliva humana en las personas sanas.
- Describir diferentes sistemas clínicos utilizados para cuantificar su producción.

3 Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través de las bases de datos, Medline, PubMed, EMBASE y Cochrane. Las palabras clave empleadas fueron: human saliva, function and production. Se eliminaron inicialmente aquellos trabajos que eran:

1. Artículos repetidos.
2. Artículos no escritos en lengua inglesa o española.
3. Artículos anteriores a 2000. El número total de artículos sobre el tema revisados fue de 4054. Para el presente trabajo se seleccionaron definitivamente 24.

4 Resultados

4.1 Funciones de la saliva.

Las propiedades de la saliva son varias y dependen de las glicoproteínas e iones disueltos en ella. La saliva se adhiere fácilmente a la mucosa oral como un fluido no newtoniano, lo que implica que la viscosidad aumenta con la temperatura y el esfuerzo de cizalla que se le aplica. Su alta viscosidad incrementa la capacidad de la saliva para realizar sus funciones, especialmente durante la masticación y la deglución, que son los momentos de mayor cizalla, y también aquellos en los que la saliva es más necesaria.

Las funciones de la saliva son la lubricación de las superficies orales, función tampón, formación de la película salival, aclaramiento oral, participa en la percepción del gusto, funciones digestivas, reparación de los tejidos, es antimicrobiana, remineralización del esmalte, digestión inicial y formación del bolo alimenticio. Todas estas funciones ayudan a mantener la salud oral.

- Lubricación de las superficies orales. Las mucinas son fundamentales para llevar a cabo esta función, pues forman un lubricante viscoso y viscoelástico, y reduciendo la fricción entre las superficies al comer o hablar. La humedad en la mucosa la hace menos susceptible a la abrasión, ayuda a eliminar los leucocitos, células descamadas, microorganismos y restos de comida, y a prevenir las infecciones de las glándulas salivales.
- Aclaramiento oral. La saliva facilita el arrastre de los restos de comida y bebidas al tragar, especialmente para evitar la fermentación de los carbohidratos en la boca, causantes del debilitamiento del esmalte que puede provocar caries. Además de arrastrar los restos, es crucial el arrastre de los microorganismos adheridos a las células epiteliales y los que están libres en la saliva.
- Función tampón. Aunque hay varias sustancias en la saliva que participan en la regulación del pH (fosfato, urea, enzimas y otros), el bicarbonato es la más relevante 3, dada su afinidad por los protones H^+ (que provocan la disminución del pH), formando ácido carbónico que será descompuesto por la anhidrasa carbónica.
- Digestión oral. La saliva es responsable de la digestión inicial de los alimentos, descomponiendo los almidones y lípidos gracias a la α -amilasa y la lipasa lingual respectivamente.
- Gusto. La saliva es importante para el sentido del gusto, pues disuelve los alimentos para ser degustados y baña las células de las papilas gustativas para que cumplan su función de identificar los nutrientes y las sustancias nocivas. La pérdida de este sentido ante la infección por determinadas cepas de coronavirus

(Covid-19) ha generado una controversia en relación con las tomas de muestra para su diagnóstico. Diferentes autores defienden el mayor valor diagnóstico las muestras salivales, frente a los exudados nasofaríngeos.

- Formación del bolo alimenticio. La unión de los trozos de comida en forma de bolo es responsabilidad de la lengua, por lo que el bolo debe estar bien lubricado para ser deglutido correctamente.
- Digestión. Tanto la amilasa como la lipasa lingual continúan su acción durante los primeros minutos de la digestión gástrica (11-13), y la formación del bolo es indispensable en el proceso de digestión.
- Reparación tisular. A través de diversas sustancias (analgésicos como las opiorfinas, agentes hemostáticos como el factor tisular, IgA, mucinas y antibacterianos como las aglutininas), la saliva participa activamente en la cicatrización de las heridas causadas en la cavidad oral durante la masticación, el cepillado, las agresiones externas.
- Acciones antimicrobianas. Hay muchas sustancias antimicrobianas, como las inmunoglobulinas, péptidos, glicoproteínas o aglutininas, que participan en la defensa activa de la cavidad oral.
- Formación de la película salival. Las proteínas salivales tienen la capacidad de formar una película sobre el esmalte dental que impide el contacto directo entre el medio ácido oral y la superficie del diente.
- Remineralización del esmalte. La alta concentración de calcio y fosfato en la saliva ayuda a que estos minerales se difundan de nuevo al esmalte dental, reparando la pérdida de estructura que se produce durante la bajada del pH que se produce tras el consumo de azúcares.

4.2 Métodos de evaluación de la producción de saliva.

Las condiciones de recolección de saliva deben estandarizarse, ya que parámetros como la posición del cuerpo, la exposición a la luz o los estímulos olfativos modifican el flujo salival. La Facultad de Odontología de la Universidad de California del Sur redactó las directrices para la recolección de saliva.

Macroscópicamente, existen dos formas de recoger saliva: saliva global o de una glándula individual.

1. Recolección de la saliva global.

Los cuatro métodos más utilizados son:

- Método absorbente: el clínico coloca hisopos, rollos de algodón o gasas de peso conocido en los orificios de la glándula mayor, siendo pesados nuevamente al final del período de recolección.
- Método de succión: se aspira continuamente saliva de la boca del paciente.

- Método expectorante: el paciente debe mantener la saliva en el suelo de la boca, escupiéndola en un tubo graduado cada minuto.
- Método de drenaje: el paciente debe mantener un tubo graduado con un embudo en contacto con el labio inferior, dejando caer la saliva pasivamente durante el tiempo de recolección, expectorando al final de este en el tubo. Los métodos de absorción y succión pueden causar cierto grado de estimulación, por lo que los recomendados son el expectorante y el de drenaje.

2. Recolección individual

Las siguientes técnicas nos ofrecen una información más concreta sobre el flujo salival, aunque debe realizarse con dispositivos diseñados a medida, dado que no son técnicas muy extendidas por su complejidad:

- Glándula parótida: el clínico coloca un dispositivo Carlson-Crittenden (Figura 2.1) modificado en el conducto de Stensen.
- Glándulas submaxilares y sublinguales: uno de los métodos disponibles es el uso de un colector Wolff (Figura 4), que se coloca en el conducto de Wharton.
- Glándulas salivales menores: aunque la medición de su flujo no tiene mucha aplicación clínica, se puede medir este flujo secando la mucosa y poniendo gasas prepesadas en la mucosa labial superior, la mucosa labial inferior, la mucosa palatina y la mucosa bucal. Después del tiempo de recolección, el investigador debe volver a pesar las gasas y restar el peso conocido de las gasas.

5 Discusión-Conclusión

La saliva es un fluido corporal que desempeña un papel fundamental en el complicado engranaje del cuerpo humano,. Las importantes funciones que ejerce la saliva no solo se limitan a la salud oral de la mucosa del territorio y a la integridad de los dientes. También, representa un importante elemento para las defensas generales del individuo. Pese a ello, los procedimientos para el control de su normal producción son poco conocidos por los clínicos y presumiblemente mejoren con el paso del tiempo con la difusión del conocimiento y los nuevos avances tecnológicos en el diagnóstico y en el tratamiento de la producción salival.

6 Bibliografía

1. Holmberg K, Hoffman M. Anatomy, Biogenesis and Regeneration of Salivary Glands. Monographs in Oral Science. 2014;1-2.

2. de Paula F, Teshima T, Hsieh R, Souza M. Overview of Human Salivary Glands: Highlights of Morphology and Developing Processes. *The Anatomical Record*. 2017;300(7):3.
3. Humphrey S, Williamson R. A review of saliva: Normal composition, flow, and function. *The Journal of Prosthetic Dentistry*. 2001;85(2):162-163.
4. Proctor G, Carpenter G. Regulation of salivary gland function by autonomic nerves. *Autonomic Neuroscience*. 2007;133(1):4.
5. Marsh P, Do T, Beighton D, Devine D. Influence of saliva on the oral microbiota. *Periodontology 2000*. 2015;70(1):80.

Capítulo 2

ENFERMERIA: INGURGITACION DE LA VENA YUGULAR

JUANA MARTINEZ AMORES

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

NAZARET MENA HORTELANO

1 Introducción

La distensión de la vena yugular ocurre cuando la presión de la vena cava superior aumenta produciendo que la vena yugular se hinche ,generando que sea mas visible en la parte derecha del cuello. La flebectasia se define como una dilatación anormal saculofusiforme no varicosa, se presenta en cualquier vena del organismo. También llamada aneurisma venosa, pseudoaneurisma venoso ,quiste venoso congénito, venoma, ectasia venosa ,es una formación rara que aparece como una dilatación fusiforme de la vena yugular interna.

El primer caso expuesto en la humanidad se dio a Harris en 1928.La expresión de flebectasia fue nombrada por Gerwing en 1952 para distinguir de una varice(que es una dilatación que muestra tortuosidad.

Examinar la ingurgitación de la vena yugular colocando al paciente en decúbito supino a 45 grados, en situación normal la vena esta colapsada no más de 1 a 2

cm por encima de la articulación manubrio esternal y la ingurgitación decrece durante la inspiración.

La distensión se produce cuando la presión aumenta provocando una prominencia que transcurre por el lado derecho del cuello. Las venas yugulares son venas que transportan la sangre desoxigenada desde la cabeza hacia el corazón por medio de la vena cava superior.

Hay dos grupos de venas yugulares ,que se encuentra a ambos lados del cuello:

- Externo.
- Interno.

2 Objetivos

Identificar y conocer los síntomas y signos de que un paciente esté padeciendo una distensión de la vena yugular. Ello nos ayuda para anticiparnos a un diagnóstico precoz de diversas patologías.

3 Metodología

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

4 Resultados

La ingurgitación enorme es provocada por el acrecentamiento de la presión venosa, si llega al ángulo mandibular en bipedestación, la presión venosa es > 25 cm H₂O.

En personas sanas o con obstrucción del flujo sanguíneo sobre la aurícula derecha, la compresión del hígado no produce crecimiento importante de la presión en la aurícula o no propaga la presión a la vena cava superior.

Las causas de flebectasia excesiva pueden ser bilateral y unilateral.

1. Bilateral, insuficiencia cardíaca derecha, pericarditis constricivo (se caracteriza por una ingurgitación mayor durante la inspiración y por pulso venoso paradójico o signo de Kussmaul, puede presentar insuficiencia cardíaca derecha

avanzada), estenosis de la válvula tricúspide, trombosis de la arteria pulmonar, obstrucción de la aorta torácica, neumotórax a tensión, bocio.

1. Unilateral, bocio de gran dimensión.

Respecto al procedimiento, dado que se trata de una patología benigna, se recomienda realizar revisiones periódicas y se retrasara la modificación mediante cirugía en caso si presentan complicaciones asociadas (síndrome de Horner, fallo cardíaco, trombosis, hemorragia masiva secundaria a traumatismos).

Entre los procedimientos quirúrgicos se describen la ligación o extracción del segmento afectado. Se describe una técnica que consiste en envolver el segmento dilatado con una prótesis tubular de politetrafluoroetileno.

En el taponamiento cardíaco, se investigara la triada Beck, que es una serie de tres signos médicos acompañantes con el taponamiento cardiaco agudo ,una naturaleza de emergencia en la que el liquido se deposita alrededor del corazón y afectando su capacidad para bombear sangre.

Los signos son presión arterial baja, distensión de las venas del cuello y ruidos cardiacos distales y amortiguados.

En la ingurgitación de la vena cava yugular da a entender una congestión al retorno venoso, puede ser provocado por: insuficiencia cardíaca, incompetencia tricuspídea, taponamiento cardiaco, pericarditis constrictiva, etc.

En la ingurgitación de la vena yugular se puede distinguir 4 grados:

- Grado 1: se llena 2 cm.
- Grado 2: llenado de la mitad inferior del trayecto entre la quijada y la clavícula.
- Grado 3: llenado de todo el trayecto.
- Grado 4: llenado de mas de 1 cm postauricular.

1. Comprobar las constantes vitales (respiración, presión arterial, pulso) ante la posible aparición de un riesgo vital próxima, por una obstrucción cardíaca, neumotórax a tensión o tromboembolismo pulmonar.

2. Llevar a cabo la anamnesis y exploración física. Explorar el reflujo hepatoyugular para ubicar el obstáculo que provoca la distensión de las venas yugulares. Se acomoda al paciente en decúbito supino con el tórax elevado, de tal modo que la prominencia de las venas yugulares no esté más de 1 a 2 cm por encima de la articulación manubrio esternal.

Durante 30 a 60 segundos apretar con una mano la zona del hipocondrio derecho, si se presenta dolor, presionar en otra zona abdominal, se observara la respiración del paciente, esta debe de ser tranquila y vigilar las venas yugulares.

La prominencia yugular por encima del musculo esternocleidomastoideo, reflujo hepatoyugular positivo, aparecerá en la insuficiencia cardiaca congestiva, esta presión en la zona hepática eleva la presión en la vena cava inferior y en la au-

rícula derecha que es transferida a la vena cava superior y a las venas yugulares.

3. Examen adicional. Se realizarán una radiografía de tórax si hay señales de que se produzca una insuficiencia cardíaca, obstrucción cardíaca, pericarditis o patología valvular se llevará a cabo una ecocardiografía.

Ante la posibilidad de un cáncer de pulmón con fibrobroncoscopia, en el síndrome de la vena cava superior con un edema facial, cervical y ensanchamiento de las venas de la parte superior del tórax se realizará una tomografía computarizada (TC) de tórax, en un bocio de tamaño voluminoso ecografía cervical y prueba de tirotropina (TSH) y las hormonas tiroideas.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos con la siguiente información:

Solo el 50 % de los facultativos son expertos en distinguir la ingurgitación yugular.

La aparición de esta anticipa el inicio de los síntomas en la insuficiencia cardíaca. El descubrimiento de ingurgitación yugular es el signo más seguro de sobrecarga de volumen, el cual mejora su singularidad cuando cohabita con edema de miembros inferiores.

La presión elevada de las venas yugulares refleja el incremento en la presión de la aurícula derecha, la cual se conecta con elevada presión de llenado con el lado izquierdo del corazón y efectos adversos en los pacientes con insuficiencia cardíaca crónica.

Si bien las flebectasias son poco comunes, es una patología a tener en cuenta como diagnóstico desigual de una tumoración cervical que intensifica con maniobras de Valsalva (cualquier propósito de exhalar aire con la glotis cerrada o con la boca y la nariz cerradas).

6 Bibliografía

1. <https://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.l.1.42>
2. https://es.m.wikipedia.org/wiki/Signos_de_Kussmaul
3. <https://portal.guiasalud.es/egpcpaciente-icc-sintomas/>
4. [https://es.m.wikipedia.org/wiki/Tr%C3%ADada_de_Beck_\(Cardiolog%C3%ADa\)](https://es.m.wikipedia.org/wiki/Tr%C3%ADada_de_Beck_(Cardiolog%C3%ADa))
5. https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/multimedia/image/v37135149_es

Capítulo 3

ENFERMERIA: PARTO EN EL AGUA

JUANA MARTINEZ AMORES

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

NAZARET MENA HORTELANO

1 Introducción

En la actualidad, se está introduciendo la asistencia al trabajo de parto en el agua de las maternidades españolas fruto de la importante evidencia científica existente sobre sus efectos en la disminución del uso de la analgesia epidural durante el trabajo de parto sin incrementar las complicaciones materno-fetales.

Si nos vamos muchos años atrás en la historia de la humanidad, ya se conocían leyendas sobre partos selectos en el antiguo Egipto o el uso de templos sagrados por los súbditos del rey Minos en la isla de Creta.

El primer parto documentado en el agua es de Francia en 1803.

Destaca también la figura de Michel Odent, obstetra, en la maternidad de Pithiviers en 1980 con el uso de duchas y la asistencia al parto en el agua.

En 1993, en Reino Unido destaca el informe "Changing Birth" en el que se abogaba por un espacio con bañera como opción para todas las mujeres. Esto consiguió que en 2006 ya hubiese 295 centros con bañera para inmersión de las mujeres en su trabajo de parto.

España es uno de los países a la cola de Europa donde sólo el 17,4% de centros disponen de bañera aunque la tendencia va en aumento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la utilización y beneficios del agua para el alivio del dolor de parto frente a otras técnicas farmacológicas utilizadas tradicionalmente.

Objetivos secundarios:

- Conocer los criterios de inclusión y exclusión para el uso de la hidroterapia basados en las últimas recomendaciones.
- Adquirir conocimientos suficientes para poder ofrecer la inmersión en agua caliente como un método no farmacológico.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de diferentes artículos científicos de revistas, base de datos y revisión de los protocolos de diferentes hospitales en relación a la atención del parto en el agua.

También se han consultado estudios científicos y libros sobre el tema a tratar.

4 Resultados

En nuestra sociedad existe una cultura de miedo al dolor y sobre todo al tema que nos atañe como es el dolor en el parto.

Cada mujer tiene unas expectativas en relación a la maternidad y al parto que van a condicionar nuestras vivencias y emociones en relación a este dolor.

Es por ello que la elección del método analgésico va a depender de múltiples factores como son: la percepción individual del dolor, las expectativas de la mujer, el desarrollo del parto y por último y no menos importante, el apoyo que ofrezcamos los profesionales.

Entre los beneficios que ofrece el uso de la hidroterapia durante el trabajo de parto destacan la mayor movilidad de la mujer gracias a la flotabilidad.

Permite, entre contracción y contracción, una mayor relajación y disminuye la percepción del dolor gracias al calor del agua. Es por esto que hay un aumento de la satisfacción materna.

Entre los criterios de inclusión para el uso de la bañera de parto destacan:

- Gestación a término.
- Parto espontáneo.
- Presentación cefálica.
- Hemoglobina normal.
- Embarazo de bajo riesgo.
- Rotura prematura de membranas menor a 18 horas.

Los criterios de abandono son:

- Presión asistencial en la sala de partos.
- Que la mujer no desee permanecer dentro de la bañera de parto.
- Deseo de analgesia epidural.
- Signos vitales materno-fetales alterados.
- Presencia de hemorragia intraparto.
- Sospecha de pérdida de bienestar fetal o irregularidades en la frecuencia cardíaca del bebé.

Es importante señalar que el objetivo del empleo del agua como recurso de método no farmacológico durante el parto, no es que el expulsivo tenga lugar dentro del agua.

La postura que adoptará la madre será aquella en la que se encuentre más cómoda, y el nivel del agua debe de ser el adecuado para que cuando salga la cabeza fetal no haya riesgo de salida al medio aéreo y vuelta al acuático.

Se debe de escuchar cada 5-15 minutos, durante 30-60 segundos después de la contracción, el latido cardíaco fetal.

Con respecto al alumbramiento se recomienda manejo activo con oxitocina sintética bien IM o IV.

La revisión del canal del parto tendrá lugar fuera del agua. En el caso en que haya que suturar y el sangrado no sea abundante se recomienda esperar una hora para que los tejidos disminuyan la vasodilatación y sean menos fiables.

5 Discusión-Conclusión

Las matronas tenemos el deber de proporcionar a la gestante y pareja información veraz sobre los distintos métodos existentes para el alivio del dolor durante el parto tanto desde atención primaria como desde atención especializada.

La hidroterapia en la fase activa de la dilatación es un método eficaz y seguro tanto para madre como para recién nacido.

Debemos promover su uso como método analgésico alternativo en aquellos hospitales que cuentan con bañera obstétrica.

Es fundamental que las matronas estemos formadas para ofrecer esta alternativa, de manera que actuemos según un procedimiento común consensuado basado en la evidencia científica actual con el fin de disminuir la variabilidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Iniciativa Parto Normal. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Barcelona, 2007 [Fecha de acceso: 03 de Julio de 2021] Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>.
2. Cluett E R, Burns EE. Immersion in water in labour and birth. Base de Datos. Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2009. [Fecha de acceso: 04 de Julio de 2021]. Disponible en: http://www.cochrane.org/CD000111/PREG_immersion-in-water-in-labour-and-birth.
3. Ramón E, Azón E. Pautas alternativas de tratamiento del dolor en el parto de bajo riesgo. Nure Investigación [Internet]. 2009 [Fecha de acceso: 05 de Julio de 2021]; 41: 02-09. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/450/438>.

Capítulo 4

ENFERMERIA: ARTRITIS REUMATOIDE

JUANA MARTINEZ AMORES

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

NAZARET MENA HORTELANO

1 Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, progresiva, autoinmune y debilitante, de etiología aún desconocida. Se trata de una enfermedad inflamatoria crónica, caracterizada por la afectación simétrica de múltiples articulaciones y la presentación de diversos síntomas generales inespecíficos y manifestaciones extraarticulares. La enfermedad puede causar, en fases avanzadas, importantes limitaciones físicas, así como un marcado deterioro de la calidad de vida.

Afecta aproximadamente 1% de la población adulta, esto quiere decir que en España estarían afectados más de 460.000 personas con la enfermedad. Puede presentarse a cualquier edad sin embargo es más común en personas entre los 40 y 70 años. Es 2.5 veces más común en mujeres que en hombres. Está asociada con un aumento en la mortalidad y puede reducir la expectativa de vida en 3 a 18 años.

En este capítulo estudiaremos las manifestaciones que tiene la artritis reumatoide, en qué pacientes es frecuente la enfermedad, los síntomas que se manifiestan, las causas de la enfermedad, además de conocer cómo es la evolución del paciente que sufre dicha enfermedad según el tratamiento que se le administre. También se hará hincapié en saber distinguir lo que es artritis reumatoide y artrosis debido a que son fácilmente confundibles.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Estudiar las posibles manifestaciones de la artritis reumatoide.

Objetivos secundarios:

- Saber diferenciar entre artritis y artrosis.
- Conocer las causas y la sintomatología de la enfermedad.

3 Metodología

La metodología seguida en la elaboración del presente capítulo ha sido una revisión bibliográfica con búsqueda sistemática de libros en bibliotecas, además de haberse consultados artículos de las principales bases de datos:

Pubmed, Medline, Scielo, Dialnet y Google Scholar, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, y descartando aquellos que, aún estando relacionados con la enfermedad, trataban estudios de la enfermedad vinculadas a otras.

4 Resultados

La AR se manifiesta típicamente por dolor, tumefacción y rigidez o dificultad de movimiento en diversas articulaciones pequeñas y grandes. Los síntomas generales, que a veces preceden a las manifestaciones articulares, incluyen cansancio, sensación de malestar, fiebre ligera, inapetencia y pérdida de peso corporal. Las manifestaciones extraarticulares afectan principalmente a los vasos sanguíneos, el corazón, los pulmones, los ojos, la sangre y la piel.

Es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino, soliendo aparecer en personas adultas mayores, pero puede iniciarse en cualquier etapa de la vida con independencia de la raza y el sexo.

El síntoma inicial más frecuente es la rigidez articular matutina, sobre todo en las articulaciones de manos y pies, que se presenta tras el reposo nocturno y comporta una notable dificultad de movimiento. La rigidez matutina se puede acompañar de cansancio, fiebre, pérdida del apetito y debilidad muscular, un cuadro que a veces aparece semanas o meses antes que el dolor y los signos que denotan inflamación articular, es decir, hinchazón, calor y enrojecimiento en las articulaciones comprometidas.

La evolución es variable, en algunas personas el avance de las lesiones se detiene de forma espontánea, mientras que en otras progresa a lo largo de toda la vida. Lo más habitual, es que el trastorno evolucione durante muchos años o a lo largo de toda la vida, con alternancia de períodos de exacerbación sintomática que suelen durar unas cuantas semanas o unos pocos meses y períodos de calma relativa o absoluta.

El tratamiento de la AR consiste en una serie de medidas generales relacionadas con el estilo de vida, el reposo y el ejercicio, junto con una terapia farmacológica; además, en algunos casos, se indica la aplicación de determinadas intervenciones quirúrgicas. Lamentablemente, aún no se dispone de un tratamiento que permita curar la enfermedad. Sin embargo, en conjunto, todas las medidas terapéuticas disponibles en la actualidad permiten aliviar los síntomas y mejorar el pronóstico, lo que supone un impacto muy positivo en la calidad de vida de los afectados.

De la revisión se obtiene que los mejores resultados terapéuticos se consiguen con un diagnóstico precoz, estableciéndose un tratamiento en las fases iniciales. Las lesiones articulares de la AR se producen a consecuencia de la artritis, es decir, la inflamación articular.

El inicio del trastorno corresponde a la inflamación de la membrana sinovial que tapiza el interior de la cápsula articular: se produce así una sinovitis, caracterizada por la proliferación de diversos tipos de células inmunitarias y por la producción excesiva de líquido sinovial, todo ello causa de las manifestaciones de la inflamación articular.

Con el paso del tiempo, la sinovitis se hace crónica.

Diferencias entre la artritis reumatoide y la artrosis:

La artrosis y la AR son enfermedades reumáticas frecuentes, sobre todo la primera, y algunas de sus manifestaciones son similares, lo que puede generar confusiones y malentendidos. No obstante, tanto su origen como su evolución y tratamiento son muy distintos, por tanto, es conveniente que las personas con AR conozcan estas diferencias, debido a que las estrategias terapéuticas que se aplican son distintas en uno y otro trastorno.

La AR es una enfermedad inflamatoria que afecta primariamente a la membrana

sinovial, mientras que la artrosis es una patología no inflamatoria, pues corresponde a un trastorno degenerativo del cartílago articular.

Causas de la artritis reumatoide. Aún no se conocen en profundidad las causas de la AR. Lo que sí se sabe es que se trata de un trastorno autoinmune y que en su origen intervienen causas o factores:

- Factores genéticos.
- Antecedentes de AR en la familia.
- Infecciones.
- Hormonas femeninas.
- Obesidad y tipo de alimentación.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo resumiendo que la artritis reumatoide es una enfermedad sistémica crónica, inflamatoria y autoinmune, que afecta principalmente la membrana sinovial. Si no se realiza un diagnóstico temprano y se instaura un tratamiento adecuado se produce discapacidad, deformidad de articulaciones y disminución de la expectativa de vida de pacientes portadores.

En las pasadas dos décadas el tratamiento de la AR ha revolucionado, por avances en el entendimiento de los mecanismos fisiopatológicos, siendo estos mecanismos los objetivos del desarrollo de nuevas terapias, aumentando las opciones terapéuticas en estos pacientes.

La artritis reumatoide es la principal causa de atención médica en hospitales de segundo nivel en el Servicio de Reumatología.

6 Bibliografía

1. Belmonte M.A, Castellano J.A, Román J.A, Rosas J.C. Enfermedades Reumáticas. Actualización SVR. Valencia. Ibáñez y Plaza Asociados S.L. 2013.
2. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. Rheumatol Clin 2011.
3. Grupo GUIPCAR. Actualización Guía de Práctica Clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide en España. Sociedad Española de Reumatología. Madrid, diciembre 2011. Accesible: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/dicGUIPCAR_2011_V7.pdf

4. Lisbona MP, Maymo J, Perez C, Almirall M, Calvet J, Balsa A et al. Algoritmo diagnóstico para AR de reciente comienzo. Validez Diagnóstica. Resultados preliminares. Reumatol Clin 2006;2(Espec Congr):85.
5. Arthritis foundation. Cómo afecta la artritis reumatoide los sistemas de su cuerpo. [Consultado el 15/12/2019]. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/disease-center/imprimia-un-folleto/artitis-reumatoide/>.
6. Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. En: Manual de la artritis reumatoide. Madrid: Sociedad Española de Reumatología/Wyeth, 2002.

Capítulo 5

ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA VERSUS ENFERMERA ESCOLAR EN LOS CENTROS EDUCATIVOS

NATALIA NAVARRO ZAFRA

DANIEL HERRAIZ VALLADOLID

ANA VALLADOLID VINDEL

1 Introducción

Para conocer la figura de la enfermera escolar y la especialista enfermera de familiar y comunitaria, en primer lugar, tenemos que examinar la legislación donde se originan estos modelos de enfermería que prestan sus cuidados a los niños en edad escolar y a su familia.

Analizaremos la legislación básica en nuestro país, y también internacionalmente, ya que los cuidados enfermeros se refrendan en numerosos tratados internacionales, porque son derechos humanos fundamentales: el derecho a la salud y el derecho a la educación.

En primer lugar, la Constitución española de 1978 en su artículo 27.3 reconoce el derecho de los padres para elegir libremente la educación de sus hijos y que estos reciban una educación moral y religiosa de acuerdo a las creencias y convicciones de sus padres y también establece la gratuidad de la educación básica, así como su obligatoriedad.

El art 39 señala que los poderes públicos asegurarán la protección integral de los hijos, con independencia de su filiación.

Finalmente, el art 43 recoge el derecho a la protección de la salud, siendo los poderes públicos los encargados de organizar y tutelar los servicios necesarios para conseguirlo y además serán los encargados de fomentar la educación en salud, deporte y educación física.

En el año 1978 tuvo lugar la conferencia Internacional de Alma-Ata donde se hizo una declaración acerca de los problemas multicausales en la salud y que básicamente hizo incidencia sobre la organización de atención Primaria como servicio básico de la salud poblacional y como puerta principal de entrada a los cuidados sanitarios ya sea de forma global, para dispensar una continuidad integrada de dichos servicios y también como oferta de distribución equitativa de estos servicios a la población.

En el territorio español es en el año 1986 cuando mediante la publicación de la Ley General de sanidad se lleva a cabo la estructuración de los servicios de salud españoles, estableciendo el funcionamiento del SNS español y sus competencias entre el Estado y las CCAA, y es donde aparece la división entre AP,AE y Centros de especialidades.

En el año 2005 se publica la ley de ordenación de las profesiones sanitarias cuyo objetivo es regular a través del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y el Ministerio de Sanidad y Consumo la formación reglada y con carácter oficial de la formación especializada sanitaria comprendiendo tanto médicos como enfermeros especialistas, cuyo número determine el Gobierno, previo informe de la Comisión de RR. HH. del SNS, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de la organización u organizaciones colegiales correspondientes.

Por ello es necesario tener el título de Especialista en ciencias de la Salud para ejercer como tal en centros y establecimientos sanitarios públicos y privados, ya que el título de especialista es de carácter oficial y válido para todo el territorio español.

Finalmente, se publica el Real Decreto en Abril de 2005, sobre las especialidades de Enfermería: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Enfermería de Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria, Enfermería Pediátrica.

Respecto a la educación, en España existen numerosas leyes que regulan este derecho, entre ellas destacamos:

La LOGSE, que en su artículo 2º dice que la actividad educativa se dirige a la

formación personalizada, que propicie una educación integral en conocimientos, destrezas y valores morales de los escolares en su vida personal, familiar, social y profesional.

La LOCE incluye como objetivos de salud el determinar las capacidades que se desarrollarán en Educación Infantil, Educación Primaria y Secundaria Obligatoria (artículos 12º, 15º y 22º). Actualmente, la educación básica comprende la Educación Primaria y la Educación Secundaria Obligatoria. Por tanto, la escolarización de los niños y niñas es obligatoria a partir de los 6 años. La educación obligatoria se extiende hasta los 16 años y está formada por dos etapas: Primaria y Secundaria. Y conviene recordar que en España la Educación Infantil comprende de los 0 a los 6 años, aunque en estas edades no tiene carácter obligatorio.

La institución pionera en la implantación de la enfermera escolar es el actual Colegio Público de educación especial María de Soriano. Esta institución presta atención y cuidados a alumnos de 3 a 21 años que presentan discapacidades motoras desde 1887 hasta nuestros días.

Hay que destacar que la enfermera escolar actualmente solo se encuentra legislada en Madrid y Valencia, y para reclamar la presencia de una enfermera en los centros escolares, que puedan facilitar la salud escolar y comunitaria en el propio centro, existen numerosas asociaciones que están dando visibilidad a dicha necesidad.

Antecedentes históricos sobre la enfermera escolar:

En primer lugar, fue La Asociación Nacional de Enfermeras Escolares (National Association of School Nurses, NASN) quien define la enfermera escolar como una enfermera profesional que trabaja en el centro educativo a tiempo parcial o complete y cuya práctica especializada de la profesión enfermera persigue el bienestar, el éxito académico y una promoción de la salud en la vida de los estudiantes. Para este fin, las enfermeras escolares fomentan la responsabilidad positiva de los alumnos para un desarrollo normal, promueven la salud y la seguridad; intervienen en los problemas de salud de los escolares colaborando mediante la Educación para la Salud con toda la comunidad escolar.

En España la Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE) en el año 2009, al igual que hizo la NASN, fue la primera en definir a la enfermera escolar como: la responsable de proporcionar dentro colegio los cuidados propios de su competencia a los escolares y a la comunidad escolar.

Desde que se creó en 2019, la Plataforma de Enfermera Escolar, integrada por el sindicato de Enfermería SATSE, el sindicato docente ANPE, la Federación Española de Diabetes y el Foro Español de Pacientes, defiende que la presencia de una enfermera liberaría a los docentes y otro personal de los centros de la respon-

sabilidad que se les ha impuesto de proporcionar una atención sanitaria para la cual ni están formados ni tienen competencias, con las posibles consecuencias que esto puede desencadenar para ellos mismos y para sus alumnos, en un comunicado emitido a comienzos del curso 2021.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar quién tiene que realizar los cuidados de enfermería en los centros escolares y si es necesaria la figura de una enfermera escolar o, por el contrario, según otras Corrientes investigadoras el papel de prodigar cuidados enfermeros debe llevarlo a cabo la enfermería familiar y comunitaria que en España se ubica actualmente en los centros de salud en Atención Primaria.

Objetivos secundarios:

- Investigar por qué debe haber una enfermera escolar en los centros.
- Enumerar las funciones y competencias de la enfermera escolar.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda de información se comienza por una revisión bibliográfica en las bases de datos de ciencias de la salud (Dialnet, Medes, Pubmed, NCBI y Scielo) y en la legislación española relacionada con el tema (CE, LOGSE, LOE, Pacto sanitario de Cantabria 2015).

También se ha buscado en revistas científicas (Actualidad Docente, Metas de enfermería, Revista Enfermería CyL), organizaciones relacionadas con enfermería (Consejo General de enfermería, sindicatos -SATSE, ANPE, UGT; Tesis doctoral (Universidades Cantabria y Barcelona). Asociaciones científicas (AMECE, SCE3) Los Artículos en castellano consultados, tienen como máximo 6 años de antigüedad.

4 Resultados

Los cuidados de enfermería en los centros escolares los realiza la enfermera escolar mediante las funciones y competencias enfermeras, que básicamente son: competencia asistencial, competencia de educación para la promoción de la salud, competencia gestora y competencia investigadora, y con la imprescindible herramienta de educación para la salud.

Prevenimos: la precocidad en la ingesta y consumo de forma excesiva de alcohol, tabaco, y drogas, el aumento de enfermedades de transmisión sexual, y embarazos no deseados, maltrato físico-psíquico y obesidad.

Controlamos enfermedades como: diabetes, epilepsia, asma, alergias y autismo.

Asesoramos: en el concepto de imagen corporal íntimamente ligados a enfermedades como bulimia y anorexia nerviosa, nuevos conceptos que está surgiendo en nuestra sociedad como es la identidad sexual de los niños y adolescentes.

Promocionamos: hábitos saludables, técnicas en primeros auxilios, etc.

Además, en la escuela también surgen problemas de salud como: pueden suceder accidentes con el juego o el deporte, y también nos encontramos con enfermedades poco frecuentes y enfermedades crónicas, por lo que la intervención de la enfermera escolar al estar de forma presencial durante toda la jornada escolar podría actuar de forma rápida y eficaz en estas enfermedades y en las posibles urgencias.

La vertiente psicológica también es importante, ya que la salud mental de los más pequeños se refleja en problemas con sus sentimientos y emociones.

También pueden existir situaciones de maltrato escolar o acoso, que dado su entrenamiento psicológico serían detectados por la enfermera escolar que procurará no solo el bienestar biopsicosocial de los alumnos sino de toda la comunidad escolar.

Está claro que los centros educativos son lugares ideales para fomentar estilos de vida, conductas saludables y hábitos de salud, que determinarán el futuro de los niños, y todos los estudios realizados, demuestran que a medio plazo, las acciones que se llevan a cabo en estas edades ahorrarán costes sanitarios en el futuro, ya que es en estas edades donde mejor se asimilan los conocimientos recibidos.

Los cuidados enfermeros a los niños, y la comunidad, se pueden impartir desde el ámbito de la Atención Primaria, a través de los centros de salud, pero también se ofertan en los centros educativos a los escolares y sus familias por parte de las enfermeras en el mismo centro escolar; ello nos lleva a una discusión acerca de la impartición de estos cuidados por parte de la sociedad y a establecer la siguiente pregunta:

Enfermera escolar o enfermera familiar y comunitaria:

La alternativa actual para la figura de la enfermera escolar sería la figura de la enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria, quien desarrolla su trabajo principalmente en el centro de Salud de Atención Primaria. La realidad nos demuestra que en atención primaria existe una carga excesiva de trabajo, ya que no tienen un solo ámbito de actuación, pues tienen que desplazarse a domicilios, realizar múltiples pruebas en el mismo, además de las consultas que

atienden de manera programada y luego a demanda, todo ello provoca que en numerosas zonas básicas sanitarias se produzca una excesiva presión asistencial que les impediría atender además los centros escolares que tienen a su cargo según la zona básica y a los que se tendría que dar Educación para la Salud.

Por todo ello, el debate está en el punto de mira de la sociedad y de los Servicios de Salud, que se plantean quién debe llevar a cabo las funciones relacionadas con los cuidados enfermeros en los centros educativos, y suscitando la polémica actual de si debe hacerlo la enfermera escolar, y, por tanto, habría que crear esta nueva figura o si debe asumir estas funciones los especialistas de enfermería de Familiar y comunitaria que ya existen, pero que no pueden ejercer estas funciones en la escuela a jornada completa, sino compartida con el resto de sus actividades en los centros de salud.

La Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativos (AMECE), sugiere que los especialistas de familiar y comunitaria apliquen cuidados en los centros escolares de manera puntual, puesto que soportan una carga de trabajo muy alta, mientras que la enfermera escolar desarrollaría un vínculo con el entorno escolar sin dejar de estar en contacto con las diferentes administraciones sanitarias (como el centro de salud).

La Confederación de Asociaciones de Padres de Alumnos simpatiza con los argumentos de AMECE y además solicita a las Administraciones que fomenten actividades preventivas tanto en la escuela en horario lectivo como en otras actividades como las escuelas de verano o escuelas de padres.

La “Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar” propugna implantar a la enfermera escolar profesional en toda la nación y la “Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria”, informa acerca de temas de Salud para los familiares y asimismo, publicó un artículo sobre “Salud Escolar: Enfermería en centros educativos.

Engracia Soler, presidenta de la Asociación Catalana de Enfermería y Salud Escolar (ACISE), defiende que al hablar de enfermería escolar, el concepto es más amplio y debe incluir a enfermeras de forma presencial en todo el horario lectivo en todos los centros docentes, incluyendo desde guarderías, a colegios de primaria, secundaria o de educación especial.

SATSE, (Sindicato de Enfermería) está a favor de crear la figura de enfermera escolar, por su gran importancia, que ahora con la Covid-19 ha realizado socialmente, y demanda la creación de nuevos puestos de trabajo para enfermería en los centros escolares, contrariamente a ello, el sindicato UGT, solicita el desarrollo total de las funciones de los especialistas de Familiar y comunitaria, incluyendo en sus funciones la actuación de forma habitual en los centros educativos.

5 Discusión-Conclusión

Siguiendo protocolos de actuación de otras naciones, aquí, la enfermera escolar debería trabajar durante toda la jornada escolar y se debería integrar dentro del resto del equipo escolar, ya que posee una amplia formación sanitaria y pedagógica, donde, además de sus funciones propias, actuaría de enlace con los servicios sanitarios y sociales. También es la profesional idónea para atender las necesidades de salud de toda la población escolar y de toda la comunidad educativa, tanto de profesores como de padres al aplicar todas sus competencias profesionales en el ámbito educativo.

Según las encuestas realizadas en distintos ámbitos, tanto padres como profesores se sienten más seguros cuando el niño está atendido por una enfermera escolar y en la actualidad, debido a la pandemia, aunque se ha reforzado la enseñanza virtual de los más pequeños, también se ha efectuado mayor control en la técnica de lavado y desinfección de manos, o en la distancia social y puesta de mascarillas que se ha realizado en su mayor parte a través de la EPS por parte de las enfermeras, pues no debemos olvidar que la infancia y la adolescencia son las épocas donde más tiempo se pasa en los colegios. Con la Covid-19, este perfil profesional se ha visibilizado mucho, aumentando todavía más si cabe el debate social sobre la presencia de la enfermera escolar en los centros educativos.

Una de las medidas a considerar, para su implantación, es el hecho de que se legisle de forma semejante en todas las CCAA.

Por todo ello consideramos que la enfermera escolar debe instaurarse en todos los centros escolares al menos en los que tienen enseñanza obligatoria, durante toda la jornada escolar y no solo en los centros con alumnos con capacidades especiales, y que debe incluirse esta materia en los currículos universitarios de enfermería.

6 Bibliografía

1. Constitución española. [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/27/(1)/con).
2. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.PDF>
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>

5. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450/con>
6. Ley Orgánica 1/90 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (BOE 4-10- 1991).
7. Ley Orgánica 10/2002 de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación (BOE 24-12-2002).

Capítulo 6

OBESIDAD INFANTIL

MARÍA CRISTINA PALMA VILLALAÍN

SANDRA GONZÁLEZ PÉREZ

1 Introducción

En los últimos años, la obesidad se ha incrementado paulatinamente en la población infantil, debido a los malos hábitos higiénico-dietéticos, lo que ha provocado que se convierta en un problema de Salud Pública. La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial y aterosclerosis, lo que implica un mayor riesgo de morbilidad en la vida adulta. A estas alteraciones se suman las consecuencias a nivel psicosocial por la alteración de la imagen física, una baja autoestima, aislamiento social, exclusión y otros patrones anormales de conducta. Estas consecuencias además de afectar a la calidad de vida a su vez tienen como resultado el crecimiento del costo individual, de la sociedad, de salud y baja productividad. Por todo lo que conlleva esta enfermedad, se deben tomar medidas preventivas para frenar el avance de la obesidad en la vida adulta realizando recomendaciones dietéticas individualizadas, fomentando el ejercicio físico y modificando los hábitos de la población. En el caso de una obesidad instaurada en la infancia, el tratamiento es complicado, ya que es necesario e imprescindible un entorno familiar adecuado que se implique tanto como el propio paciente. Es necesario llevar a cabo una dieta apropiada modificando así patrones alimentarios incorrectos, combinándolo con un aumento de la actividad física, mejorando la actitud del paciente, y muchas veces de la familia, ya que es su pilar fundamental del apoyo.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la magnitud del problema de la obesidad en la población española infantil.

Objetivos secundarios:

- Conocer los hábitos higiénico-dietéticos en la población española infantil.
- Conocer medidas de prevención de la obesidad infantil.
- Conocer los riesgos y consecuencias de los malos hábitos higiénico-dietéticos.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica, se ha realizado una búsqueda retrospectiva en las siguientes bases de datos: Pubmed, Portal Regional de la BVS, SciELO y Google académico utilizando como descriptores DeCS childhood obesity y infant nutrition, estos combinados mediante el operador booleano and con el descriptor health promotion, risk factors y impactson health.

Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión que se han empleado para la selección de los artículos y las revistas utilizados son:

- Fecha de publicación de los artículos entre los últimos 15 años.
- Artículos que muestran estudios de prevalencia en España de obesidad infantil.
- Artículos que tratan el tema de la obesidad desde diferentes ámbitos, factores de riesgo, malos hábitos alimenticios y consecuencias de la obesidad.
- Artículos a los que se pueda acceder al texto completo y gratuito.
- Artículos en español e inglés.

Criterios de exclusión:

Los criterios de exclusión que se han empleado para desechar los artículos y las revistas:

- Fecha de publicación de los artículos antes del 2000.
- Artículos que no traten el tema de la obesidad infantil relacionado con la prevalencia en España, los hábitos higiénico-dietéticos, las medidas de prevención y los riesgos y consecuencias de llevar unos malos hábitos higiénico-dietéticos.
- Artículos a los que no se pueda acceder al texto completo y gratuito.
- Artículos en otros idiomas que no sean español o inglés.

4 Resultados

La prevención y promoción de la salud es un papel fundamental para evitar el aumento de peso, y se lleva a cabo por los profesionales de enfermería. Los buenos hábitos deben comenzar desde el primer año de vida, evaluando el crecimiento según talla y peso. Las desviaciones de las mismas deben ser valoradas y consultadas con la madre, y se realizará una valoración de la ingesta nutricional habitual y la actividad física conforme los requerimientos nutricionales y energéticos correspondientes a la edad.

Hay múltiples factores implicados en la obesidad, pero en donde realmente se puede actuar es sobre los factores ambientales, implantando buenos hábitos nutricionales y del estilo de vida desde la niñez. Se pueden aplicar cambios del estilo de vida de la mujer embarazada, modificando así los factores prenatales ambientales, y previniendo el sobrepeso, la diabetes gestacional, la prematuridad y el retraso del crecimiento intrauterino.

La finalidad de los programas de prevención de la obesidad será en primer lugar reducir el desarrollo del sobrepeso en personas en riesgo con peso normal, evitar que las personas con sobrepeso lleguen a ser obesos y evitar la ganancia de peso en personas con sobrepeso y obesidad. En segundo lugar se debe de llevar a cabo un control de comorbilidad relacionado con sobrepeso y obesidad, lo que implica la reducción de la mortalidad.

- Recomendaciones dietéticas: el aumento del consumo diario de fibra dietética, disminución de alimentos con alto contenido calórico como grasas o azúcares y el aumento del consumo de frutas y verduras son buenos hábitos para un estilo de vida saludable y prevenir la obesidad. Hábitos que favorecen el desarrollo de obesidad y que son más habituales en el colectivo infantil son algunos como la ingestión incontrolada de bebidas azucaradas, como refrescos y zumos envasados, el aumento de las raciones servidas en el hogar y en restaurantes de comida rápida y el abuso de aperitivos normalmente altamente calóricos. También se recomienda la lactancia materna para la prevención de la obesidad.
- Fomento del ejercicio físico: es muy importante realizar ejercicio físico de forma regular, ya que previene el aumento de peso y es un modulador de la morbilidad, mientras que el sedentarismo favorece el aumento de peso y es un factor de riesgo cardiovascular. Se recomienda realizar al menos 30 minutos de ejercicio físico moderado o intenso varios días a la semana para prevenir la enfermedad cardiovascular, y el doble de ejercicio para evitar el aumento de peso. Es fundamental que existan espacios para la población en general que haya espacios para el fomento de actividades deportivas, y haya programas adaptados para cada

rango de edad.

- Cambio de hábitos en la población: son aconsejables cambios en la conducta alimentaria, realizando una limitación calórica flexible, evitando medidas estrictas. Se promoverá la alimentación ordenada basada en la dieta mediterránea, evitando alimentos con alto contenido calórico.

Sugerencias para la prevención de la obesidad:

- Embarazo: es recomendable mantener el IMC en rangos adecuados antes de quedarse embarazada, no fumar, realizar ejercicio físico moderado y adecuado y si se padece diabetes gestacional se debe llevar un control minucioso de la glucemia para evitar patologías fetales como macrosomía o malformaciones.
- Lactantes: se debe fomentar la lactancia materna durante un periodo mínimo de 3 meses y retrasar el inicio de bebidas azucaradas.
- Familia: es recomendable utilizar un lugar fijo para comer dedicando el tiempo necesario y no suprimir ninguna comida, en especial el desayuno. No se debe ver la televisión mientras se come, y puede ser beneficioso para calcular mejor las raciones usar platos pequeños. Se debe evitar consumir refrescos o zumos azucarados a diario, así como restringir el consumo de bollería industrial, helados, palomitas, golosinas y aperitivos de alto contenido calórico, y fomentar el consumo de frutas y hortalizas al menos 5 veces al día. Se limitarán actividades sedentarias como la televisión, el ordenador o los videojuegos menos de 2-3 horas al día.
- Colegios: se deben revisar las máquinas expendedoras para que sirvan solo productos saludables, evitando contratos con empresas que sirvan otro tipo de productos altos en calorías. Es imprescindible instruir a los profesores en educación nutricional, incorporando estos conocimientos en las competencias escolares del alumno y educando a los niños desde etapas preescolares hasta la finalización de la educación obligatoria sobre estilos de vida saludables y adecuados. Se debe controlar la calidad nutricional de los comedores escolares y los puestos de golosinas, helados, etc., en las proximidades de los colegios. Se estimulará a la realización de ejercicio físico dedicando al menos 30-45 min, fomentando los deportes de grupo no competitivos y explicando los beneficios de la práctica regular de los mismos.
- Comunidad: sería beneficioso aumentar los espacios de recreo para niños y adultos de todas las edades. Se desaconseja el empleo de ascensores o escaleras mecánicas, siempre que sea factible. Se debe facilitar información de cómo comprar y escoger los alimentos más saludables, entendiendo la información nutricional de las etiquetas.
- Personal sanitario: los profesionales de la salud, y en concreto la enfermería debe saber transmitir la información y los consejos adecuados a los pacientes so-

bre la nutrición. Debe explicar a los padres los factores de riesgo tanto genéticos como ambientales que pueden predisponer a la obesidad del niño. Dará consejos adecuados sobre la introducción progresiva de la alimentación complementaria. Llevará un control rutinario y adecuado de las curvas de talla-peso, advirtiendo cualquier desviación del percentil. Se explicará a los padres las bases de una alimentación equilibrada y un estilo de vida saludable, así como la identificación de trastornos del comportamiento alimentario, de la imagen corporal o situaciones de riesgo de obesidad como embarazo, lactancia, menopausia, abandono del tabaco, cese de actividad deportiva, fármacos relacionados con la ganancia de peso, situación vital estresante, etc. Es recomendable incorporar protocolos de detección de sobrepeso y obesidad fomentando el cálculo directo de las medidas antropométricas y los factores de riesgo asociados.

- Industria: es fundamental un etiquetado nutricional adecuado, sobre todo en los productos dirigidos a la población infantil con colores que indique el porcentaje de grasas y azúcares que contiene, fomentando juegos para que los niños aprendan a seleccionar alimentos, e incorporar productos saludables también en las celebraciones.

- Autoridades sanitarias: deben reconocer la obesidad como una enfermedad crónica de primera magnitud. Deben incluir en la Cartera de Servicios de Atención Primaria los programas de detección, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Sería muy beneficioso encontrar estrategias para ayudar a establecer programas saludables, como poner tasas a alimentos que fomenten la obesidad y subvenciones a los más saludables. Deberían promover el consumo de frutas y verduras y controlar la publicidad engañosa y de alimentos altamente energéticos dirigidos a niños en etapa preescolar. También proporcionar incentivos a las industrias para que creen productos más saludables y fomenten la educación del cliente, y a los colegios para que promuevan la educación nutricional y controlen la alimentación en los comedores escolares, fomentando la actividad física. La creación y planificación de espacios para actividades deportivas, subvenciones para instalaciones deportivas, carriles-bici, etc. Por último, la subvención del coste de algunos tratamientos de la obesidad en pacientes con alta adherencia terapéutica y compromiso en el tratamiento.

En 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo estableció la estrategia para la Nutrición, Actividad física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), que pretende fomentar iniciativas que ayuden a la promoción de una alimentación adecuada y saludable y a la prevención del sedentarismo a través de diferentes ámbitos de actuación. Esta estrategia abarca las áreas sanitaria y educativa e incluye actuaciones en todos los sectores que tienen una función importante en la

prevención de la obesidad. Algunos de los objetivos principales de la estrategia NAOS son:

- Concienciar a la población del problema que la obesidad representa para la salud.
- Promover actuaciones que favorezcan que la población, en especial los niños y jóvenes, adopte hábitos saludables y se mantengan a lo largo de la vida.
- Impulsar la educación nutricional en el medio familiar, escolar y comunitario.
- Fomentar políticas y planes de acción destinados a corregir los hábitos alimentarios e incrementar la actividad física en la población, haciendo hincapié en los escolares. Deberán ser políticas sostenibles, integrales, y buscar una amplia participación de la sociedad.
- Favorecer un marco de colaboración con las empresas del sector alimentario para promover la producción y distribución de productos que contribuyan a la adopción de una alimentación más sana y equilibrada.
- Sensibilizar a los profesionales del Sistema Nacional de Salud para impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en la población.
- Realizar el seguimiento de las medidas propuestas y la evaluación de los resultados obtenidos a través de la Estrategia.

5 Discusión-Conclusión

Según los datos analizados en esta revisión se ha podido observar la gran importancia de esta enfermedad a la que no se le concede la relevancia que precisa, ya que es un problema que continúa avanzando peligrosamente a edades cada vez más tempranas. Esto unido a un estilo de vida que muestra malos hábitos higiénico-dietéticos, se traduce directamente en padecer en la edad adulta el sobrepeso y/u obesidad y una predisposición a enfermedades agudas y crónicas que incrementan notablemente las discapacidades.

Por todo ello, es necesario que los profesionales de enfermería, entre otros, ayuden a establecer patrones de alimentación saludables promocionando la salud, y previniendo la obesidad desde la infancia, y así evitando un sinfín de enfermedades y complicaciones ligadas a ella, reduciendo el costo sanitario y ofreciendo de esta forma una calidad de vida óptima.

6 Bibliografía

1. Medina IMF, Bolívar RG, López BG, Fernández CTG. Los peligros de la obesidad infantil: El envejecimiento vascular. Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento Volumen III. 2015:97.

2. Bartrina JA, Rodrigo CP, Barba LR, Majem LS. Epidemiología y factores determinantes de la obesidad infantil y juvenil en España. *Revista pediátrica de atención primaria*. 2005; 7(Suplemento 1):S13-20.
3. Pajuelo J, Rocca J, Gamarra M, editors. *Obesidad infantil: sus características antropométricas y bioquímicas*. Anales de la Facultad de Medicina; 2003: UN-MSM. Facultad de Medicina.
4. Saavedra JM, Dattilo AM. Factores alimentarios y dietéticos asociados a la obesidad infantil: recomendaciones para su prevención antes de los dos años de vida. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2012;29(3):379-85.
5. Travé TD, Visus FS-V. Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social. *Acta Pediatr Esp*. 2005;63:204-7.
6. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2012; 29(3):357-60.
7. *Prospectivo Delphi E*. Costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas. Madrid: Gabinete de estudios Bernard Krief. 1999.
8. Martínez Álvarez J, Villarino Marín A, García Alcón R, Calle Purón M, Marrodán Serrano M. Obesidad infantil en España: hasta qué punto es un problema de salud pública o sobre la fiabilidad de las encuestas. *Nutr clín diet hosp*. 2013; 33(2):80-8.
9. Chueca M, Azcona C, Oyarzábal M, editors. *Obesidad infantil Childhood obesity*. Anales Sis San Navarra; 2002.
10. Radetti G, Bozzola M, Pasquino B, Paganini C, Aglialoro A, Livieri C, et al. Growth hormone bioactivity, insulin-like growth factors (IGFs), and IGF binding proteins in obese children. *Metabolism*. 1998;47(12):1490-3.
11. Escobar C, González Guerra E, Velasco-Ramos M, Salgado-Delgado R, Angeles-Castellanos M. La mala calidad de sueño es factor promotor de obesidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2013;4(2):133-42.
12. Obregón MJ. *Obesidad, termogénesis y hormonas tiroideas*. 2007.
13. Segura MF. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria. *Revista pediátrica de atención primaria*. 2005;7(Suplemento 1).
14. Vázquez IA, Zapico RB, Rodríguez CF. La obesidad infantil como resultado de un estilo de vida obesogénico. *Endocrinología y Nutrición*. 2007;54(10):530-4.
15. Yeste D, García N, Gussinyer S, Marhuenda C, Clemente M, Albisu M, et al. Perspectivas actuales del tratamiento de la obesidad infantil. *Revista Española de Obesidad*. 2008;6(3):139-52.

16. Rubio MA, Salas-Salvadó J, Barbany M, Moreno B, Aranceta J, Bellido D, et al. Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. *Rev Esp Obes.* 2007;5(3):135-75.
17. Ballesteros Arribas JM, Dal-Re Saavedra M, Pérez-Farinós N, Villar Villalba C. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista española de salud pública.* 2007;81(5):443-9.
18. Pérez Gallardo L, Bayona I, Mingo T, Rubiales C. Utilidad de los programas de educación nutricional para prevenir la obesidad infantil a través de un estudio piloto en Soria. *Nutrición Hospitalaria.* 2011;26(5):1161-7.
19. Rodríguez tmdgm. Enfermería en atención primaria: nociones básicas sobre el programa piobin”“nursing in primary care: basic notions on piobin program. La dolorosa del palio del buen fin ya tiene en su pecho la medalla de nuestro colectivo. 63.
20. Press E. 'Objetivo Bienestar Junior' entrega sus premios' Coles activos'. 2015.
21. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *Bmj.* 2000;320(7244):1240.
22. Hernández M, Castellet J, Narvaiza J, Rincón J, Ruiz I, Sánchez E, et al. Curvas y tablas de crecimiento. Instituto sobre crecimiento y desarrollo fundación F. Orbegozo. Garsi, Madrid. 1988.
23. Burrows Argote R. Obesidad infantil y juvenil: consecuencias sobre la salud y la calidad de vida futura. *Rev chil nutr.* 2000;27(Supl. 1):141-8.
24. Moraga M, Rebollo G, Jesús M, Bórquez V, Cáceres D, Castillo D. Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. *Revista chilena de pediatría.* 2003;74(4):374-80.
25. SeguRa mef. Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. *Revista pediátrica atención primaria.* 2007

Capítulo 7

ADHERENCIA TERAPEÚTICA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA

SANDRA GONZÁLEZ PÉREZ

MARÍA CRISTINA PALMA VILLALAÍN

1 Introducción

La esquizofrenia según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) se define como un trastorno mental en el cual hay un comportamiento atípico que se caracteriza por distorsiones en el pensamiento y en la percepción, acompañados de alteraciones del afecto o disminución de la expresión emocional. Se trata de un síndrome clínico heterogéneo que se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento catatónico o síntomas negativos. Al menos dos de los síntomas deben de estar presentes durante un periodo de un mes y persistiendo durante un mínimo de seis meses para ser considerada esquizofrenia.

La esquizofrenia afecta aproximadamente a un uno por ciento de la población y representa una carga importante no solo para los pacientes sino también para las familias, los cuidadores y la sociedad en general, por lo que se asocia a una disfunción social y laboral.

La esquizofrenia, como ya se ha señalado es una enfermedad crónica por lo que es necesario realizar un tratamiento con medicación psiquiátrica, los antipsicóticos son los medicamentos más eficaces tanto para el tratamiento tanto agudo como de manteamiento. Estos medicamentos tienen como objetivos fundamentales del tratamiento de la esquizofrenia el control de los síntomas, reducir la frecuencia y

gravedad de los episodios psicóticos, mejorar la calidad de vida y facilitar la integración sociolaboral y familiar del paciente esquizofrénico. En relación con la adherencia y el cumplimiento terapéutico, hasta hace algunos años constituyeron un tema secundario, sin embargo, las altas tasas de incumplimiento y sus consecuencias clínicas y económicas, han hecho que el estudio de la adherencia terapéutica sea un objetivo prioritario en la esquizofrenia. Si un paciente no cumple con las indicaciones médicas es imposible estimar el efecto del tratamiento, lo que a su vez puede contribuir a prolongar la terapia y perpetuar enfermedades o problemas de salud. En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término adherencia como “el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las recomendaciones proporcionadas por el médico o personal sanitario”.

Entre las enfermedades mentales, por sus especiales características, la esquizofrenia ofrece las cifras más altas de falta de adherencia terapéutica o incumplimiento, este problema está íntimamente relacionado con las recaídas. La falta de adherencia al tratamiento en pacientes con esquizofrenia se asocia con un mayor riesgo de recaídas, ingresos hospitalarios más frecuentes, aumento del riesgo de suicidio, incremento de los costes sanitarios, disminución de la calidad de vida y repercusión en las familias y cuidadores. Aproximadamente el 5-6% de estos individuos fallecen por suicidio y alrededor del 20% intenta suicidarse en al menos una ocasión, este comportamiento generalmente se relaciona por la presencia de alucinaciones. Algunos de los factores que agravan el problema de la adherencia son la cronicidad de las patologías mentales o el impacto directo de los síntomas (incluyendo la depresión, deterioro cognitivo y los síntomas positivos y negativos), por eso se debe concienciar al paciente que el tratamiento debe mantenerse aunque hayan desaparecido gran parte de los síntomas de la enfermedad (mejoría sintomática) para evitar las recaídas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los factores que influyen positiva y negativamente en el mantenimiento de una adecuada adherencia terapéutica en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Objetivos secundarios:

- Averiguar si consumo de sustancias tóxicas disminuirá la adherencia al

tratamiento en paciente con esquizofrenia.

- Demostrar que la administración de medicación intramuscular aumentará la adherencia al tratamiento.

3 Metodología

Para desarrollar los objetivos anteriormente señalados se llevó a cabo una revisión bibliográfica. En cuanto a los medios empleados para recopilar la información se han utilizado las siguientes Bases de Datos: Pubpsych, Scielo, Dialnet, Scopus, Pubmed, LILACS, Medline, Medes.

Para realizar la búsqueda bibliográfica se utilizaron como palabras clave: esquizofrenia, antipsicótico, pacientes, adherencia al tratamiento, tratamiento y su correspondiente traducción al inglés.

Según las definiciones del thesaurus de decs, la traducción correcta al inglés y la respectiva definición de estas palabras clave sería:

- Esquizofrenia (Schizophrenia): trastorno emocional grave de profundidad tipo psicótico característicamente marcado por un abandono de la realidad con formación de delirios, alucinaciones, desequilibrio emocional y conducta regresiva.
- Antipsicótico (Antipsychotic Agents): fármaco que controlan el comportamiento psicótico agitado, alivian los estados psicóticos agudos, reducen los síntomas psicóticos y ejercen un efecto de tranquilizante.
- Pacientes (patients): individuos que participan en el sistema de atención de salud con el fin de recibir procedimientos terapéuticos, de diagnóstico, o preventivos.
- Adherencia al tratamiento (Medication Adherence): cooperación voluntaria del paciente en la toma de drogas o medicamentos como se los recetan que incluye el tiempo, dosis y frecuencia.
- Tratamiento definido en thesaurus como terapéutica (Therapeutics): procedimientos relativos al tratamiento o a la prevención de enfermedades.

La combinación de estos descriptores con los operadores lógicos ha sido la siguiente: esquizofrenia, esquizofrenia and tratamiento, esquizofrenia and adherencia y esquizofrenia and tratamiento y su correspondiente traducción al inglés.

Para la selección de las investigaciones que forman parte de este estudio se han empleado los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Estudios publicados a partir del 2006.

- Estudios con ámbito de actuación en España o Latinoamérica.
- Cumplir al menos cinco criterios de la escala de validez científica PEDro Español.
- Estudios de revisiones bibliográficas y artículos de revistas científicas.
- Estudios centrados en pacientes diagnosticados de esquizofrenia que siguen un tratamiento farmacológico.
- Estudios publicados en español y en inglés.
- Estudios en texto completo.
- Trabajos donde la edad de los sujetos mayores de 18 años.

Criterios de exclusión:

- Estudios publicados antes del 2006.
- Estudios publicados como tesis, capítulos de libro o libros.
- Estudios no científicos.
- Trabajos donde los pacientes tienen menos de 18 años.

4 Resultados

En total se han analizado nueve artículos donde se refleja un resumen de las características principales de los mismos en función de los objetivos de este trabajo y se han clasificado los resultados en factores relacionados con el paciente, el entorno, el profesional sanitario y el tratamiento.

Factores relacionados con el paciente:

Acosta y Haddad analizaron si las variables demográficas de los pacientes, incluyendo la edad, el sexo, la clase social y etnia, estaban relacionadas con la adherencia al tratamiento, tras realizar varios estudios sobre estas variables se demostró que aunque hay diferencias entre ellas no son consideradas factores asociados al incumplimiento terapéutico. En cuanto al consumo de alcohol y otras sustancias (como drogas y tabaco) por parte de los pacientes con esquizofrenia, Barkhof y Haddad afirman que el abuso de sustancias es altamente prevalente en pacientes con esquizofrenia y está fuertemente asociado con la falta de adherencia, lo que lleva a tener un riesgo de 13 veces más de incumplimiento del tratamiento en comparación con los pacientes que no consumen este tipo de sustancias. Higashi (18) en cinco estudios demostraron cierta relación entre el consumo de sustancias y llevar a cabo el plan terapéutico. Igualmente, Acosta señala que el consumo de alcohol y drogas es un importante factor de riesgo para el abandono del tratamiento. Otro aspecto estudiado es el incumplimiento de un tratamiento previo, pues se ha hallado como factor de riesgo para nuevos abandonos según señalan Acosta, Haddad e Higashi. Por otra parte, Acosta señala el

deficiente insight como factor de riesgo para el incumplimiento. En concreto se ha encontrado una asociación entre el insight y actitudes y expectativas negativas hacia la toma de antipsicóticos.

En este sentido Giner, García Barkhof y Haddad informan que los pacientes con un bajo grado de conciencia de la enfermedad y comprensión de su enfermedad son más propensos a mostrar una mala adherencia al tratamiento.

Factores relacionados con el entorno:

Higashi afirmó que un estilo de vida caótico unido a problemas financieros, logísticos y en la vivienda afectan de forma negativa a la adherencia en pacientes con esquizofrenia. Además, Acosta y Barkhof relacionan el hecho de vivir solo y un entorno con deficientes cuidados con el incumplimiento del tratamiento. El apoyo social y, en particular, el apoyo de la familia o amigos influyen a la hora de tomar la medicación, así como la estabilidad en las condiciones de vida. De esta manera el apoyo social y familiar muestran cierta asociación positiva con la adhesión. García describe la ausencia de un cuidador principal o la sobrecarga de este como principales factores asociados al cumplimiento. Otros de los aspectos que se incluyen según Acosta y Silva dentro de los factores relacionados con el entorno son las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, el estigma y la percepción negativa de la sociedad.

Factores relacionados con el profesional sanitario:

Según Acosta y Emsley la relación terapéutica es un factor fundamental para el cumplimiento del tratamiento. Es importante tanto el interés que muestre el médico en el paciente, como la psicoeducación e información al paciente y familiares sobre la enfermedad y el tratamiento. En una evaluación sobre los aspectos subjetivos asociados al cumplimiento en una muestra de pacientes esquizofrénicos, la buena relación con el médico fue el segundo factor en importancia, tras la eficacia percibida del tratamiento Higashi en un estudio prospectivo afirma que los pacientes adherentes tienen una relación de mayor confianza con el médico por lo que considera que una relación positiva con este y las enfermeras es importante para la adherencia terapéutica. Emsley afirma que las enfermeras son relevantes en el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia, jugando un papel clave en el control de progreso de los pacientes y en administrar y fomentar la adherencia a la medicación. Haddad demostró la importancia de la calidad de la relación terapéutica y la influencia de la comunicación médico-paciente en la adherencia, concluyendo que la mejora de las relaciones terapéuticas puede conducir a mejores resultados. Dentro de estos factores Acosta y Barkhof defienden que mantener el contacto con el paciente ambulatorio y realizar una adecuada

planificación del alta supondría la mejoría de la adherencia.

Factores relacionados con el tratamiento:

La eficacia de la medicación antipsicótica está estrechamente relacionada con la adherencia. El efecto antipsicótico reduce la psicopatología por lo que una buena respuesta a la medicación antipsicótica está positivamente relacionada con la adherencia. Sin embargo, Acosta señala que la medicación antipsicótica no resulta totalmente eficaz frente a síntomas psicóticos y los síntomas negativos pueden constituir un factor de riesgo para el incumplimiento del tratamiento establecido. Según Haddad un paciente que obtiene pocos beneficios de la medicación y no está convencido de su diagnóstico o necesidad de tratamiento farmacológico puede interrumpirle cuando aparece el primer efecto secundario, lo que llevaría al paciente a tener una actitud negativa hacia el tratamiento. Barkhof, Acosta y Emsley han descrito como factor de riesgo para la adhesión al tratamiento los efectos secundarios de la medicación. Silva subrayó que el 80% de los pacientes evaluados destacaron los efectos secundarios producidos por los fármacos como factor principal de incumplimiento del tratamiento. Por otra parte, en un estudio prospectivo sobre pacientes esquizofrénicos la razón principal alegada por los pacientes para el incumplimiento fue la aflicción por los efectos adversos. Existen pocos estudios que evalúen el cumplimiento con los tratamientos depot e inyectables de larga duración, la mayoría de ellos sí han señalado un mayor cumplimiento en pacientes con tratamiento intramuscular, depot o inyectables de larga duración respecto al hallado para el tratamiento oral. 15 Barkhof informó que la tasa de recaída de un año para los pacientes que usan medicación depot se redujo significativamente, en comparación con la tasa de recaídas de los pacientes que recibían la medicación oral. El uso de medicación depot ha demostrado ser eficaz en para prevenir la falta de adherencia en los estudios con un seguimiento de 1-7 años.

Haddad incluye además otro aspecto que debe ser considerado en relación con la medicación como es el coste financiero para el paciente. Un estudio realizado encontró el aumento del coste que supone para un paciente la adquisición de la medicación se relaciona con una menor probabilidad de cumplimiento con la medicación antipsicótica y un tiempo más corto para la interrupción de la medicación.

5 Discusión-Conclusión

Tras analizar los resultados de los estudios seleccionados se encuentran una serie de factores que influyen en la adherencia a la medicación en pacientes con esquizofrenia. En concreto, la aumentan factores como una fuerte alianza terapéutica y un adecuado apoyo social y familiar y la disminuyen factores como la baja conciencia de la enfermedad por parte de los pacientes, los efectos secundarios producidos por la medicación, las creencias y actitudes negativas del paciente hacia la medicación y enfermedad y el estigma.

Esto hace que una de las medidas principales y necesarias para lograr una buena adherencia sea una fuerte alianza terapéutica entre los pacientes y los profesionales sanitarios, además es importante concienciar a los pacientes de la enfermedad y de la importancia del cumplimiento terapéutico.

6 Bibliografía

1. American Psychiatric Publishing. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5º Edición. Estados Unidos: Panamericana; 2013.
2. Pérez Escudero A, Gil Molina S, Pina Camacho L, García Cabeza I. Psicofarmacología de la Psicosis: Elección del Fármaco, Adherencia al Tratamiento y Nuevos Horizontes. Clínica y salud [Internet]. 2010 [cited 2016 Feb 12]; 21 (3) 271-283. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000300006.
3. Dilla T, Valladares A, Lizán Luis, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Atención primaria [Internet]. 2009 [cited 2016 Feb 12]. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistenciaterapeutica-causas-consecuencias-estrategias-mejora-13139004>.
4. Ortiza M, Ortiz Eugenia. Psicología de la salud una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. Med Chile [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 25]; 135: 647-652. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000500014.
5. Ferré A, Arranz M.J, Pérez Blanco J, Catalán R, Pérez V. Farmacogenética de las reacciones adversas a los antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia. Psiquiatría biológica [Internet]. 2012 [cited 2016 Feb 25]; 19: 15-20. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica46-articulo-farmacogenetica-las-reacciones-adversas-los-90200108>.

6. Heimann Navarra C. Antipsicóticos en esquizofrenia. Revisión de guías internacionales actuales. Asoc. Esp. Neuropsiq.[Internet]. 2015 [cited 2016 Feb 25]; 35 (125): 79-91. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n125/original05.pdf>.
7. Graziani Giaccherio K, Inocenti Miasso A. El significado del tratamiento farmacológico para la persona con esquizofrenia Latino-Am. Enfermagem.[Internet]. 2014 [cited 2016 Feb 12]; 22 (4): 670-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00670.pdf
8. González J, Cuixart I, Manteca H, Carbonell M, Armengol J, Azcon MA. La baja adherencia al tratamiento antipsicótico: actuación de ENFERMERÍA. Enfermería global [Internet]. 2005 [cited 2016 Feb 12]; 7.20.

Capítulo 8

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS VASCULARES DE ORIGEN VENOSO EN MIEMBROS INFERIORES

CARLOS RAMON MEGIAS JIMENEZ

CELIA MAGDALENA MEGÍAS JIMÉNEZ

1 Introducción

Las úlceras vasculares en miembros inferiores suponen importante problema para los sistemas de salud occidentales con larga esperanza de vida, ya que el riesgo de sufrirlas crece exponencialmente con la edad.

Estas úlceras por lo general son crónicas y tienden a recurrir tras curarse sino se trabaja correctamente en su prevención, para la cual es totalmente necesaria la cooperación de forma activa por parte paciente.

Debido a la ya mencionada tendencia de estas úlceras a cronificarse suponen una gran carga de trabajo y coste económico para los sistemas de salud tanto en atención primaria, como en hospitales donde a menudo alargan la estancia de los pacientes y pueden dar lugar a complicaciones secundarias a su aparición tal como infecciones.

En este capítulo nos centraremos en las úlceras venosas (las cuales suponen aproximadamente el 85% del total de úlceras vasculares en miembros inferiores)

y las cuales suelen responder mejor a un tratamiento conservador (vendaje compresivo y elevación), a diferencia de las úlceras de origen arterial que tienen un peor pronóstico y a menudo necesitan de tratamientos más complejos.

Profundizaremos en la importancia del papel de la enfermería para trabajar junto a los propios pacientes de forma individualizada y con un abordaje multifactorial en su tratamiento y prevención, debido a que los distintos factores fisiológicos, socioculturales y circunstancias que rodean a cada paciente, hacen que sea necesario desarrollar un plan individualizado si se quiere conseguir los objetivos deseados.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Aumentar el conocimiento enfermero en cuanto a úlceras venosas y otros tipos de úlceras en miembros inferiores.

Objetivos secundarios:

- Explicar su origen y las causas de su aparición.
- Desarrollar estrategias para su tratamiento y prevención.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha realizado un estudio de revisión bibliográfica de artículos clínicos, estudios poblacionales y libros en las bases de datos científicas: Pubmed y Medline. La búsqueda sistemática se ha realizado en los idiomas: castellano e inglés.

4 Resultados

Las úlceras de origen venoso en constituyen alrededor del 85% del total de úlceras vasculares en miembros inferiores y tienen una serie de características que las diferencian de las de origen arterial.

Estas úlceras de origen venoso, que como ya se ha comentado previamente son la gran mayoría y por tanto las que consumen mas recursos, a la vez que son las mas fáciles de prevenir y tratar.

Existen varios factores predisponentes que aumentan la posibilidad de sufrir úlceras venosas:

- La edad (aumenta el riesgo a partir de los 65 años).
- Sexo femenino.
- Haber sufrido tromboembolismo previo.
- Presencia de venas varicosas.

Estas úlceras rara vez desembocan en complicaciones graves o requieren ingresos hospitalarios para su tratamiento, sin embargo el gran problema es que a menudo se cronifican pudiendo tardar en curarse semanas o meses sino se tratan correctamente.

Este problema comienza con la incapacidad de las venas para bombear la sangre correctamente debido al mal funcionamiento de sus válvulas.

Al no ser capaz de bombear la sangre se produce el enlentecimiento del retorno venoso causando hipertensión capilar que da paso a un edema que con el paso del tiempo provocara primero eczema e induración de la piel y por ultimo las úlceras.

Tras conocer como se forman la úlceras venosas, ahora nos centraremos en su tratamiento y prevención, ya que al ser la causa de su formación un problema crónico (válvulas venosas incompetentes), además de curar las úlceras que se han formado es de vital importancia establecer un plan donde se involucre y eduque al paciente para prevenir nuevas úlceras, ya que si solo nos centramos en curar las úlceras existentes, estas volverán a aparecer al cabo de semanas o meses.

Tanto para tratar como para prevenir úlceras venosas, el objetivo es mejorar el retorno venoso y reducir el edema existente en los miembros inferiores. Para ello como se ha demostrado en los diferentes estudios que se han analizado previamente, la primera línea de tratamiento es el uso de vendajes de compresivos (cuando hay exceso de exudado) o de medias de compresión (cuando el exudado es mínimo o para su prevención cuando aun no existen úlceras).

A parte de la compresión también se educara al paciente para que mantenga sus piernas elevadas el mayor tiempo posible, esto en combinación con la terapia compresiva mejorara notablemente el retorno venoso.

De esto podemos enumerar como principales causas del “no uso” de terapia compresiva para tratar úlceras venosas las siguientes:

- Falta de conocimiento de la patología ulcero-venosa y del uso de terapia compresiva.
- Falta de habilidades para aplicar un vendaje compresivo correctamente.

- Mala tolerancia por parte del paciente.

5 Discusión-Conclusión

De todo esto podemos concluir que con un mayor conocimiento de la patología y del uso de la terapia compresiva los pacientes que sufren úlceras venosas crónicas y recurrentes mejorarían notablemente su calidad de vida y a su vez el sistema de salud notaría un alivio tanto en la carga de trabajo de los profesionales como en costes económicos.

Por lo que para corregir la falta de conocimientos del personal sanitario acerca de esta materia sería necesaria una inversión del sistema de salud para educar y formar a los profesionales (especialmente en atención primaria que es donde mayoritariamente se trata este problema) con los conocimientos y habilidades necesarias para que puedan aplicar terapia compresiva eficazmente cuando sea necesario.

Mientras que para mejorar la tolerancia del paciente a la terapia compresiva habría que educar y planificar a cada paciente de forma individual y teniendo en cuenta multitud de factores tales como patologías adyacentes, problemas psicológicos o incluso su nivel cultural y socioeconómico.

Ya que la terapia compresiva puede resultar molesta hay que hacer entender al paciente que los beneficios superan a los inconvenientes y para ello necesitamos usar una estrategia diferente para cada persona dependiendo de los factores mencionados anteriormente. También siempre se podría valorar el uso de una compresión reducida si el paciente no es capaz de tolerar de ninguna forma la compresión estándar, ya que cualquier nivel compresión por leve que sea será más efectiva que no usar ninguna.

6 Bibliografía

1. Compression bandages or stockings versus no compression for treating venous leg ulcers - Health Quality Ontario -Ont Health Technol Assess Ser. 2019; 19(2): 1–86. Published online 2019 Feb 19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8407020/>.
2. Predicting the likelihood of venous leg ulcer recurrence: The diagnostic accuracy of a newly developed risk assessment tool.- Int Wound J. 2018 Oct; 15(5): 686–694. Published online 2018 Mar 13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/>

PMC7949606/.

3. Dalsing MC, Maleti O. Chronic venous insufficiency: deep vein valve reconstruction. In: Sidawy AN, Perler BA, eds. Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2019:chap 159.

4. Efectividad de la terapia compresiva de doble capa frente al vendaje de crepé en la cicatrización de úlceras venosas en atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado. Aten Primaria. 2020 Dec; 52(10): 712–721. Published online 2020 Apr 8. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2020.01.010 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8054279/>.

5. E Andrea Nelson and Sally EM Bell-Syer (2014) . Compression for preventing recurrence of venous ulcers. Cochrane Systematic Review. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25203307/>.

6. Ruckley, C. (1997). Socioeconomic Impact of Chronic Venous Insufficiency and Leg Ulcers. Angiology, 48(1), pp.67-69 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8995346/>.

Capítulo 9

DEMENCIA Y DETECCIÓN PRECOZ

ANA VALLADOLID VINDEL

NATALIA NAVARRO ZAFRA

DANIEL HERRAIZ VALLADOLID

1 Introducción

Cuando hablamos de demencia, nos referimos a un síndrome, siendo este, un conjunto de síntomas en las funciones cerebrales superiores que están asociados a un deterioro o a la pérdida de la memoria y otras funciones cognitivas y/o cognoscitivas (Galende et al., 2021) y (G. D. T. 2010). Este deterioro es capaz de interferir en la vida diaria del paciente, por ello, resaltar la importancia de la detección precoz de este tipo de síndromes, ya que comparten ciertas características con el envejecimiento cognitivo y podría ayudar posteriormente al tratamiento. (Tort Merino, 2021) y (Díaz-Mardomingo, García-Herranz y Peraita-Adrados, 2010).

Una de las razones principales por las cuales estos síndromes están más presentes dentro de nuestra sociedad es debido al aumento en la esperanza de vida, esta ha desencadenado en un incremento exponencial en la prevalencia de enfermedades crónicas. (Prince et al., 2015). Teniendo en cuenta el estudio realizado por Garre-Olmo en 2018, un estudio de metaanálisis de 157 estudios epidemiológicos realizados entre 1980 y 2009 en el mundo, resaltó los siguientes resultados: “La prevalencia de demencia se sitúa, dependiendo de la zona geográfica, entre el 5-8% para mayores de 60 años, muestra un patrón de crecimiento exponencial con la edad, doblándose cada cinco años aproximadamente, y un predominio del sexo femenino.” En España, el autor, resalta los siguientes resultados “En España, estudios poblacionales recientes puerta a puerta indican prevalencias que oscilan

entre el 9,4% (Gascón-Bayarri et al., 2007) y 8,5% (Tola-Arribas et al., 2013) en los mayores de 70 años, y entre el 5,5% (Gavrila et al., 2009) y 5,8% (De Pedro-Cuesta et al., 2009) en los mayores de 65 años”.

Según los signos y síntomas relacionados con la demencia destacados por la OMS (ver Tabla 1) Se pueden observar tres estadios claros, desde un inicio temprano hasta el tardío. La sintomatología de la demencia se puede ver representada de formas diferentes dependiendo del individuo para ello se debe de hacer seguimientos de la evolución de los síntomas y hacer comparativas del funcionamiento previo del paciente, la personalidad y la presencia de trastornos mentales premórbidos, además de factores médicos asociados. El ambiente socio-familiar, el funcionamiento cognitivo basal y el tipo de demencia. (Velásquez, 2017).

El alzhéimer, es la demencia cortical que ha tenido un mayor crecimiento en España (Martínez-Lage, et al. 2018) por ello es de vital importancia conocer cuáles serían los signos a observar: apatía, depresión, ansiedad, irritabilidad, agitación y delirios; manía y alucinaciones son de mayor a menor los síntomas más frecuentes (Nowrangi, Lyketsos, Rosenberg, 2015) para poder realizar una detección temprana.

Etapas Descripción Sintomatología:

Temprana: suele pasar desapercibida, ya que el inicio es paulatino.

- Tendencia al olvido.
- Pérdida de la noción del tiempo.
- Desubicación espacial.

Intermedia: la demencia suele evolucionar hacia la etapa intermedia, los signos y síntomas son más evidentes y más limitadores.

- Empiezan a olvidar acontecimientos recientes, así como los nombres de las personas.
- Desorientación.
- Dificultades para comunicarse.
- Empiezan a necesitar ayuda con el aseo y cuidado personal.
- Sufren cambios de comportamiento.

Tardía: en la última etapa de la enfermedad, la dependencia y la inactividad son prácticamente completas. Las alteraciones de la memoria son graves y los síntomas y signos físicos se vuelven más evidentes

- Una creciente desubicación en el tiempo y en el espacio.
- Dificultades para reconocer a familiares y amigos.
- Una necesidad cada vez mayor de ayuda para el cuidado personal.
- Dificultades para caminar.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Proporcionar pautas para familiares y afectados para poder llevar a cabo una adaptación de su día a día evitando así frustración y ansiedad.

Objetivos secundarios:

- Formación del personal sanitario para una detección precoz y posterior tratamiento. (Tanto rehabilitación como farmacológico).
- Crear instrumentos para evaluar los diferentes tipos de demencia. Pruebas de evaluación subjetivas y objetivas.
- Formar a nuevos profesionales sanitarios en enfermedades neurodegenerativas.
- Buscar un enfoque multidisciplinar en el cual se fomente el trabajo de equipo con varios profesionales (Médicos, Enfermeros, especialistas rehabilitadores).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros, artículos en revistas científicas y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Google Académico.

4 Resultados

La detección temprana de signos y síntomas hoy en día, relacionados con la demencia proporciona al personal sanitario vías de tratamiento acordes y personalizadas al individuo, permitiendo así una atención más eficaz y con mejor pronóstico de mantenimiento de las funciones cognitivas y cognoscitivas del paciente.

Con las pruebas de evaluación subjetivas tanto de tipo screening como convencionales, conseguimos una imagen aproximada de cuál podría llegar a ser el tratamiento a seguir con un impacto económico menor que con las pruebas de evaluación objetivas, siendo estas, aquellas que determinen con certeza cuáles serán los tratamientos tanto rehabilitadores como farmacológico, sociales y de su entorno familiar a seguir para conseguir mantener el máximo período de tiempo sus funciones cognitivas.

La importancia de la formación del personal sanitario (Médicos, enfermeros, psicólogos, logopedas y fisioterapeutas) es de vital importancia para poder conseguir este objetivo, ya que con un enfoque multidisciplinar los resultados obtenidos en pacientes con demencia consiguen mantener sus funciones durante un mayor periodo de tiempo, mejorando en la medida de lo posible su día a día.

La concienciación del entorno familiar y social del paciente, es vital para poder llevar a cabo los planes de tratamiento y así conseguir un enfoque centrado en trabajar todas aquellas dimensiones en las que el paciente presente dificultades facilitando así su autonomía en la medida de lo posible.

El alzhéimer es la demencia cortical que ha tenido un mayor crecimiento en España (Martínez-Lage, et al. 2018) por ello es de vital importancia conocer cuáles serían los signos a observar: apatía, depresión, ansiedad, irritabilidad, agitación y delirios; manía y alucinaciones son de mayor a menor los síntomas más frecuentes (Nowrangi, Lyketsos, Rosenberg, 2015) para poder realizar una detección temprana.

5 Discusión-Conclusión

Debido al incremento de los signos y síntomas en personas mayores de 60 años, de la población Española, la posibilidad de brindar un tratamiento acorde y personalizado, debería ser el objetivo principal de los sanitarios que trabajen con este grupo de edades. Además de la coordinación con los familiares y personal que atienda a los afectados, de esta manera se conseguirá un plan de mediación integral en el que se trabajen todas las áreas de intervención, consiguiendo así, el objetivo de un mantenimiento de las funciones cognitivas el mayor tiempo posible.

Para futuros trabajos y proyectos sería recomendable una revisión de las pruebas de evaluación subjetivas, ya que algunas, las traducciones del inglés tienden a ser literales y no están adaptadas al grupo de edad para las cuales están dirigidas.

6 Bibliografía

1. Galende, A. V., Ortiz, M. E., Velasco, S. L., Luque, M. L., de Miguel, C. L. D. S., & Jurczynska, C. P. (2021). Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología*, 36(1), 39-49.

2. Tort Merino, A. (2021). Detección precoz de cambios cognitivos sutiles en el envejecimiento y en la fase preclínica del continuo Alzheimer.
3. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07 “Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias.”
4. Díaz-Mardomingo, M., García-Herranz, S., & Peraita-Adrados, H. (2010). Detección precoz del deterioro cognitivo leve y conversión a la enfermedad de Alzheimer: Un estudio longitudinal de casos. *Psicogeriatría*, 2, 105-111.

Capítulo 10

EPILEPSIA RESPUESTA RÁPIDA

ANA VALLADOLID VINDEL

NATALIA NAVARRO ZAFRA

DANIEL HERRAIZ VALLADOLID

1 Introducción

La epilepsia es una enfermedad que se caracteriza por un desequilibrio en la actividad eléctrica de las neuronas. No se comprende como una entidad patológica singular, sino por tener una variedad de trastornos que reflejan una disfunción cerebral subyacente que puede resultar en diversa sintomatología. (Fisher et al., 2005). Dentro del manual CIE-10 podemos encontrar su categorización dentro del apéndice (G40) y los diferentes tipos y subtipos derivados de la epilepsia, que se representan según su función sintomatológica (Martín-Vegue, Vázquez-Barquero y Castanedo 2002). La terminología de los síndromes epilépticos ha tenido grandes modificaciones desde los años ochenta gracias a los avances en la investigación epileptológica (genética, neuroimagen, neurofisiología, etc.), en 2010-2017 se realizó una nueva reorganización de los términos y causas de esta. (Casas Fernández, 2012) y (Fisher et al., 2017).

Entendemos por una crisis epiléptica como una alteración brusca y transitoria por una actividad anormal de las neuronas que pueden causar espasmos musculares, pérdida de conocimiento, comportamientos y sensaciones extrañas (González y Suárez, 2016). Existen dos tipos de crisis:

Las crisis generalizadas: es la descompensación de la carga eléctrica que genera una descarga epiléptica que afecta de forma simultánea toda la superficie del cerebro.

Las crisis parciales o focales: la descarga epiléptica está localizada en una región focalizada del cerebro.

La prevalencia de la epilepsia según los estudios más recientes se situaría en torno al 8 por cada 1000 habitantes, del 5 al 10% de la población experimentará una crisis epiléptica a lo largo de su vida. En el caso concreto de España, los estudios realizados muestran unas cifras de prevalencia de epilepsia activa comparables con las cifras de estudios europeos, 62,6 casos de cada 100.000 habitantes/año, suponiendo este un coste de alrededor de 5% del presupuesto total de sanidad en España, según datos del año 2000. (García-Ramos et al., 2011) y (García-Martín y Serrano-Castro, 2018).

2 Objetivos

Exponer cómo identificar adecuadamente una crisis epiléptica para su correcto abordaje posterior.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros, artículos en revistas científicas y se han consultado artículos en las principales bases de datos y buscadores científicos como Google Académico.

4 Resultados

El objetivo principal de este artículo es fomentar una respuesta rápida ante las crisis epilépticas, con el fin de adecuar el tratamiento durante la hospitalización y posteriormente el tratamiento farmacológico además de crear hábitos que le permitan mantener el mayor tiempo posible sin crisis o ataques epilépticos. Siendo así, creará una mayor estabilidad en su entorno, ya que al tener pautas adecuadas, estas reducirán el estrés y la frustración de sus familiares.

Es de vital importancia la formación del personal sanitario en hospitales y en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) para poder conseguir una repuesta rápida. Para ello, resaltar la importancia del trabajo multidisciplinar de todo el equipo sanitario, para alcanzar, la meta de un diagnóstico y tratamiento adecuado en el menor tiempo posible.

La autora, Molina en 2004, expone tres tipos diferentes de dinámicas familiares para el afrontamiento de la epilepsia, las cuales resalta “Dinámica familiar sobre-protectora, inconsistente, y permisiva”.

Las crisis epilépticas especiales: son crisis facilitadoras por fiebre o por otros factores externos, como por ejemplo toxicológico, por medicamentos, enfermedades metabólicas etc.

Entonces ¿Cómo identificamos los sanitarios una crisis epiléptica?.

Como guía se llevará a cabo los procedimientos que González-Cuevas, Toledo-Argany, Santamarina-Pérez y Salas-Puig diseñaron en 2015 para clasificar los motivos de consulta en Urgencias:

1. Pacientes que presentan una crisis sintomática aguda (CSA). Se deben a algún proceso agudo simultáneo que puede ser sistémico o neurológico.
2. Pacientes con una primera crisis epiléptica. En un 45% de los casos no podemos determinar la causa (crisis no provocadas).
3. Pacientes con epilepsia conocida que presentan empeoramiento clínico (sea en la frecuencia o intensidad de las crisis o bien en relación con efectos adversos de la medicación).
4. Pacientes con crisis repetidas o prolongadas que constituyen distintos tipos de estatus epilépticos (EE).” Extracto del artículo (González-Cuevas, Toledo-Argany, Santamarina-Pérez, y Salas-Puig. 2015).

La incidencia de la epilepsia en España, que se ven reflejados en el apartado introductorio, reflejan el alto porcentaje de personas que padecen de esta enfermedad. Teniendo en cuenta que existen diversos métodos para poder tratar y subsanar los síntomas de los ataques epilépticos, además de la coordinación con los familiares y personal que atiende a los afectados, se conseguirá un plan de mediación integral en el que se trabajen todas las áreas de intervención, mejorando su día a día.

Para futuros trabajos y proyectos sería recomendable una repuesta rápida ante una crisis epiléptica que esté pautada y estandarizada en todas las entidades sanitarias en España.

5 Discusión-Conclusión

La concienciación del entorno familiar y social del paciente, y el conocimiento de los principales síntomas y de su posible inicio, es uno de los puntos importantes a tener en cuenta a la hora de llevar a cabo los planes de tratamiento y pautas en sus hábitos, facilitando su proceso de recuperación así su día a día, Y con dichas

pautas conseguiremos por una parte evitar la frustración y ansiedad familiar, y por otra la creación de planes de actuación acordes a esta enfermedad.

La formación del personal sanitario para una detección temprana y precoz de las crisis epilépticas y sus consecuencias, proporcionará al personal sanitario vías de tratamiento acordes y personalizadas al individuo, permitiendo así una atención más eficaz y con mejor pronóstico para su recuperación o pautas de tratamiento que permitan al paciente estar el mayor tiempo posible sin sufrir un ataque.

Es de vital importancia un enfoque multidisciplinar en el cual se fomente el trabajo de equipo con varios profesionales (Médicos, Enfermeros, especialistas rehabilitadores), ya que serán ellos los que lleven a cabo las intervenciones, tanto hospitalarias como la regulación de la medicación que el paciente necesite. Creando así pautas y planes personalizadas de actuación acordes a las circunstancias y necesidades.

6 Bibliografía

1. Fisher, R. S., Boas, W. V. E., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel Jr, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4), 470-472.
2. Martín-Vegue, A. R., Vázquez-Barquero, J. L., & Castanedo, S. H. (2002). CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Papeles medicos*, 11(1), 24-35.
3. Casas Fernández, C. (2012). Análisis crítico de la nueva clasificación de las epilepsias y crisis epilépticas de la Liga Internacional contra la Epilepsia. *Rev. neurol.*(Ed. impr.), s8-s18.
4. Fisher, R. S., Cross, H. J., French, J. A., Higurashi, N., Hirsch, E., Jansen, F. E., & Scheffer, I. (2017). Clasificación operacional de los tipos de crisis por la Liga Internacional contra la Epilepsia: Documento-Posición de la Comisión para Clasificación y Terminología de la ILAE. *Epilepsia*, 58(4), 522-530.
5. González, W., & Suárez, F. E. (2016). Clasificación de la epilepsia. *Decisiones en neurología*. Tomo II, 93.
6. Martino, G., & Martino, R. (2021). *Manual de epilepsia*. Nobuko.
7. García-Ramos, R., Pastor, A. G., Masjuan, J., Sánchez, C., & Gil, A. (2011). FEEN: Informe sociosantario FEEN sobre la epilepsia en España. *Neurología*, 26(9), 548-555.
8. García-Martín, G., & Serrano-Castro, P. J. (2018). Epidemiología de la epilepsia en España y Latinoamérica. *Rev Neurol*, 67(7), 249-262.

9. González-Cuevas, M., Toledo-Argany, M., Santamarina-Pérez, E., & Salas-Puig, J. (2015). Protocolo terapéutico de la crisis epiléptica y del estatus epiléptico en Urgencias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(73), 4404-4408.

Capítulo 11

APNEA DEL SUEÑO

DANIEL HERRAIZ VALLADOLID

ANA VALLADOLID VINDEL

NATALIA NAVARRO ZAFRA

1 Introducción

El trastorno que se desarrollará en este trabajo es la apnea del sueño, debido a su elevada prevalencia en la población adulta, el cual oscila entorno al 13% en hombres, 6% en mujeres y 3% en niños lo que se traduce en 1.500.000 hasta 2.500.000 de personas con este trastorno la mitad de los existen aún no están diagnosticados porque normalmente pasa desapercibida, varios tipos de apnea según su origen como son la apnea obstructiva, la apnea central y la apnea mixta. Además al hablar de apnea del sueño encontramos otros conceptos y síndromes relacionados como, los cuales definiremos más adelante en el trabajo. Para detectar la apnea del sueño existe una triada de signos y síntomas que se asocian a la apnea que son los ronquidos estruendoso, pausas respiratorias prolongadas durante las horas del sueño y la existencia de agotamiento y excesivo cansancio diurno, cabe destacar que la sintomatología es muy variada e inespecífica y muchos de los síntomas pueden deberse a otras patologías muy parecidas y eso lo hace difícil de diagnosticar correctamente. Esta patología hace que se pase más tiempo en sueño ligero que en sueño profundo y reparador que es el que se necesita para tener más energía a lo largo del día.

2 Objetivos

- Conocer la definición de apnea del sueño. objetivo secundario:
- Diferenciar los distintos tipos de apnea del sueño.

3 Metodología

En la elaboración de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre textos científicos consultados en libros, revistas y en las principales bases de datos en internet como Google académico, Pubmed y Scielo seleccionando artículos científicos revisados con suficiente veracidad.

4 Resultados

La apnea del sueño se caracteriza por episodios repetidos de obstrucción total o parcial de la vía aéreas superiores debido a que las partes blandas de la garganta se colapsan durante el sueño soliendo dejar de respirar por más de 10 segundos la cual provoca normalmente una disminución de la saturación de oxígeno, calificándose estas paradas en obstructiva, centrales y mixtas.

- Apneas obstructivas: este tipo es la más frecuente y es aquella en la que existe esfuerzo respiratorio, pero la respiración no se produce por una interrupción del paso del aire, debido una obstrucción en la vía aérea. Esta apnea se puede definir como la ausencia o la reducción del 90% en la señal respiratorio que dure más de 10 segundos con la presencia de esfuerzo respiratorio que es detectado por una banda toracoabdominal. .
- Apnea central: en la apnea central la vía aérea la encontramos abierta por lo que no existe esfuerzo respiratorio, por lo que en este tipo de apnea la para respiratorio se produce por una pérdida de la comunicación entre las señales enviadas por el cerebro y los músculos encargados de la respiración, en este tipo de apnea al no haber esfuerzo no suele aparecer ronquido. Esta apnea se puede definir clínicamente como la ausencia o reducción del 90% de la señal respiratoria que dure más de 10 segundos con ausencia de esfuerzo respiratorio detectado por una banda toracoabdominal.
- Apnea mixta: esta apnea es la menos prevalente y se refiere a una apnea que normalmente empieza con un componente central y termina con uno obstructivo.

Relacionados con las apneas existen otra serie de conceptos que pueden aparecer con frecuencia cuando se habla de trastornos respiratorios durante el sueño como

son.

- Hipopnea: se considera apnea a la parada de más de 10 segundos a consecuencia de una de una obstrucción de la VAS, mientras que la hipopnea hace referencia a las obstrucciones parciales con un colapso total de las VAS, a la hora de registrar las hipopneas con un polisomnografía se definirá como una reducción entre el 30% y el 90% de la amplitud en la señal respiratoria con duración superior a 10 segundos, o la disminución notoria del sumatorio toracoabdominal acompañado de una desaturación mayor o igual al 3%y/ o un microdespertar en el electroencefalograma.
- Apnea obstructiva del sueño o AOS: la cual es definida como una obstrucción intermitente de la vía aérea cabe recalcar que en esta definición no se tienen en cuenta la presencia de síntomas diurnos.
- Síndrome de apnea obstructiva del sueño o SAOS: en este síndrome se hace referencia a la AOS y la presencia de síntomas diurnos.
- Síndrome de apnea-hipopnea del sueño o SAHS: en este síndrome se incluyen las hipopneas en lugar de únicamente las apneas e incluye tanto los eventos tanto los momentos obstructivos como los no obstructivos.

Como se puede ver existe un gran número de conceptos para referirnos a la apnea obstructiva los cuales se usan en muchas ocasiones indistintamente, sin embargo el termino más aceptado es el SAHS ya que engloba a todos los conceptos anteriores ya que incluye en su definición tanto a las hipoapneas como apneas y además no se limita únicamente a eventos obstructivos, por tanto el SAHS está definido por dos factores, los eventos respiratorios nocturnos y las consecuencias derivadas de estos últimos.

5 Discusión-Conclusión

La apnea del sueño es hoy en día un problema de salud pública que en España afecta a más de 2 millones de personas, produciendo un deterioro importante de la calidad de vida así como enfermedades relacionadas con la misma. El objetivo es conocer la definición de apnea del sueño, ya que así podríamos mejorar la calidad de vida de los pacientes que la sufren.

La apnea del sueño es una parada respiratoria de más de 10 segundos las apnea se clasifica en tres tipos según su origen los que son obstructivos, centrales y mixtos, siendo la de origen central la más común y la mixta la más rara, además existen otros conceptos relacionados con la apnea desarrollados en el apartado anterior que son la hipopnea la cual es una obstrucción parcial, el AOS, SAOS Y SAHS de estos tres conceptos el SAHS es el más aceptado ya que engloba a los

otros dos siendo el más completo de los tres y el más usado normalmente. Como se puede comprobar hay gran cantidad de conceptos para referirse a la apnea obstructiva.

El papel del personal sanitario es clave en la diferenciación de los distintos tipos de apnea en los pacientes con sospecha clínica, pues son los primeros observar a estos pacientes decidiendo su remisión al Médico y posteriormente al especialista, en función a su identificación.

6 Bibliografía

1. Lucas P, Libro blanco. La neumología en España. Barcelona: SEPAR; 2015.
2. Lloberes P, Durán J, Martínez MA, Marin JM, Ferrer A, Corral J. 'Diagnóstico y tratamiento del síndrome de apneas-hipopneas del sueño'. Arch Bronconeumol. 2011; 47(3): 143-156.
3. Gibson, GJ. 'Sleep breathing disorders'. En: Gibson, GJ. The european lung White book: Respiratory health and disease in Europe [Internet]. 2ª ed. Sheffield: European Respiratory Society; 2013. p. 270-281 [citado 12 nov 2018].
4. Durán J. Consenso nacional sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS). Grupo Español de sueño; 2005.
5. Campos F, Reyes M, Hilaes J, Santos J, 'Síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS). Grupo Español de sueño; 2005.

Capítulo 12

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA FÍSTULA ARTERIOVENOSA PARA HEMODIÁLISIS

ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN

1 Introducción

La enfermedad renal crónica se puede definir como el daño renal que impide a estos filtrar la sangre como deberían. La consecuencia es que los desechos se acumulen en el cuerpo y causen problemas de salud (retención de líquido, hiperpotasemia, enfermedad cardíaca, anemia). Las causas más frecuentes que producen esta patología son la diabetes y la hipertensión arterial.

Cada vez es mayor el número de pacientes con enfermedad renal crónica debido a los avances en su tratamiento. Los indicadores de salud muestran una alarmante y progresivo aumento del número de pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). La ERC afecta a uno de cada 7 adultos en España, siendo más frecuente en varones (23,1% vs. 7,3% en mujeres).

Esta patología no se cura, pero se puede retrasar su avance. La enfermedad renal crónica puede producir insuficiencia renal por lo que el paciente tendrá que optar a trasplante de riñón o someterse a uno de los tipos de diálisis.

En este capítulo nos centramos en la hemodiálisis que es la opción de tratamiento de la insuficiencia renal crónica que se realiza haciendo pasar la sangre a través de un filtro exterior que se encuentra en una máquina de diálisis. Este filtro permite que las toxinas y exceso de líquido salgan de la sangre del paciente. Para este proceso es de gran importancia el acceso vascular.

Definimos fístula arteriovenosa como una conexión anormal entre una arteria y una vena. De este modo al unirse los dos vasos, la presión del interior de la vena aumenta y de este modo se fortalecen sus paredes y así se mejoran las condiciones para recibir las agujas empleadas en hemodiálisis.

Las fístulas arteriovenosas se clasifican en:

- Autólogas: se crean a través de la anastomosis de una arteria y una vena debajo de la piel del brazo. Se debe localizar preferiblemente en antebrazo o muñeca. Son la mejor opción, debido a que las complicaciones de estas son menores. Su cirugía debe ser 6 meses antes de comenzar la hemodiálisis.
- Protésicas: se crea mediante la interposición de un tubo de plástico entre una arteria y una vena del brazo o muslo. Se deben realizar mínimo 4 semanas antes del comienzo del tratamiento.

Ambas se deben colocar en el brazo no dominante, lo más distal posible.

2 Objetivos

Conocer los cuidados de enfermería en el paciente con fístula arteriovenosa así como los autocuidados a realizar por el propio paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Tras la revisión de guías de intervención en fístulas arteriovenosa así como de bibliografía sobre dicho tema, se presenta el siguiente resumen de procedimientos a realizar tanto de autocuidados del propio paciente portador como las acciones correctas a realizar y tener en cuenta por el profesional de enfermería.

Autocuidados preventivos:

- Evitar apoyarse sobre el brazo de la fístula cuando descanse.
- Movilizar el brazo con suavidad.
- No usar ropa apretada, joyas, relojes u objetos que aprieten el brazo de la fístula.

- Una buena opción es llevar una pulsera que notifique la presencia de la fístula.
- No utilizar el brazo portador para extracción de analíticas, administración de fármacos u otras pruebas.
- No tomar nunca la tensión arterial en el brazo de la fístula.
- Evitar golpes y rozaduras en el brazo portador.
- No cargar peso con dicho brazo.

Autocuidados higiénicos: adecuada higiene corporal con agua y jabón y mantener el brazo seco.

Autocuidados de vigilancia:

- Comprobar diariamente el funcionamiento de la fístula mediante la palpación.
- El paciente debe valorar el aspecto de la fístula y así poder observar cambios en ella como inflamación, enrojecimiento, dolor, endurecimiento, dolor, temperatura, hemorragia.

- Aplicar calor seco y masajear la fístula si se percibe un leve descenso del frémito.

Autocuidados sobre ejercicios: hacer ejercicios isométricos (abrir y cerrar el puño) o apretando una pelota del tamaño de la mano.

Durante el periodo de utilización en hemodiálisis:

- La canalización por primera vez de la fístula debe hacerlo personal de enfermería entrenado correctamente para evitar posibles complicaciones.
- Prepunción se debe valorar higiene del brazo, datos de anteriores punciones, el trayecto venoso así como hematomas, signos de alarma y en caso de presentar zonas enrojecidas o con hematoma se debe de evitar su punción.
- Se trata de una técnica aséptica.
- Se debe intentar tranquilizar al paciente debido a que la canalización es el proceso que le produce mayores miedos y ansiedad.
- Postpunción: la retirada de la aguja se hará suave y se hace hemostasia sobre el punto de punción ejerciendo presión continua de forma ligera durante aproximadamente 10-15 minutos. En las primeras punciones la pared vascular es más frágil por lo que es mayor el riesgo de hematoma.

Autocuidados del paciente entre sesiones de diálisis:

- Se debe instruir al paciente para que retire el apósito colocado tras la extracción de la aguja de la sesión de diálisis y lo haga de manera correcta. Lo hará a las 24 h.
- Si está muy pegado lo humedecerá para evitar tirones y posibles sangrados.
- Nunca levantará la costra que se forme en el lugar de punción y el paciente tendrá la educación sanitaria necesaria para saber qué hacer en caso de sangrado y hacer la hemostasia comprimiendo.

5 Discusión-Conclusión

Es de gran importancia que el personal de enfermería tenga actualizados los conocimientos sobre estos cuidados para aplicarlos a la práctica diaria así como para poder realizar una correcta educación sanitaria para que el paciente sea capaz de realizar autocuidados.

Para ello se debe formar en cuanto a los procedimientos a realizar al personal de enfermería disminuyendo así los errores que pueden poner en peligro la duración y buena conservación de la fístula arteriovenosa. Se debería sobre todo insistir en unidades de hospitalización ajenas al servicio de hemodiálisis así como a los equipos de atención primaria, debido a que es personal que aunque no manipule directamente la fístula puede hacer intervenciones que la perjudiquen y para este personal suele ser un tema desconocido.

Debemos tener claro que el paciente es el principal responsable de los cuidados de su fístula y para ello tendrá que contar con una correcta educación sanitaria.

6 Bibliografía

1. Zúñiga SM Carlos, Müller O Hans, Flores O Maritza. Prevalencia de enfermedad renal crónica en centros urbanos de atención primaria. Rev. méd. Chile [Internet]. 2011 Sep [citado 2020 Nov 30] ; 139 (9): 1176-981184. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000900010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000900010/>.

Capítulo 13

ENFERMERIA: SÍNDROME CORONARIO AGUDO CON ELEVACIÓN DEL ST (SCACEST)

DANIEL MORA MAROTO

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ

M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ

ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ

1 Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el mundo desarrollado y entre ellas el Infarto Agudo de Miocardio es una de las enfermedades que presenta una mortalidad más elevada en sus primeras fases. El fundamental realizar un correcto diagnóstico y una rápida valoración del riesgo del paciente para poder iniciar las estrategias tratamiento. El tratamiento deberá iniciarse lo más rápidamente posible. Debido a que no todos los centros disponen de la posibilidad de realizar dicho tratamiento, va a ser muy importante el desarrollo de redes asistenciales capaces de realizar un traslado muy rápido de los pacientes a centros donde se pueda realizar dicho tratamiento, por lo que la organización de la terapia del infarto va a implicar a otros actores que no el propio personal de un hospital.

El intervencionismo del infarto agudo de miocardio va a tener una serie de peculiaridades que lo hace diferente del realizado en otras formas de presentación de la cardiopatía isquémica. El procedimiento va a venir marcado por la presencia casi constante de trombo intracoronario. Si no se realiza una estrategia apropiada, la complicación que va a dominar el procedimiento va a ser el 'no reflow', cuya reversión va a ser compleja y que se asocia a un incremento de la mortalidad a corto y largo plazo.

2 Objetivos

- Conocer el diagnóstico de Infarto Agudo de Miocardio.
- Conocer particularidades del Intervencionismo Coronario Percutáneo.

3 Metodología

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

4 Resultados

El infarto agudo de miocardio (IAM) se define desde el punto de vista fisiopatológico como la muerte de los miocitos del miocardio debido a una isquemia prolongada como resultado de un desbalance entre la demanda de oxígeno por parte de las células miocárdicas y el aporte. Es muy importante recalcar que ante la isquemia inicial, la muerte de las células no se produce de forma inmediata, sino que es un proceso que en humanos puede durar entre 2 y 4 horas, dependiendo de una serie de factores, como puede ser la presencia o ausencia de circulación colateral, la oclusión parcial o total de la arteria coronaria, el preconditionamiento. Con este concepto, se han realizado diferentes consensos para llegar a una definición de IAM, siendo la tercera edición de dicho consenso la que actualmente se encuentra en vigor. La definición en la práctica clínica habitual deba basarse en tres pilares fundamentales, que son en primer lugar la clínica que presenta el paciente, en segundo lugar en los datos del electrocardiograma (ECG) y en tercer lugar a los resultados de los análisis de los marcadores bioquímicos de

daño miocárdico. Debido a la extensa variabilidad de los síntomas que presentan los pacientes y a las diferentes condiciones basales, se requieren 2 de estos tres criterios para apoyar el diagnóstico de IAM. En cuanto a los dos primeros pilares, no se han producido modificaciones en los últimos años, así en cuanto a la clínica del paciente se requiere la presencia de un dolor torácico de características coronarias con una duración superior a los 20 minutos y que no cede tras la administración de nitroglicerina sublingual. En cuanto a los criterios del ECG se requiere la elevación persistente del segmento ST en dos derivaciones contiguas superior a 2 mm en hombres o 1,5 mm en mujeres, en ausencia de bloqueo de rama izquierda. La presencia de un bloqueo de rama izquierda no conocido previamente puede considerarse como diagnóstico de IAM en presencia de alguno de los dos restantes criterios.

Las modificaciones más importantes se han ido produciendo en los marcadores que detectan la presencia de necrosis de las células miocárdicas. Se han ido mejorando los test diagnósticos, siendo cada vez más capaces de detectar parámetros bioquímicos que se alteran en fases más precoces de las manifestaciones de la cardiopatía isquémica. Así, desde los marcadores más clásicos, como la LDH que se elevaban muy tardíamente (5-7 días), pasamos a la capacidad para detectar la masa o la actividad de la enzima Creatin-FosfoKinasa (CPK) y de forma más específica la subunidad miocárdica (CK-MB), cuyo valor ya se altera a las 6-8 horas de producirse la necrosis miocárdica. Actualmente disponemos de marcadores mucho más específicos, como es la medición de la Troponina (T o I), de la que actualmente tenemos test ultrasensibles que son capaces de detectar alteraciones ya a las 4 horas del inicio de la necrosis.

El mecanismo causal de la gran mayoría de los IAM se debe a la obstrucción al flujo coronario producida por la rotura de una placa de ateroma preexistente o a la erosión de la pared arterial. Esta lesión provoca la exposición del tejido subendotelial al flujo coronario, con la consiguiente activación de la cascada de la agregación plaquetaria y coagulación. Este hecho ha sido fundamental para establecer e investigar los potenciales tipos de tratamiento, que irán enfocados a restablecer lo más pronto posible el flujo a través de la arteria coronaria para minimizar el tamaño de la necrosis producida.

A pesar de ello, la propia reperusión puede producir la activación de una serie de mecanismos que van a ser contraproducentes e incrementar el daño producido. Así, se produce el reclutamiento de células inflamatorias que van a incrementar la lesión al tratar de cicatrizar el tejido lesionado. Múltiples estudios se han realizado y se están realizando, con el intento de disminuir dicho daño miocárdico por reperusión, sin resultados hasta la actualidad.

El intervencionismo coronario va a tener unas características diferenciales respecto al intervencionismo practicado la forma estable de la cardiopatía isquémica. La característica principal va a ser la presencia de trombo intracoronario y la posibilidad de producir una embolización distal, con la consecuente disminución del flujo de la arteria y en especial en la microcirculación. Este hecho va a producir el llamado ‘no reflow’ tanto a nivel arterial, como a nivel miocárdico, lo que conlleva un mantenimiento de la falta de perfusión en el miocardio y se prolonga el daño miocárdico, no consiguiendo disminuir el tamaño del IAM y con ello, no consiguiendo mejorar el pronóstico para los pacientes. Esta complicación es de las más severas que puede aparecer y se asocia a un incremento del área del infarto que se traduce en un incremento de la mortalidad global incluso a largo plazo.

Tratamiento: se basa en la actuación temprana sobre el mecanismo que origina la obstrucción coronaria de forma mecánica (Angioplastia vs Fibrinólisis), así como detener la cascada trombótica mediante tratamiento específico (Antiagregación plaquetaria+/-Anticoagulación).

- Fibrinolítico: el primer tratamiento aplicado tras conocer la fisiopatología fue el tratar de deshacer el trombo formado en el interior de la arteria coronaria.

El tratamiento fibrinolítico tiene como fin potenciar la trombolisis, restaurando el flujo de un vaso (arterial o venoso) ocluido recientemente por un trombo. Está dirigido al tratamiento del trombo más que a la causa de la trombosis. Se diferencia por ello del tratamiento anticoagulante, el cual se emplea primariamente para prevenir la formación de trombos y evitar la progresión y extensión de los ya formados. Los fármacos fibrinolíticos son proteasas que actúan como activadores directos o indirectos del plasminógeno, dando lugar a la conversión de esta proenzima en su forma activa (plasmina), que a su vez cataliza la degradación de fibrina o fibrinógeno y la disolución del coágulo. Estos fármacos pueden subdividirse teóricamente en activadores fibrinespecíficos” y “no fibrinespecíficos”. Los activadores “no fibrinespecíficos” como la estreptoquinasa (SK), la uroquinasa (UK), y la anistreplasa (APSAC), convierten tanto al plasminógeno circulante como al unido al coágulo en plasmina, dando lugar no sólo a la lisis de la fibrina en el coágulo, sino también a una importante fibrinogenolisis sistémica, fibrinogenuemia y elevación de los productos circulantes de la degradación de la fibrina. En virtud de su relativa selectividad por el complejo binario plasminógeno-fibrina, los activadores “fibrinespecíficos” (t-PA, scu-PA, reteplasa) dan lugar, fundamentalmente, a la lisis de fibrina en la superficie del coágulo sin afectar teóricamente al fibrinógeno circulante.

- Angioplastia primaria: dicho tratamiento se inició mediante la angioplastia sim-

ple con balón. Se conseguían índices de repermeabilización de la arteria con flujo normalizados en porcentajes superiores al 90%. Con la aparición del stent intra-coronario, con mejores resultados que la angioplastia simple con balón en pacientes sin IAM, se consideraba la presencia de trombo como una contraindicación para su implantación, por lo que en el seno del IAM no se podían implantar stent. Con la mejoría de la técnica, el tratamiento doble antiagregante se consiguieron disminuir las tasas de trombosis agudas del stent, por lo que la presencia de trombo dejó de considerarse una contraindicación formal para la implantación de un stent. Así, el estudio CADILLAC, con un diseño de aleatorización 2x2, que comparaba la administración de Abciximab frente a placebo por un lado y la implantación de stent frente a la angioplastia simple con balón en el IAM, fue el primero en demostrar la eficacia de la implantación del stent en el seno del IAM.

Se detectó una disminución en la tasa de re-oclusión del vaso culpable (11,3% en el brazo balón frente a 5,7% en el brazo stent, $p=0.01$), así como de la reestenosis en el seguimiento (40,8% vs 22,2%, respectivamente, $p<0.001$). Con ello, se sentó la indicación que a toda angioplastia primaria era beneficiosa la implantación de un stent.

- Comparación de resultados: Se publicaron numerosos estudios que compararon la eficacia y seguridad de los dos tipos de tratamiento disponibles para conseguir la reperusión de la arteria culpable en la fase aguda del IAM. Sin embargo, fue el metanálisis de Keeley et al 2003 el que hizo cambiar el paradigma del tratamiento del IAM. Dicha publicación mostró un beneficio consistente en todos los eventos analizados tanto en la seguridad como en la eficacia clínica de la realización de una angioplastia primaria con balón, sobre el tratamiento trombolítico. Así, se mostraron beneficios en términos de mortalidad, tanto a corto como a largo plazo, reinfarto no fatal, isquemia recurrente, así como la disminución de la tasa de accidente cerebrovascular tanto global como hemorrágico y una disminución marcada de los sangrados mayores. Grandes registros realizaron comparaciones entre los resultados del tratamiento fibrinolítico y la angioplastia primaria en relación al término del momento de aplicación de cada uno de los tratamientos. Cabe resaltar el estudio publicado por Pinto y cols, que mostró que el beneficio de la angioplastia frente a la fibrinólisis se obtenía sólo cuando la angioplastia se realizaba dentro de los primeros 120 minutos de realizado el diagnóstico de IAM. Este dato ha sido de vital importancia y ha sido aplicado en las guías de práctica clínica e implementado en la mayoría de programas de atención al IAM como el tiempo máximo para decidir el tratamiento mediante angioplastia primaria frente a la administración del fármaco fibrinolítico.

Estos estudios sentaron la base de la superioridad de la angioplastia primaria frente a la fibrinólisis en pacientes que acudían a un centro con capacidad de realización de una angioplastia emergente.

Uno de los primeros problemas detectados fue la escasa disponibilidad de centros con capacidad para la realización de una angioplastia primaria las 24 horas al día y los 7 días de la semana. La siguiente cuestión a responder fue qué tipo de tratamiento debe recibir un paciente que acude a un centro sin capacidad de realizar una angioplastia primaria: trombolisis 'in situ' o bien traslado emergente a un centro con capacidad de realizar una angioplastia primaria. En este sentido, el estudio clave fue el estudio DANAMI-2, que comparó la estrategia de realizar tratamiento 'in situ' con la administración del trombolítico Alteplasa en comparación a un traslado inmediato a un centro con posibilidad de realizar una angioplastia primaria en menos de 2 horas. Los resultados fueron superiores para el traslado de los pacientes en términos de muerte, re-infarto o accidente cerebrovascular (8,5% en el grupo de traslado, frente a 14,2% en el grupo fibrinólisis, $p=0.002$). Este beneficio observado a los 30 días de seguimiento se mantiene durante el seguimiento. Con estos datos y los aportados por otros estudios con similar diseño, se sentó la indicación de la práctica de una angioplastia primaria como mejor tratamiento, si se podía realizar en menos de 2 horas, dato que se recoge en las guías de práctica clínica, tanto europeas, como americanas.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos de la siguiente manera y es que inicialmente se intentó la restauración de la circulación en la arteria coronaria mediante tratamiento farmacológico con la infusión por vía endovenosa de fármacos que destruyeran el trombo formado dentro de la arteria coronaria. Posteriormente se desarrollaron estrategias para conseguir la reperfusión de la arteria coronaria mediante técnicas de intervencionismo coronario.

En los últimos años, se han desarrollado protocolos en todas las regiones sanitarias para atender este síndrome clínico, basándose en la atención temprana y la terapia invasiva mediante la angioplastia primaria debido a los mejores resultados frente a la fibrinólisis. Así mismo, el avance de los dispositivos intracoronarios (Stents farmacoactivos) han permitido reducir las complicaciones asociadas (Trombosis y Reestenosis), reduciendo la mortalidad prácticamente a la mitad.

6 Bibliografía

1. Borja Ibáñez, Stefan James, Stefan Agewall , Manuel J. Antunes et al. Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. *Rev Esp Cardiol.* 2017;70(12):1082.e1-e61.
2. Kristian Thygesen, Joseph S. Alpert, Allan S. Jaffe , Bernard R. Chaitman, et al. Consenso ESC 2018 sobre la cuarta definición universal del infarto de miocardio. *Rev Esp Cardiol.* 2019;72(1):72.e1-e27.
3. Stone GW, Grines CL, Cox DA, García E, Tcheng JE, Griffin JJ et al, for the Controlled Abciximab and Device Investigation to Lower Late Angioplasty Complications (CADILLAC) Investigators. Comparison of angioplasty with stenting, with or without abciximab, in acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 2002;346:957-66.
4. Ellen C Keeley , Judith A Boura, Cindy L Grines. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet.* 2003 Jan 4;361(9351):13-20.
5. Pernille G Thrane, Steen D Kristensen, Kevin K W Olesen, Leif S Mortensen et al. 16-year follow-up of the Danish Acute Myocardial Infarction 2 (DANAMI-2) trial: primary percutaneous coronary intervention vs. fibrinolysis in ST-segment elevation myocardial infarction. *Eur Heart J.* 2020 Feb 14;41(7):847-854.

Capítulo 14

ENFERMERIA: TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

DANIEL MORA MAROTO

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ

M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ

ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ

1 Introducción

Los trastornos del comportamiento alimentario no son una enfermedad con muy alta prevalencia en países desarrollados. Algunos estudios dan cifras del 1 al 2% aproximadamente de anorexia y del 2 al 4% para bulimia.

Sin embargo, están consideradas entre las enfermedades más graves, peligrosas y letales que existen en nuestro medio. Según algunas revisiones se llega a alterar el proceso de desarrollo vital hasta en un 40% de los pacientes y hasta un 8% llegan a la muerte.

Afectan sobre todo a mujeres (85-90% de los casos) adolescentes. Aunque es llamativo y digno de análisis el incremento que se está viendo en el número de chicos que sufren este tipo de conductas. Y más preocupante es, si cabe, la edad a la que tanto chicas como chicos empiezan a sufrir este tipo de trastornos, que en muchos casos ya comienza en la niñez.

Son múltiples los factores que intervienen en la aparición de un trastorno del comportamiento alimentario. Desde factores genéticos y biológicos hasta factores socioculturales que influyen en el individuo.

La base del tratamiento van a ser terapias psicológicas y conductuales. El apoyo de la pareja o la familia desde el inicio va a ser fundamental para una buena evolución de la enfermedad.

2 Objetivos

Exponer información de interés acerca de los trastornos del comportamiento alimentario y su tratamiento.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo se llevó a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se consultaron trabajos de las principales bases de datos como Pubmed y Medline sobre las litiasis renales, su prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Se seleccionaron artículos publicados revisados.

4 Resultados

Existen principalmente dos tipos de trastornos alimentarios: uno es la anorexia y otro la bulimia. El primero se da sobretodo en adolescentes entre los 12 y los 16 años. En la bulimia la edad media es algo mayor, viéndose sobretodo en edades comprendidas entre los 15 y los 18 años. Aunque en la última década se observa una notoria y preocupante elevación de la prevalencia en edades infantiles.

En la psicopatología de estos trastornos observamos varias características comunes a todos ellos. Hay una dismorfofobia o alteración en la percepción de la imagen corporal, un miedo morboso a engordar y por consiguiente una preocupación persistente por la ingesta.

Las causas que los provocan son variadas y múltiples. Parece haber un componente genético puesto que se observan con frecuencia antecedentes familiares, tanto de trastornos alimentarios como de trastornos afectivos que acompañan frecuentemente a éstos. Son comunes la depresión, la ansiedad, y los trastornos de personalidad como el narcisismo y la personalidad límite.

También parece clara la influencia de factores socioculturales como pertenecer a la raza blanca de clase media-alta donde existen valores estéticos dominantes. Pero lo que claramente predispone con más fuerza para el desarrollo de este tipo de trastornos son factores psicológicos individuales como el carácter introvertido, la baja autoestima, un rendimiento escolar e inteligencia elevados y en ocasiones antecedentes propios de sobrepeso.

La anorexia nerviosa se define como una distorsión de la imagen corporal con miedo a la obesidad que se traduce en una importante pérdida de peso, hasta llegar a un 15% inferior al esperado por la edad o a un índice de Quetelet $<17,5$. Esta pérdida es inducida por el propio paciente por medio de vómitos autoinducidos (con/sin eméticos), evitación de alimentos calóricos, laxantes y diuréticos, hormonas tiroideas) y ejercicio excesivo.

Están definidos varios subtipos de anorexia. El primero es el tipo restrictivo en el que la paciente no come y el segundo es el tipo no restrictivo o compulsivo en el que la paciente recurre regularmente a atracones y después purgas con vómitos, diuréticos y laxantes y enemas.

En la bulimia nerviosa no predomina una distorsión de la imagen corporal aunque sí tienen un miedo morboso a engordar y se fijan límites de peso inferiores a su peso óptimo. Tienen una preocupación persistente por la comida con deseos irresistibles de comer y pérdida del autocontrol.

El 50% de los pacientes bulímicos presentan crisis bulímicas a diario consistentes en consumo rápido y masivo de alimentos sin placer (normalmente hidratos de carbono y grasas que excluidas de su dieta habitual) y un posterior sentimiento de culpa que llega incluso a deprimirlos. También emplean conductas dirigidas al control de peso como dietas estrictas intercrisis, ejercicio excesivo, vómitos autoinducidos (el 75% vomitan a diario) y fármacos.

En ambos trastornos, debido tanto a la propia restricción dietética como a los atracones y a las purgas, habrá una serie de complicaciones médicas.

Puede aparecer amenorrea que a su vez puede dar lugar a osteopenia y fracturas. Puede haber una disminución del metabolismo basal con hipotensión, bradicardia, hipotermia y hasta disminución de la frecuencia respiratoria.

Puede afectarse el eje HPT-HPF-gonadal dando lugar a una disminución del deseo sexual, a impotencia, frigidez.

Habrán alteraciones gastrointestinales como dilatación gástrica, sensación de plenitud postprandial, estreñimiento y reflujo gastro-esofágico.

Otras alteraciones posibles son el insomnio; alteraciones del estado de ánimo como euforias, disforias, depresión, ideación suicida. Y alteraciones de la sangre (pancitopenia) y la piel (lanugo).

En el caso de pacientes vomitadores además aparecerán ronquera, erosión del esmalte dental, hiperamilasemia e inflamación de parótida, sangrados gastroesofágicos, callosidad en dorso de mano (signo de Russell) y trastornos hidroelectrolíticos con riesgo de arritmias, fallo renal y crisis epilépticas.

El diagnóstico es clínico. La mayoría de las veces es un familiar el que acude a la consulta del pediatra o el médico de familia con el diagnóstico de sospecha.

Y por desgracia para cuando esto ocurre el trastorno lleva ya mucho tiempo de evolución con lo que el pronóstico empeora. Un diagnóstico temprano junto con un buen apoyo familiar o de pareja estable serán signos de buen pronóstico al inicio.

Existen una serie de escalas diagnósticas que sirven de apoyo al diagnóstico en la consulta. El más empleado hoy en día en atención primaria es el cuestionario SCOFF para la detección precoz de trastornos alimentarios en población de 14 a 55 años. El BITE se emplea para la población en general. También son de interés el EAT-26 (para mujeres de 15 a 18 años), el EAT-40 aplicable a todas las edades, el ChEAT para niños de 8 a 12 años y el BULIT y BULIT-R en valoración de la gravedad de la bulimia.

Los objetivos del tratamiento serán tratar las complicaciones físicas, restaurar o normalizar peso, educar en patrones nutricionales sanos y modificar las disfunciones del trastorno.

La base será un tratamiento psicológico con técnicas conductuales y técnicas cognitivas. En el caso de la bulimia nerviosa será una terapia cognitivo-conductual. En el caso de la anorexia son muy importantes las terapias familiares, psicodinámicas y psicopedagógicas.

En la mayoría de los casos será necesario hacer un tratamiento concomitante con fármacos antidepressivos como ISRS (fluoxetina en bulimia) y ATC (clomipramina en anorexia). También se emplean en ocasiones, aunque con poca evidencia científica, algunos antipsicóticos como olanzapina, pimozide y sulpiride y también topiramato y atomoxetina.

Finalmente en algunas ocasiones será preciso el ingreso de la paciente en el hospital. El médico y el psiquiatra deben tenerlo en cuenta ante una desnutrición severa con un IMC menor de 17, ante severas alteraciones orgánicas, ante grave sintomatología depresiva asociada con riesgo de suicidio, ante rechazo o falta de motivación del tratamiento o a veces ante falta de apoyo familiar por alteraciones en su dinámica.

La retirada del tratamiento será lenta y bajo riguroso control médico. Se hará únicamente tras un periodo prolongado de remisión completa. Y en este punto hay que recalcar que la recuperación ponderal no es sinónimo de recuperación.

5 Discusión-Conclusión

Los trastornos del comportamiento alimentario son un riesgo severo contra la salud y la integridad física de quien lo padece del individuo. En ocasiones hasta el extremo de estar en riesgo de muerte. De ahí la importancia de un diagnóstico precoz.

El reconocimiento tardío de estas conductas va a suponer en muchos casos una cronificación y una muy dificultosa recuperación del paciente, por lo que hay que insistir en prestar atención tanto a pacientes de sexo femenino como masculino por el gran aumento en los últimos años de la prevalencia de estos trastornos en ellos.

El apoyo de las personas en el entorno del paciente va a ser fundamental en la recuperación. La terapia familiar forma parte integral e imprescindible del tratamiento, pues hay que evitar que inadvertidamente favorezcan en algunas ocasiones la permanencia y complicación del trastorno.

6 Bibliografía

1. Banet e. educación para la salud, la alimentación. Barcelona: GRAO; 2004.
- Castilla ML. Consejo dietético en Atención Primaria. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2005.
2. Castillo M, León M. educación sanitaria en alimentación y nutrición. Jaén: Alcalá. Asociación para la formación Continuada en Ciencias de la Salud y educación; 2002.
3. Gandarillas A, Febrel C. encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública; 2000.
4. Migallón P, Gálvez B. Anorexia y bulimia. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997.

Capítulo 15

ENFERMERÍA EN LA SINEQUIA VULVAR EN ATENCION PRIMARIA PEDIÁTRICA

DANIEL MORA MAROTO

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ

M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ

ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ

1 Introducción

Se define sinequia vulvar a la adherencia que existe entre los labios menores, lo que impide ver la entrada a la vagina y a veces incluso el meato uretral. Con el tiempo la adherencia da lugar a una cicatriz de grosor variable dependiendo del tiempo que ha transcurrido de cuándo empezó a existir la patología. Esta patología se produce durante los primeros meses o años de vida y no como falsamente se crea durante la fase embrionaria, con lo cual no es congénito. Las sinequias no suelen producir ningún tipo de síntomas y se suelen ver por primera vez en las revisiones rutinarias de pediatría de atención primaria. Normalmente estas sinequias son parciales siendo las más usuales y asintomáticas. Existen además las sinequias totales, las cuales, si que pueden dar síntomas como irritación, molestias al orinar, incluso a veces infecciones urinarias.

Normalmente, la mayoría de las sinequias son temporales y van desapareciendo de manera espontánea.

Los padres de las niñas afectadas, reciben la noticia con moderado alarmismo. Es por ellos, que los profesionales sanitarios deben estar entrenados en ofrecer una adecuada información sobre esta patología, así como en explicarles las diferentes técnicas que se pueden usar para tratar este problema.

2 Objetivos

El propósito de este trabajo es el de realizar una revisión de la literatura que analice cómo se trata la sinequia vulvar pediátrica.

3 Metodología

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

4 Resultados

Normalmente las sinequias vulvares son diagnosticadas en la revisión rutinaria en la consulta de pediatría durante las revisiones del niño sano.

La etología están asociadas a un bajo nivel de estrógenos en niñas de 0 a 2 años, o bien, a procesos inflamatorios de la zona, como por ejemplo una dermatitis del pañal. Esta zona es tan frágil, que tras el proceso pueden llegar a fusionar ambos labios.

Existen varias modalidades de tratamiento, entre los que se encuentran:

- Si nos encontramos ante un caso de sinequia sin síntomas, la mejor opción es no tratarla, aunque haremos hincapié, en que es importante mantener una optima higiene genital todos los días. La limpieza de la zona, se hará desde la parte anterior vulvar hacia atrás, para no dar lugar a una contaminación de los genitales con resto de heces. En esta maniobra, se puede aprovechar para ejercer una ligera presión y así intentar liberar poco a poco la adherencia. Para la limpieza de la zona se puede utilizar preferiblemente un jabón con pH neutro, o bien uno indicado para la higiene infantil. En ocasiones, simplemente en un accidente domés-

tico, recibiendo un golpe en la zona, la adherencia de los labios menores puede desaparecer, sin necesidad de ningún otro tipo de tratamiento.

- Si nos encontramos con una sinequia, en la que si aparecen síntomas, tales como irritaciones, picor, infecciones de orina etc., el pediatra valorará el uso de cremas como vaselinas, cremas con corticoides o de cremas con estrógenos. Se podrán aplicar de una a tres veces al día, durante un máximo de quince días y haciendo un seguimiento desde la consulta de pediatría de atención primaria. El abuso en la aplicación de estrógenos tópicos, debe ser limitado en el tiempo, ya que, pueden aparecer efectos secundarios, como un aumento en la pigmentación de los genitales externos y de las areolas mamarias, así como, aumento en el volumen de las mamas y también la aparición de una pseudopubertad precoz.

-Si el tratamiento con las cremas anteriormente mencionadas no funcionase, o bien, hay un cierre sintomático de los labios menores, se procederá a la separación manual o quirúrgica. El pediatra o cirujano pediátrico realizará esta intervención de manera rápida y poco traumática aplicando antes, una crema anestésica en la zona, para evitar que moleste.

Una vez la sinequia se haya separado, tanto si es con ayuda de las cremas, como si es de manera manual, hay que mantener unos cuidados de la zona vulvar, tales como limpiar suavemente las secreciones acumuladas utilizando la propia mano, usar jabones neutros, limpiar y secar bien la zona y llevar controles rutinarios por el pediatra y los padres para comprobar que la adherencia no se ha producido de nuevo.

5 Discusión-Conclusión

Esta patología suele pasar inadvertida por lo que es importante que los profesionales en las consultas de atención primaria estén muy atentos, además es bastante frecuente encontrarse con la sinequias vulvares.

En algunos casos cuando pasan desapercibidas para los pediatras o la enfermera de pediatría, los padres no son conscientes del problema y esto se traduce en un retaso en el inicio del tratamiento con las posibles complicaciones que esto puede ocasionar.

Las sinequias vulvares, abordadas precozmente y con el adecuado tratamiento, suelen responder satisfactoriamente al mismo, y resolverse fácilmente.

Por ello, es de gran relevancia, realizar una adecuada inspección de la zona genital de las niñas cuando acudan a las revisiones del programa del niño sano, para poder detectar lo antes posible la existencia de una sinequia.

6 Bibliografía

1. Hueto Najarro A, González García G, Breton Hernández P, Zarate Tejero I, Lanuza Arcos R, Ferrer Santos P. Úlceras genitales de Lipschütz: reporte de un caso pediátrico. Arch Argent Pediatr 2017; 115(6):e436-e439. doi:10.5546/aap.2017.e436
2. Wolters V, Hoogslag I, Wout JVT, Boers K. Case Report: Lipschütz ulcers: a rare diagnosis in women with vulvar ulceration. Obstet Gynecol 2017; 130(2):420-2. doi: 10.1097/AOG.0000000000002145
3. Vieira-Baptista P, Lima-Silva J, Beires J, Martínez-de-Oliveira J. Lipschütz ulcers: should we rethink this? An analysis of 33 cases. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2016; 198:149- 52. doi: 10.1016/j. ejogrb.2015.07.05. Rivas I: Sinequia de labios menores. En: Vulva, vagina y cueros. Infancia y adolescencia. Buenos Aires, Argentina. Editorial Médica Panamericana, 1996 243-246.

Capítulo 16

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

CARLOS RAMON MEGIAS JIMENEZ

CELIA MAGDALENA MEGÍAS JIMÉNEZ

1 Introducción

Las úlceras por presión (UPP) son las lesiones cutáneas o de la integridad tisular más relacionadas con la dependencia, es decir, suelen aparecer en pacientes con una movilidad disminuida y/o con presencia de factores de riesgo específicos, como pueden ser edad avanzada, intervención quirúrgica reciente, humedad, fricción o presión mantenida sobre una superficie, entre muchas otras.

Una vez aparecen estas lesiones significan un problema tanto para el paciente y su entorno, como para los profesionales sanitarios, ya que su curación implica mucho tiempo, recursos y conocimientos sobre las UPP (clasificación, tratamiento, curas, re-evaluaciones y seguimiento).

La aparición de UPP es una complicación de gran prevalencia actualmente, de ahí deriva la importancia de estudiar y actuar sobre este tema. En este estudio se realiza una revisión bibliográfica de los conocimientos disponibles a día de hoy basados en la evidencia para establecer un esquema de actuación para la prevención de UPP, ya que es una complicación a la que los profesionales sanitarios pueden anticiparse, siempre que se efectúen medidas correctas de prevención en todos los ámbitos de la asistencia sanitaria.

Puesto que un problema muy frecuente en nuestra sociedad, se debe formar de manera continua y actualizada a los profesionales sanitarios, incidiendo en el personal de enfermería que es el encargado a priori de identificar y tratar las UPP. Con ello se contribuiría a la mejora de la atención sanitaria y al aumento de la satisfacción de pacientes y cuidadores.

2 Objetivos

Actualizar y reforzar los conocimientos actuales basados en la evidencia sobre prevención de UPP.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo científico se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden y Pubmed. Las palabras clave usadas para la búsqueda han sido: “Prevención de UPP”, “Medidas preventivas de UPP”, “Cuidados de enfermería en UPP” y “Clasificación de UPP”. No se ha usado límite de tiempo y se han consultado artículos en inglés y español.

4 Resultados

Las UPP se pueden describir como la complicación derivada de la dependencia y/o inmovilidad más evitable, por tanto debemos llevar a cabo de forma correcta la prevención de su aparición. El personal en el que se centra tanto la prevención como el manejo de UPP es enfermería, que será la encargada de realizar la valoración, el seguimiento, evaluaciones y curas si las precisará.

Para ello, el primer paso y más importante será realizar una valoración integral del paciente, en la que debemos valorar diferentes dimensiones como alimentación, movilidad, humedad, percepción sensorial, deambulación o presencia de fricción/roce, entre otras, para así poder establecer el riesgo de aparición de UPP que tiene ese paciente. Para ello, en la práctica habitual se utilizan escalas validadas, siendo las más usadas: Braden, Emina y Norton. El uso de escalas para la cuantificación del riesgo de aparición de UPP muestra un nivel de evidencia alta.

Dependiendo de la puntuación obtenida se establecería un riesgo de aparición de UPP determinado para el paciente en el momento actual, que nos servirá como punto de partida para establecer nuestros diagnósticos enfermeros, elaborar un

plan de actuación con las actividades necesarias y asignar los recursos que precise tanto el paciente como su entorno.

Puesto que la situación de los pacientes es una variable dinámica que cambia con el tiempo, se deberán realizar valoraciones del riesgo periódicamente, que marcarán la necesidad de cambio, mantenimiento o refuerzo de las actuaciones brindadas por el personal de enfermería.

También es importante la valoración y vigilancia de la piel, sobretodo, de prominencias óseas o zonas de presión en las que se debe buscar signos de alarma como enrojecimiento, induración, edema, aumento de temperatura y/o lesiones de algún tipo.

Uno de los factores más frecuentes en la aparición de UPP es la humedad, por lo que deberá ser valorada más específicamente en nuestras visitas, desarrollando planes específicos dependiendo de las características de nuestro paciente. Nuestro objetivo será manejar los procesos que provoquen la presencia de humedad, siendo el más frecuente la incontinencia.

Una vez valoradas todas estas dimensiones, se deberá poner en marcha acciones de prevención para disminuir el riesgo de aparición de UPP. Las guías y documentos actuales nos indican que la actividad que demuestran un nivel de evidencia más alto sería la realización cambios posturales, con el objetivo de alternar la presión corporal. Se recomienda realizar cambios posturales tanto en paciente con riesgo de aparición de UPP como en aquellos que ya las presenten. Se deberá establecer un plan individualizado al paciente (posturas, frecuencia de cambio, dispositivos presentes).

Se deberá evitar la presión de forma directa que se ejerza sobre prominencias óseas del cuerpo, prestando especial atención a talones, trocánteres, maléolos y zona sacra, al ser éstas las zonas con mayor incidencia en cuanto a aparición de UPP.

Para el manejo de la presión existen otros recursos disponibles como las superficies especiales de manejo de la presión (SEMP), uso de cojines, almohadas, AGHO u otros dispositivos que alivien la presión.

Se deberá reevaluar todos estos aspectos con una frecuencia determinada por las características personales y el riesgo propio de cada paciente. Estableciendo un plan de actuación individualizado en todo caso. También se deberá impartir por parte del profesional de enfermería una correcta educación sanitaria destinada a paciente, cuidador principal y resto de personas de su entorno.

El papel de enfermería en las sesiones de Educación para la salud sobre prevención de UPP sería brindar información actual y basada en la evidencia sobre los factores de riesgo, signos de alarma, actividades preventivas, evolución y conse-

cuencias de las UPP.

5 Discusión-Conclusión

Tras el estudio de las medidas de prevención y su evidencia demostrada en la aparición de UPP se puede afirmar que el objetivo principal del profesional de enfermería en cuanto a UPP es la prevención.

Para ello se describen en el presente documento múltiples variables que se deben valorar y estudiar para determinar un riesgo de aparición de UPP y aplicar un plan de actuación basado en las necesidades del paciente. Todas ellas deben seguir una monitorización por parte de enfermería para observar cambios y modificar nuestras actuaciones para prevenir las UPP.

El presente estudio demuestra que es de vital importancia la valoración integral y personalizada de cada persona, ya que los factores que podrían provocar las UPP dependen de la situación de cada paciente. Y si se da una atención estandarizada, sin tener en cuenta características propias de nuestro paciente y su entorno, surgirán múltiples déficit en nuestra atención y el objetivo de evitar la aparición de UPP será mucho más complejo.

Concluyendo, la prevención de UPP debe ser una tarea esencial para enfermería. Para ello se necesita una formación actual y continuada de los profesionales para que siempre se realicen los cuidados basados en un mayor nivel de evidencia. También es necesario una participación conjunta de los niveles sanitarios, integrando todos los recursos disponibles.

6 Bibliografía

1. Blanco J. Z. (2013). Prevención de las úlceras por presión como derecho universal [Prevention of ulcers by pressure as a universal right]. *Revista de enfermería* (Barcelona, Spain), 36(2), 33–35.
2. Dib M. (2008). Pressure ulcers: prevention and management. *Le Journal medical libanais. The Lebanese medical journal*, 56(2), 112–117.
3. Dini, V., Bertone, M., & Romanelli, M. (2006). Prevention and management of pressure ulcers. *Dermatologic therapy*, 19(6), 356–364.
4. Rocha, J. A., Miranda, M. J., & Andrade, M. J. (2006). Abordagem terapêutica das úlceras de pressão—intervenção baseadas na evidência [Pressure ulcer

management–Evidence-based interventions]. *Acta medica portuguesa*, 19(1), 29–38.

5. Findlay D. (1996). Practical management of pressure ulcers. *American family physician*, 54(5), 1519–1536.

6. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Capítulo 17

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO Y TRATAMIENTO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

CARLOS RAMON MEGIAS JIMENEZ

CELIA MAGDALENA MEGÍAS JIMÉNEZ

1 Introducción

El siguiente estudio se centra en el manejo de las úlceras por presión (UPP), estas son una complicación prevenible derivadas de la inmovilidad prolongada entre otros muchos factores. La tarea principal del personal de enfermería en cuanto a UPP debe ser su prevención, pero en algunos casos los déficits nutricionales o de movilidad junto con características propias del paciente llevan a la aparición de las UPP.

Enfermería será la encargada principal de la clasificación, cuidado, curas y seguimiento de las UPP, en colaboración siempre con el resto del equipo multidisciplinar así como del resto de niveles asistenciales sanitarios. Por tanto, es esencial, la formación actualizada sobre el manejo de UPP.

Para un manejo eficaz de éstas lesiones se debe realizar una correcta clasificación de la UPP para así elaborar un plan de cuidados individualizado y adecuado al paciente y a la lesión a tratar. También es importante conocer los principales tipos de curas y materiales utilizados en ellas, así como signos de empeoramiento o curación.

Durante todo el proceso de manejo de las UPP nuestras actividades no solo se centrarán en el cuidado de la lesión, sino también en la prevención. Puesto que

las personas que sufren UPP por sus características personales se encuentran en riesgo extremo de sufrir una nueva lesión, agravando aún más su estado de salud y bienestar.

La aparición y manejo de UPP es un problema de gran magnitud tanto para el entorno familiar del paciente como para el sistema sanitario, incrementando cuidados y costes, y disminuyendo calidad y satisfacción en cuanto a asistencia sanitaria. La prevalencia de UPP es elevada actualmente, derivando de ahí la importancia de una correcta formación basada en la evidencia del personal sanitario destinado al manejo de UPP.

2 Objetivos

Aumentar los conocimientos sobre las UPP, su manejo y cuidados por parte del personal de enfermería.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo científico se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en las bases de datos Scielo, Google Scholar y Cuiden. Las palabras clave usadas para la búsqueda han sido: “Manejo de enfermería UPP”, “Clasificación UPP”, “Opciones de cuidado en UPP” y “Curas de UPP enfermería”. Los artículos consultados no han sido filtrados por límite de tiempo y su idioma es el español.

4 Resultados

Las UPP se clasifican en función de la extensión de la lesión y de la afectación de tejidos. Existen múltiples clasificaciones disponibles actualmente sobre UPP, este estudio se centrará en la clasificación establecida por el Grupo nacional para el estudio y asesoramiento de UPP (GNEAUPP).

Esta clasificación establece 4 grados o estadios que agrupan a las UPP según las características que presente la lesión:

- Estadio I: la piel se encuentra íntegra. Se puede observar eritema, edema o induración que no desaparece al aliviar la presión.
- Estadio II: lesión superficial que afecta a dermis y/o epidermis. Se puede observar ampollas o lesiones que afecten al tejido subcutáneo.

- Estadio III: lesión más o menos profunda que afecta a tejido subcutáneo y/o muscular (no afectando fascia subyacente). Se puede observar necrosis y/o exudado.
- Estadio IV: lesión profunda que afecta a tejido muscular, estructuras subyacentes y/o hueso. Se puede observar necrosis tisular y/o exudado abundante.

La primera actividad a desarrollar ante la sospecha de una UPP es realizar un correcto estadiaje de la lesión, valorando y describiendo las características de la lesión a tratar. Lo primero será retirar el tejido necrótico, si se da el caso, para poder visualizar la lesión correctamente. Se deberá delimitar la extensión de la lesión en cm (horizontal y verticalmente), localización exacta, tipo de tejido (en el lecho de la herida y en la zona perilesional) y características principales como exudado (cantidad y aspecto), olor, tunelizaciones, presencia de necrosis o exposición de sistemas de soporte/ sostén. Esto supone la valoración inicial de una UPP, pero es necesario un seguimiento y reevaluaciones periódicas de la lesión para adecuar el plan de cuidados según su evolución.

Una vez establecido el estadio de la UPP el personal de enfermería establecerá un plan de cuidados a seguir, indicando el tipo de cura y materiales necesarios para ello. Actualmente los cuidados que mayor nivel de evidencia demuestran son:

- Limpieza: se recomienda la limpieza de la herida con solución salina o agua estéril. El uso sistémico de antisépticos se desaconseja al influir en la cicatrización de este tipo de heridas.

- Desbridamiento: proceso esencial para descontaminar la herida y mejorar la curación. Existen varios tipos pudiendo combinarse entre sí.

Quirúrgico: es el realizado en una sola sesión quirúrgica. Indicado en placas necróticas de gran grosor y/o profundidad.

Cortante: es el más habitual que se realiza en las curas diarias de enfermería en UPP con presencia de necrosis. Se realiza con un objeto cortante tipo bisturí.

Enzimático: en éste método se aplican soluciones enzimáticas de forma local (por ejemplo la colagenasa). Este método se puede combinar con cualquier otro.

Autolítico: en éste método se aplican apósitos sobre la herida que favorecen su desbridamiento autolítico, los más usados son los apósitos hidrocoloides y los hidrogeles.

- Manejo de la carga bacteriana: es vital la prevención de infecciones, así como su eliminación si apareciese. Para ello se debe realizar una limpieza y desbridamiento eficaces, también se deberá proteger la lesión de contaminantes externos (orina, sudor, etc.). Ante la aparición de cualquier signo de infección (aumento del exudado, mala olor) se deberán instaurar medidas de control de la infección como pueden ser apósitos de plata, antibióticos locales, etc.

- Cura en ambiente húmedo: será la cura de elección ante UPP por su alta evidencia en cuanto a curación de heridas de este tipo. Los productos para la cura serán elegidos en función de las características de la UPP (cantidad de exudado, tipo de tejido presente en lecho y estado de la piel perilesional).

5 Discusión-Conclusión

Todas las indicaciones que se recogen en esta revisión bibliográfica se deben incorporar al día a día de nuestros enfermeros, comenzando en atención primaria donde la incidencia de UPP es claramente superior y llegando a todos los niveles asistenciales, incluyendo plantas de hospitalización que también suponen un importante escenario de aparición de UPP al contar con pacientes encamados por periodos largos de tiempo. Siempre que nuestros profesionales sanitarios tengan una correcta formación en cuanto a manejo de UPP podremos garantizar una atención de calidad y beneficiar tanto a paciente como al propio sistema sanitario, ya que utilizaremos los recursos más efectivos y conseguiremos tasas de curación superiores con menor cantidad de gastos.

En este estudio se evidencia la importancia de una correcta formación de los profesionales, ya que no solo se trata de curar, sino de curar siguiendo las indicaciones basadas en la evidencia actual. Es necesario refrescar conocimientos a nivel de UPP a todos los profesionales sanitarios, incidiendo en el personal de enfermería, y hacerlo de manera periódica, ya que la evidencia va cambiando y cada día se descubren nuevos métodos y materiales que podrían resultar beneficiosos en el tratamiento y curación de UPP.

En conclusión, los profesionales sanitarios destinados deben estar al día en cuanto al manejo de UPP y siempre deberán llevar a cabo una actuación basada en la prevención para así evitar los problemas y complicaciones derivadas de la aparición de UPP.

6 Bibliografía

1. Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Clasificación-Estadiaje de las Úlceras por Presión. Logroño, 2003.
2. Soldevila JJ. Guía práctica en la atención a las úlceras de piel. 4ª edición. Madrid: Editorial Garsi, 1998.

3. Osakidetza, Coordinación de programas de salud pública y seguridad del paciente. Dirección de asistencia sanitaria. Iniciativa para el avance en la gestión de las Úlceras por presión en las organizaciones de servicios de Osakidetza. 2014.
4. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.

Capítulo 18

EVALUACIÓN Y CUIDADOS AL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO CON DOLOR

ALEJANDRO BLANCO GÓMEZ

1 Introducción

Según la AIED el dolor se define como “Una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño” de inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible. Es un fenómeno complejo y subjetivo, donde la capacidad de afrontamiento del individuo tiene un papel importante en la percepción del dolor y en la adaptación a su situación.

La labor de enfermería consiste, entre otras funciones, en una continua valoración de los pacientes, porque son los profesionales de la salud que más contacto mantienen con ellos. Esta valoración exige un conocimiento no sólo del problema físico, sino también de los componentes psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento del paciente. Como profesional de la salud, la enfermera debe estar preparada para realizar una atención al paciente y proporcionar los cuidados oportunos. Esto implica muchos factores, como tener conocimientos sobre cómo realizar una correcta evaluación del dolor y las intervenciones más eficaces para su manejo, tener tiempo, y escuchar y apoyar al paciente.

En el momento del diagnóstico de una neoplasia, el dolor aparece en el 30-50% de los pacientes, aumentando este porcentaje en los estadios avanzados, llegando al 70-90%. En los pacientes con cáncer avanzado, el 70% de los dolores tienen su

origen en la progresión de la propia neoplasia, mientras que el 30% restante se relaciona con los tratamientos y patologías asociadas. Estos índices de prevalencia tan altos producen una de las principales causas de discapacidad, tanto laboral como en su vida cotidiana además de grandes costes sanitarios.

El cáncer es de por sí una enfermedad que afecta al paciente de forma significativa en todas sus dimensiones. Los factores cognitivos y emocionales son importantes en la percepción del dolor e influyen en la adaptación del paciente a la situación. La presencia de dolor asociado al cáncer conlleva una serie de síntomas ligados como la ansiedad y depresión que empeoran la percepción del individuo sobre su calidad de vida.

En 1986 se implementó la escala analgésica por la Organización Mundial de la Salud. Esta estrategia para el manejo del dolor se basa en el abordaje escalonado con analgésicos y coadyuvantes, de forma que se mantiene un buen control del dolor en el 80% de los casos.

Además de un tratamiento farmacológico es importante que la enfermera oriente al paciente sobre el uso de otros métodos no farmacológicos para mantener controlado el dolor.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Analizar las últimas evidencias científicas sobre la evaluación y el cuidado del dolor en el paciente oncológico.

Objetivos secundarios:

- Conocer las características relacionadas con el dolor: fisiopatología, clasificación y evaluación.
- Analizar los cuidados y medidas terapéuticas más eficaces en el alivio del dolor del paciente oncológico.
- Evaluar la repercusión emocional en pacientes oncológicos que padecen dolor.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo he realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Lllacs, Pubmed, Scielo, Cuidatge, Cochrane, Google académico, Fistera, Pubmed, Bdenf y Oaster para conocer las últimas evidencias científicas

sobre el manejo del dolor en pacientes con cáncer. Esta búsqueda ha sido realizada en el periodo comprendido entre el 10/3/17 y el 3/05/17.

A través del buscador Encuentra@ de la web Enfermería 21, se obtuvieron varias publicaciones de interés para el posterior desarrollo de este trabajo. Asimismo se han consultado distintos libros publicados, y se ha establecido contacto con asociaciones tan relevantes en esta materia como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), y la Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL), a través de las cuales se han obtenido algunos de los documentos más relevantes a la hora de la elaboración del presente trabajo fin de grado. También se ha consultado la página web de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).

En el apartado “Bibliografía” podemos encontrar todos ellos numerados según su orden de aparición en el texto, y referenciados según normas de Vancouver. En la siguiente tabla quedan recogidos las fechas de búsqueda, las fuentes consultadas, los filtros, decs/booleanos, y el número de artículos, publicaciones, libros, etc. encontrados, así como el número de los que por su interés fueron seleccionados, y finalmente el número de los que fueron utilizados para la elaboración de este trabajo.

Muchos de los artículos seleccionados son de fechas anteriores a 2012, pero su importancia me hizo seleccionarlos a pesar de tener más de cinco años, y no ser quizá la más reciente evidencia científica.

4 Resultados

5.5. Herramientas para la valoración del dolor:

Existen diferentes herramientas como:

- Escala de descripción verbal: en esta escala es el paciente el que nos manifiesta lo que siente.
- Escala numérica verbal: es una escala subjetiva. El paciente sitúa su dolor en una escala entre 0 y 10, donde 0 es la ausencia de dolor y 10 el máximo dolor. (20, Anexo 1).
- Escala visual analógica: el paciente indica su nivel de dolor en una zona con límites definidos. (16, Anexo 2).
- Escala de caras pintadas: es útil en pacientes que no pueden manifestar verbalmente su dolor de forma clara, por ejemplo en el caso de niños, extranjeros, inconscientes, sordomudos, etc. (20, Anexo 3)

Estas escalas tienen limitaciones porque realizan la evaluación del dolor de forma

unidimensional, priorizando la intensidad del dolor. Esto limita las intervenciones que el profesional de enfermería puede realizar para el cuidado de la persona.

Según estudios realizados, en la evaluación del dolor oncológico es más eficaz utilizar instrumentos multidimensionales, ya que el dolor viene ligado a otros síntomas como la fatiga, estreñimiento, cambios emocionales y otros síntomas. El uso de las escalas multidimensionales asegura la evaluación sistemática.

Los instrumentos actualmente disponibles son:

- Escala de evaluación del síntoma de Edmonton (ESAS): una herramienta para valorar la intensidad de 9 síntomas comunes en los pacientes con cáncer: dolor, cansancio, náuseas, depresión, ansiedad, somnolencia, apetito, bienestar, y dificultad respiratoria. (22, Anexo 4)
- El Inventario de Síntomas de M. D. Anderson (MDASI): permite valorar un conjunto de síntomas en pacientes con cáncer y su impacto en la funcionalidad en las últimas 24 horas a través de escalas visuales análogas: dolor, fatiga, náuseas, insomnio, sufrimiento emocional, mareo, disnea, memoria, apetito, somnolencia, sequedad bucal, tristeza, entre otros. (Anexo 5)
- Escala de evaluación de síntomas del Memorial (MSAS): Permite evaluar la presencia de síntomas, su frecuencia, severidad y malestar que produce. (Anexo 6)
- Lista de verificación de síntomas de Rotterdam (RSC): Es una escala verbal que evalúa 31 ítems. Los pacientes deben calificar los síntomas como: “Nada”, “Poco”, “Bastante” y “Mucho”. (Anexo 7)

1. Tratamiento farmacológico:

En 1986 se implementó la escala analgésica por la Organización Mundial de la Salud. Esta estrategia para el manejo del dolor se basa en el abordaje escalonado con analgésicos y co-analgésicos, de forma que permite el buen control del dolor en el 80% de los casos.

Una revisión sistemática reciente sobre el predominio del tratamiento ineficaz del dolor en el cáncer concluyó que aproximadamente el 50% de pacientes recibe tratamiento de forma ineficaz. Otro estudio relata que el 83% estimado de la población mundial vive en países con bajo acceso a la medicación, el 4% tiene el acceso moderado y sólo el 7% tiene el acceso adecuado; sólo las poblaciones de algunos países industrializados tienen un acceso bueno. En un estudio europeo realizado sobre 5084 pacientes adultos con cáncer, el 56% ha sufrido dolor de moderado a intenso al menos una vez al mes.

Los fármacos utilizados para el manejo del dolor en pacientes con cáncer son los opioides y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE). A estos fármacos se

les puede unir coadyuvantes, que son sustancias que complementan la acción de los analgésicos primarios. Los coadyuvantes son sustancias de baja potencia analgésica, de forma que combinándolos con opioides permiten reducir los requerimientos de éstos y mejorar su efectividad y seguridad.

De ser posible, los analgésicos deben administrarse por vía oral. En caso de disfagia, vómito incontrolado u obstrucción gastrointestinal puede ser útil la administración rectal de supositorios. Una vía alternativa es la perfusión subcutánea continua. Es importante que los analgésicos se administren a intervalos determinados y se aumente la dosis gradualmente hasta que el paciente se sienta aliviado. La dosis siguiente se administrará antes de que haya desaparecido el efecto de la precedente. En caso de que el paciente necesite una dosis de rescate, éstas deben equivaler al 50-100% de la dosis regular administrada cada cuatro horas.

Existen unas normas de uso de la escala:

- Es esencial realizar una buena valoración en la intensidad del dolor para el manejo y seguimiento del dolor.
- Para subir de escalón es necesario que haya un fallo en el escalón anterior.
- El intercambio entre fármacos del mismo escalón puede no mejorar la analgesia (excepto en el tercer escalón).
- Si el segundo escalón no es eficaz, no demorar la subida al tercer escalón.
- La prescripción de co-analgésicos se basa en la causa del dolor y se deben mantener cuando se sube de escalón.
- No mezclar los opioides débiles con los potentes.
- Prescribir cobertura analgésica del dolor irruptivo.

1. Primer escalón:

Dentro de este escalón se encuentran los analgésicos no opioides como el paracetamol, Ibuprofeno, Naproxeno, Diclofenaco, Metamizol y AAS. Son muy eficaces contra el dolor causado por infiltración de tejidos blandos y músculos.

Están indicados para el tratamiento del dolor de leve a moderado. Los ANE, inclusive el AAS, son particularmente importantes para el tratamiento del dolor causado por la metástasis ósea.

- Paracetamol:

Estos fármacos tienen una dosis máxima, a partir de la cual sólo aumentan los efectos secundarios. Se administra una dosis entre 650-1000 mg cada 4-6 horas por vía oral o rectal.

Efectos secundarios:

Su principal inconveniente son los efectos secundarios que producen, como la dispepsia, úlcera gástrica, hemorragia digestiva, deterioro de la función renal y

toxicidad hepática. Debe tenerse más en cuenta en pacientes ancianos, debilitados o con patología hepática.

2. Segundo escalón:

Se utilizan opioides débiles, como la codeína, dihidrocodeína y tramadol.

- Tramadol:

10 mg de Tramadol equivalen a 2 mg de Morfina oral. Se recomienda comenzar con una dosis de 50 mg cada 6-8 horas hasta un máximo de 400 mg diarios repartidos cada 6-8 horas. Se puede utilizar por vía oral, rectal, subcutánea, intramuscular o intravenosa.

- Codeína:

Se puede administrar por vía oral en dosis de 30-120 mg cada 4-6 horas. Puede administrarse por vía oral o rectal. 30 mg de codeína equivalen a 650 de AAS.

- Dihidrocodeína:

Son comprimidos de liberación retardada. Se administra en dosis entre 60-120 mg cada 12 horas por vía oral. Tiene un potencial ligeramente superior a la codeína.

3. Tercer escalón:

En este escalón se incluyen los opioides potentes: morfina, fentanilo, oxicodona, metadona y buprenorfina.

No hay dosis estándar para los opioides. La dosis acertada es la que proporcione alivio al paciente.

La toma de opioides puede originar como efectos adversos náuseas y vómitos, prurito, estreñimiento, retención urinaria y somnolencia.

- Morfina:

La administración oral de la morfina cada 4 horas es eficaz para el dolor moderado-severo.

La morfina por vía oral se puede administrar en las siguientes formas:

Solución acuosa de sulfato, clorhidrato cada 4 horas, tabletas cada 4 horas, tabletas de efecto prolongado cada 12 h.

- Fentanilo:

No tiene techo analgésico. Se administra por vía transdérmica mediante parches. Para aplicar el parche se retira la lámina posterior y se coloca en una zona de piel sana y sin pelo. Previamente se limpia la zona con agua y se seca. Cada vez que se pone un nuevo parche se debe cambiar de zona.

Tras ser aplicado el parche, las concentraciones séricas de Fentanilo aumentan gradualmente a lo largo de un periodo de 12 a 24 horas, a partir de este momento permanecen relativamente constantes durante el resto de las 72 horas de su aplicación. Al retirar el parche e interrumpir su uso, las concentraciones séricas de

Fentanilo disminuyen gradualmente a la mitad al cabo de 17 horas debido a la absorción del depósito que se formó en la piel.

- Oxycodona:

Se presenta en forma de comprimidos de liberación prolongada de 10, 20, 40 y 80 mg, que se administran cada 12 horas. Se recomienda comenzar la dosis con 10 mg e incrementar la dosis con aumentos de un 50% de la dosis diaria total, repartiéndose cada 12 horas.

- Buprenorfina transdérmica:

Es 25-50 veces más potente que la morfina. Tiene techo terapéutico. Se presenta en forma de parches transdérmicos de 35, 52,5 y 70 microgramos/hora que se corresponden a dosis diarias de 0,8, de 1,2, y de 1,6 mlg de buprenorfina. La dosis máxima diaria son dos parches de 70 mcg.

Se asocia con pocos cambios en los planos cardiovascular y respiratorio. Los efectos secundarios son similares a los que producen otros opioides, aunque con una tasa de estreñimiento más baja (X). Puede ser útil para pacientes con estreñimiento severo, disfagia, compromiso respiratorio o poca respuesta a otros opiodes.

4. Coadyuvantes:

Van dirigidos a la causa del dolor. Permiten combatir los efectos adversos de los analgésicos, conseguir un mayor alivio del dolor y tratar trastornos psicológicos concomitantes, como el insomnio, la ansiedad y la depresión. Pueden utilizarse en cualquier escalón según la situación clínica y causa específica del dolor.

- Antidepresivos:

Actúan inhibiendo la recaptación de monoaminas, principalmente serotonina y noradrenalina a nivel de las terminaciones nerviosas. Su indicación principal es el dolor neuropático. (L) Se utilizan la amitriptilina, imipramina, fluoxetina, paroxetina, sertralina, citalopram, venlafaxina y duloxetina.

Se recomienda iniciar el tratamiento con una dosis de 10 mg de amitriptilina o imipramina, y posteriormente incrementar la dosis cada 5 días hasta alcanzar el alivio del dolor (máx. 100 mg/día). Con venlafaxina se recomiendan dosis entre 37.5 mg y 225 mg al día. Con Duloxetina se inicia con 30 mg por la noche y se incrementa la dosis cada 5 días hasta un máximo de 60 mg dos veces al día.

Efectos adversos:

Se producen por el bloqueo de receptores muscarínicos y noradrenérgicos. Los más frecuentes son la sequedad de la boca, estreñimiento, somnolencia, retención urinaria, congestión nasal, visión borrosa, íleo paralítico, glaucoma, síndrome anticolinérgico central (alucinaciones, delirios, desorientación), palpitaciones, aumento de peso, sudoración, hipotensión ortostática y sedación.

- Antiepilépticos:

Según estudios realizados, se demuestra que la gabapentina mejora el dolor neuropático en pacientes con cáncer.

La gabapentina y la pregabalina disminuyen el influjo de calcio e inhiben la liberación de neurotransmisores excitatorios como glutamato, sustancia P y péptido relacionado con el gen de la calcitonina.

Como efectos adversos se presentan: somnolencia, sedación, síntomas cerebrales como nistagmos, temblores e incoordinación.

- Ketamina:

La ketamina modula la acción de los receptores N-metil-D-aspartato (NMDA). (M) Estos receptores están involucrados en la amplificación del dolor. La ketamina en dosis bajas mejora la eficacia analgésica con pocos efectos adversos. Su efecto analgésico dura aproximadamente 3 horas.

Por vía subcutánea el rango de dosificación sería 1 mg/kg/día; por vía intravenosa a 600 mg/día y por vía oral 0.5 mg/kg cada 4 horas.

Su uso produce frecuentemente sedación y alucinaciones. Las alucinaciones pueden ser controladas utilizando una benzodiacepina de acción corta como el midazolam.

- Nitroglicerina transdérmica:

Su mecanismo de acción depende de la modulación del óxido nítrico en la médula espinal. Según un estudio realizado en pacientes con tratamiento de al menos 80 mg de morfina al día, la nitroglicerina en parches de 5 mg puede frenar la tolerancia al opioide.

- Corticoides:

Tienen un efecto antiinflamatorio y antiedematoso, por lo que alivian el dolor al disminuir la compresión sobre estructuras nerviosas.

La dexametasona tiene la mayor potencia antiinflamatoria

En el dolor oncológico se usan por vía sistémica en: síndrome de vena cava superior, compresión medular, metástasis cerebrales, neuropatía carcinomatosa, compresión neoplásica de plexos, anorexia, diaforesis, fiebre, náuseas y vómitos.

Como efectos secundarios pueden aparecer candidiasis, molestias gástricas, hiperglucemia e insomnio

2. Tratamiento no farmacológico:

Para conseguir una mejor eficacia en el manejo del dolor es necesario recurrir tanto a medidas farmacológicas como no farmacológicas. El dolor muchas veces

está amplificado por situaciones como la inmovilización, la debilidad, el deterioro físico, etc. También influyen factores emocionales, conductuales, culturales o espirituales.

La enfermera, con la utilización de medidas no farmacológicas, promueve la autonomía del paciente, aumenta el umbral de tolerancia, refuerza la autoestima y promueve la participación de la familia y el paciente en el cuidado. Dentro de las acciones de enfermería pertinentes en el manejo no farmacológico se encuentran el proporcionar un ambiente adecuado para el descanso a través de la disminución de ruidos y el respeto por el sueño, la aplicación de masajes así como la aplicación de calor o frío en las áreas afectadas, los métodos de relajación, visualización y la musicoterapia; las cuales se realizarán después de la valoración de la intensidad, localización y características del dolor.

El calor aumenta el flujo sanguíneo y disminuye la rigidez articular. Pueden utilizarse diferentes formas de aplicación de calor como toallas húmedas, mantas eléctricas, ultrasonidos o laserterapia. La aplicación de frío reduce la conducción nerviosa, el espasmo muscular y el edema. Puede utilizarse mentol, hielo, spray, geles maleables. El ejercicio físico previene la atrofia muscular y el deterioro físico.

- Terapia cognitivo-conductual:

Algunos pacientes pueden pensar que su dolor puede ser producido por su estado emocional. Es importante aclarar al paciente que es el dolor el que provoca el malestar y su estado emocional.

La enfermera puede enseñar al paciente a mantener controlado su dolor y estado emocional mediante diferentes técnicas como son:

1. Respiración y relajación: es recomendable ofrecer al paciente información sobre técnicas de relajación y fomentar que lo practiquen a diario para evitar la tensión muscular.
2. Manejo de la atención: la atención al dolor abre la puerta a un aumento de su percepción. Tenemos que enseñar al paciente a realizar ejercicios que dirijan la atención hacia estímulos externos o hacia imágenes mentales.
3. Reestructuración cognitiva: ayudar a identificar los pensamientos que provocan emociones negativas.
4. Establecer objetivos: animar al paciente a establecer objetivos que le ayuden a sobrellevar su cambio de vida.
5. Ayudar al paciente a desarrollar mejores hábitos de sueño: mantener una hora fija para acostarse, establecer rutinas, evitar ejercicio vigoroso antes de acostarse,

tomar una cena ligera, evitar el alcohol, tabaco y cafeína, mantener el dormitorio con una buena temperatura.

5 Discusión-Conclusión

1. Discusión:

Aunque el control del dolor es multidisciplinario, la enfermería es la piedra angular en el tratamiento del dolor. El profesional de enfermería es el que está siempre al lado del paciente y por tanto, somos los primeros en detectar sus necesidades. Somos los responsables de valorar el dolor, administrar el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, valorar su efectividad y comunicarnos con el paciente y su familia para ofrecer nuestro apoyo.

Independientemente del enfoque utilizado en el cuidado del paciente oncológico con dolor, la enfermera debe destacar como profesional actualizado y capacitado para promover el cuidado de este paciente.

La enfermera es la principal defensora de los intereses del paciente, y la principal difusora de conocimientos entre el equipo de enfermería y los familiares de los pacientes. Por consiguiente, el profesional de enfermería debe poseer habilidades para el trabajo en equipo y considerar el mismo como un instrumento básico de trabajo con enfermos oncológicos. Debe conocer y manejar con agilidad conceptos y temas relacionados a la muerte y el duelo; poseer un sistema de valores definido, acordes con la ética profesional de enfermería y lo motive a mantenerse al día en cuanto a la obtención de información para la mejora de sus actividades.

2. Conclusiones:

El dolor tiene una fisiopatología muy compleja y puede aparecer por múltiples causas relacionadas con el cáncer. El tipo de dolor que más presenta el paciente oncológico es el dolor crónico, sobretudo en fases avanzadas de la enfermedad.

Para realizar un buen control del dolor, es importante realizar una valoración exhaustiva del dolor y re-evaluarlo continuamente. El dolor crónico afecta al paciente en todas sus dimensiones, por tanto, la valoración no debe centrarse sólo en los aspectos físicos, sino también en los aspectos psicológicos y sociales.

Existen herramientas para valorar el dolor que la enfermera debe manejar. Las más eficaces en este caso son las herramientas multidimensionales que permiten realizar la valoración desde un punto de vista bio-psico-social.

La finalidad del tratamiento es aliviar el dolor de manera satisfactoria para el paciente, de modo que pueda llevar una vida aceptable y, llegado el caso, tenga una muerte sin sufrimientos. Actualmente, como tratamiento farmacológico se utilizan las pautas recomendadas por la O.M.S. Aunque el uso de medicación es importante también hay que considerar las medidas no farmacológicas, que según estudios realizados ayudan a disminuir el dolor y mejoran el confort.

Desde un punto de vista psicológico, el dolor oncológico tiene un impacto en la calidad de vida del paciente. También hay que tener en cuenta que el paciente suele tener cerca un entorno familiar que la enfermera debe involucrar en el cuidado, además de ofrecerles también nuestro apoyo.

6 Bibliografía

1. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S. Dolor iatrogénico. *Oncología* 2005; 28(3): 139-143.
2. Pedrajas Navas JM, Molino González AM. Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud [revista en la Internet]* 2008 [citado el 25 de abril de 2017]; 19(3): 277-293. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300002&lng=es.
3. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ªed. Madrid: Elsevier; 2009.
4. Estrada IC, González MV. Cuidados paliativos proporcionados por el profesional de enfermería al enfermo oncológico en fase terminal en las unidades clínicas de medicina I, II y III del Hospital Universitario de Caracas [tesis doctoral]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2005.
5. Waterkemper R, Reibnitz KS, Monticelli M. Dialogues with nurses about oncologic pain assessment of patients under palliative care. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(2): 334-349.
6. Minozzi S, Amato L, Davoli M. Development of dependence following treatment with opioid analgesics for pain relief: a systematic review. *Addiction.* 2013; 108(4): 688-698.
7. Infante Vargas, P. Estudio de variables psicológicas en pacientes con dolor crónico. Departament de Psicologia de la salut i Psicologia Social [tesis doctoral]. UAB, 2002. Disponible en <http://www.tesisenxarxa.es>.
8. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en cáncer. Informe de un Comité de Expertos. Serie de informes Técnicos, Ginebra; 1990. [citado 10 abril 2017]. Disponible en <http://www.who.int/iris/handle/10665/>

41759.

9. Sancho Cantus, D; Prieto Contreras, L. Reflexiones en torno al dolor crónico: ¿una amenaza real?. *Enferm Integral*. 2012; 100: 3-7.
10. Sallum AMC, Garcia DM, Sanches M. Dor aguda e crônica: revisão narrativa da literatura. *Acta Paul Enferm -Bra-*. 2012; 25(Esp1): 150-154.
11. Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice. *Ann Oncol*. 2012; 23 Supl 7: vii39-vii154.
12. Silva César M, Aldamiz-Echevarría B, Lamelo Alfonsín F, Vidán Martínez L. Manejo del dolor oncológico Guías Clínicas de Fisterra. 2006; 6(34) [consultado el 15/5/2014]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/dolor_oncologico.asp.
13. Lippert H. Anatomía con orientación clínica. 2ª ed. Madrid: Marbán: 2006.
14. Reinozo de Oliveira N. Ações de enfermagem no controle da dor oncológica em hospitais gerais: dificuldades vividas e protocolo sugerido. Rio de Janeiro: Universidade Federal do estado do Rio de Janeiro; 2010.
15. Albarracin Cardenas AD. Dolor: historia, morfofisiología, evaluación y costo. *Rev.colomb.enferm*. 2007; 2(2): 7-18.
16. Morete MC, Minson FP. Instrumentos para a avaliação da dor em pacientes oncológicos. *Rev Dor* 2010; 11(1): 74-80.
17. Gevitz C. Cómo tratar los trastornos del sueño en los pacientes con dolor crónico. *Nursing -Ed esp-*. 2008 mar. 26(3):48-49.
18. Ferreira Valente MA, Pais Ribeiro JL, Jensen Mark P. Coping, depression, anxiety, self-efficacy and social support: Impact on adjustment to chronic pain. *Escritos de Psicología [revista en Internet]*. 2009 Ago [citado 20 Feb 2017]; 2(3): 08-17. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092009000200002&lng=es.
19. Torre Mollinedo, F; Azkue, JJ; Callejo Orcasitas, A; Gómez Vega, C; Torre, S la; Arizaga Maguregui, A; Ortiz Pereda, V; Mozas Calabaza, M; Isla Baranda, A. Analgésicos coadyuvantes en el tratamiento del dolor. *Gac Med Bilbao*. 2007. 104(4): 156-164.
20. Yamaguchi T, Shima Y, Morita T, Hosoya M, Matoba M. Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Jpn J Clin Oncol*. 2013; 43(9): 896-909.
21. Barragán JA, Almanza Rodríguez G. Valoración de estrategias de afrontamiento, a nivel ambulatorio, del dolor crónico en personas con cáncer. *Aquichan*. 2013; 13(3): 322-335.
22. Cancer Care Ontario: Symptom Assessment and Management Tools. Cancer Care Ontario Canadá. Palliative Care Integration Project Symptom Management

Guidelines 2014.

23. Disponible en: <http://www.cancercare.on.ca/cms/one.aspx?objectId=58189&contextId=1377>.
24. Wiffen PJ, Edwards JE, Barden J, McQuay HJM. Oral morphine for cancerpain. *Cochrane System Rev* 2005; 4.
25. Soto Niño MC. Buprenorfina en el manejo de dolor por cáncer. *Rev Colomb Cancerol* 2009; 13(2): 99-104.
26. Chaparro Gómez LE, Calvache España JA, Arbeláez León LM. Coadyuvantes analgésicos en dolor por cáncer: utilización de la herramienta de preguntas clínicas de PubMed. *Cir Cir*. 2010; 78(2): 189-194.
27. Bell R, Eccleston C, Kalso E. Ketamine as an adjuvant to opioids for cancer pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 1: CD003351.
28. Moix J, Casado MI. Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud* [revista en la Internet]. 2011 Mar [citado 28 Feb 2017]; 22(1): 41-50. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742011000100003&lng=es.
29. Lamelo Alfonsín F. Control de síntomas en cuidados paliativos. *Guías clínicas Fistera* 2004. Disponible en: www.fisterra.com
30. Nicolussi AC, Sawada NO. Qualidade de vida de pacientes com câncer color-retal em terapia adjuvante. *Acta Paul Enferm*; 2009; 22(2): 155-161.
31. Marta IER; Baldan SS; Berton AF; Pavam M; da Silva, MJP. The effectiveness of Therapeutic Touch on pain, depression and sleep in patients with chronic pain: clinical trial. *Rev Esc Enferm USP -Bra-*. 2010. 44(4):1094-1100
32. Peñarroya Baulies A, Ballús-Creus C, Pérez Martínez J, Rangel Gómez MV. Diferencias en el uso de las estrategias de afrontamiento, el catastrofismo y el estado de ánimo en función del tiempo de evolución del dolor crónico. *Rev Soc Esp Dolor* 2011; 18(2): 77-83.
33. Rodrigues BMRD, dos Santos Nunes MG. Tratamiento paliativo: perspectiva da familia. *Rev. enferm. UERJ*. 2012; 20(3): 338-43.

Capítulo 19

CONSECUENCIAS Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD INFANTIL

MARÍA CRISTINA PALMA VILLALAÍN

1 Introducción

Según algunos estudios realizados para determinar la situación de sobrepeso y obesidad en España es difícil sacar porcentajes certeros, ya que existen variaciones en los resultados de los mismos. Los cuatro estudios más relevantes son: el estudio EnKid publicado en 2005, el estudio Thao publicado en 2008 y 2011, el estudio Aladino publicado en 2011 y las Encuestas Nacionales de Salud en 2006 y 2012. Las mayores cifras de sobrepeso y obesidad en conjunto las obtiene el estudio Aladino con un 45,2% y la menor cifra el estudio EnKid con un 26,5%. Es curioso que el estudio Thao realizado en el mismo año que el Aladino obtenga cifras bastante más bajas de un 30%. En los datos que se refieren exclusivamente al sobrepeso el estudio Aladino obtiene de nuevo los valores más altos con un 26,1%, el EnKid el más bajo de nuevo con un 12,4% y de nuevo el Thao es más bajo que el Aladino pero no menos que el EnKid con 21,7%. Los datos que se refieren a la obesidad en exclusiva sorprenden, ya que el estudio Aladino de nuevo obtiene el valor más elevado con un 19,1%, y el Thao el más bajo de todos con un 8,3%, siendo el EnKid el segundo valor más alto con un 13,9%. En la Encuesta Nacional de Salud de 2012 los valores se mantienen en la media con un 27,9% de sobrepeso y obesidad en conjunto, 18,3% de sobrepeso y 9,6% de obesidad. En general, el exceso de peso es ligeramente más elevado en las niñas que en los niños. Es, por tanto, evidente que, existen diferencias en las prevalencias de sobrepeso y obesidad detectadas por los distintos estudios. Por esto se deberían unificar criterios diagnósticos con una metodología claramente establecida y que

estén basados en medidas antropométricas directas para poder averiguar cuál es la magnitud y la evolución del problema (Figura 1). Lo que sí podemos afirmar es que existe un gran incremento del sobrepeso y la obesidad debido a la disminución de la calidad de la dieta además de una deficiente práctica de actividad física.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer la magnitud del problema de la obesidad en la población española infantil.

Objetivos secundarios:

- Conocer las consecuencias de los malos hábitos higiénico-dietéticos.
- Conocer el tratamiento de la obesidad infantil.

3 Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica sistemática de la literatura científica, se ha realizado una búsqueda retrospectiva en las siguientes bases de datos: Pubmed, Portal Regional de la BVS, SciELO y Google académico utilizando como descriptores DeCS childhood obesity e infant nutrition, éstos combinados mediante el operador booleano and con el descriptor health promotion, risk factors e impacts on health.

Los criterios de inclusión que se han empleado para la selección de los artículos y las revistas usados son:

- Fecha de publicación de los artículos entre los últimos 15 años.
- Artículos que muestran estudios de prevalencia en España de obesidad infantil.
- Artículos que tratan el tema de la obesidad desde diferentes ámbitos, factores de riesgo, malos hábitos alimenticios y consecuencias de la obesidad.
- Artículos a los que se pueda acceder al texto completo y gratuito.
- Artículos en español e inglés.

4 Resultados

Consecuencias:

Los hábitos alimentarios en la infancia influyen en el peso del niño, en especial en la primera infancia, debido a que las preferencias alimentarias pueden ser innatas o aprendidas, y es importante que sus preferencias sean hacia alimentos saludables. La actividad física es un factor también muy importante en el consumo energético y que condicionará en la predisposición de padecer obesidad. Otros factores de los que se han hablado antes que predisponen a la obesidad son el desarrollo tecnológico y el ambiente escolar.

La obesidad infantil se asocia con la aparición de numerosas enfermedades, ya que es un factor predisponente de dislipemias, alteración del metabolismo de la glucosa, diabetes mellitus, hipertensión arterial, colecistitis, colelitiasis y aceleración del crecimiento y maduración ósea entre muchas otras de forma más precoz. Hay estudios que afirman que la asociación de la oligomenorrea con la obesidad en los adolescentes son factores de riesgo para desarrollar síndrome poliquístico ovárico. Gran parte de los niños obesos tienen más probabilidad de padecer esteatosis, apnea del sueño, asma y/o estrés mecánico susceptible de alteraciones ortopédicas y fracturas. La relación de los parámetros en la niñez de peso corporal, nivel de colesterol, insulina y valores de presión arterial con los valores del adulto indican que la prevención de la obesidad en la infancia es la única estrategia para disminuir la morbilidad del adulto por enfermedades crónicas no transmisibles y mejorando la calidad de vida.

Una de las causas del incremento de la morbilidad y la mortalidad es el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Un factor de riesgo cardiovascular importante a tener en cuenta es la circunferencia de la cintura y al igual que en los adultos, en los niños también se considera que la obesidad abdominal es más perjudicial para desarrollar una enfermedad cardiovascular y un factor importante a tener en cuenta. Se considera que aquel niño con obesidad y una medida de circunferencia de la cintura mayor al percentil 75 tiene mayor riesgo de hipertensión arterial, hipertrofia cardíaca y muerte súbita.

La adiposidad en la infancia es importante, ya que si no se corrige se mantendrá en la vida adulta. La acumulación de lípidos en el tejido adiposo se relaciona con la inflamación crónica, resistencia a la insulina y dislipemia. La obesidad fomenta el desarrollo de diabetes mellitus tipo 2, y esta a su vez favorece los efectos de la obesidad, puesto que se incrementa el riesgo de lesión vascular y, por tanto, se aumenta el riesgo de desarrollar una enfermedad coronaria, carotídea, cerebral y vascular periférica. Cuando más temprano se inicie la obesidad, antes comenzarán las consecuencias derivadas.

En el ámbito psicosocial también hay consecuencias, ya que los niños obesos suelen tener una mala imagen de sí mismos, por lo que tienen problemas para

entablar amistades, puesto que se sienten inferiores y rechazados por los demás. Esto les conduce a mostrar una actitud antisocial, lo que desencadena en discriminación social, baja autoestima, aislamiento, inactividad, ansiedad y depresión, además tienen mayor probabilidad de sufrir alteraciones en la conducta alimentaria, como la bulimia. No está claro si estos signos y síntomas se preceden a la obesidad, o, por el contrario, son consecuencia de la misma. La obesidad en este periodo se asocia con burlas, bullying, marginación y pobres resultados académicos. Esto repercutirá en una baja calidad de vida debido al estigma social. En la adolescencia el autoconcepto es muy importante, por lo que cualquier diferencia física con el resto tiende a convertirlo en un condicionante trascendental, reduciendo su autoestima.

Las enfermedades agudas y crónicas que están relacionadas con la obesidad no solo afectan a la calidad de vida, sino que aumentan el costo individual, de la sociedad, costos de salud y descenso de la productividad. A su vez se aumentan los gastos en cuidados, el coste de hospitalización en un paciente obeso es mayor que en un paciente con normopeso, también es mayor en consulta médica y en fármacos. Por otro lado, la obesidad provoca costos indirectos por disminución de años perdidos por discapacidad, aumento de la mortalidad antes de la jubilación, jubilación adelantada, pensiones por discapacidad y reducida productividad por ausentismo en el trabajo.

Tratamiento:

Los profesionales de la salud insisten en la importancia de la prevención de la obesidad, ya que se debe tener en cuenta que es una enfermedad crónica, y que los resultados del tratamiento dietético y de cambio de hábitos alimenticios son escasos y complicados. El objetivo para la alimentación correcta en la obesidad infantojuvenil es intentar que el niño no sea un adulto obeso, para ello el tratamiento será multidisciplinario y coordinado, orientado hacia la mejora de la dieta, la psicoterapia y el aumento de la actividad física. La finalidad del tratamiento trata de alcanzar un peso apropiado a la talla y a continuación conservar un peso saludable. En la mayoría de los casos, la estabilización ponderal será suficiente, ya que el incremento de masa muscular asociado al crecimiento normalizará en muchas ocasiones el peso corporal, lo que dependerá de la edad del paciente, el percentil de IMC y si existen complicaciones médicas.

- En los niños mayores de 3 años, en primer lugar mantendremos el peso, lo que a la vez que el niño aumenta la talla, el IMC disminuye.
- En los niños menores de 7 años sin complicaciones médicas se debe mantener el peso, sin embargo, si existiese alguna complicación como HTA o dislipemias se reducirá el peso.

- En los niños mayores de 7 años sin complicaciones se mantendrá el peso, pero con complicaciones deberán perder peso.

Mantener un IMC inferior del percentil 85 sería óptimo, pero se da más importancia a conseguir que el niño tenga una alimentación saludable y realice ejercicio físico regular. Para ello es recomendable asegurar una ingesta suficiente de energía y nutrientes con el fin de preservar el crecimiento y el desarrollo físico e intelectual. Se debe promover el aumento de consumo de frutas, verduras, glúcidos complejos y disminuir la ingesta de alimentos ricos en grasas y de bebidas azucaradas, teniendo especial cuidado con estas últimas debido a los azúcares ocultos que se encuentran en zumos comerciales, batidos, etc. Por lo tanto, se realizará un programa multidisciplinar, en la que los pilares fundamentales del tratamiento combinen la educación nutricional, la limitación de ciertos alimentos, el incremento de ejercicio físico y la modificación conductual.

El tratamiento de la obesidad no es fácil y en muchas ocasiones fracasa, debido al alto grado de abandono del tratamiento asociado con un bajo nivel de motivación, por lo que es imprescindible realizar técnicas para mejorar la motivación antes de comenzar con la terapia. En general, los resultados a largo plazo en niños indican que el 80-90% se vuelven a su percentil inicial. Parte del fracaso se debe a que los pacientes no asisten puntualmente a la consulta de seguimiento de Atención Primaria. En un segundo plano queda, pero no por ello menos importante, el seguimiento del niño y la familia en pediatría de Atención Primaria, en donde se revisará y reforzarán los comportamientos aprendidos. A continuación muestro un protocolo de seguimiento del niño obeso en la consulta de enfermería de la Atención Primaria de Extremadura:

1. Derivado por Pediatra tras diagnóstico (aproximadamente a los 2-3 meses).
2. Realizar encuesta nutricional.
3. Realizar encuesta de actividad física.
4. Peso.
5. Talla.
6. Índice de Masa Corporal.
7. Toma de tensión arterial.
8. Actuación por parte de Enfermería:
 - Informar de complicaciones a largo plazo: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, enfermedad coronaria, diabetes.
 - Modificación de hábitos alimentarios.
 - Potenciar el ejercicio físico.
 - Motivar la implicación de la familia.
9. Revisiones cada 2-3 meses.

10. Derivar al Pediatra:

- Cada 6 meses, para consulta programada.
- Antes si se detecta algún problema.

El tratamiento farmacológico está contraindicado en niños, mujeres gestantes/lactantes y en pacientes con enfermedad cardíaca inestable.

El tratamiento quirúrgico no está indicada en niños, y en adultos queda reservado para obesidad mórbida o extrema en la que todas las demás terapias hayan fracasado. Esta técnica no se puede llevar a cabo en niños, ya que uno de los criterios de inclusión es una edad de 18 a 60 años.

5 Discusión-Conclusión

Tras esta revisión es evidente que sería necesario y beneficioso realizar mediciones antropométricas directas, unificar los criterios diagnósticos y establecer una metodología para poder conocer con mayor exactitud el estado y la evolución de la obesidad infantil y de esta forma ser conscientes de la magnitud del problema.

Un campo muy interesante desde el punto de vista de enfermería en la obesidad infantil es la prevención de la misma, por eso se hace hincapié en este punto, y se habla de la etiología de la misma y los factores de riesgo. Todos los autores coinciden en lo mismo en estos puntos, ya que la etiología es múltiple, pero en donde se puede intervenir es sobre los factores ambientales. La prevención se realizará evitando los factores de riesgo, modificando los hábitos de vida, las conductas alimenticias, fomentando el ejercicio físico y realizando unas recomendaciones generales sobre la alimentación.

El tratamiento de la obesidad infantil es complicado y por eso se le da tanta importancia a la prevención. En todos los artículos se comentan los mismos parámetros para el tratamiento, no siendo agresivos y actuando sobre una dieta equilibrada, unos hábitos higiénico-dietéticos adecuados y el fomento de la actividad física, y se contraindica el uso de fármacos y cirugía en niños. Por el contrario, según un artículo (Yeste et al, 2008) incluye dos fármacos para el tratamiento de la obesidad infantil que son el orlistat en mayores de 12 años y la sibutramina en adolescentes a partir de 16 años, y además acepta el uso de cirugía bariátrica en adolescentes con un IMC superior a 40 cuando han fracasado otras alternativas. No lo he incluido en esta revisión debido a que solo se mencionaba en ese artículo y me quiero centrar más en la infancia que en la adolescencia. Creo que este campo es muy amplio y sería muy beneficioso que se investigase más sobre la obesidad infantil y en la adultez, ya que es un factor de riesgo para el desarrollo de muchas

enfermedades y se podrían evitar numerosas complicaciones.

Es necesaria la inversión en promoción de la salud y en campañas de prevención de obesidad, puesto que si creamos unos hábitos higiénico-dietéticos adecuados desde la infancia tenemos un largo camino recorrido.

En este trabajo se ha realizado una revisión de los aspectos que los datos demuestran que son más relevantes sobre la obesidad infantil para los profesionales de enfermería y se han conseguido los objetivos del mismo, puesto que se ha conocido la prevalencia de la obesidad en la población española infantil y se ha visto la importancia de unificar criterios diagnósticos en el futuro para obtener cifras más reales, se han conocido los hábitos higiénico-dietéticos de la misma comprendiendo los factores de riesgo que influyen en ella, y se han investigado los riesgos y las consecuencias de estos malos hábitos. Por último, y lo más importante, conocer las medidas de prevención que se deben llevar a cabo para evitar esta enfermedad y sus consecuencias.

6 Bibliografía

1. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2012;29(3):357-60.
2. Medina IMF, Bolívar RG, López BG, Fernández CTG. Los peligros de la obesidad infantil: El envejecimiento vascular. *Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento Volumen III*. 2015:97.
3. Burrows Argote R. Obesidad infantil y juvenil: consecuencias sobre la salud y la calidad de vida futura. *Rev chil nutr*. 2000;27(Supl. 1):141-8.
4. Moraga M, Rebollo G, Jesús M, Bórquez V, Cáceres D, Castillo D. Tratamiento de la obesidad infantil: Factores pronósticos asociados a una respuesta favorable. *Revista chilena de pediatría*. 2003;74(4):374-80.
5. Segura Mef. Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria. *Revista pediátrica atención primaria*. 2007.

Capítulo 20

LA FUNCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

MARTA RODRÍGUEZ DÍAZ

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la seguridad de los pacientes es "la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de efectos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de su salud o de mitigar sus consecuencias."

Los sistemas sanitarios tienen como estrategia prioritaria mejorar la seguridad de los pacientes y se han adaptado estrategias por diferentes organismos internacionales (UE, OMS, OCDE, etc.) para abordar la ocurrencia de eventos adversos relacionados con la asistencia sanitaria proponiendo planes, acciones y medidas legislativas.

La seguridad del paciente es el punto principal de la calidad en la atención médica y, por tanto, necesita enfoques individuales y de equipo. En los últimos años, ha adquirido gran relevancia en una asistencia sanitaria y segura, efectiva y eficiente determinados puntos importantes como son la higiene de manos, una administración de medicamentos segura, procedimientos quirúrgicos seguros y una seguridad en procedimientos generales.

Los efectos no deseados secundarios a la atención sanitaria suponen una causa de niveles elevados de mortalidad y morbilidad.

Aparte de las consecuencias personales provocadas en la salud del paciente causados por estos daños, también hay que tener en cuenta el alto impacto económico y social que provocan.

2 Objetivos

- Adoptar medidas en la seguridad de los pacientes.
- Prestar unos cuidados seguros y de alta calidad al paciente es una cuestión de máxima importancia en la enfermería para prevenir daños a los pacientes y mejorar la calidad y la seguridad de la atención de la salud.

3 Metodología

Para su realización se ha llevado a cabo diversas revisiones bibliográficas, búsquedas en bases de datos y manuales de la documentación científica disponible y más actual con atención a lo relacionado en temas de seguridad del paciente como Scielo, Medline, Cochrane, BOE.

4 Resultados

Se ha demostrado que las enfermeras son un recurso clave para lograr la seguridad y la supervivencia del paciente.

Durante mucho tiempo se consideró que la ocurrencia de efectos adversos era como consecuencia a fallos humanos. Actualmente, se sabe que dicho error humano es apenas una parte muy pequeña del problema de los fallos en la seguridad del paciente.

La gestión de los eventos adversos conllevan seis puntos:

1. Evaluación de riesgos y prevención de los mismos.
2. Identificación de acciones inmediatas tras un evento adverso.
3. Notificación del evento adverso. En España, el SINASP es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos adversos desarrollado por el Ministerio de Sanidad como parte de la estrategia en Seguridad del Paciente para el Sistema Nacional de Salud.
4. Evaluación de eventos adversos.
5. Revisión y análisis para poder identificar si algún fallo del sistema contribuyó a la producción del evento adverso.
6. Mejora de la planificación y supervisión.

En 2004, la OMS pone en marcha la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente proponiendo en el año 2007 nueve soluciones:

1. Medicamentos de aspecto o nombre parecido: es una de las causas más comunes de error de medicación. Hay que evitar la caligrafía ilegible, el conocimiento incompleto de los medicamentos o los envases y etiquetas similares.
2. Identificación del paciente: puede causar errores de medicación, de transfusión, de prueba, procedimientos en la persona incorrecta.
3. Comunicación durante los traslados de pacientes a realizar pruebas, cambios de unidad, etc.
4. Realización del procedimiento de forma correcta.
5. Administración segura de las dosis correctas de la medicación.
6. Administración de la medicación en el paciente correcto.
7. Evitar errores de conexión de catéteres.
8. Uso único de los dispositivos de inyección.
9. Mejorar las medidas antisépticas para la prevención de infecciones nosocomiales.

5 Discusión-Conclusión

La seguridad del paciente se ha convertido desde ya hace algunos años en un objetivo esencial en los sistemas de atención sanitaria. La seguridad del paciente debe ser entendida como una responsabilidad esencial del acto del cuidado. Es muy importante que los profesionales de enfermería se sumen a las nuevas estrategias que garanticen la seguridad del paciente y, por ello, es imprescindible que la docencia en enfermería permita la reorientación del cuidado en búsqueda de la seguridad del paciente para proporcionar cuidados más seguros y de alta calidad.

Para este fin, se han adoptado medidas para reducir los riesgos en la medida que sea posible mediante acciones que van dirigidas a la prevención y a evitar o minimizar posibles riesgos.

Tanto a nivel mundial, nacional como regional se aplican estrategias para reducir los riesgos y mejorar la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. Manual general de Enfermería Seguridad del paciente, a través de <https://www.enfermeria.hc.edu.uy>.

2. Seguridad del paciente-Enfermería blog, en <https://enfermeriablog.com>
3. Enfermería y Seguridad de los pacientes-UVaDOC, a través de <https://uvadoc.uva.es>
4. El curriculum de enfermería y la seguridad del paciente, en <https://dialnet.unirioja.es>.

Capítulo 21

CONSECUENCIAS DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN GESTANTE

BEATRIZ J PALIZAS ALONSO

1 Introducción

La infección por Citomegalovirus es la causa más común de infección congénita en la actualidad, más frecuente aún en los países industrializados. Se trata de una infección que, en un alto porcentaje de los casos, es asintomática, o cursa con una sintomatología leve, sin embargo, en el caso de las gestantes o en el de los pacientes inmunodeprimidos, puede ir asociado a fatales consecuencias.

Se trata de un virus de ADN de la familia Herpesviridae, que se puede transmitir al feto durante la gestación, mediante transmisión vertical, o transplacentaria, en cualquier momento, siendo más grave en el primer y segundo trimestre, pero más fácil de contraer en el tercero. También se puede detectar CMV en determinadas secreciones, como son la leche materna, las saliva, la sangre, el semen o la orina. Las consecuencias de la infección por CMV, son una serie de síntomas clínicos, muy variados, y de gravedad muy diversa, entre los que destaca, por su mayor frecuencia, el de la hipoacusia neurosensorial.

Muchos de los neonatos infectados, permanecen asintomáticos durante toda su vida, sin embargo, y sobre todo a partir de la edad escolar, se pueden determinar problemas auditivos, visuales, neurológicos y mentales, de mayor o menor gravedad, en aquellos recién nacidos en los que la infección sí haya tenido consecuencias.

Las Ecografías ayudan al hallazgo de las patologías en los fetos intrauterino, de ahí la importancia del seguimiento correcto de todas las gestaciones.

2 Objetivos

Objetivos principales:

- Prevenir el contagio de CMV en mujeres gestantes.

Objetivos secundarios:

- Detectar, precozmente, los recién nacidos infectados de CMV, para comenzar rápidamente con el tratamiento adecuado.
- Evitar contacto con las secreciones de personas con IgM de CMV positiva.
- Administrar correctamente el tratamiento adecuado.
- Informar a los padres y/o tutores del proceso del recién nacido infectado.
- Realizar un adecuado seguimiento de todas las gestantes.
- Apoyar a los progenitores en la toma de decisiones.
- Educar acerca de cómo realizar un correcto lavado de manos, a todas las gestantes.

3 Metodología

Para la realización del actual capítulo “Consecuencias de la infección por Citomegalovirus en gestantes”, se hizo una revisión Bibliográfica en SciELO, PubMed y Fistera, con los términos “Neonato”, “Consecuencias Citomegalovirus”.

Asimismo, se hizo una pertinente búsqueda en determinadas revistas científicas, que hacían referencia al tema a tratar.

4 Resultados

Las consecuencias de la infección por Citomegalovirus intraútero, pueden ser muy graves, diversas e irreversibles, además de innegables, en el caso de que el Neonato sea el que contraiga la infección.

La única forma posible de evitar esas secuelas y/o patologías fetales y Neonatales, es la prevención y la detección precoz de los casos de transmisión de CMV de madre a hijo, para lo cual se deben tomar una serie de cuidados y seguimientos al respecto.

Se concluye, de este modo, que la mejor forma de prevención, es el correcto lavado de manos. De ahí viene la relevancia de impartir una correcta Educación para la Salud a todas las mujeres gestantes, haciendo un especial hincapié en el correcto lavado de manos, a ser posible, en todas las visitas que haga a su Médico y a su Matrona.

Todo esto es debido a que la infección se produce, principalmente, por el contacto directo con niños menores de 3 años, y con sus correspondientes secreciones. Por ello, es imprescindible la información correcta a la mujer gestante, dando la adecuada relevancia al lavado de manos idóneo tras estar en contacto con las secreciones de niños, como es el caso, por ejemplo, del cambio de pañal o de haberle dado su comida.

Con dicha prevención y detección, se puede iniciar un tratamiento correcto en todos los recién nacidos que lo precisen, generando una minimización de su sintomatología y deterioro a corto, medio y largo plazo, facilitando que el niño/a pueda llevar una vida adaptada, en un ambiente adecuado.

No debemos olvidar, que entre las consecuencias que padecerá el recién nacido infectado, estará la posibilidad de un retraso psicomotor, y / o una deficiencia visual y auditiva, entre otras, siendo estos problemas serios que lo acompañarán a lo largo de su vida, marcando su evolución y adaptación al medio y a la vida social.

Del mismo modo, es inevitable el choque emocional que sufrirán los padres y /o tutores que tengan un hijo/a con problemas de salud. Por este motivo, el Personal Sanitario deberá apoyarlos, emocionalmente, además de informarlos, en todos los aspectos de la evolución del recién nacido, utilizando técnicas de empatía y asertividad.

5 Discusión-Conclusión

La detección precoz de los casos de fetos infectados de Citomegalovirus durante la gestación, es muy complicada, motivo por el que, en determinadas ocasiones, se recomienda la serología de la mujer embarazada, sobre todo en los casos de riesgo posible, principalmente por razones laborales.

Igualmente, los hallazgos Ecográficos pueden orientar hacia qué camino tomar, con respecto a si sería posible realizar nuevas pruebas, y, en caso de IgM positiva, iniciar el tratamiento para disminuir, o paliar, las secuelas en el feto.

Llegando a estas conclusiones, no se puede obviar la relevancia de la realización de las correspondientes Ecografías a todas las gestantes, sin excepciones posibles, haciendo, si fuera necesario y adecuado, un control más exhaustivo en las situaciones calificadas de riesgo, indistintamente de cuál sea el motivo de esa calificación.

6 Bibliografía

1. Martín Peinador Y. Grupo Patología Infecciosa. Aproximación Diagnóstica a la infección por CMV. Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria. 2014.
2. Gómez Marqués G., Alonso A., Bayés B., Bernal G., Fernández A. M., Franco A.,
3. García Álvarez T., Gómez Alamillo C., Luna E., Llamas F., Mendiluce A., Mir M.,
4. Muñoz M. A., Osorio J. M. Diagnóstico de la infección por Citomegalovirus.

Capítulo 22

EDUCACIÓN PARA LA SALUD. PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS EN MUJERES ADOLESCENTES

BEATRIZ J PALIZAS ALONSO

1 Introducción

Actualmente, sabemos que el embarazo proveniente de madres adolescentes, es un problema que tiende a su disminución, en los países considerados más desarrollados, aunque no se puede decir lo mismo de aquellas zonas en las que todavía se encuentran en vías de desarrollo.

Esto es debido al aumento de la información, sobre todo con respecto a la utilización de métodos anticonceptivos o a la práctica de conductas de riesgo, principalmente desde un punto de Prevención Primaria. El hecho de que se impartan campañas de Educación Sexual, así como de prevención de otros hábitos tóxicos, ha ido disminuyendo el número de casos de embarazos no deseados a lo largo de los últimos años.

Sin embargo, aún con todos estos medios disponibles a su alcance, existen casos de embarazos no buscados en madres adolescentes, generando una serie de problemas muy variables, ya que, no solo supone un problema real de salud para la madre y para el Neonato, sino también un problema social y económico, puesto

que, en muchas de las ocasiones, la joven madre ha de abandonar los estudios para incorporarse al mundo laboral, a trabajos mayormente precarios y mal pagados, todo ello para proporcionarle un mantenimiento a su recién nacido.

La maternidad, en la mayoría de las ocasiones, la acaban asumiendo las madres, y la familia de estas, casi exclusivamente. Esto se debe por la ausencia de una pareja estable, generando, nuevos cambios de roles en una mujer todavía muy joven y que quizás no esté preparada para asumir su situación.

Por otro lado, los embarazos que tiene este origen son considerados de riesgo, ya que, suelen ir asociados a problemas de salud para el feto, como son la prematuridad, el bajo peso del nacimiento, entre otros, además de aumentar la mortalidad infantil.

Todas estas circunstancias implican, no solo lo más evidente, como son los malos escenarios sociales que se generan, sino un desgaste económico y social, muchas veces inasumible, y difícil de solucionar.

2 Objetivos

Describir la importancia de la Planificación Familiar y la Educación para la Salud en relación con la prevención de embarazos no deseados en Adolescentes.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como SciELO, Fisterra y PubMed, con los términos “Maternidad adolescente”, “embarazo adolescente”.

4 Resultados

La adolescencia es conocida como una etapa de cambio evolutivo en las niñas y los niños, momento en el que la experimentación, en todos los ámbitos, está presente en su día a día. Es la etapa que marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un periodo de transición que tiene características peculiares. Se

llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes que aún no son adultos pero ya no son niños. Dentro de la adolescencia encontramos varias etapas temprana, media y tardía.

El terreno sexual es uno de los campos que estos adolescentes tienen en cuenta, de forma constante, motivo por el que no se ha de olvidar, ni dejar de lado, ni tampoco acallar, más bien todo lo contrario, es el momento de tratarlo y hablar del tema, con la finalidad de formar y educar de la forma más correcta y adecuada a los niños y niñas, y así poder evitar circunstancias complicadas, como son los embarazos no deseados.

En este aspecto, tanto los Educadores, con los Sanitarios, desde Prevención Primaria, hacen una labor fundamental, formando en conductas sexuales sin riesgos, con el empleo de los métodos anticonceptivos más correctos, para cada persona concreta.

Cabe destacar, la especial importancia que hay que darle a la correcta Educación para la Salud, a los ambientes sociales marginales, donde el riesgo es mayor aún, y las desigualdades económicas, demográficas y educativas, hacen que los embarazos no deseados se den en una mayor proporción. Si se produjera este hecho, el círculo en el que se ven incluidas están jóvenes, sería más complicado de erradicar, ya que nacería una nueva generación con iguales o mayores problemas, que se estaría igualmente empujada a las mismas circunstancias precarias que tuvieron sus madres.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con una adecuada Educación para Salud en adolescentes, en lo relacionado con la prevención de embarazos no deseados, son:

Disminuir la incidencia de embarazos no deseados en madres adolescentes.

Detectar, precozmente, conductas de riesgo.

Disminuir la mortalidad infantil.

Identificar grupos de riesgo.

Impartir una correcta Educación para la Salud basada en medidas anticonceptivas.

Formar a los adolescentes, a través de campañas de prevención.

Disminuir el número de abortos.

Tratar, de forma idónea, a la madre durante el embarazo.

Cuidar al recién nacido de riesgo.

5 Discusión-Conclusión

Tras valorar la problemática que se ocasiona de la Maternidad en adolescentes, es imprescindible citar, y dar el valor proporcional, a la Educación para la Salud, dándole una importancia innegable y amplia a la Planificación Familiar. Ésta, como tal, no es un aspecto que se pueda dejar apartado, ya que de ella depende el bienestar físico, psicológico, social y económico, de estos jóvenes, y, por extensión, de su entorno.

Con una correcta y precoz Planificación Familiar, se llegarían a evitar muchos problemas de salud en mujeres jóvenes y en sus fetos, así como interrupciones del embarazo, tanto voluntarias como involuntarias, las cuales aumentan considerablemente su incidencia en este tipo de familias.

6 Bibliografía

1. Rosales Silva J. G., Irigoyen Coria A. Embarazo en adolescentes: problema de salud pública y prioridad para el médico familiar. ELSEVIER. Atención Familiar. Vol. 20. Pag. 101 – 102. 2013.
2. Mendoza T. L. A., Arias G. M., Mendoza T. L. I. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol. 77. Pag. 375 – 382. 2012.
3. Doblado Donis N. I., De LA Rosa Batista I., Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. VOL. 36. 2010.
4. Levy S. Anticoncepción y embarazo adolescente. Manual MSD. 2020.
5. Palomino Pérez L. M., Pérez Suárez E., Cabrero Hernández M., Cruz Benito A., Cañedo G. Embarazos en adolescentes en los últimos 11 años. Motivos de consulta y factores de riesgo. Anales de Pediatría. Vol. 89. Pag. 121 – 122. 2018.

Capítulo 23

DIABETES TIPO 2. CÓMO PREVENIR Y/O RETRASAR SU APARICIÓN

SUSANA GONZALEZ BLANCO

ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA

CLARA GARCIA PERUYERO

LORENA PICAZO DEL CANTO

EVA RODRIGUEZ MIGUENS

1 Introducción

La diabetes es una enfermedad grave que ocurre cuando la glucosa o azúcar en la sangre está demasiado alta. Este exceso de glucosa afecta la forma en que el cuerpo utiliza los alimentos para obtener energía y crecer.

En la diabetes tipo 2, el cuerpo no produce suficiente insulina o no la utiliza eficazmente. La insulina, una hormona producida por el páncreas, ayuda a que la glucosa pase de la sangre a las células, donde se utiliza como fuente de energía. Cuando no hay suficiente insulina, llega poca glucosa a las células y en cambio se acumula en la sangre. Con el tiempo, este exceso de glucosa en la sangre puede causar problemas de salud.

Aunque la diabetes no tiene cura, se pueden tomar medidas para controlarla con medicación y haciendo cambios de estilo de vida.

Muchas personas con diabetes tipo 2 no presentan ningún síntoma. Si los tiene,

los síntomas se desarrollan lentamente durante varios años. Pueden ser tan leves que no los note. Los síntomas pueden incluir:

- Aumento de la sed y la micción.
- Aumento del hambre.
- Sensación de cansancio.
- Visión borrosa.
- Entumecimiento u hormigueo en los pies o las manos.
- Llagas que no cicatrizan.
- Pérdida de peso sin causa aparente.

2 Objetivos

Exponer la prevención y el tratamiento de la diabetes, especialmente la tipo 2.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes libros, páginas web y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, utilizando como palabras clave: glucemia, diabetes, prediabetes, glucómetro.

4 Resultados

Se puede tener diabetes tipo 2 a cualquier edad, incluso en la infancia. Sin embargo, este tipo de diabetes ocurre más a menudo en personas de mediana edad y mayores. La diabetes tipo 2 es el tipo más común de diabetes. Algunos de los factores que aumentan la probabilidad de tener esta enfermedad son: antecedentes familiares de diabetes, presión arterial alta, sobrepeso u obesidad y falta de actividad. Las mujeres con antecedentes de diabetes gestacional, que puede ocurrir durante el embarazo, también tienen un riesgo mayor.

La diabetes es una de las principales causas de discapacidad y muerte en muchos países. La diabetes aumenta el riesgo de que se presenten problemas graves de salud, como los siguientes:

- Enfermedades del corazón.
- Ataque o derrame cerebral.
- Ceguera.

- Daño nervioso, que puede conducir a la amputación de un dedo del pie, de un pie o de una pierna.
- Insuficiencia renal.

El profesional de la salud realizará análisis de sangre para diagnosticar la diabetes tipo 2. Los análisis de sangre incluyen:

- Prueba de A1c: Mide su nivel promedio de azúcar en sangre durante los últimos 3 meses.
- Prueba de glucosa plasmática en ayunas: Mide su nivel actual de azúcar en sangre. Debe ayunar (no comer ni beber nada excepto agua) durante al menos 8 horas antes de la prueba.
- Prueba aleatoria de glucosa en plasma: Mide su nivel actual de azúcar en sangre. Se usa cuando usted tiene síntomas de diabetes y el profesional de la salud no quiere esperar a que ayune antes de realizarse la prueba.

¿Qué se puede hacer para prevenir la diabetes tipo 2?

- Bajar de peso y no volver a aumentarlo. Se puede prevenir o retrasar la aparición de la diabetes si se pierde de 5 a 7 por ciento del peso inicial.
- Moverse más. Hacer por lo menos 30 minutos de actividad física 5 días a la semana.
- Alimentarse sanamente la mayor parte del tiempo. Comiendo porciones más pequeñas para reducir la cantidad de calorías que se consume cada día y así ayudar a bajar de peso. Escoger alimentos con menos grasa es otra manera de reducir las calorías. Tomar agua en lugar de bebidas azucaradas.
- Los medicamentos para la diabetes incluyen medicinas orales, insulina y otros medicamentos inyectables. Con el tiempo, algunas personas necesitarán tomar más de un tipo de fármaco para controlar su diabetes.
- También es importante mantener la presión arterial y sus niveles de colesterol en el rango establecido por su médico para usted. Asegúrese de hacerse las pruebas de detección con regularidad.
- Se debe controlar el nivel de azúcar en sangre con regularidad:
Las pruebas de autocontrol nos permitirán saber si ciertas cosas (como la actividad física, el estrés, los medicamentos y la comida) suben o bajan el nivel de azúcar en la sangre.
Personas con diabetes tratan de mantener su nivel de azúcar en la sangre entre 80 y 130 antes de las comidas. Podría ser diferente si se tienen otros problemas de salud como enfermedades del corazón o si con frecuencia se le baja demasiado

su nivel de azúcar en la sangre.

Normalmente, las pruebas de autocontrol se hacen antes y después de las comidas y a la hora de acostarse a dormir.

Si se tienen temblores, sudoración o hambre, hay que revisar el nivel de azúcar para ver si está por debajo de su rango meta. Siempre hay que llevar algo dulce, como 4 caramelos duros o tabletas de azúcar.

5 Discusión-Conclusión

La conclusión a la que llego, es que hay buenas noticias para las personas en riesgo de diabetes tipo 2. La enfermedad se puede prevenir o retrasar haciendo cambios saludables de estilo de vida. Esto incluye a las personas con prediabetes. Prediabetes significa que los niveles de glucosa en la sangre están por encima lo normal pero no tan altos como para considerarse diabetes.

Las medidas pequeñas, como comer menos y moverse más para bajar de peso, pueden ayudar a prevenir o retrasar la diabetes tipo 2 y los problemas de salud relacionados.

Si aun así, la enfermedad apareciese, esta por suerte tiene un fácil manejo por el paciente, con una adecuada instrucción por su equipo de profesionales de atención primaria, enseñándole a mirar sus cifras de glucemia y a saber actuar dependiendo del valor obtenido.

6 Bibliografía

1. Diabetes Prevention Program Research Group. Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over 15-year follow-up: the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2015;3(11):866–875. Puede encontrar más información en inglés acerca de este estudio en la página de internet de Diabetes Prevention Program Outcomes Study.
2. <https://magazine.medlineplus.gov/es/art%3%adculo/cambios-de-estilo-de-vida-son-clave-para-retrasar-o-prevenir-la-diabetes-tipo-2>.
3. <https://medlineplus.gov/spanish/diabetestype2.html>.
4. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/control/4-pasos-controlar-vida/conozca-niveles-azucar-sangre>.

Capítulo 24

EL PIE DIABÉTICO, COMPLICACIÓN DE LA DIABETES: PREVENIR, VALORAR, TRATAR

SUSANA GONZALEZ BLANCO

ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA

CLARA GARCIA PERUYERO

LORENA PICAZO DEL CANTO

EVA RODRIGUEZ MIGUENS

1 Introducción

Los problemas en los pies son comunes en personas con diabetes. Pueden ocurrir con el tiempo cuando los niveles altos de azúcar en sangre dañan los nervios y los vasos sanguíneos de los pies. El daño a los nervios, llamado neuropatía diabética, puede provocar entumecimiento, hormigueo, dolor o pérdida de sensibilidad en los pies.

Si no puede sentir dolor, es posible que no se dé cuenta si tiene un corte, una ampolla o una úlcera (llaga abierta) en el pie. Esta herida puede infectarse. Es posible que la infección no se cure bien porque los vasos sanguíneos dañados pueden causar un deficiente flujo sanguíneo en los pies.

Tener una infección y un flujo sanguíneo deficiente puede causar gangrena, en la que músculo, la piel y otros tejidos comienzan a morir. Si tiene gangrena o

una úlcera en el pie que no mejora con el tratamiento, es posible que se necesite una amputación. Esta es una cirugía para cortar dedos, el pie o parte de la pierna que resultan dañados. Este procedimiento podría salvarle la vida al evitar que se propague una infección grave.

Sin embargo, hay mucho que puede hacer para evitar que una herida en el pie se convierta en un problema de salud importante.

2 Objetivos

Explicar la prevención y seguimiento del pie diabético.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes libros, páginas web y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, utilizando como palabras clave: pie diabético, neuropatía, diabetes.

4 Resultados

El buen cuidado de los pies para las personas con diabetes incluye una serie de recomendaciones que se deben proporcionar a los pacientes, como estas que se redactan a continuación:

- Revisarse los pies todos los días: busque cortes, enrojecimiento y otros cambios en la piel y las uñas de los pies, incluyendo verrugas u otras manchas que sus zapatos podrían frotar. Asegúrese de revisar también la planta de los pies.
- Lavarse los pies todos los días: use agua tibia y jabón. No remoje sus pies porque eso puede reseca la piel. Después de secarse los pies, puede usar talco o almidón de maíz entre los dedos para absorber la humedad que puede causar infecciones. Si usa loción humectante, no la aplique entre los dedos de los pies.
- Preguntarle a su médico cómo eliminar callos y callosidades de forma segura: la piel gruesa de sus pies puede causar fricción y provocar llagas. Pero quitarlos de manera incorrecta podría dañar su piel. Por lo tanto, no se recomienda limarse la piel ni usar parches medicinales o removedores líquidos.
- Cortar las uñas de los pies en línea recta con un cortaúñas: si le resulta difícil cortarse las uñas de los pies, o si son gruesas o se curvan en la piel, pídale a un podólogo (especialista de los pies) que lo haga por usted.

- Siempre use zapatos que le queden bien y calcetines o pantuflas para proteger sus pies al caminar: no se recomienda caminar descalzo, ni siquiera en interiores. Y asegúrese de que sus zapatos sean suaves por dentro. Una costura o un guijarro podrían frotar su piel y dañarla.
- Proteger sus pies del calor y el frío: use protector solar en la piel expuesta y no camine descalzo en la playa. En clima frío, use calcetines gruesos en lugar de calentar sus pies cerca de un calentador o chimenea.
- Mantener la sangre fluyendo por sus pies: levante los pies cuando esté sentado. Mueva los dedos de los pies y haga círculos con los pies a lo largo del día. No use calcetines ajustados. Y realice muchas actividades que no sean demasiado duras para los pies, como caminar
- Hacer que le revisen los pies en sus visitas médicas: Incluso si no ha notado ningún problema, es bueno que su profesional de la salud le revise los pies.

Las personas con diabetes necesitan un examen del pie diabético al menos una vez al año. Puede ser necesario más a menudo si los pies presentan cualquiera de los siguientes síntomas:

- Hormigueo.
- Entumecimiento.
- Dolor.
- Ardor.
- Hinchazón.
- Dolor y dificultad al caminar.

El examen del pie diabético lo hace el médico o profesional de atención primaria o un especialista de pies (podólogo o podiatra). Este médico se especializa en la salud y las enfermedades de los pies. El examen generalmente incluye:

1. Evaluación general. El profesional de la salud:

- Hace preguntas sobre sus historia clínica y cualquier problema previo que haya tenido con los pies.
- Revisa sus zapatos para ver si calzan bien y hace preguntas sobre su calzado. Los zapatos que no se ajustan bien o son incómodos pueden causar ampollas, callos y úlceras.

2. Evaluación dermatológica. El profesional de la salud:

- Busca varios problemas de la piel como sequedad, agrietamiento, callos, ampollas y úlceras.
- Revisa las uñas de los pies en busca de grietas o infección por hongos.
- Revisa entre los dedos de los pies para detectar signos de infección por hongos.

3. Evaluaciones neurológicas. Estas incluyen:

- Prueba de monofilamento: el profesional de la salud cepilla una fibra de nailon suave llamada monofilamento sobre el pie y los dedos de los pies para examinar su sensibilidad al tacto.
- Diapasón y pruebas de percepción visual: el profesional de la salud coloca un diapasón u otro dispositivo sobre sus pies y sus dedos de los pies para ver si puede sentir la vibración que produce.
- Prueba de sensibilidad en la planta del pie: el profesional de la salud pincha suavemente la planta de un pie con un alfiler pequeño para ver si usted lo siente.
- Reflejos de tobillo: el profesional de la salud examina sus reflejos del tobillo golpeándole el pie con un pequeño mazo de goma. Esto es similar a la prueba de reflejos que se hace en un examen físico anual, cuando el médico golpea suavemente debajo de la rodilla.

4. Evaluación musculoesquelética. El profesional de la salud:

- Busca anomalías en la forma y la estructura del pie.
- Evaluación vascular. Si tiene síntomas de mala circulación, el profesional de la salud puede:
- Usar un tipo de prueba de imágenes llamada ecografía Doppler para examinar el flujo de sangre en el pie.

Los problemas graves en los pies pueden desarrollarse rápidamente. Se debe consultar al profesional de la salud de inmediato si se nota:

- Un corte, ampolla o hematoma en los pies que no comienza a sanar en unos días.
- Piel enrojecida, caliente o dolorida en sus pies.
- Un callo con sangre seca en el interior.
- Una infección del pie que se vuelve negra y huele mal (podría ser gangrena).

Si se encuentra un problema, el podólogo u otro profesional de la salud probablemente recomienden más pruebas. Otros tratamientos podrían incluir:

- Antibióticos para tratar infecciones del pie.
- Cirugía para corregir las deformidades óseas.

No hay tratamiento para el daño nervioso del pie, pero hay tratamientos que pueden aliviar el dolor y mejorar el funcionamiento, por ejemplo:

- Medicamentos.
- Cremas para la piel.
- Terapia física para mejorar el equilibrio y la fuerza.

5 Discusión-Conclusión

La patología del pie diabético es una enfermedad común en los pacientes diabéticos. Por ello en todos estos pacientes debemos tener una vigilancia más minuciosa de los pies, que en cualquier otra persona.

La mejor manera de proteger los pies es controlando los niveles de glucemia en sangre todos los días. Esto ayudará a evitar que el daño a los nervios y vasos sanguíneos empeore. El siguiente paso es mantener sana la piel de los pies. Para ello haremos todo lo nombrado en el apartado anterior.

Si las úlceras u otros problemas se detectan y tratan a tiempo, se pueden prevenir complicaciones graves.

6 Bibliografía

1. American Diabetes Association website. 10. Microvascular complications and foot care: standards of medical care in diabetes-2020. care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1/S135. Accessed July 11, 2020.
2. Brownlee M, Aiello LP, Sun JK, et al. Complications of diabetes mellitus. In: Melmed S, Auchus RJ, Goldfine AB, Koenig RJ, Rosen CJ, eds. Williams Textbook of Endocrinology. 14th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 37.
3. American Diabetes Association. 11. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care. 2021 Jan;44(Suppl 1):S151-S167. PMID: 33298422 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33298422/.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/diabeticfoot.html>.
5. <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/examen-del-pie-diabetico/>.

Capítulo 25

APNEA DEL SUEÑO: DIAGNOSTICAR, TRATAR

SUSANA GONZALEZ BLANCO

LORENA PICAZO DEL CANTO

CLARA GARCIA PERUYERO

ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA

EVA RODRIGUEZ MIGUENS

1 Introducción

La apnea del sueño es un trastorno común en donde la respiración se interrumpe o se hace muy superficial. Estas interrupciones pueden durar desde unos pocos segundos a minutos y pueden ocurrir más de 30 veces por hora.

El tipo más usual es la apnea obstructiva del sueño. Esta causa un colapso en las vías respiratorias o una obstrucción de ellas durante el sueño. Luego, la respiración vuelve con un ronquido o resoplido. La gente que padece de apnea suele roncar muy fuerte. De todos modos, no todas las personas que roncan tienen apnea.

Las personas que tienen más riesgo de apnea son: hombres, personas que tienen sobrepeso, historia familiar o pequeñas vías respiratorias. Los niños con amígdalas y adenoides hinchadas también pueden sufrir de apnea.

El diagnóstico se basa en su historia médica y familiar, un examen físico y en los resultados de un examen del sueño.

Cuando el sueño se interrumpe durante la noche, puede estar somnoliento durante el día. Las personas con apnea del sueño tienen mayor riesgo de sufrir accidentes de tránsito, accidentes de trabajo y otros problemas médicos. Si se padece apnea del sueño, es importante que se reciba tratamiento. Estos pueden incluir cambios en el estilo de vida, dispositivos bucales, cirugía y aparatos para la respiración.

2 Objetivos

Explicar los trastornos del sueño más comunes y cómo se realiza su estudio mediante la polisomnografía con la preparación que requiere por parte del paciente.

3 Metodología

Para la realización de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes libros, páginas web y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, utilizando como palabras clave: apnea, sueño, ronquido.

4 Resultados

Algunos de los trastornos del sueño más comunes son los siguientes:

- Apnea del sueño: hace que la respiración se detenga brevemente al dormir.
- Insomnio: difícil conciliar el sueño o mantenerse dormido durante toda la noche.
- Síndrome de las piernas inquietas: causa sensaciones incómodas en las piernas y un fuerte impulso de moverlas mientras trata de conciliar el sueño.
- Narcolepsia: afección neurológica que causa somnolencia extrema durante el día. También puede hacer que uno se duerma en forma repentina de día.

Lo primero es saber si será necesario la realización de una polisomnografía.

Ante la aparición de estos síntomas, sería conveniente confirmar un trastorno del sueño:

- Ronquidos fuertes al dormir.
- Despertarse jadeando para respirar.
- Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
- Somnolencia durante el día.

Un estudio del sueño, también conocido como polisomnografía, es una prueba que mide y registra diferentes funciones corporales mientras el paciente duerme. Otros nombres: polisomnografía, estudio de apnea del sueño, estudio del sueño en el hogar

La preparación para un estudio del sueño consiste en:

- Evitar el alcohol y la cafeína durante la tarde y la noche antes de la prueba.
- Durante el día, no dormir una siesta.
- Antes de la prueba, no usar lociones, geles para el cabello ni maquillaje porque pueden afectar el funcionamiento de los electrodos.

Si se toma medicamentos para dormir, hay que preguntar a el medico si se debe tomar o no el medicamento antes de la prueba.

Una vez diagnosticado de apnea de sueño, recomendar:

- Cambios de estilo de vida como bajar de peso, evitar el alcohol y dejar de fumar
- Máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP): la máquina de CPAP envía suavemente aire a las vías respiratorias para mantenerlas abiertas mientras se duerme.
- Dispositivos dentales, por ejemplo:
 - Protector bucal: ayuda a evitar que rechinen los dientes mientras se duerme (bruxismo del sueño). Los estudios han demostrado que puede haber una relación entre el bruxismo del sueño y la apnea del sueño.
 - Dispositivo de avance mandibular: aparato pequeño de plástico que mueve la mandíbula inferior y la lengua hacia adelante. Ayuda a mantener las vías respiratorias abiertas durante el sueño.
 - Dispositivo de retención de la lengua: mantiene la lengua hacia delante mediante succión. Si la lengua se desplaza hacia atrás, puede bloquear las vías respiratorias.

5 Discusión-Conclusión

El diagnóstico y el tratamiento temprano de un trastorno del sueño pueden ayudar a evitar complicaciones en la salud.

Los trastornos del sueño son afecciones que causan problemas para dormir, como dificultad para conciliar el sueño, dormir demasiado o respirar irregularmente al dormir. La falta de sueño puede aumentar el riesgo de afecciones graves como depresión, diabetes y enfermedades cardíacas. También puede causar accidentes automovilísticos y de otro tipo.

Por todo esto, debemos estar atentos, y detectar a tiempo algún cambio significativo, que nos indique que podemos estar padeciendo algún trastorno del sueño,

para así poder clasificarlo y tratarlo, lo antes posible y que nos afecte lo mínimo en nuestro día a día.

6 Bibliografía

1. CPAP. National Heart, Lung, and Blood Institute. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/cpap>. Accessed Sept. 17, 2021.
2. Weaver T, et al. Assessing and managing nonadherence with continuous positive airway pressure (CPAP) for adults with obstructive sleep apnea. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed Sept. 17, 2021.
3. Choosing a mask. American Sleep Apnea Association. <https://www.sleepapnea.org/treat/cpap-therapy/choosing-a-mask/>. Accessed Sept. 17, 2021.
4. Lebre M, et al. Factors contributing to unintentional leak during CPAP treatment: A systematic review. *Chest*. 2017; doi: 10.1016/j.chest.2016.11.049.
5. Johnson KG, et al. Treatment of sleep-disordered breathing with positive airway pressure devices: Technology update. *Medical Devices: Evidence and Research*. 2015; doi: 10.2147/MDER.S70062.
6. Troubleshooting guide for CPAP problems. American Sleep Apnea Association. <https://www.sleepapnea.org/treat/cpap-therapy/troubleshooting-guide-for-cpap-problems/>. Accessed Sept. 17, 2021.
7. Olson EJ (expert opinion). Mayo Clinic. Sept. 21, 2021.
8. <https://medlineplus.gov/spanish/sleepapnea.html>
9. Chokroverty S, Avidan AY. Sleep and its disorders. In: Daroff RB, Jankovic J, Mazziotta JC, Pomeroy SL, eds. *Bradley's Neurology in Clinical Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2016:chap 102.
10. Kirk V, Baughn J, D'Andrea L, et al. American Academy of Sleep Medicine position paper for the use of a home sleep apnea test for the diagnosis of OSA in children. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(10):1199-1203. PMID: 28877820 pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28877820/.
11. Mansukhani MP, Kolla BP, St. Louis EK, Morgenthaler TI. Sleep disorders. In: Kellerman RD, Rakel DP, eds. *Conn's Current Therapy 2020*. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:739-753.
12. Qaseem A, Holty JE, Owens DK, et al. Management of obstructive sleep apnea in adults: a clinical practice guideline from the American Col-

lege of Physicians. *Ann Intern Med.* 2013;159(7):471-483. PMID: 24061345
pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24061345/.

Capítulo 26

DUE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE GERIÁTRICO CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

ELENA CABELLO FERNANDEZ

KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ

MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA

1 Introducción

Las úlceras por presión y decúbito o también llamadas escaras son lesiones que se producen en la piel y el tejido inferior como resultado tras una presión prolongada sobre la piel.

En la mayoría de los casos, las escaras o úlceras se producen en aquellas zonas del organismo en las que la piel recubre las prominencias óseas del cuerpo, como los talones, tobillos, caderas y coxis.

Este tipo de lesiones revisten gran importancia en aquellos pacientes que están encamados durante su estancia hospitalaria, el personal de enfermería debe de intentar en todo momento prevenirlas, así como hacer un seguimiento de la piel de forma diaria para detectar de forma precoz su aparición.

La aparición de úlceras por presión supone un problema grave dentro de la estancia hospitalaria del paciente que puede conllevar complicaciones de importancia para el paciente y que puede evitarse en un elevado porcentaje de casos.

La frecuencia de aparición de las úlceras por presión en ancianos en comparación con la producida en jóvenes es significativamente mayor y está relacionada con una serie de condicionantes capaces de poner en riesgo la piel del anciano, ya que en multitud de casos va acompañada de complicaciones, aparición de enfermedades y problemas de salud.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en enfermería los 4 parámetros básicos y algunas cuestiones básicas acerca de los cuidados de enfermería para el paciente anciano con úlceras por presión, unificando criterios para mejorar nuestros conocimientos y la calidad asistencial ofrecida al individuo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Una úlcera por presión puede ocasionarse o generarse debido a 4 parámetros básicamente:

- Presión: consiste en la aplicación de una fuerza en la piel que provoca una lesión. Se localiza sobre todo en las zonas de prominencias óseas (tobillos, omóplatos, rodilla, codo, sacro, talones, escápula).
- Fricción o roce: se produce cuando la piel roza cualquier superficie, lo que provoca un desprendimiento de células epiteliales, lo que genera una pérdida en la integridad y resistencia de la piel. La fricción repetitiva sobre una prominencia ósea contra una superficie puede ocasionar la úlcera.
- Fuerzas de cizallamiento: se produce cuando dos superficies resbalan entre sí, moviéndose en direcciones contrarias y lesionando los tejidos.
- 4. Maceración: es provocada por una humedad excesiva en la piel del anciano, que genera el reblandecimiento y, por tanto, debilita la integridad de la piel, hacién-

dola más sensible a sufrir lesiones ocasionadas por las fuerzas anteriormente descritas.

Existen multitud de factores de riesgo añadidos que aumentan la probabilidad de padecer una úlcera por presión: deficiencias nutricionales en el individuo, problemas vasculares, tumores, lesiones previas en la piel (edemas, sequedad, dermatitis), edad, problemas o alteraciones de la consciencia, incontinencia urinaria, sondajes, higiene insuficiente, algunos fármacos como los corticoides, mala hidratación de la piel, no aplicar métodos preventivos en caso de pacientes encamados.

La gravedad de las úlceras por presión va a depender de las estructuras que afecte, se clasifican normalmente en 4 estadios según su afectación:

- Grado I: la epidermis permanece intacta, solo se visualiza enrojecimiento de la zona. No presenta complicaciones si se detecta y se previene de forma rápida.
- Grado II: afecta a la epidermis y dermis, se forma un eritema. Se debe de evitar de forma rápida que se extienda y pueda originar lesiones mayores.
- Grado III: se origina un flictena, se detecta una herida enrojecida, afecta a la epidermis, dermis e hipodermis. Genera una cavidad y es necesario un desbridamiento químico.
- Grado IV: afecta al tejido muscular e incluso al hueso. Se produce una pérdida total del grosor de la piel con destrucción y necrosis del tejido graves. Es necesario un desbridamiento quirúrgico.

En cuanto al tratamiento de las úlceras por presión como personal de enfermería es muy importante pautar cambios posturales adecuados que permitan aliviar las zonas de presión y evitarlas, vigilar que el estado nutricional del paciente sea adecuado, llevar a cabo medidas higiénico preventivas de la piel, realizar curas en las úlceras, protocolos de desbridamiento, realizar la limpieza de la herida y aplicar tratamiento en caso de infección.

Los cambios posturales en pacientes encamados deben realizarse cada 2-3 horas, se debe evitar el arrastre, controlar de forma diaria el aspecto de la piel para detectar anomalías haciendo hincapié en las prominencias óseas, utilizar dispositivos para aliviar la presión (colchones anti escaras, cojines, almohadas, taloneras), hacer uso de ácidos grados hiperoxigenados, hacer hincapié en el secado del paciente durante el aseo así como también en los continuos cambios de pañal en pacientes incontinentes.

El desbridamiento de una úlcera consiste en eliminar el tejido necrosado con un bisturí, tijeras u otro instrumento cortante.

La eliminación extensa de tejido puede requerir cirugía, este método es también utilizado en pacientes con infecciones activas en la úlcera.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas acerca de las úlceras por presión, qué son y como se forman.

La úlcera es una lesión producida en la piel cuando esta se somete a fuerzas de presión, ocasionando un daño en la integridad de la misma. Hemos visto las diferentes causas o factores de riesgo para contraerla y que supone una grave complicación sobre todo en el paciente anciano o geriátrico.

Hemos visto los tipos que hay según la capa o nivel de afectación de la piel, clasificándose en 4 tipos.

A continuación hemos visto las principales actuaciones y cuidados que debemos proporcionar al individuo como prevención y tratamiento.

6 Bibliografía

1. Úlceras de decúbito - Mayo Clínica <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bed-sores/diagnosis-treatment/drc-20355899>
2. Úlceras por presión - Medline Plus- disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/pressuresores.html>
3. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión - salud asepeyo- disponible en <https://salud.asepeyo.es/profesionales/enfermeria/prevencion-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion/>

Capítulo 27

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER COLORRECTAL

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

1 Introducción

El cáncer colorrectal es una enfermedad que aparece en el intestino grueso a partir de una lesión llamada pólipo. Algunos pólipos, los llamados adenomas, son lesiones premalignas que pueden transformarse en cáncer tras varios años de evolución y extenderse a otras partes del cuerpo. Estas lesiones premalignas pueden extirparse evitando así que evolucionen a cáncer y si ya existe un cáncer puede detectarse en un estadio precoz siendo más fácil su tratamiento y más probable su curación. Por eso es importante hacer un diagnóstico precoz.

Es el tumor más frecuente en los países desarrollados para el conjunto de la población y también cuando desagregamos por sexos ocupa los primeros puestos tanto en incidencia como en mortalidad. Es el segundo tumor más frecuente en mujeres después del cáncer de mama y el segundo en hombres después del cáncer de próstata.

Las personas con historial familiar de cáncer colorrectal y aquellas con enfermedades inflamatorias intestinales crónicas y/o pólipos adenomatosos tienen más riesgo de desarrollar cáncer colorrectal. Independientemente de estas situaciones el riesgo aumenta a partir de los 50 años tanto en hombres como en mujeres.

Con frecuencia el cáncer es silencioso, y cuando se manifiesta, puede presentar estos síntomas:

- Un cambio persistente en los hábitos de evacuación del intestino, especialmente la necesidad de ir al servicio con más frecuencia de lo habitual o una diarrea, ambos con una duración de varias semanas.
- Dolores abdominales severos.
- Un bulto en el abdomen.

Estos síntomas no quieren decir necesariamente que se tenga cáncer colorrectal, sino que es necesario descartarlo, por lo que se debe consultar al médico de atención primaria.

Los factores asociados a un mayor riesgo de cáncer colorrectal se relacionan con la edad, la herencia, la dieta y los estilos de vida, la mayoría modificables a través de estrategias de prevención primaria. Entre los factores de riesgo modificables, el efecto de determinadas características de la dieta es actualmente la hipótesis de causalidad más consistente. En concreto, el consumo de carne roja, carne procesada y carne cocinada muy hecha o en contacto directo con el fuego pueden incrementar el riesgo de cáncer colorrectal. En cambio, la leche y otros productos lácteos, el pescado y las frutas y vegetales, podrían tener un efecto protector, estas últimas a través de su contenido en fibra.

Otros factores de riesgo identificados son la obesidad, la inactividad física, el consumo de tabaco y la ingesta de alcohol. De manera complementaria, los estudios epidemiológicos muestran que la reducción del peso y la realización de ejercicio físico regular tienen un efecto beneficioso en la prevención de esta neoplasia. La intensidad, duración, frecuencia y mantenimiento en el tiempo del ejercicio físico pueden asociarse a una mayor reducción del riesgo.

2 Objetivos

Dar a conocer el programa de detección precoz del cáncer colorrectal en España.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de la literatura científica disponible sobre el tema a través de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo. A su vez se han revisado también las páginas web oficiales de varios servicios de salud autonómicos y del Ministerio de Sanidad entre otras. La bibliografía usada tenía el fin de encontrar contenido relacionado con planes de cribado del cáncer colorrectal y con la prevención del mismo en el territorio español.

4 Resultados

El objetivo del cribado del cáncer es reducir la incidencia y/o la mortalidad en la medida que detecta las lesiones precursoras o la enfermedad en una fase preclínica y mejora la efectividad del tratamiento con respecto a si se hubiera aplicado en la fase clínica de la enfermedad. Sin embargo, para que el cribado de un cáncer implique una mejora de la efectividad debe aplicarse en aquellas neoplasias cuya incidencia sea relativamente elevada, con una fase preclínica detectable, con un tratamiento efectivo en esta fase precoz de la enfermedad y con garantías de alta cobertura y participación de la población diana. Igualmente, se debe garantizar la calidad y accesibilidad a las pruebas diagnósticas adicionales y al tratamiento y rehabilitación, en el caso de precisarse alguna de estas intervenciones.

En España, el programa de cribado de cáncer colorrectal se incorporó a la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el año 2014 (Orden SSI/2065/2014) especificando que las comunidades y ciudades autónomas tendrían 5 años para iniciar su implantación y 5 más para alcanzar una cobertura próxima al 100% de la población. Así mismo, se concretaron las bases para ofrecer su realización en forma de programas organizados de carácter poblacional.

La implantación de este programa está basada en la evidencia de que se puede disminuir la mortalidad por cáncer colorrectal entre el 16-33%, además se puede prevenir al eliminar pólipos pre cancerosos.

Se basa en una prueba (muy sencilla) que detecta pequeñas cantidades de sangre en las heces, que aparentemente no son visibles. Los pólipos, los adenomas y el cáncer tienden a sangrar de forma intermitente. Este programa de salud que se dirige a hombres y mujeres entre 50 y 69 años. Esta prueba debe realizarse cada 2 años.

Además del programa de cribado, en el caso de las personas que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario se realiza la valoración del riesgo individual y su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

En cuanto al tratamiento: Si se detecta cáncer colorrectal en una fase inicial, la probabilidad de supervivencia es superior al 90%.

La colonoscopia es una técnica más sensible, pero también más invasiva y requieren una mayor dotación tecnológica y de profesionales especializados. La colonoscopia permite visualizar todo el colon, sobre todo cuando se efectúa bajo sedación. Esta técnica además permite reseca simultáneamente el pólipo adeno-

matoso, lesión precursora de la mayoría de los cánceres colorrectales. Aun así, la colonoscopia no es una técnica infalible y puede no visualizar el cáncer colorrectal: el 5,9% de los localizados en el colon derecho, el 5,5% en el colon transverso, el 2,1% en el colon descendente y el 2,3% en rectosigma. Los factores que predicen mayor riesgo de resultado falso negativo son la edad avanzada, la enfermedad diverticular y la localización en colon derecho y transverso.

En caso de que no haya podido ser extirpado durante una colonoscopia el tratamiento principal será la cirugía. En algunos casos también puede ser necesario actuar con tratamientos de quimioterapia o radioterapia.

5 Discusión-Conclusión

Una de las conclusiones que obtenemos es que los programas de cribado de cáncer colorrectal implican un coste y esfuerzo considerable, pero están ampliamente justificados por el alto rendimiento clínico de las colonoscopias realizadas y en el muy favorable ratio coste-efectividad de los programas en las que asientan.

La incidencia del cáncer colorrectal muestra en España una tendencia ascendente en las últimas décadas. Por tanto, constituye un importante problema de salud, aunque no es percibido con gran preocupación por la población. Se deberían implementar las campañas de concienciación sobre la enfermedad en la población y dar más visibilidad al programa de cribado. Generar mensajes que transmitan los beneficios (en tasa de curación) asociados a un diagnóstico precoz. Implicar al médico de Atención Primaria/médico de familia en la importancia de participar en los programas de cribado de cáncer, ya que son el primer punto de contacto con la asistencia sanitaria. También sería importante facilitar información sobre el cáncer colorrectal, ya que su desconocimiento frena su participación (al considerarlo no necesario).

Una de las limitaciones más importantes en el cribado de neoplasias colorrectales es el alto porcentaje de resultados falsos positivos (entre un 0,8% y un 15%) que obligan a la realización de una prueba más invasiva y cara, como es la colonoscopia. Dado el bajo valor predictivo de un resultado positivo en la identificación del cáncer colorrectal, por cada paciente con cáncer aproximadamente 25 personas sufrirán una colonoscopia innecesaria. Sería de gran importancia invertir en investigación para conseguir que los métodos de cribado fuesen más fiables, pudiendo disminuir el número de falsos positivos, y así el número de pruebas innecesarias. También sería oportuno formar a más profesionales en la realización de colonoscopias, ya que el personal disponible que está capacitado es deficiente. El tiempo que se tarda en realizar una colonoscopia en ocasiones es largo, lo que

hace que en el caso de diagnóstico de cáncer de colorrectal este se realice en estadios más avanzados de la enfermedad.

Consideramos que también sería necesario implantar una atención coordinada y multidisciplinaria en la población española con riesgo elevado de padecer un cáncer colorrectal. Eliminando las diferencias entre los diferentes servicios de salud de las comunidades autónomas del territorio español, generando un frente común de acción que de a todos los ciudadanos españoles las mismas garantías de detección y tratamiento del cáncer colorrectal.

6 Bibliografía

1. Comisión Europea, Dirección General de Salud y Consumidores, Agencia Ejecutiva de Sanidad y Consumidores, Organización Mundial de la Salud, European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis, Segnan, N.(editor), Karsa, L.(editor), Patnick, J.(editor), Publications Office, 2010, <https://data.europa.eu/doi/10.2772/1458>
2. Evaluación de los cánceres de intervalo como indicadores de sensibilidad y especificidad en varios programas de detección precoz del cáncer colorrectal de España. Proyecto FIS multicéntrico. Expediente PI15/02108. 2015-2018
3. Test inmunoquímico de sangre oculta en heces en pacientes con sintomatología compatible con cáncer colorrectal: indicaciones clínicas y adherencia a las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba). 2016.
4. Cribado de Cáncer Colorrectal en personas en población con alto riesgo familiar. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba). 2014- 2017.
5. Evaluación a nivel poblacional del beneficio en salud y coste del Programa de Detección de Cáncer de Colon y Recto en la CA. Gobierno Vasco 2014-16.

Capítulo 28

PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE CERVIX

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

1 Introducción

El cáncer de cuello de útero, o cáncer de cérvix, es el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres en el mundo. La mayoría de los cánceres son de células escamosas y prácticamente todos los casos se relacionan con una infección previa por el virus del papiloma humano (VPH). En la actualidad está ampliamente probado que existe una relación causal entre la persistencia de una infección por el virus del papiloma humano y la aparición del cáncer de cuello de útero y sus lesiones precursoras. La aparición de cáncer de cuello uterino viene precedida por lesiones pre cancerosas de larga duración que pueden ser identificadas mediante la citología y pueden ser tratadas, evitando su evolución a cáncer invasivo.

En las dos últimas décadas, múltiples estudios han aportado una sólida evidencia que confirma al virus del papiloma humano (VPH) como agente causal de la práctica totalidad de los casos de cáncer de cuello uterino y de sus lesiones precursoras.

El principal objetivo del cribado del cáncer de cuello uterino es la disminución de la mortalidad y la morbilidad causadas por dicha enfermedad. La estrategia de cribado óptima debe identificar aquellas lesiones cervicales precursoras que probablemente progresarán a cáncer invasor (máximo beneficio) y evitar la detección y el tratamiento innecesario de lesiones intraepiteliales no progresivas o lesiones benignas asociadas a infecciones transitorias del virus del papiloma humano. La

prevención de todos los cánceres de cuello de útero es, en la actualidad, utópica. No hay ninguna prueba que tenga una sensibilidad del 100%, por tanto, siempre puede existir un riesgo residual de cáncer tras una ronda de cribado. Las pruebas de cribado con resultado falsamente negativo o el cáncer de progresión rápida constituyen la principal causa del diagnóstico de un cáncer durante el intervalo entre pruebas de cribado.

El cribado del cáncer de cuello uterino se debe iniciar a la edad de 25 años. Los programas de cribado no deben comenzar antes de esta edad, independientemente de la edad de inicio de las relaciones sexuales u otros factores de riesgo. A las mujeres menores de 25 años que no se han administrado la vacuna frente al virus del papiloma humano se les debe aconsejar la vacunación.

El cribado debe finalizar a la edad de 65 años siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- Cribado previo adecuado y negativo durante los 10 años anteriores.
- Sin antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial o cáncer de cuello de útero tratado durante los 20 años previos

La ausencia de cribado no implica que se dejen de atender otras necesidades ginecológicas. En adolescentes, los esfuerzos deben ir dirigidos a promover la prevención primaria del cáncer de cuello de útero, inculcando medidas de salud destinadas a la planificación familiar y a la prevención de otras enfermedades de transmisión sexual. La mejor estrategia en la prevención en mujeres de menos de 25 años debe ser la vacunación frente al VPH. La alta eficacia de las dos vacunas actualmente disponibles, tanto en mujeres que se han expuesto previamente al VPH como en las que no, permite sustentar esta recomendación.

La citología ginecológica ha sido, desde su introducción a mediados del siglo XX, el instrumento principal en la prevención del cáncer de cuello uterino mediante el diagnóstico precoz de lesiones malignas y premalignas. Ha sido la responsable del descenso del cáncer de cuello de útero en los países con protocolo de cribado organizado en las últimas décadas. La citología cervical realizada con garantía de calidad detecta lesiones premalignas y carcinomas; sin embargo, su sensibilidad es variable.

2 Objetivos

Dar a conocer el programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero en España.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de diversas bases de datos bibliográficas como: Scielo, Nure Investigation, PubMed, Cuiden; además de revisar protocolos de los diferentes servicios de salud autonómicos y utilizar Google Books y académico. A su vez se ha revisado también la página web oficial del Ministerio de Sanidad entre otras. La bibliografía usada tenía el fin de encontrar contenido relacionado con planes de cribado del cáncer de cuello de útero y con la prevención de este en el territorio español.

4 Resultados

El cribado de cáncer de cérvix ha demostrado la obtención de una disminución de mortalidad en las mujeres. Este programa se ha realizado en España mediante citología y con carácter oportunista desde hace 50 años.

En 2019 este programa se modifica dentro de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de salud pública (Orden SCB/480/2019) pasando a ser un programa organizado de carácter poblacional y a incorporar la prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) como prueba primaria de cribado en una parte de la población diana.

Las comunidades y ciudades autónomas tienen 5 años para iniciar el cambio en el programa y 5 años más para alcanzar una cobertura próxima al 100% de la población. Este nuevo programa se realiza según los siguientes criterios:

- Población objetivo: mujeres con edades comprendidas entre 25 y 65 años.
- Prueba primaria de cribado e intervalo entre exploraciones: o 25-34 años: citología cada 3 años. o 35-65 años: Determinación VPH de alto riesgo (VPH-AR). o Si VPH-AR Negativo: repetir prueba VPH-AR a los 5 años.

Si VPH-AR positivo: triaje con citología. Si VPH-AR positivo y citología negativa: repetir VPH-AR al año.

Además del programa de cribado, en el caso de las mujeres que cumplen criterios de alto riesgo personal o riesgo de cáncer familiar o hereditario se realiza la valoración del riesgo individual y su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos.

Aunque globalmente un programa de cribado del cáncer de cuello uterino comporta un beneficio evidente para la población, se debe aceptar que, para un subgrupo de mujeres, dicho cribado puede resultar perjudicial. Los perjuicios potenciales del cribado son:

- Anticipación del diagnóstico sin beneficios en la curación.

- Detección de una lesión intraepitelial no progresiva que supone un sobrediagnóstico y puede derivar en tratamientos innecesarios.
- Resultado falsamente positivo de la prueba de cribado que genera ansiedad y una serie de estudios diagnósticos y tratamientos innecesarios con su morbilidad asociada (posible impacto reproductivo).
- Resultado falsamente negativo de la prueba de cribado en una mujer con cáncer o lesión precursora progresiva que ofrece una sensación falsa de seguridad y retrasa un posible diagnóstico y tratamiento.

En definitiva, cualquier estrategia de cribado puede causar tanto beneficios como perjuicios, por lo que es imprescindible, en cada escenario de cribado concreto, tener en cuenta el balance neto de beneficio/perjuicio que puede derivar de su aplicación.

Los protocolos aplicados por las comunidades autónomas son muy heterogéneos y esta tendencia es mayor desde la reciente introducción de la vacunación sistemática frente al VPH y la información generada por los ensayos clínicos respecto a los resultados de la utilización de las pruebas de detección de estos virus oncogénicos en el cribado cervical. Esta situación plantea la necesidad de consensuar las líneas básicas de intervención respecto al cribado de cáncer de cuello de útero teniendo en cuenta la nueva información disponible sobre la situación epidemiológica y los avances tecnológicos que se están produciendo. En este sentido, la Red de Programas de Cribado de Cáncer propone la recomendación de utilizar la detección de VPH-AR como prueba primaria de cribado en mujeres de 35 años.

Pese a que el programa de cribado de cuello uterino está bastante normalizado entre la población, debido a su larga trayectoria, aun hay personas reticentes a participar. Mejorar las campañas de concienciación y formar a los profesionales adecuadamente, para captar a esas personas que se escapan en los cribados sería un punto importante implementar la adhesión al cribado.

En cuanto a la inclusión de las pruebas del virus del papiloma humano, estas deben ir acompañadas de una amplia educación para la salud. De tal forma que se informe a las mujeres para desestigmatizar la infección con el virus y no crear alarma social. Debido a la relación causal entre el cáncer de cérvix y el virus del papiloma humano, desde 2008 la vacunación contra este virus se encuentra incluida en el calendario vacunal para las niñas de entre 9 y 14 años. En el caso de los varones, estos actúan como transmisores del virus, lo que hace esencial la vacunación tanto en varones como en mujeres, con el objetivo de erradicar el cáncer de cuello de útero. Para poder avanzar en la prevención debería incluirse

en el plan de vacunación a personas de ambos sexos. En la actualidad los hombres siguen fuera de las recomendaciones del sistema público de salud cuando también pueden contagiarse y contagiar. Si no vacunamos a hombres y mujeres, la incidencia del cáncer de cuello de útero y lesiones genitales relacionadas con el HPV se va a reducir, pero no en la medida que se produciría si la medida incluye también a los varones.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, se han desarrollado numerosos métodos de detección del VPH para su aplicación en la práctica clínica, tanto en el cribado como en el estudio de pacientes con alteraciones citológicas.

Idealmente, una prueba de VPH destinada al cribado poblacional de cáncer de cuello de útero debe tener una elevada capacidad de predecir la enfermedad y a la vez aportar una alta seguridad para los casos negativos, puesto que estos son remitidos al cribado rutinario. Dado el gran número de pruebas de VPH que existen actualmente en el mercado, es importante establecer los criterios exigibles para aceptar que una determinada prueba es útil en el cribado poblacional.

Existen diferencias en cuanto al uso del cribado de cáncer de cérvix en función de la comunidad autónoma, se debería implementar un programa común para toda la población femenina española, con el fin de evitar desigualdades en la atención y garantizar el principio de equidad. Una estrategia centralizada permitiría también aunar recursos y mejorar la efectividad en la realización y lectura de pruebas de VPH y citología.

6 Bibliografía

1. Globocan 2018. Global Cancer observatory. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.
2. Castellsague X, Remy V, Puig-Tintore LM, de la Cuesta RS, González-Rojas N, Cohet C. Epidemiology and costs of screening and management of precancerous lesions of the cervix in Spain. *J Low Genit Tract Dis.* 2009;13:38-45.
3. Cortés J, Xercavins J, Garrido R, Miranda P, Ramón y Cajal JM, Velasco J, et al. Conocimientos y adherencia a las nuevas recomendaciones de la SEGO para la prevención del cáncer de cuello de útero por parte de los ginecólogos españoles en la práctica diaria. *Prog Obstet Ginecol.* 2012;55:153-64.
4. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Detección precoz del cáncer de cuello de útero. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.

2009; p. 114-5.

5. Instituto Nacional de Estadística, 2013a. Cifras de población a 1 de enero de 2013. Resultados nacionales. Población residente por fecha, sexo y edad. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/p321/serie/l0/&file=01001.px&type=pcaxis&L=0>

6. Guía de cribado del cáncer de cuello de útero en España, 2014. Documento de consenso de las sociedades científicas AEPCC, SEGO, SEAP-IAP y SEC. Editado por AEPCC.

7. Infección por el Virus del Papiloma Humano. Lesiones premalignas y cáncer. AEPCC, 2016.

Capítulo 29

MANEJO DEL LITIO

MARIA ANGELES DURAN LOS ARCOS

1 Introducción

En la actualidad es el Litio el tratamiento farmacológico más utilizado en el tratamiento del Trastorno Bipolar. Pertenecce al grupo de fármacos antimaniacos o estabilizadores del humor. Previene o disminuye la conducta maniaca, la conducta agresiva, la inestabilidad emocional, y el descontrol de impulsos. También se usa para el tratamiento en la depresión mayor, trastorno esquizoaffectivo y la esquizofrenia.

Se puede considerar como uno de los elementos químicos que más beneficios ha aportado al tratamiento de las enfermedades mentales. Es el fármaco de primera elección en el trastorno bipolar.

En 1817, Arfwedson, descubrió la existencia del Litio. Lo extrajo de la Petalita y se trata de un metal alcalino. En el siglo XIX se empleó para tratar a pacientes con ácido úrico elevado, pero pronto se deshecho por su elevada toxicidad. En el siglo XX, en el año 1949, el psiquiatra Frederick Joseph Cade empieza a utilizarlo para tratar la manía.

Existe multitud de estudios que demuestran la toxicidad del litio si se administra sin control ni supervisión. Son muchos sus efectos secundarios y contraindicaciones que se deben tener en cuenta a la hora de su prescripción y monitorización. En la práctica diaria nos encontramos con pacientes que toman litio o van a iniciar tratamiento. La enfermera es pilar fundamental para realizar el seguimiento de estos pacientes.

2 Objetivos

- El objetivo de este trabajo es facilitar la información más relevante en el tratamiento y manejo de los pacientes que toman Carbonato de litio.
- Se pretende facilitar la consulta rápida y los aspectos importantes a valorar en este tipo de terapia farmacológica.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica consistente en un análisis de contenido de la literatura (artículos científicos, monografías, libros, etc.). También se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Farmacocinética (varía mucho entre cada individuo, pero es estable en cada uno).

- Absorción gastrointestinal completa, mejora con alimentos.
- Biodisponibilidad del 95-100%.
- Alcanza niveles terapéuticos a los 4-5 días de toma continuada.
- No se une a proteínas con semivida de 20-24 horas.
- Volumen de distribución reducido.
- Margen terapéutico estrecho.
- Atraviesa todas las membranas biológicas, incluidas BHE y placenta (alcanza litemias fetales idénticas a las maternas).
- Carece de metabolismo con eliminación casi totalmente renal.

2. Indicaciones terapéuticas:

Trastorno Bipolar tipo I y II: Tratamiento de primera elección:

Manía Aguda (1-1,5 mEq/l) Sumamente eficaz, largo periodo de latencia (7-21 días).

Depresión Bipolar (hasta 1,2 mEq/l) Muy eficaz y largo periodo de latencia (6-8 semanas).

Profilaxis (0,8-1 mEq/l y en ancianos: 0,4-0,6 mEq/l). Mantener tratamiento al menos durante los 6 meses posteriores a la remisión del episodio agudo (en niños al menos durante 18 meses).

La profilaxis a largo plazo (al menos 5 años) está indicada en:

- Primer episodio grave o temprano (menor de 21 años de edad).
- Paciente con antecedentes familiares de TB.
- Paciente con alto riesgo de suicidio.
- Segundo episodio, independiente de la edad.

La retirada del litio debe ser lenta (en 2-3 semanas) para evitar recaídas con la suspensión brusca.

Considerar que la suspensión del litio se asocia con resistencia a éste en su reinstauración en pacientes que previamente habían respondido.

3. Posología y forma de administración:

El tratamiento se inicia a dosis bajas (400 mg/día) y en 2 o 3 tomas al día.

La litemia se determina al 5º día del inicio del tratamiento y se va ajustando la dosis con aumentos progresivos de 200-400 mg cada 3-4 días, midiendo de nuevo la litemia al 4º-5º día de cada cambio de dosis (momento en el que se alcanzan niveles terapéuticos). Es importante tener en cuenta que el valor de la litemia se corresponde linealmente con la dosis de litio.

Es necesario revisar los niveles séricos después de cada incremento de dosis y antes del siguiente.

Litemias terapéuticas:

- Antimaniaca (1,0-1,5 mEq/l).
- Antidepresiva (1,0-1,2 mEq/l).
- Profiláctica (0,8-1,0 mEq/l).

Interferencia del Litio sobre valores plasmáticos:

Aumento de leucocitos, glucosa, magnesio, hormona paratiroidea, calcio.

Disminución de potasio, ácido úrico, tiroxina, cortisol, fósforo.

4. Embarazo y lactancia:

Fármaco de grupo D (evidencias positivas de riesgo para el feto humano), provoca malformaciones importantes en el 11% de los casos, Enfermedad de Ebstein en el 1-2% tras exposición al Litio durante el primer trimestre, así como hipotiroidismo neonatal, diabetes insípida fetal o toxicidad neonatal (reversible en 1-2 semanas tras nacimiento).

Se puede retirar el tratamiento con Litio entre la tercera y la novena semana de gestación (génesis del corazón embrionario) y reinstaurarlo posteriormente. La semana previa al parto debe reducirse la litemia a la mitad (al disminuir la volemia tras el parto lo que aumentaría la concentración plasmática de Litio) y tras el parto, rehidratar y controlar niveles plasmáticos.

Se desaconseja la lactancia materna, pues el Litio se elimina en leche materna en una concentración del 40-50% con respecto a la plasmática.

5. Interacciones farmacológicas:

(vigilar en tratamientos combinados)

- Fármacos que aumentan la litemia: AINEs (excepto AAS y Sulindaco); Alprazolam y Clonazepam; Antibióticos (Estreptomicina, Metronidazol, Tetraciclinas); ISRS (riesgo de Síndrome Serotoninérgico); Carbamacepina y Valproato (riesgo de neurotoxicidad); b-bloqueantes; IECA (riesgo de neurotoxicidad); Antipsicóticos (riesgo de neurotoxicidad y Síndrome Neuroléptico Maligno); Aciclovir; Diuréticos (Clortalidona, Espironolactona, Furosemida, Tiacidas, Triamtereno).
- Fármacos que disminuyen la litemia: Diuréticos (Acetazolamida, Manitol, Urea); Bicarbonato Sódico y Cloruro Sódico; Laxantes; Aminofilina.

En casos de TEC: valorar la suspensión del tratamiento con Litio 48 horas antes para disminuir el riesgo de delirium.

6. Intoxicación por litio:

- Es importante instruir al paciente sobre el uso del fármaco y el riesgo de toxicidad (dieta hiposódica, disminución del líquido corporal).
- El Litio es nefro y neurotóxico, y el daño puede ser permanente.
- La intoxicación es una urgencia médica y puede ser mortal. Los efectos comienzan al cabo de 1-4 horas tras la ingesta y suele existir poca correlación entre la clínica y los niveles plasmáticos, pudiendo aparecer en la fase más precoz litemias muy elevadas aun sin clínica alarmante. Posteriormente, la litemia va disminuyendo pero la toxicidad se va agravando.
- Los síntomas de intoxicación aparecen con litemias superiores a 1,5 mEq/l. Una litemia mayor de 4 mEq/l puede ser mortal.

1. Intoxicación Leve (Litemia 1,5-2 mEq/l): náuseas, vómitos, sabor metálico, dolor abdominal, ataxia, debilidad, disartria, astenia y disforia, inquietud psicomotriz, letargia, nistagmo vertical, temblor de actitud intenso y Poliuria.

2. Intoxicación Moderada (Litemia 2-2,5 mEq/l): Cambios en el EEG (descenso alfa, aumento theta, delta amplias), Delirium, Fasciculaciones musculares, Hiperreflexia tendinosa profunda, Movimientos clónicos y coreoatetoides y vómitos persistentes.

3. Intoxicación Grave (Litemia > 2,5 mEq/l).

Convulsión generalizada, Oliguria, Insuficiencia Renal Aguda, Coma y Muerte.

Debe suspenderse el tratamiento e incrementar la ingesta de agua de forma in-

mediata. Posteriormente debe ser valorado de forma urgente en un servicio de urgencias.

7. Controles para la instauración y mantenimiento del tratamiento con litio:

- Previos a la instauración del tratamiento:

Analítica sanguínea: hemograma y bioquímica completa, VSG, electrolitos séricos, BUN (nitrógeno ureico) y creatinina, niveles basales de TSH.

Analítica de orina: osmolalidad y densidad específica, prueba de embarazo (en mujeres fértiles).

ECG: en mayores de 40 años.

Contraindicación absoluta en: Insuficiencia Renal Aguda o Insuficiencia Renal Crónica grave.

Contraindicación relativa en: Leucemia, Miastenia Gravis, Embarazo.

Precaución en: mujeres fértiles (se recomienda anticoncepción); niños (puede disminuir la formación o densidad ósea, efectos secundarios más frecuentes y graves en niños autistas, puede agravar clínica de TDAH); cardiopatas; deshidratación o dieta hiposódica (riesgo de intoxicación); epilepsia, enfermedad de Parkinson o síndrome de Addison; ancianos (necesario aumento lento de dosis); deterioro cognitivo (mayor riesgo de delirio) y diabéticos (mala tolerancia del Litio).

- Durante el tratamiento:

Litemia plasmática: una vez ajustada la dosis debe medirse cada mes durante los 6 primeros meses y posteriormente cada 6 meses, (o más frecuentemente si la clínica lo aconseja). La litemia debe recogerse 12 horas +/- 30 minutos tras la última toma.

Función renal: debe evaluarse cada 2-3 meses los primeros 6 meses y posteriormente de forma anual, para valorar posibles efectos adversos renales.

Concentración de TSH: 1-2 veces durante los 6 primeros meses y posteriormente de forma anual.

ECG: al inicio del tratamiento. Posteriormente valoración anual.

Parámetros hematológicos, bioquímicos, urinarios e ionograma: de forma anual.

Valorar otros efectos secundarios cada 3 meses.

Interferencia del Litio sobre valores plasmáticos:

Aumento de leucocitos, glucosa, magnesio, hormona paratiroidea, calcio.
Disminución de potasio, ácido úrico, tiroxina, cortisol, fósforo.

5 Discusión-Conclusión

Todos los psicofármacos, además de los efectos terapéuticos, pueden producir efectos indeseados o adversos, que enfermería debe saber reconocer y manejar. Nos deberemos asegurar de que a los pacientes antes de iniciar el tratamiento con litio se les ha realizado una exploración física (Analítica, ECG), y una recogida de historial médico. Además, para evitar su toxicidad se realizarán de manera sistemática analíticas que determinaran los niveles de litio en sangre, así como concentraciones de electrolitos, pruebas de función tiroidea, renal y hepática. Deberemos estar siempre atentos a la aparición de efectos secundarios, instruyendo al paciente en pautas a seguir mientras tome este fármaco.

6 Bibliografía

1. Stahl, S.M. Psicofarmacología esencial. Neurociencias. 4º Ed. 2015.
2. Bajorek, T., Stockmann, T. Manual práctico de psiquiatría. Jaypee-Highlights 2016.
3. Wikinski, S., Jufe, G. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional. Panamericana 2ª ed. 2013.
4. Chinchilla, A. Tratamientos psiquiátricos. Psiquiatría en el S.XXI. Ediver-américa 2013.
5. Efectos secundarios de los psicofármacos neurolépticos y estabilizadores del ánimo. Capítulo 9. Gobierno de canarias. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/2e4cef1c-f89a-11df-8010-c5c56db520fc/9_Efectos%20secundarios%20de%20los%20f%C3%A1rmacos%20neurol%C3%A9pticos%20y%20estabilizadores%20del%20ánimo
6. Stein, D. J./ Lerer, B. / Stahl, S. M. Psicofarmacología esencial basada en la evidencia (Segunda edición). Madrid: Editorial Aula Médica. 2013.
7. Lozano, M. y Ramos Brieva, J. Utilización de los psicofármacos en psiquiatría de enlace. Madrid: Masson 2002.
8. Pies, R.W. Manual de Psicofarmacología Básica. Masson. 2014.

Capítulo 30

INTERVENCIÓN QUIRURGICA PACIENTE ALÉRGICO AL LÁTEX, PREPARACION QUIRÚRGICA

CLARA GARCIA PERUYERO

LORENA PICAZO DEL CANTO

1 Introducción

El látex o caucho natural es un producto vegetal procesado que se obtiene a partir de la savia lechosa del árbol tropical *Hevea brasiliensis*. El método de obtención es practicar un corte en la corteza y recolectar la savia empleando compuestos de amonio y otros conservantes con el fin de evitar su degradación al contactar con el oxígeno del aire y para aumentar la capacidad de curtirlo. Está compuesto por carbohidratos, lípidos, minerales, agua y 1-1,8% de proteínas.

El aumento de la prevalencia en la sensibilización al látex desde los años 80 ha sido constante, hasta situarse en la segunda causa más frecuente de anafilaxia en el entorno del área quirúrgica-anestésica.

Existen varias explicaciones del aumento de la sensibilización al látex:

- Un mejor conocimiento y diagnóstico de esta entidad clínica.
- La utilización masiva de productos de látex para la profilaxis de las enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis).
- El descenso en la calidad final de los productos sanitarios de látex para bajar el precio y aumentar la rapidez de su producción.

La medida más segura que existe para un individuo alérgico al látex, es evitar su exposición, sobre todo, con respecto a mucosas y vía parenteral, encontrándonos

con la paradoja de que el medio hospitalario es el lugar más peligroso para el paciente, y trabajar en él es uno de los factores de riesgo más importantes para la sensibilización al látex, ya que, como en cualquier tipo de alergia, la frecuencia de sensibilización de los pacientes está relacionada con la frecuencia en la impronta de la exposición al alérgeno implicado.

2 Objetivos

Disminuir el número de reacciones alérgicas graves y mortales al látex, especialmente en los casos ya diagnosticados, mejorando la atención de los pacientes alérgicos al látex en el medio sanitario y reducir los casos nuevos de alergia al látex entre usuarios y profesionales del medio sanitario.

3 Metodología

Para el presente trabajo se realizó una búsqueda relacionada con el tema en documentos impresos y electrónicos, así como en las siguientes bases de datos: Registro Cochrane Central, Lilacs, PubMed/Medline, Scielo regional, Google, Anestesiari, Slideshare y Google, cuya fecha estuviera comprendida entre 2016 y 2021. La selección de los artículos estuvo sujeta a criterios de inclusión y exclusión. Se incluyeron aquellos artículos que trataban la alergia al látex en el área quirúrgica. Las palabras clave o descriptores empleados fueron: látex, alergia al látex y periodo perioperatorio.

4 Resultados

El látex o caucho natural es un producto procesado, lechado y fluido que habitualmente se extrae del árbol tropical *Hevea brasiliensis*. Debido a sus propiedades elásticas y su ubicuidad es la base de la fabricación de muchos productos de uso cotidiano y médico.

El ambiente hospitalario es uno de los ambientes más peligrosos para los pacientes alérgicos al látex no solo por la cantidad de materiales, aparatos etc. que lo contienen y que podemos aplicar directamente sobre el paciente, sino también porque los aditivos químicos son volátiles y quedan en suspensión en el aire formando el látex aerosolizado, que es inhalado por pacientes y trabajadores.

El aumento de la prevalencia en la sensibilización al látex desde los años 80 ha sido constante, hasta situarse en la segunda causa más frecuente de anafilaxia en

el entorno del área quirúrgica-anestésica. Debido a la incidencia cada vez mayor de este tipo de pacientes, es indispensable que cada servicio quirúrgico cuente con un protocolo de atención de enfermería.

Evitar la exposición al látex al paciente alérgico proporcionándole un ambiente libre de látex forma parte de los protocolos de actuación recomendados por las Asociaciones Médicas y de Enfermería.

En la última década, se han descrito cuadros de anafilaxia, urticaria y angioedema desencadenados por el contacto con productos de goma natural (globos, preservativos, guantes) y más recientemente se ha demostrado la existencia de rinitis, conjuntivitis y asma bronquial por exposición a partículas de látex en el ambiente.

Esta patología sin diagnosticar causa graves incidentes durante el acto quirúrgico.

Aunque sea muy complicado evitar totalmente el látex en quirófano, se debe procurar un entorno libre de látex en la medida de lo posible. Es necesaria para ello una coordinación entre las diferentes áreas del hospital por las que pasa el paciente.

Normas generales:

- El cirujano cursará la solicitud quirúrgica indicando la alergia al látex del paciente, el cual será valorado en la consulta de preanestesia.
- El personal administrativo será conocedor del protocolo. La tarde anterior al día de la intervención no se programará actividad quirúrgica. El paciente alérgico al látex será el primer paciente en el parte quirúrgico. El quirófano, Hospital de Día, URPA y la Unidad de Hospitalización tendrán conocimiento con antelación de la existencia del paciente alérgico al látex.
- Si la intervención programada no fuera habitual, las enfermeras se pondrán en contacto con el cirujano y el anestesista correspondientes con el fin de asegurarse que no fuera necesario algún material, medicamento, etc. que no estuviera registrado en los listados.

Preoperatorio:

Durante el preoperatorio en la consulta de anestesia se debe de preguntar por cualquier tipo de alergias e identificar a todos los grupos de riesgo.

Todo el personal de quirófano implicado, el día anterior a través del supervisor debe de ser notificado de que se realizará una intervención con un alérgico al látex al día siguiente para así preparar el quirófano:

- Se retirará todo el material que contenga látex.
- Los aparatos que puedan contener látex de los cuales no exista certificación y vayan a tener contacto directo con el paciente o el equipo quirúrgico se aislarán

con calzas, gorros, fundas de cámara o cobertura libres de látex.

- Se procederá a envolver todo aquello que contenga látex:

1. Mesa quirúrgica o soportes de la mesa con sábanas y vendas de algodón.
2. Cables eléctricos con vendas de gasa o de algodón.
3. Utilizar solo las metálicas.
4. No usar las tarimas con superficie de goma.
5. Cubrir con sábanas los pedales de los motores con superficie de goma.
6. Los manguitos de isquemia de trauma son libres de látex.

- Las ruedas no precisan ser aisladas.

- Se limpiarán minuciosamente paredes, suelo, superficies, lámparas, aparatos, etc. por personal de limpieza instruido, el cual utilizará guantes y equipo de limpieza libre de látex.

- Una vez preparado el quirófano para el paciente alérgico se colocará un cartel disuasorio en la puerta del quirófano, prohibiendo el paso hasta el final de la intervención quirúrgica. Se evitará la circulación de personas.

Intraoperatorio.

- Se programará la cirugía a primera hora de la mañana.

- Durante el intraoperatorio solo estará el personal necesario y se evitarán las entradas y salidas del personal en la medida de lo posible.

- Se colocarán calzas protegiendo zuecos o zapatos antes de acceder al quirófano.

- Todo el personal debe conocer las guías de actuación y recomendaciones para estos pacientes.

- Se recomienda usar ampollas y no viales, si se usaran quitar el tapón de goma y no pincharlo nunca.

- El personal debe estar preparado para un posible caso de anafilaxia intraoperatoria.

- Colocar pegatinas en las puertas indicando que deben tomarse precauciones por alergia al látex.

5 Discusión-Conclusión

La alergia al látex continúa siendo un tema cada vez más relevante a nivel mundial y nacional, con prevalencia en creciente aumento. Actualmente, es la segunda causa de reacciones anafilácticas relacionadas con procedimientos quirúrgicos. Existen varios factores de riesgo de presentar una alergia al látex, destacando niños con espina bífida y mielomeningocele, y trabajadores del área de la salud con exposición al alérgeno. Una alta sospecha diagnóstica y un diagnóstico precoz son esenciales para prevenir un mayor número de reacciones alérgicas y

no alérgicas al látex. El uso de guantes libres de látex ha demostrado disminuir la incidencia de pacientes alérgicos y la severidad de reacciones adversas en pacientes ya sensibilizados. Todos los centros hospitalarios deben contar con guías clínicas específicas para el manejo de eventuales complicaciones alérgicas en estos pacientes.

Actualmente, no existe tratamiento curativo para la alergia al látex y la medida más segura para prevenir complicaciones es minimizar al máximo la exposición al alérgeno, además de contar con personal y pabellones quirúrgicos debidamente preparados. En caso de producirse una reacción anafiláctica por exposición al látex, el tratamiento debe ser inmediato y activo, teniendo la precaución de realizar exámenes sanguíneos precoces, buscando marcadores de anafilaxia. A futuro, se requieren más estudios con el objetivo de desarrollar nuevos test diagnósticos de alta sensibilidad y especificidad, que permitan identificar a pacientes sensibilizados, los cuales podrían beneficiarse de medidas precoces de prevención.

6 Bibliografía

1. Diest Pina L. Alergia al látex en quirófano. Revista Portales Médicos. [Internet]. Noviembre, 2020. 15(21). Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/alergia-al-latex-en-quiroyfano/>
2. Magdalena Díaz M^a. L. Circuito perioperatorio para pacientes alérgicos al látex: bloque quirúrgico, hospital de día, URPA, unidad de hospitalización. Servicio de Salud del Principado de Asturias. [Internet]. Agosto, 2016. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Alergia%20al%20latex.pdf
3. Pacientes alérgicos al látex en quirófano. [Internet]. Disponible en: <https://www.quirofano.net/el-quirofano/alergia-latex.php>
4. Protocolo de alergia al látex. [Internet]. Octubre, 2019. Disponible en: <https://ararosario.com.ar/wp-content/uploads/2019/10/alergia-al-latex.pdf>

Capítulo 31

UTILIZACIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA

SILVIA OVIAÑO MARTÍNEZ

PAULA QUINTANA GARCIA

CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ

1 Introducción

La vía subcutánea es una vía parenteral a través de la cual se administran fluidos (fármacos e hidratación) en el tejido celular subcutáneo o hipodermis.

El tejido celular subcutáneo está compuesto principalmente por adipocitos que actúan como almacén energético y de mantenimiento de la temperatura corporal. Es un tejido flexible, protege al organismo frente a traumatismos, dispone de muy pocos receptores del dolor y favorece el paso de los fármacos al torrente sanguíneo. Es un tejido de fácil acceso, al contrario de lo que ocurre en el caso de otras vías parenterales.

La vía subcutánea se presenta como una alternativa a la vía oral cuando ésta no es posible. En el manejo de los pacientes paliativos está extendido el uso de esta vía, pero en otro tipo de pacientes su uso aún no está muy extendido.

Existen distintas situaciones en Atención Primaria donde los pacientes se pueden llegar a beneficiar en numerosas ocasiones del uso de esta forma de administración de fármacos.

Por lo tanto, que la vía subcutánea queda relegada para su uso en pacientes paliativos es limitar una herramienta que puede llegar a ser de gran utilidad para la práctica diaria en los centros de salud de atención primaria.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar las indicaciones y contraindicaciones de la vía subcutánea.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer las ventajas y los inconvenientes del uso de la vía subcutánea.
- Exponer la técnica y los tipos de administración de la vía subcutánea.
- Explicar el uso adecuado, seguro y efectivo de la vía subcutánea.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica con búsqueda en las principales bases de datos de ciencias de la salud como Cuiden, Pubmed. En estas bases de datos se han utilizado las siguientes palabras clave "vía subcutánea", "Atención Primaria", "Infusión subcutánea continua".

4 Resultados

Indicaciones de cuando utilizar la vía subcutánea:

- Pacientes con dificultad para ingerir fármacos bien sea por alteraciones del sistema digestivo, náuseas, vómitos, diarrea, disgafia.
- Incapacidad para la deglución.
- Disminución de nivel de conciencia.
- Confusión y/o agitación (por ejemplo, en pacientes con demencia).
- Necesidad de una absorción del fármaco lenta y constante.
- Convulsiones.
- Situación de agonía.
- Pacientes no hospitalizados.

Las contraindicaciones para el uso de la vía subcutánea mas importantes son:

- Shock periférico.
- Anasarca.
- Coagulopatías.

- Infecciones repetidas en el punto de inserción de la aguja.

Dentro de las ventajas podemos encontrar:

- Permite mayor autonomía para el paciente.
- Fácil de utilizar, accesible y poco dolorosa.
- Se puede utilizar en el domicilio, por lo que disminuye los ingresos hospitalarios.
- Menor riesgo de infecciones que la vía intramuscular e intravenosa.
- Resulta económica y necesita poco material para su utilización.

Inconvenientes:

- Fármacos limitados y dosis pequeñas.
- Su uso puede provocar irritación local, siendo la complicación más frecuente.
- Infección local.
- Edema.
- Hematoma y/o hemorragia.
- Induración.
- Desconexión accidental.

Colocación y manejo de la vía subcutánea:

Material necesario: palomilla metálica, solución antiséptica (clorhexidina al 2%, guantes no estériles, gasas estériles, contenedor para material punzante, tira adhesiva y apósito transparente, medicación prescrita.

Técnica de colocación: lavado de manos y colocación de guantes, purgar la palomilla con suero fisiológico o directamente con la medicación que vamos a administrar. A continuación, desinfectamos con clorhexidina al 2% la zona de punción, (zona de piel limpia, sin heridas y sin vello). Pellizcar un trozo de piel para identificar el tejido celular subcutáneo, colocar la palomilla en ángulo de 45° sobre la piel, fijar con apósito transparente.

Tipos de administración de la vía subcutánea.

Hay dos técnicas de administración de fármacos por vía subcutánea:

- La infusión subcutánea intermitente, en la que se administran bolos de distintos medicamentos de forma puntual o pautada.
- La infusión subcutánea continua, mediante la que se logra la administración constante y mantenida de una determinada concentración de uno o varios fármacos.

Es necesaria la revisión periódica de las zonas de inserción de la palomilla para mantener su uso de manera segura y efectiva.

Detectar posibles problemas locales como: eritema, induración, edema, infección o celulitis, hematoma.

Se debe vigilar la presencia de complicaciones por: exceso de volumen de líquido, inserción muy profunda de la palomilla.

Así como vigilar también: salida de la palomilla, posibles reacciones alérgicas,

En cuanto al sitio de punción: vigilancia diaria y cambio del catéter cuando sea necesario.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años se ha producido un aumento de la esperanza de vida, lo que implica la necesidad de búsquedas alternativas en los enfoques terapéuticos y sanitarios que permitan mejorar la calidad de vida de forma eficaz y segura.

La vía subcutánea supone un avance importante en los cuidados de la población y una alternativa menos intervencionista pero igualmente efectiva.

Su sencillez, su baja tasa de complicaciones, la posibilidad de adiestrar a pacientes y/o familiares en su manejo, y su efectividad y seguridad la convierten en un instrumento propicio para su uso en el primer nivel asistencial.

Así pues, la vía subcutánea es una alternativa a tener en cuenta y debe representar un recurso más en Atención primaria.

6 Bibliografía

1. Pascual López L, Portaceli Armiñada A, Ros Sáez A. Utilización de la vía subcutánea para el control de síntomas en un centro de salud. Aten Primaria.
2. Guía Salud. Administración de fármacos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Guía de Práctica Clínica Sobre Cuidados Paliativos. En: Guías de Práctica Clínica en el SNS.
3. Botella Dorta C. Administración parenteral de medicamentos: la vía subcutánea. En: Técnicas en Atención Primaria.

Capítulo 32

CONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA

PAULA QUINTANA GARCIA

CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ

SILVIA OVIAÑO MARTÍNEZ

1 Introducción

Los anticoagulantes orales (ACO) son fármacos utilizados en la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica. Su mecanismo de acción impide que la vitamina K realice su función de cofactor necesario para la activación de algunos factores de la coagulación (II, VII, IX y X), por lo que estos factores disminuyen su función en la coagulación sanguínea.

Esta disminución de la funcionalidad en los factores de coagulación se realiza de forma progresiva, por lo que el efecto completo no se objetiva hasta los 5-7 días (vida media de los factores de coagulación afectados).

Lo que se pretende con el tratamiento anticoagulante oral (TAO) es dificultar de manera controlada el proceso normal de coagulación, lo que exige el mantenimiento de unos niveles: ni muy elevados por riesgo de hemorragia; ni muy bajos, porque no sería efectivo el tratamiento como prevención.

En España existen aproximadamente 1 millón de paciente que tienen prescrito TAO de forma crónica. Representan un 1,5% de la población global y el crecimiento anual se sitúa en torno al 15%.

Los ACO constituyen actualmente uno de los fármacos antitrombóticos de mayor interés, junto con los antiagregantes plaquetarios y las heparinas de bajo peso molecular (HPBM), debido a envejecimiento de la población cronificando el tratamiento.

2 Objetivos

Dar a conocer los procedimientos que desde la consulta de enfermería de atención primaria se deben seguir para el control de los anticoagulantes orales.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos más relevantes, tales como: Scielo, Pubmed y Google académico. Los MESH utilizados son anticoagulantes orales, tratamiento anticoagulante oral, enfermería, atención primaria. Como material se ha hecho uso de soporte informático y distintos libros y revistas así como de protocolos de enfermería.

4 Resultados

Actualmente, una vez que el paciente ha comenzado el tratamiento y ha sido controlado por el hematólogo en su hospital de referencia, se deriva a atención primaria para continuar sus controles de manera periódica.

La atención integral de enfermería al paciente en tratamiento anticoagulante oral es enfermería de práctica avanzada y proporciona una mayor accesibilidad, adherencia al tratamiento y aceptación de este.

Los objetivos de la atención de enfermería son:

- Realizar el control analítico.
- Realizar el control clínico.
- Monitorizar el seguimiento terapéutico.
- Lograr un alto grado de comprensión del régimen terapéutico.
- Promocionar la autonomía del paciente a través del autocontrol y los autocuidados.

Atención al paciente anticoagulado:

1. Valoración de enfermería.
2. Control del INR.
3. Recepción y entrega de la hoja de control y dosificación.

4. Educación sanitaria.

Valoración de enfermería:

Debe contemplar la valoración fisiológica, funcional, psicosocial y la valoración ambiental.

Mediante entrevista, la enfermera debe recoger información útil sobre:

- Nuevos fármacos o modificaciones en el tratamiento habitual.
- Cambios en el estado de su enfermedad base o de su estilo de vida.
- Olvidos o duplicidad en las dosis del ACO.
- Cambios en la dieta habitual y consumo excesivo de alcohol.
- Procedimientos programados que impliquen la suspensión del TAO, así como su reintroducción tras estos procesos.

Control de INR:

El control de INR en atención primaria lo realiza enfermería y puede realizarse de dos maneras mediante punción capilar o venosa.

Para la técnica de punción capilar se dispondrá de un coagulómetro portátil, realizando esta preferentemente en el 3º o. 4º dedo, desechando la primera gota para evitar artefactos y dejando que la sangre fluya.

En el caso de realizar una punción venosa se deberá extraer en un tubo con citrato e invertir suavemente el tubo 3 veces para evitar que la muestra se coagule.

Como norma general, las desviaciones pequeñas no suelen conllevar cambio de dosis, pero sí el adelanto del siguiente control. Si persistiesen se ajustaría la dosis y se volvería a adelantar el siguiente control hasta conseguir la estabilización. Desviaciones mayores podrían requerir, el adelanto del siguiente control y del ajuste de la dosis, la suspensión del tratamiento e incluso la administración de vitamina K oral según pauta del servicio de hematología.

En una persona normal el INR es igual a 1. En una persona que toma un anticoagulante, el tiempo que tarda en coagularse la sangre se alarga y el INR es mayor de 1. Por ejemplo, si el INR es de 3, significa que el tiempo que la sangre tarda en coagularse es tres veces más largo de lo normal.

Si el INR está por debajo de 2, aumenta el riesgo de trombosis o embolia. Si el INR está por encima de 4, aumenta el riesgo de hemorragias. Los valores de INR entre 2 y 4 son los que tienen un menor riesgo de complicaciones. El rango del INR puede variar de una persona a otra dependiendo de la enfermedad por la cual toma un anticoagulante.

·Recepción y entrega de la hoja de control y dosificación:

La dosis es personal e individualizada y se presenta en forma de pauta diaria a

través de la hoja de dosificación.

Una vez validado el resultado del INR por hematología y pautada la dosis total semanal (DTS) y la dosificación del ACO, el profesional debe revisar la hoja de control y dosificación:

- Comprobando que la DTS se corresponde y es congruente con el INR del paciente.
- Comprobar si hay observaciones por parte de hematología, especialmente si hay variaciones/desviaciones en el rango.

Educación sanitaria:

El objetivo principal de enfermería se centra en ofrecer la educación sanitaria necesaria para conseguir que el paciente conozca su enfermedad y realice las acciones precisas para el cumplimiento terapéutico.

Esta educación sanitaria será permanente.

5 Discusión-Conclusión

Es necesario que el cuidado del paciente anticoagulado sea de forma cercana y de carácter multidisciplinar; de forma que los controles periódicos desde atención primaria, supone una mayor calidad de vida y un menor riesgo de complicaciones que aquellos que no lo reciben.

Por lo que el enfermero de atención primaria representa un papel importante en el manejo y control de los pacientes anticoagulados.

El enfermero debe proponer un plan de cuidados atendiendo a la valoración del paciente realizada, y en función de los diagnósticos enfermeros que de ésta entrevista se generen así como proponer las intervenciones oportunas con el fin de conseguir unos resultados óptimos.

6 Bibliografía

1. Marco Antonio Zapata Sampedro; Sandra García Fuente; Ana Jiménez Gil. Manejo del paciente anticoagulado en atención primaria.
2. Servicio de salud del principado de Asturias. Control del tratamiento con anticoagulantes orales en atención primaria.
3. Paula Romero Cambra; Carlos Lastanao Cortés; Pilar Ainara Rea Vaquero; Andrea Carreira Serrano; Itziar Ibáñez Grima; María Victoria Martín Arévalo. Tratamiento anticoagulante oral. El papel de enfermería en atención primaria. 2021.

4. SERGAS. Guía práctica de bolsillo para enfermería sobre el tratamiento anticoagulante oral con fármacos antivitaminas K.

Capítulo 33

INCIDENCIA DEL ICTUS EN ESPAÑA EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

VIRGINIA GUTIÉRREZ ABRIL

1 Introducción

Estudiar la incidencia del accidente cerebrovascular en un país puede hacer una contribución positiva a la sociedad al evaluar un problema neurológico de salud pública grave. Toda investigación tiene una serie de limitaciones, muchas de ellas estructurales, presupuestarias o culturales, como, por ejemplo, en España, donde la investigación neurológica aún necesita profundizar más en esta temática.

Sin embargo, otras limitaciones pueden estar relacionadas con problemas metodológicos. Durante la fase de diseño de un estudio, se deben tomar decisiones importantes sobre el tipo de muestra, el tamaño y la profundidad de las variables que se investigan y, en última instancia, las consideraciones de los recursos técnicos y humanos que se involucrarán y las consecuencias por el período de validez.

El ictus es una enfermedad cerebrovascular es la primera causa de discapacidad adquirida en adultos y la segunda causa de demencia después de la enfermedad de Alzheimer.

Se trata de una pesada carga no solo para la salud, sino también para las personas y las familias, ya que afecta a la vida de las personas que la padecen y de quienes las cuidan. Varios factores demográficos, como la edad, el sexo o el lugar de residencia, influyen en la prevalencia e incidencia de ictus .

Actualmente, en España, alrededor de 27 mil personas mueren cada año por ictus. Por otro lado, los pacientes con ictus suelen sufrir consecuencias físicas relacionadas con la movilidad, la visión o el habla, así como trastornos del estado de ánimo, cognitivos y de personalidad.

Ante estos números, es importante recordar que más del 80% de los accidentes cerebrovasculares son prevenibles, la prevención adecuada es fundamental para reducir el impacto de la enfermedad. Los factores de riesgo modificables más importantes que se asocian con el accidente cerebrovascular son la hipertensión arterial (HA), el consumo de tabaco y/o alcohol, la diabetes mellitus, la dieta, la inactividad física, la obesidad, la hipercolesterolemia, la fibrilación auricular (FA) y otras enfermedades cardíacas.

El factor más significativo es probablemente la hipertensión, y se ha demostrado que el tratamiento correcto de la hipertensión reduce significativamente el riesgo de accidente cerebrovascular.

Por otro lado, la fibrilación auricular (FA) aumenta cinco veces el riesgo de ictus, siendo la principal causa de alrededor del 20% de los ictus isquémicos, estos ictus son más graves.

Los avances conseguidos en el tratamiento de la fase aguda del ictus, principalmente en la atención en urgencias, el manejo de los pacientes en las unidades de ictus y la terapia de reperusión (trombólisis intravenosa y trombectomía mecánica) en el ictus isquémico agudo, ha mejorado el pronóstico funcional de los pacientes.

Teniendo en cuenta los datos actuales y las previsiones para los próximos años, es necesario mejorar tanto la prevención como la rehabilitación de las consecuencias del ictus. Requieren un conocimiento adecuado de la magnitud real del impacto que provoca el ictus en nuestro entorno, que probablemente conduzca a una mejor salud y calidad de vida en la población.

Por todo lo descrito anteriormente, este trabajo tiene como objetivo contribuir a una mejor comprensión de las consecuencias del ictus en España.

2 Objetivos

- Estudiar la incidencia en cuanto a ictus en España durante los últimos diez años.
- Describir la epidemiología del ictus isquémico en términos de morbilidad, mortalidad y prevalencia.

3 Metodología

El diseño del estudio consistió en desarrollar una revisión bibliográfica durante los últimos cinco años, concretamente desde 2015 a 2020, de publicaciones registradas en la base de datos de Dialnet, Google Académico y Elsevier (esta última filtrada con método integrado en toda España).

Respecto a la metodología, los términos utilizados para la búsqueda fueron “Ictus isquémicos”, “ischemic stroke” “últimos 10 años”, (AND/OR en Medline y Pubmed) “incidencia en España” o “en España”. De cara a hacer la selección de las publicaciones encontradas, la técnica de recolección de información se llevó a cabo mediante un filtro en base a los criterios de inclusión y exclusión.

4 Resultados

En primer lugar, se va a describir la epidemiología del ictus isquémico.

La definición clásica de accidente cerebrovascular, según los criterios de diagnóstico de la OMS, es la que se refiere a aquellos signos clínicos que se desarrollan rápidamente de disfunción cerebral focal (a veces global), que dura más de 24 horas o que conduce a la muerte sin otra razón aparente que el origen vascular.

Sin embargo, esta definición es difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, ya que la categorización de eventos cerebrovasculares, como el ictus, depende en gran medida del acceso a recursos de diagnóstico, por ejemplo, la proporción de resonancia magnética cerebral realizada en pacientes con síntomas neurológicos transitorios, y la sensibilidad de los métodos de diagnóstico, ambos muy incompatibles en las poblaciones estudiadas. Como consecuencia, el uso de la definición clásica de accidente cerebrovascular sigue siendo el estándar para la investigación epidemiológica.

Aunque la mayoría de los datos epidemiológicos combinan enfermedades cerebrovasculares isquémicas y hemorrágicas (incluidas hemorragias intraparenquimatosas y subaracnoideas) bajo el término general de accidente cerebrovascular, la gran mayoría de dichos accidentes son de naturaleza isquémica (85%), mientras que los ictus hemorrágicos representan el 15% del total de los accidentes cerebrovasculares.

Estas diferencias entre ambos tipos de ictus pueden explicarse por varios motivos, como la diversa distribución de los factores de riesgo, especialmente la hipertensión, entre las poblaciones estudiadas y la eficacia de su tratamiento.

Otra razón de las diferencias en la distribución de los subtipos de accidentes cerebrovasculares entre los estudios es la disponibilidad de imágenes cerebrales de emergencia, con el resultado de que la proporción de accidentes cerebrovasculares no identificados oscila entre el 1% y el 10%.

Debido a que los estudios de incidencia de accidentes cerebrovasculares difieren en la organización de los sistemas de salud en términos de costo y disponibilidad, y las actitudes de los pacientes hacia la búsqueda de atención, la identificación de los pacientes con accidentes cerebrovasculares leves, la mayoría de los cuales son isquémicos, puede variar significativamente, lo que lleva a marcadas diferencias en las tasas informadas sobre la incidencia de accidente cerebrovascular.

Asimismo, en España, la enfermedad cerebrovascular es una causa muy frecuente de morbilidad y hospitalización. Es la segunda causa principal de muerte en la población general y la primera entre las mujeres. También representan costos sociales muy altos, que se estima que aumentarán en los próximos años debido al aumento del tamaño y al envejecimiento de la población mundial.

Los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística (INE) del año 2011, última disponible actualmente, registraron 116.017 casos de ictus y 14.933 de isquemia cerebral transitoria, lo que correspondería, respectivamente, a una incidencia de 252 y 32 episodios por cada 100.000 habitantes.

Esto pone de manifiesto la necesidad de actualizar los datos en relación a la prevalencia de personas que sufren ictus, pues la información más reciente que se puede obtener es la referida al año 2011.

La información confiable sobre la incidencia de accidentes cerebrovasculares en España proviene de registros de accidentes cerebrovasculares basados en la población. Estos registros son las herramientas más adecuadas para estudiar la epidemiología del accidente cerebrovascular, siempre que cumplan con criterios de calidad bien definidos para garantizar tanto la calidad como la integridad de la detección de casos y la interpretación confiable de los datos recopilados para poder realizar comparaciones internacionales entre estudios.

Dado que los registros de accidentes cerebrovasculares basados en la población requieren mucho tiempo y son costosos, solo se dispone de datos limitados. Además, estos estudios se llevan a cabo principalmente en áreas urbanas, donde las tasas de incidencia de ictus difieren de las observadas en áreas rurales, prin-

principalmente debido a diferencias en la distribución de factores de riesgo de enfermedad vascular.

Asimismo, los registros de accidentes cerebrovasculares basados en la población cubren poblaciones relativamente pequeñas que pueden no reflejar la composición de la población total de un país en términos de nivel socioeconómico de la población o acceso a los servicios de salud. En consecuencia, la verdadera incidencia de accidente cerebrovascular puede subestimarse y generalizar los resultados de estos registros puede ser peligroso.

Para superar estas limitaciones, la Global Burden of Disease Survey (GBD) ha desarrollado un modelo para proporcionar estimaciones nacionales de la incidencia de accidente cerebrovascular. Se ha demostrado que las estimaciones se correlacionan correctamente con las tasas de incidencia reales proporcionadas por los registros de población y confirman que las tasas de incidencia más altas se observaron en Europa del Este.

Además, la incidencia de ictus isquémico en jóvenes está aumentando, lo que indica la necesidad de medidas preventivas específicas en este grupo de edad.

En segundo lugar, se va a describir la epidemiología del ictus en España en términos de morbilidad, prevalencia y mortalidad, así como el perfil sociodemográfico de los pacientes con ictus.

En España, la morbilidad y la mortalidad por causas cerebrovasculares, y en particular por ictus, comenzó a descender en 1973 debido a la mayor atención a los factores de riesgo cardiovascular asociados a una mayor mortalidad por ictus, así como a los avances diagnósticos y terapéuticos en las primeras etapas del parto.

El estudio Iberictus, realizado por la Sociedad Española de Neurólogos, permitió acceder a datos más recientes y mejores, mostrando una incidencia de 118 casos por 100.000 habitantes al año. La mortalidad hospitalaria también fue del 4%.

No obstante, en el futuro es de esperar un aumento de las tasas de mortalidad debido a un pronunciado envejecimiento de la población y un aumento de la prevalencia de factores de riesgo en una población cada vez más envejecida.

El ictus isquémico es actualmente la segunda causa de muerte en España en la población general y la primera causa de muerte en mujeres. Según las historias de casos en nuestro país, este tipo de ictus representa el 12,9% del total de defunciones.

Los factores de riesgo de accidente cerebrovascular son similares a las enfermedades cardiovasculares comunes e incluyen:

1. Hipertensión.
2. Diabetes mellitus.
3. Fibrilación auricular.
4. Niveles altos de colesterol y lípidos.
5. Tabaquismo.
6. Inactividad física.
7. Mala alimentación.
8. Enfermedad renal.
9. Antecedentes familiares/predisposición genética.

Estos factores se pueden dividir en factores personales modificables y factores no modificables. Por un lado, los factores de riesgo no modificables importantes para el ictus isquémico son:

1. Edad.
2. Género.
3. Etnia.
4. Herencia.

Por otro lado, los factores de riesgo modificables incluyen:

1. Hipertensión.
2. Enfermedad cardiovascular.
3. Diabetes mellitus.
4. Hiperlipidemia.
5. Estenosis carotídea asintomática.
6. Tabaquismo.
7. Abuso de alcohol.

Además, en diversos estudios se ha confirmado que la actividad física tuvo un efecto protector contra el accidente cerebrovascular, con niveles relativamente bajos de ejercicio, como caminar regularmente, con este efecto.

Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) protegen contra el accidente cerebrovascular, mientras que las lipoproteínas aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular. No obstante, los medicamentos para reducir los niveles de lipoproteínas de baja densidad (LDL) y triglicéridos y aumentar los niveles de HDL reducen el riesgo de accidente cerebrovascular y eventos cardiovasculares.

Existe evidencia que sugiere que el daño al endotelio de los vasos sanguíneos

está involucrado en procesos ateroscleróticos y está asociado con una mayor incidencia de accidente cerebrovascular, cuyos mecanismos pueden incluir niveles elevados de homocisteína y agentes infecciosos que infectan el endotelio.

La homocisteína, un importante factor de riesgo emergente de accidente cerebrovascular, está controlada genética y ecológicamente. Algunas personas con homocisteinemia tienen un defecto genético en la enzima cistationina b sintetasa.

La mitad de los pacientes homocigóticos afectados por el defecto enzimático mueren a una edad temprana por trombosis venosa y aterosclerosis prematura, mientras que las personas heterocigotas tienen riesgo de aterosclerosis prematura.

Chlamydia pneumoniae, una causa común de neumonía adquirida en la comunidad, faringitis y sinusitis, así como la flora bacteriana involucrada en la enfermedad periodontal, es teóricamente capaz de infectar el endotelio y causar lesiones y puede servir como predictores útiles de ictus isquémicos.

La suma de estos eventos endoteliales dañinos puede estimular la agregación plaquetaria, la adhesión, la migración de monocitos y la formación de placas para desencadenar el proceso aterosclerótico, aumentando el riesgo de accidente cerebrovascular.

La enfermedad periodontal, que afecta hasta al 20% de las personas de 60 a 64 años, puede ser un agente infeccioso importante y, en teoría, podría aumentar los niveles de proteína C reactiva, aumentando el riesgo de enfermedad cardiovascular y accidente cerebrovascular.

Las mujeres, las minorías raciales/étnicas y las personas con bajo nivel educativo también sufren de forma desproporcionada accidentes cerebrovasculares.

Las tasas de incidencia ajustadas por edad son 1,5 veces más altas en los hombres que en las mujeres, aunque la mayor esperanza de vida de las mujeres, junto con el aumento de la morbilidad con la edad, explica por qué más mujeres sufren un ictus en términos absolutos.

El aumento de la incidencia de ictus en los hombres es especialmente notable en las personas de 55 a 75 años, mientras que la tendencia opuesta se observa en los ancianos.

Además de los factores mencionados, existen otros factores predictivos importantes que rara vez se han estudiado: factores de riesgo contextuales. Se ha demostrado que contar con un plan de acción integral que maximiza y optimiza la atención al paciente desde el momento en que llega al hospital tiene resultados positivos para los pacientes con ictus agudo, aumentando su probabilidad de recuperación.

A lo largo de los últimos 20 años se ha demostrado que no solo los cambios en las medidas preventivas, sino también una respuesta precoz y controlada de acuerdo con los estándares de calidad más avanzados, así como la creación de unidades especiales para la atención del ictus, han llevado a una reducción significativa de la mortalidad y las consecuencias del accidente cerebrovascular.

Por último, cabe destacar que los síntomas del accidente cerebrovascular a menudo empeoran por complicaciones que incluyen trastornos del movimiento, demencia, depresión, fatiga y un alto riesgo de hospitalización temprana y hospitalización con costos socioeconómicos adversos.

Los predictores de mala evolución incluyen:

1. La gravedad inicial del accidente cerebrovascular medida por la Escala de accidente cerebrovascular de los Institutos Nacionales de Salud (NIHSS) o la Escala Neurológica Canadiense (CNS).
2. La presencia de diabetes mellitus.
3. Caídas grandes o pronunciadas de la presión arterial.
4. Temperatura corporal.
5. Ciertos marcadores de coagulación.
6. Inflamación y glucemia al ingreso en el hospital.

En este sentido, se ha trabajado mucho para identificar los factores de riesgo para el desarrollo de un ictus isquémico y evaluar la probabilidad de muerte o consecuencias. En varios estudios crearon modelos predictivos de mortalidad intrahospitalaria, ya sea ictus isquémico o hemorrágico, utilizando un número limitado de variables; se logró una excelente capacidad discriminatoria evaluativa.

Desde el inicio de las unidades de accidentes cerebrovasculares en hospitales, ha habido muchos estudios en los que estas unidades muestran una reducción en la mortalidad y la discapacidad en comparación con la atención tradicional. Más recientemente, se ha demostrado que son rentables y tienen una duración media de estancia reducida.

En resumen, podemos concluir que los factores de riesgo cardiovascular están mal controlados en pacientes con enfermedades cardiovasculares, lo que es un reflejo del desconocimiento de la prevención de estos factores y su tratamiento eficaz.

A medida que los neurólogos han comenzado a centrarse más en la fase aguda del ictus en los últimos años, que parece reducir la morbilidad y la mortalidad de quienes lo padecen, es vital mejorar la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares.

La monitorización de los factores de riesgo en pacientes con ictus se realiza principalmente en unidades de atención primaria y, en menor medida, por neurólogos. Sin embargo, el impacto de un sistema integral de prevención secundaria en el ámbito de la atención primaria puede considerarse ineficaz para reducir la morbilidad y la mortalidad en pacientes con enfermedad vascular.

Por tanto, la creación de equipos de intervención multidisciplinarios especializados en los departamentos de riesgo vascular en coordinación con los médicos de familia para la monitorización global de los factores de riesgo en pacientes con enfermedad cardiovascular o vascular puede ser una sugerencia para mejorar la calidad de la atención de los accidentes cerebrovasculares.

En la misma dirección, otras estrategias han mejorado la atención al paciente:

1. La inclusión de departamentos multidisciplinarios y especializados en ictus (neurología 24 horas y neurorradiología intervencionista).
2. Registro de procedimientos de recanalización hemodinámica, trombolítica y endovascular.
3. La creación de unidades neurológicas especiales y sistemas de telemedicina.

Esta situación ha llevado a un nuevo paradigma en la comprensión de los estándares de atención de emergencia y a un conocimiento más profundo del paciente con ictus tanto en las estructuras de atención de salud como entre la población en general.

Adoptar un enfoque sistemático para la atención del paciente durante la fase aguda del accidente cerebrovascular en un hospital también reduce la mortalidad y la dependencia que les impiden realizar actividades básicas diarias de la vida independiente (ABVD) y/o actividades instrumentales en la vida diaria (AIVD).

5 Discusión-Conclusión

Por último, en este apartado se van a presentar las conclusiones extraídas del marco teórico y de los resultados obtenidos durante la realización de la presente revisión bibliográfica.

A pesar de las mejoras significativas en el tratamiento durante las últimas décadas, el accidente cerebrovascular sigue siendo una enfermedad devastadora que está creciendo debido al envejecimiento de la población en todo el mundo y una transición epidemiológica en los países de ingresos bajos y medianos.

Sin embargo, dado que la mayoría de los accidentes cerebrovasculares se pueden prevenir, ahora se deben aplicar estrategias preventivas de inmediato para reducir la carga mundial de morbilidad.

Nuestros resultados indican que la edad, el sexo, la gravedad del accidente cerebrovascular, el tipo de accidente cerebrovascular, el estado inicial, el estado de ánimo y el riesgo social parecen ser de importancia.

Por último, creemos que debe promoverse la rehabilitación biopsicosocial. Estamos de acuerdo con que todas las áreas del funcionamiento (incluidas las estructuras y funciones corporales, los indicadores de actividad y los factores de personalidad y ambientales) afectan la capacidad de sobrevivientes de accidente cerebrovascular para lograr cierta autonomía.

6 Bibliografía

1. Olascoaga-Arrate A, Freijo-Guerrero MM, Fernández-Maiztegi C, Azkune-Calle I, Silvariño-Fernández R, Fernández-Rodríguez M, et al. Relationship between level of education and one-year survival after ischaemic stroke. *Rev Neurol*. 2019 Feb;68(4):147–54.
2. Ruíz-Giménez N, González Ruano P, Suárez C. Abordaje del accidente cerebrovascular. 2019;1(1).
3. King's College London. El Impacto Del Ictus en España. *Cuad Tecnol*. 2017;1–42.
4. la Mancha C. el atlas del ictus. 2019; Vena AB, Cabré X, Piñol R, Molina J, Purroy F. Evaluación de la incidencia y tendencia de la enfermedad cerebrovascular en

la región sanitaria de Lleida (España) en el periodo 2010-2014. *Neurología* [Internet]. 2020; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485319301434>.

5. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*. 2016 Aug;388(10046):761–75.

6. Oshunbade AA, Yimer WK, Valle KA, Clark D, Kamimura D, White WB, et al. Cigarette smoking and incident stroke in blacks of the jackson heart study. *J Am Heart Assoc*. 2020 Jun;9(12).

7. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Vol. 39, *European Heart Journal*. 2018. 3021–3104 p.

8. Freedman B, Potpara TS, Lip GYH. Stroke prevention in atrial fibrillation. *Lancet* (London, England). 2016;388(10046):806–17.

9. *Neurología*. G de E de ECSE. El Atlas del Ictus España. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Sociedad Española de Neurología. Informe. 2019;55.

10. Alonso de Leciñana M, Morales A, Martínez-Zabaleta M, Ayo-Martín, Lizán L, Castellanos M. Characteristics of stroke units and stroke teams in Spain in 2018. Pre2Ictus project. *Neurologia*. 2020;(2018):6–13.

11. Béjot Y, Daubail B, Giroud M. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. *Rev Neurol (Paris)*. 2016 Jan 1;172(1):59–68.

12. Béjot Y, Bailly H, Durier J, Giroud M. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. Vol. 45, *Presse Medicale*. Elsevier Masson; 2016. p. e391–8.

13. Rennert RC, Wali AR, Steinberg JA, Santiago-Dieppa DR, Olson SE, Pannell JS, et al. Epidemiology, Natural History, and Clinical Presentation of Large Vessel Ischemic Stroke. *Clin Neurosurg* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Oct 25];85(suppl_1):S4–8. Available from: https://academic.oup.com/neurosurgery/article/85/suppl_1/S4/5512719.

14. Favate AS, Younger DS. Epidemiology of Ischemic Stroke [Internet]. Vol. 34,

Neurologic Clinics. 2016 [cited 2021 Oct 25]. p. 967–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2016.06.013>.

15. Aragonès, E., Piñol, J., Ramos, J., López, G., Caballero A& B. Trabajadores especialmente sensibles al riesgo cardiovascular. *Rev Española Salud Pública* [Internet]. 2019;84(3):415–20. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n4/breve1.pdf>

16. Escolar-Albaladejo G, Barón-Esquivias G, Zamorano JL, Betegón-Nicolás L, Canal-Fontcuberta C, de Salas-Cansado M, et al. Análisis coste-utilidad de apixabán frente al ácido acetilsalicílico en la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular en España. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Oct 25];48(6):394–405. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-analisis-coste-utilidad-apixaban-frente-al-S0212656715002607>.

17. Ciprés E, Largo L, Villar C, Plou J, Domínguez A. Ictus incidencia, factores de riesgo y código ictus. *Rev Electrónica Portales Medicos* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 25]; Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ictus-incidencia-factores-de-riesgo-y-codigo-ictus/>.

18. Uivarosan D, Abdel-Daim MM, Endres L, Purza L, Iovan C, Bungău S, et al. Effects of a proteic swine extract associated to recovery treatment on functional independence and quality of life in patients post stroke. *Farmacia*. 2018;66(5):826–30.

19. Kortazar-Zubizarreta I, Pinedo-Brochado A, Azkune-Calle I, Aguirre-Larracoechea U, Gomez-Beldarrain M, Garcia-Monco JC. Predictors of in-hospital mortality after ischemic stroke: A prospective, single-center study. *Heal Sci Reports* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Oct 25];2(4):e110. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hsr2.110>.

20. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet (London, England)*. 2016;388(10046):761–75.

21. De La Fuente J, García-Torrecillas JM, Solinas G, Iglesias-Espinosa MM, Garzón-Umerenkova A, Fiz-Pérez J. Structural equation model (SEM) of stroke mortality in Spanish inpatient hospital settings: The role of individual and contextual factors. *Front Neurol*. 2019;10(MAY):498.

Capítulo 34

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTE UN PACIENTE QUEMADO

CRISTINA GÓMEZ AMIGO

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

Las quemaduras son un importante y creciente motivo de consulta y hospitalización, causando en muchos pacientes grados variables de incapacidad e incluso en algunos casos la muerte. El manejo de los pacientes quemados es un reto, debido a la gran variedad de tratamientos existentes, lo prolongado de su evolución y el elevado costo económico y social que implican. Por estos motivos el cuidado de pacientes con quemaduras graves, debe estar a cargo de un equipo multidisciplinario, capaz de brindar una atención individualizada, lo que garantizará los mejores resultados.

La exposición de la piel al calor puede resultar en desaturación de los procesos metabólicos celulares, lo que conduce a la necrosis, dependiendo de tres factores relacionados con el contacto térmico: la intensidad del calor, la duración de la exposición y la conductancia tisular. Hay varios tipos de quemaduras:

Quemaduras de primer grado: este tipo de quemaduras son consideradas las menos graves, ya que solo producen un daño superficial, es decir, solo daña la capa externa de la piel.

- Quemaduras de segundo grado: se daña la capa externa de la piel y la que se encuentra debajo. Pueden ser superficiales o profundas.
- Quemaduras de tercer grado: son las quemaduras más graves. Se destruye la epidermis y la dermis y se llega a dañar el tejido adiposo subcutáneo (grasa), los nervios, el músculo e incluso los huesos. El paciente puede perder la sensibilidad de la zona afectada.

En este caso clínico expondremos los cuidados de enfermería y del equipo multidisciplinar que atiende a un paciente con quemaduras de tercer grado en urgencias.

2 Objetivos

- Exponer, a través de un caso clínico, los cuidados de enfermería ante un paciente quemado.
- Elaborar un plan de cuidados.

3 Caso clínico

Paciente varón de 50 años que acude a urgencias ,tras presentar quemaduras importantes en todo el cuerpo, al intentar sofocar un incendio forestal.

Llega semiinconsciente y desorientado. A la exploración se observan quemaduras de 2 y 3º grado en hemitorax ,miembros inferiores y superiores y de 1º grado en la cara.

Dado su estado neurológico y el grado de las quemaduras ,se decide:

1. Sedación, Intubación y Ventilación Asistida.
2. Canulación de una vena central (subclavia) y resucitación con fluidos (cristaloides).

Se realizan analíticas y radiografías así como un Ekg y TAC y se traslada al servicio de uvi.

El diagnóstico: quemaduras graves y extensas en compartimentos osteoaponeuróticos inextensibles que corren peligro de síndrome compartimental. Presenta quemadura muy grave en mano derecha que precisa de amputación en una parte de la mano, quemadura de 3º grado en pierna izquierda a la altura de la rodilla hasta el talón y quemaduras de 2º grado en espalda y zona abdominal. En la cara presenta quemaduras de 1º grado. La inhalación de humos le provoca una insuficiencia respiratoria.

Se inicia tratamiento analgésico por la importancia de las quemaduras, curas locales de las zonas dañadas y cura del muñón de la parte amputada en la mano. Se elabora un plan de cuidados:

- Patrón 1: percepción de la salud. Se realiza una valoración de la gravedad de las quemaduras y del estado general del paciente al ingreso. También se evalúa la situación de salud y bienestar del paciente mediante el índice de Barthel .
- Patrón 2: nutricional-metabólico. Se presenta una situación inicial de hipermetabolismo e hipercatabolismo. Por ello es necesario calcular el IMC y valorar el estado nutricional.
- Patrón 3: eliminación. En el momento del accidente se produce un aumento de la permeabilidad capilar y extravasación del plasma produciendo edemas y disminución de la diuresis. Pueden producirse alteraciones en la función hepática y renal dando lugar a un fracaso renal agudo (FRA) .
- Patrón 4: actividad-Ejercicio. Las quemaduras de >40% de la SCQ provocan graves alteraciones en el metabolismo óseo y del calcio y una disminución de vitamina D y Magnesio. Esto causa alteraciones limitadas en los huesos, modificaciones en las articulaciones.
- Patrón 5: Sueño-Descanso. El intenso dolor de estos pacientes, en ocasiones, impide el descanso. Se valorará el nivel de dolor mediante la EVA y el sueño según el cuestionario de Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh .
- Patrón 6: Cognitivo-Perceptivo. Los pacientes presentan dolor intenso, especialmente durante las curas. Se valorará el nivel de dolor mediante la EVA y el grado de orientación y consciencia mediante la escala de Glasgow.
- Patrón 7: Autopercepción-Autoconcepto. Los pacientes quemados presentan una elevada incidencia de problemas psicológicos derivados del accidente debido a la importante transformación de su imagen corporal de forma brusca y traumática. Hay que valorar el grado de afrontamiento, tristeza, problemas con la imagen corporal y autoestima.
- Patrón 10: Tolerancia al estrés-Adaptación al cambio. Desde el momento del ingreso es esperable que los pacientes presenten signos y síntomas de estrés agudo .

Se establecen unos diagnósticos de enfermería enunciados por la taxonomía NANDA y se describen los indicadores NOC Y NIC.

(00004) Riesgo de infección. NOC: Curación de las quemaduras (1106) ,Integridad tisular (1101) severidad de la lesión física (1913).

(00132) Dolor agudo. NOC: Nivel del dolor (2102). Sueño (0004) y Nivel de estrés (1212). NIC: Administración de analgésicos (2210) Manejo del dolor (1400)

Musicoterapia (4400)A poyo emocional (5270)

(00027) Déficit del volumen de líquidos. NOC: Hidratación (0602), Termorregulación (0800) Y Recuperación de las quemaduras (1107) NIC: Manejo de líquidos/electrolitos (2080) Prevención del shock (4260) Monitorización de los signos vitales (6680)Sondaje vesical (0580).

(00002) Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales. NOC: Estado nutricional (1004) Y Nivel del malestar (2109). NIC: Terapia nutricional (1120) Alimentación enteral por sonda (1052) Manejo de la medicación (2380).

(00044) Deterioro de la integridad tisular. NOC: Integridad tisular: Piel y membranas mucosas (1101)Termorregulación (0800) Y Curación de las quemaduras (1106). NIC: Baño (1610) Identificación de riesgos (6610) Administración de medicación: tópica (2316)Regulación de la temperatura (3900).

(00118) Trastorno de la imagen corporal. NOC: Nivel de ansiedad social (1216) Nivel de miedo (1210) atención al lado afectado. NIC: NICPotenciación de la autoestima (5400) Escucha activa (4920) Técnica de relajación (5880).

(00158) Disposición para mejorar el afrontamiento. NOC: Aceptación: estado de salud (1300)Afrontamiento de problemas (1302) Y Autoestima(1205).NIC: Mejorar el afrontamiento (5230) Apoyo emocional (5270)Disminución de la ansiedad (5820)

(00153) Riesgo de baja autoestima situacional. NOC: Imagen corporal (1200) Recuperación de las quemaduras (1107) Y Resiliencia personal (1309).NIC: Potenciación de la autoestima (5400) Mejora de la imagen corporal (5220)Apoyo emocional (5270).

(00145) Riesgo de síndrome postraumático. NOC: Autoestima (1205) Y Resiliencia personal (1309).NIC: Fomentar la resiliencia (8340)Terapia de relajación (6040).

Tras unos primeros días en el hospital es derivado a la Unidad de Quemados del Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia. En el momento de la valoración inicial tras el traslado, el paciente se encontraba intubado y conectado a ventilación mecánica por haber presentado lesión por inhalación, y sedado mediante perfusión continua de propofol y morfina. En la radiografía, se apreciaba re-
fuerzo hiliar bilateral con borramiento de ambos senos costofrénicos y aumento de procalcitonina, por lo que se inició tratamiento con meropenem y linezolid. Durante su estancia en la unidad de quemados su evolución es favorable por lo que se retira la intubación y se mantienen las curas de las quemaduras .Se le pide cita con salud mental para afrontar la situación tanto por la amputación como por las secuelas de las quemaduras. Tras varios meses en el hospital de quemados

es dado de alta con revisiones periódicas.

4 Discusión-Conclusión

El manejo inicial del paciente quemado será prioritario, así como será decisivo para el pronóstico del paciente. Conocer la etiología de la quemadura nos permitirá aplicar el tratamiento adecuado.

Establecer un plan de cuidados es fundamental para proporcionar cuidados de calidad y basados en evidencia científica al paciente quemado. El personal de enfermería es el encargado de establecer el plan de cuidados y su ejecución. Pero es fundamental el trabajo en equipo de todos los profesionales que forman parte del equipo multidisciplinar para conseguir un tratamiento adecuado y precoz, y así una mejor recuperación del paciente para evitar secuelas importantes.

El diagnóstico inicial a su llegada a urgencias es fundamental para la elaboración de un plan de cuidados. La clasificación de las quemaduras según el grado y la actuación inmediata proporcionara unos resultados más óptimos.

Es importante también la atención psicológica de estos pacientes que tendrán periodos de estancia largos en el hospital.

5 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>
3. <https://www.scielo.org/es/>
4. Rodríguez Gómez Orcilia, Castillo Illas Mireya, Castellanos Castillo Yoania. Calidad en la atención al quemado. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Abr [citado 2022 Ene 11] ; 20(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100007&lng=es.

Capítulo 35

LACTANCIA MATERNA

CRISTINA MARTÍN FERNÁNDEZ

PAULA QUINTANA GARCIA

SILVIA OVIAÑO MARTÍNEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe la lactancia materna como una de las formas más eficaces de garantizar la salud y la supervivencia de los niños. La leche materna es el alimento ideal para los lactantes: portadora de numerosos anticuerpos que generan protección contra muchas enfermedades características de la infancia. Proporciona a los lactantes toda la energía y nutrientes que necesitan durante los primeros meses de vida y además sigue aportando la mitad de las necesidades nutricionales de un niño durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año.

La OMS y UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) aconsejan la iniciación de la lactancia materna durante la primera hora de vida y que esta sea exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Esto quiere decir que no sería necesario proporcionar al lactante otro tipo de alimentos, ni si quiera agua. Ya que como se ha dicho anteriormente la lactancia materna cubre todas las necesidades de alimentación e hidratación.

Existen numerosos estudios que avalan la superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento. Estos también demuestran un riesgo mayor de desarrollar problemas de salud en los niños no alimentados con leche materna como son la muerte súbita del lactante y la muerte durante el primer año de vida, también

el padecer infecciones gastrointestinales, urinarias o respiratorias de manera más grave y con una mayor probabilidad de ingreso.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Identificar la composición de la leche materna.

Objetivos secundarios:

- Enumerar los beneficios de la lactancia materna.
- Describir los problemas que pueden surgir en la lactancia.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos de ciencias de la salud como Cuiden, Pubmed, así como en la página web de la Organización Mundial de la Salud y la página de la Asociación Española de Pediatría.

4 Resultados

La lactancia materna se describe como el alimento ideal para los lactantes, superior a cualquier otra opción, ya que se adapta en todo momento a las necesidades del niño. Esto resulta así ya que la composición de la leche materna va variando según se van modificando las necesidades del bebé.

Al nacimiento la leche materna recibe el nombre de calostro, este se caracteriza por ser rico en minerales y proteínas, las llamadas inmunoglobulinas que aportan protección al lactante.

La leche de transición es la que sigue inmediatamente después al calostro, dura aproximadamente unas dos semanas y es el preludio de lo que denominamos leche madura.

La composición de la leche materna es la siguiente:

- Agua: siendo de hasta un porcentaje del 88%.
- Proteínas: como las inmunoglobulinas, responsables de conferir protección al recién nacido.
- Lípidos: rica en ácidos grasos poliinsaturados.
- Hidratos de carbono: siendo la lactosa el hidrato de carbono predominante.
- Vitaminas: es importante tener en cuenta que se trata de una leche con déficit de vitaminas K y D.

- Minerales y electrolitos.

En cuanto a los beneficios de la lactancia materna, uno de los principales y que ya se ha mencionando con anterioridad es el de suplir todas las necesidades de alimentación e hidratación del bebé. Es fuente de inmunidad y proporciona un menor riesgo de intolerancias alimentarias en el futuro, disminuye también el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, etc.

Sin embargo, la leche materna no solo es beneficiosa para el lactante, sino que también resulta para la madre pues ayuda durante el puerperio favoreciendo la contracción uterina y reduce el riesgo de padecer cáncer de mama u ovario.

El inicio de la lactancia materna ha de hacerse lo antes posible, a poder ser durante la primera hora de vida. No existe una postura reglamentaria pero la regla principal es que la madre esté cómoda, aunque si existen ciertas recomendaciones a la hora de colocar al niño como por ejemplo colocar la barriga del niño enfrentada con la barriga de la madre. La boca del niño debe estar bien abierta, debemos ver los labios evertidos que cojan bien el pezón. No debe ser dolorosa, esto es un indicador de que la técnica de agarre del niño no es la correcta.

Si el agarre del niño no es el adecuado y por tanto aparece dolor, esto puede traer consigo otro problema como lo son las grietas en el pezón. Debemos ver que el niño abarque con la boca no solo el pezón sino también toda la areola.

Otro de los problemas que puede surgir es la ingurgitación mamaria, siendo más habitual durante la subida de la leche. Debemos por tanto poner al niño en el pecho a demanda o incluso ayudarnos con un sacaleches.

5 Discusión-Conclusión

No cabe duda de que la lactancia materna resulta beneficiosa en múltiples aspectos tanto para el lactante como para la madre. Es por tanto necesario formar a las madres en lactancia materna, ofreciéndoles todos los datos, enumerando sus beneficios, enseñando técnicas y también por supuesto mencionarles los posibles problemas que puedan aparecer para que dispongan de un conocimiento previo que les pueda ayudar a solucionarlos. Resultaría también interesante la creación de grupos de apoyo formados por madres en el que puedan intercambiar información y experiencias.

Debemos también insistir en que si se encuentran con determinados problemas que no puedan solventar acudan siempre a profesionales de la salud.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/breastfeeding#tab=tab_3.
2. Asociación Española de Pediatría [sede web]. Recomendaciones sobre la lactancia materna del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <https://www.aeped.es/comite-nutricion-y-lactancia-materna/lactancia-materna/documentos/recomendaciones-sobre-lactancia-materna>

Capítulo 36

VALORACIÓN DE LA VÍA AÉREA

CLARA GARCIA PERUYERO

LORENA PICAZO DEL CANTO

1 Introducción

El manejo de la vía aérea es uno de los desafíos más importantes al que puede verse enfrentado un médico en su práctica diaria, entendiendo como manejo de la vía aérea a la realización de maniobras y la utilización de dispositivos que permiten una adecuada y segura ventilación de los pacientes que lo necesiten. El resultado final de un manejo inadecuado conlleva situaciones graves con una elevada morbilidad.

El manejo de la vía aérea no difícil es una de las habilidades que todo sanitario debe dominar, para lo que se requiere el conocimiento de una serie de conceptos básicos tanto anatómicos como fisiológicos.

Según la American Society of Anesthesiologists (ASA), define la vía aérea difícil a “la existencia de factores clínicos que complican la ventilación administrada por una mascarilla facial la intubación realizada por personal experimentado”.

En los pacientes calificados como vía aérea difícil (VAD) se requiere de la utilización de técnicas más sofisticadas, apareciendo nuevos dispositivos alternativos a la laringoscopia tradicional, que han demostrado ayudar ante las intubaciones difíciles.

Para aumentar la seguridad en este campo, las sociedades científicas elaboran guías y algoritmos con diferentes planes de actuación y estrategias para manejar la vía aérea. Hoy en día, se promueve el uso de sistemas de predicción de VAD, se insiste en pedir ayuda, se limitan los intentos de laringoscopia y de manipulación de la vía aérea y se prioriza la oxigenación. La evaluación de la vía aérea difícil

y el manejo básico de la misma es de vital importancia para toda la especialidad médica, identificar la vía aérea que será de difícil manejo de forma anticipada es un paso importante para asegurar el control de la situación.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Obtener las definiciones entre una vía aérea básica o normal, y una vía aérea difícil.

Objetivos secundarios:

- Identificar los factores de riesgo presentes en los pacientes con vía aérea difícil.
- Reconocer los factores predictores de intubación difícil, así como las exploraciones necesarias para determinarlo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se realizó una búsqueda relacionada con el tema en documentos impresos y electrónicos, así como en las siguientes bases de datos: Registro Cochrane Central, Lilacs, PubMed/Medline, SCielo regional, Google, Anestesiari, Slideshare y Google, desde 2015 hasta 2020.

Los descriptores empleados han sido: vía aérea, vía aérea difícil, valoración vía aérea.

4 Resultados

La imposibilidad de manejo de la vía aérea (VA) puede tener consecuencias catastróficas, produciéndose lesiones por hipoxia en pocos minutos.

La incidencia de complicaciones graves durante en manejo de la VA, tales como, muerte o daño cerebral, necesidad de VA quirúrgica, ingreso en UCI inesperado o prolongado, es del 0,004% según el estudio NAP4. Se trata de una situación infrecuente, pero muy grave.

La evaluación de la VA adquiere particular importancia para estimar el grado de dificultad que existirá en su manejo, de esta manera podremos hacer una estrategia de manejo adecuada ante una posible VAD, siguiendo un algoritmo de

actuación, con material y técnicas adecuadas a las características del paciente y su situación .

La definición de VAD, varía en la literatura y no hay una definición universal. La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA Difficult Airway Guidelines) la define “Como aquella vía aérea en la que un anestesta entrenado experimenta dificultad para la ventilación (DV) con mascarilla facial, dificultad para la intubación orotraqueal (IOT) o ambas”.

La intubación difícil se define como la necesidad de tres o más intentos para la intubación de la tráquea o más de 10 minutos para conseguirla, situación que ocurre en 1,5 a 8% de los procedimientos de intubación.

La incidencia de la situación “paciente no intubable “paciente no ventilable” (NINV) es de 1/50000 pacientes; el fallo de IOT ocurre en 1/2000 casos programados, aumentando a 1/200 casos en las urgencias.

Valoración de la vía aérea:

Identificación de factores de riesgo de VAD, relacionados y no relacionados con el paciente. Debe incluir:

- Historia clínica: en busca de antecedentes de VAD en intubaciones previas, siendo el factor de riesgo más importante en la detección de pacientes con problemas en el manejo de la vía aérea. Así como la existencia de enfermedades asociadas, tales como tumores, estados patológicos (epiglotitis, absceso amigdalino) o lesiones traumáticas relacionadas con la vía aérea que hayan alterado la anatomía normal de la vía aérea.
- Exploración física: presencia de signos y síntomas de obstrucción, micrognatia, apertura bucal, tamaño de la lengua, cuello grueso, corto o con flexoextensión limitada, estado de la dentadura, etc.
- Pruebas de imagen: no se hacen de forma rutinaria.

En cuanto a los factores no relacionados con el paciente se encuentran los factores humanos, tales como, fatiga, estrés, saturación mental, disponer de la ayuda y del equipo necesario asique como disponer del tiempo necesario. Todo ello produce una serie de circunstancias que al interaccionar, complican y disminuyen la seguridad del paciente.

Factores predictores de intubación difícil:

La clasificación de Mallampati-Samsoon se utiliza de forma habitual en la evaluación de la vía aérea, para intentar predecir la facilidad con la que se podrá realizar la laringoscopia e intubación endotraqueal. Nos informa del tamaño de la lengua respecto a la cavidad oral. Se realiza con el paciente sentado, cabeza en posición neutra, apertura bucal máxima, sacando la lengua y sin fonación. Según las estructuras que se pueden observar (paladar blando, paladar duro, úvula y pi-

lar amigdalino) se establecen 4 grados:

- Grado I: se pueden visualizar las estructuras sin dificultad.
- Grado II: se visualiza base de la úvula y paladar blando.
- Grado III: sólo se ve paladar blando.
- Grado IV: sólo se ve paladar duro.

En relación con la exploración del cuello, es importante valorar su grosor, longitud y flexoextensión.

La distancia tiromentoniana es la distancia desde el cartílago tiroideo hasta la sínfisis mandibular con el cuello en extensión. Si esta distancia es menor de 6 centímetros existe riesgo de VAD.

La distancia entre el mentón y la parte superior del esternón, o distancia esternomentoniana debe ser mayor de 12,5 centímetros para asegurar una buena visión laringoscópica.

La apertura bucal nos informa sobre la movilidad de la articulación temporomandibular, y nos determina la dificultad para introducir dispositivos en la boca. Existirá dificultad si la distancia entre los incisivos superiores e inferiores es menor de 3 centímetros.

El test de la mordida del labio superior nos indica la capacidad de subluxación de la mandíbula, donde el paciente intentará morder el labio superior con los incisivos inferiores. Se establecen 3 grados: el primero donde los incisivos ocultan el labio superior, en el segundo lo ocultan parcialmente y en el tercer grado el labio superior está totalmente visible.

Otra medida importante es la angulación generada desde una flexión a extensión máxima del cuello o de la articulación atlanto-occipital. Esto nos permite conseguir la alineación de los ejes oral, faríngeo y laríngeo, imprescindible para una buena visión laringoscópica. Para ello se le pide al paciente que extienda al máximo la cabeza desde una posición neutra. Lo normal es una extensión $>35^\circ$.

Clasificación de la vía aérea:

Una vez valorada la vía aérea se debe de clasificar la vía aérea en básica o avanzada y así poder tomar las decisiones oportunas.

La vía aérea básica es aquella que no tiene predictores de dificultad ni factores de complejidad. Un médico entrenado la manejará en menos de un minuto con técnicas simples como son la ventilación con mascarilla facial, inserción de un dispositivo supraglótico o una laringoscopia directa.

Mientras que la vía aérea avanzada posee factores de complejidad o dificultad para su manejo correcto precisando de técnicas avanzadas y de un especialista.

5 Discusión-Conclusión

El manejo de la vía aérea es uno de los elementos fundamentales para el cuidado del paciente. Se requiere un conocimiento sobre la anatomía y la fisiología del cuerpo, todo ello orientado a mantener un adecuado flujo de aire hacia los pulmones. En algunos casos, el paciente es incapaz de mantener este flujo por sí mismo y es necesario el uso de dispositivos para este fin, como las cánulas oro-faríngeas, la mascarilla facial o incluso la intubación endotraqueal.

En ciertas ocasiones, cuando se trata de pacientes calificados como vía aérea difícil, se requiere la utilización técnicas más sofisticadas, que incluyen el uso de diversos dispositivos y algoritmos alternativos destinados a solucionar esta dificultad.

6 Bibliografía

1. Coloma R. Manejo de vía aérea no difícil. Desde la ventilación con bolsa hasta la intubación orotraqueal. Revista Médica Clínica Las Cortes. [Internet]. 2017; 28 (5): 691-700. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-de-via-aerea-no-S0716864017301232>
2. Rojas Peñaloza J, Zapién Madrigal J.M, Athié García J.M, Chávez Ruíz I, Bañuelos Díaz G, López Gómez L.A, Martínez Ruíz Y. Manejo de la vía aérea. Revista mejicana de anestesiología. [Internet]. 2017; 40 (1): 287-292. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171cg.pdf>
3. Vilaró Filippo S. Evaluación de la vía aérea. Slideshare. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://es.slideshare.net/safichi/valoracion-de-la-via-aerea-predictores>.
4. Pérez Arviza L, Frieyro González J. Manual de manejo de la vía aérea. Ed.1ª.España.2018: 148.
5. Huitink J.M, Bouwman R.A. The myth of the difficult airway: airway management revisited. Anaesthesia. [Internet]. 2015 [citado 16 de diciembre de 2014]; 70(3), 272-281. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25511477>.
6. Vicente P, Granell M. Protocolo de nuevos algoritmos de vía aérea difícil (VAD) en el adulto con uso racional de dispositivos. Consorci Hospital General Universitari Valencia. [Internet]. 2016. Disponible en: <https://chguv.san.gva.es/documents/10184/499512/GRANELLActualizacion+Via+aerea+Dificil-Sesion+SARTD-CHGUV+04-10-2016.pdf/e666d2f6-758b-4b6f-a2f7-7b8114f41fa0>.

Capítulo 37

FACTORES DE RIESGO EN EL ICTUS ISQUÉMICO

VIRGINIA GUTIÉRREZ ABRIL

1 Introducción

La definición clásica de accidente cerebrovascular, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la que se refiere a los signos clínicos que se desarrollan rápidamente de disfunción cerebral focal y a veces global, de más de 24 horas de duración o que conduce a la muerte sin otra razón aparente que el origen vascular.

Esta definición es difícil de aplicar en estudios epidemiológicos, ya que la categorización de eventos cerebrovasculares, como el ictus, depende en gran medida del acceso a los recursos de diagnóstico del evento, por ejemplo, la proporción de resonancia magnética cerebral realizada en pacientes con síntomas neurológicos de origen transitorio, y la sensibilidad de los métodos de diagnóstico, ambos incompatibles en las poblaciones estudiadas. Como consecuencia, el uso de la definición clásica de accidente cerebrovascular sigue siendo la usada para la investigación epidemiológica.

La mayoría de los datos epidemiológicos combinan enfermedades cerebrovasculares isquémicas y hemorrágicas (incluidas hemorragias intraparenquimatosas y subaracnoideas) bajo el término general de accidente cerebrovascular, mayoría de dichos accidentes son de naturaleza isquémica (85%), mientras que los ictus hemorrágicos representan el 15% del total.

Estas diferencias entre ambos tipos de ictus pueden explicarse por varios motivos, como la diversa distribución de los factores de riesgo, especialmente la hipertensión, entre las poblaciones estudiadas y la eficacia de su tratamiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir los factores de riesgo en el ictus isquémico.

Objetivos secundarios:

- Describir los eventos adversos relacionados con el ictus isquémico.
- Describir los factores predictores de mala evolución.

3 Metodología

El diseño del estudio consistió en desarrollar una revisión bibliográfica durante los últimos cinco años, concretamente desde 2015 a 2020, de publicaciones registradas en la base de datos de Dialnet, Google Académico y Elsevier.

Los términos utilizados para la búsqueda fueron “Ictus isquémicos”, “ischemic stroke”, “últimos 10 años”, (AND/OR en Medline y Pubmed) “Factores”. De cara a hacer la selección de las publicaciones encontradas, la técnica de recolección de información se llevó a cabo mediante un filtro en base a los criterios de inclusión y exclusión.

4 Resultados

Los factores de riesgo de accidente cerebrovascular son similares a las enfermedades cardiovasculares comunes e incluyen:

1. Hipertensión.
2. Diabetes mellitus.
3. Fibrilación auricular.
4. Niveles altos de colesterol y lípidos.
5. Tabaquismo.
6. Inactividad física.
7. Mala alimentación.
8. Enfermedad renal.
9. Antecedentes familiares/predisposición genética.

Estos factores se pueden dividir en factores modificables y factores no modificables. Por un lado, los factores de riesgo no modificables importantes para el ictus isquémico son:

1. Edad.
2. Género.
3. Etnia.
4. Herencia.

Por otro lado, los factores de riesgo modificables incluyen:

1. Hipertensión.
2. Enfermedad cardiovascular.
3. Diabetes mellitus.
4. Hiperlipidemia.
5. Estenosis carotídea asintomática.
6. Tabaquismo.
7. Abuso de alcohol.

Además, en diversos estudios se ha confirmado que la actividad física tuvo un efecto protector contra el ictus, con niveles relativamente bajos de ejercicio, como caminar regularmente.

Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) protegen contra el accidente cerebrovascular, mientras que las lipoproteínas de baja densidad (LDL) aumentan el riesgo de accidente cerebrovascular. No obstante, los medicamentos para reducir los niveles de lipoproteínas LDL y triglicéridos y aumentar los niveles de HDL reducen el riesgo de ictus.

Existe evidencia que sugiere que el daño al endotelio de los vasos sanguíneos está involucrado en procesos ateroscleróticos y está asociado con una mayor incidencia de este evento, cuyos mecanismos pueden incluir niveles elevados de homocisteína y agentes infecciosos que infectan el endotelio.

La homocisteína es un aminoácido que produce proteínas en nuestro organismo y que cobra importancia como factor de riesgo emergente del ictus. Algunas personas con homocisteinemia tienen un defecto genético en la enzima cistationina b sintetasa.

La mitad de los pacientes homocigóticos afectados por el defecto enzimático fallecen a una edad temprana por trombosis venosa y aterosclerosis prematura, mientras que las personas heterocigotas tienen riesgo de aterosclerosis prematura.

La *Chlamydomphila pneumoniae*, una causa común de neumonía adquirida en la comunidad, faringitis y sinusitis, así como la flora bacteriana involucrada en la enfermedad periodontal (EP), es teóricamente capaz de infectar el endotelio y causar lesiones. Tanto la *Chlamydomphila pneumoniae* como la flora involucrada en la EP pueden servir como predictores útiles de ictus isquémicos.

La suma de estos eventos dañinos puede estimular la agregación y adhesión plaquetaria, la migración de monocitos y la formación de placas para desencadenar el proceso aterosclerótico, aumentando el riesgo de accidente cerebrovascular.

La EP que afecta hasta al 20% de las personas de 60 a 64 años, puede ser un agente infeccioso importante y, en teoría, podría aumentar los niveles de proteína C reactiva, aumentando el riesgo de enfermedad cardiovascular y accidente cerebrovascular.

Las mujeres, las minorías raciales / étnicas y las personas con bajo nivel educativo también sufren de forma exponencial los accidentes cerebrovasculares.

Las tasas de incidencia ajustadas por edad son 1,5 veces más altas en los hombres que en las mujeres, sin embargo la mayor esperanza de vida de las mujeres, junto con el aumento de la morbilidad con la edad, explica por qué las mujeres sufren más ictus en términos absolutos.

El aumento de la incidencia de ictus en los hombres es especialmente notable en la franja de edad de 55 a 75 años, mientras que la tendencia opuesta se observa en los ancianos.

Además de los factores mencionados anteriormente, existen otros factores predictivos importantes que no suelen estudiarse: factores de riesgo contextuales. Se ha demostrado que contar con un plan de acción integral que maximiza y optimiza la atención al paciente desde el momento en que llega al hospital tiene resultados positivos para los pacientes con ictus agudo y aumenta la probabilidad de recuperación.

Hablaremos de los predictores de mala evolución que tendrán un papel importante en la evolución del paciente, incluye:

1. La gravedad inicial del accidente cerebrovascular medida por la Escala de accidente cerebrovascular de los Institutos Nacionales de Salud (NIHSS) o la Escala Neurológica Canadiense (CNS).
2. Presencia de diabetes mellitus.
3. Caídas grandes o pronunciadas de la presión arterial.

4. Temperatura corporal.
5. Ciertos marcadores de coagulación.
6. Inflamación y glucemia al ingreso en el hospital.

Se ha trabajado mucho para identificar los factores de riesgo para el desarrollo de un ictus isquémico y evaluar la probabilidad de muerte o sus consecuencias. En varios estudios se crearon modelos predictivos de mortalidad intrahospitalaria, tanto para el ictus isquémico como para el hemorrágico, utilizando un número limitado de variables; se logró una excelente capacidad discriminatoria evaluativa.

Las unidades de accidentes cerebrovasculares en hospitales han demostrado desde su creación en muchos estudios una reducción en la mortalidad y la discapacidad en comparación con la atención tradicional. Más recientemente, se ha demostrado que son rentables y tienen una duración media de estancia más reducida que otros recursos.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos 20 años se ha demostrado que no solo los cambios en las medidas preventivas, sino también una respuesta precoz y controlada de acuerdo con los estándares de calidad, así como la creación de unidades especiales para la atención del ictus, han llevado a una reducción significativa de la mortalidad y las consecuencias de este evento.

Podemos decir que los factores de riesgo cardiovascular suelen estar mal controlados en pacientes con enfermedades cardiovasculares, lo que es un reflejo del desconocimiento de la prevención de estos factores y su tratamiento eficaz.

A medida que los neurólogos han comenzado a centrarse más en la fase aguda del ictus en los últimos años, parece haber reducido la morbilidad y la mortalidad de quienes lo padecen, es vital mejorar la prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares.

La monitorización de los factores de riesgo en pacientes con ictus se realiza principalmente en unidades de atención primaria y, en menor medida, por neurólogos. Sin embargo, el impacto de un sistema integral de prevención secundaria en la atención primaria puede considerarse ineficaz para reducir la morbilidad y la mortalidad en pacientes con enfermedad vascular.

Por tanto, la creación de equipos de intervención multidisciplinares especializados en los departamentos de riesgo vascular en coordinación con los médicos de familia para la monitorización de los factores de riesgo en pacientes con enfermedad cardiovascular o vascular puede ser una opción válida y necesaria para mejorar la calidad de la atención de los accidentes cerebrovasculares.

6 Bibliografía

1. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet*. 2016 Aug;388(10046):761–75.
2. Béjot Y, Daubail B, Giroud M. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. *Rev Neurol (Paris)*. 2016 Jan 1;172(1):59–68.
3. Béjot Y, Bailly H, Durier J, Giroud M. Epidemiology of stroke in Europe and trends for the 21st century. Vol. 45, *Presse Medicale*. Elsevier Masson; 2016. p. e391–8.
4. Rennert RC, Wali AR, Steinberg JA, Santiago-Dieppa DR, Olson SE, Pannell JS, et al. Epidemiology, Natural History, and Clinical Presentation of Large Vessel Ischemic Stroke. *Clin Neurosurg* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2021 Oct 25];85(suppl_1):S4–8. Available from: https://academic.oup.com/neurosurgery/article/85/suppl_1/S4/5512719.
5. Favate AS, Younger DS. Epidemiology of Ischemic Stroke [Internet]. Vol. 34, *Neurologic Clinics*. 2016 [cited 2021 Oct 25]. p. 967–80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ncl.2016.06.013>.
6. Felling RJ, Sun LR, Maxwell EC, Goldenberg N, Bernard T. Pediatric arterial ischemic stroke: Epidemiology, risk factors, and management. *Blood Cells, Mol Dis*. 2017 Sep 1;67:23–33.
7. Escolar-Albaladejo G, Barón-Esquivias G, Zamorano JL, Betegón-Nicolás L, Canal-Fontcuberta C, de Salas-Cansado M, et al. Análisis coste-utilidad de apixabán frente al ácido acetilsalicílico en la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular no valvular en España. *Aten Primaria* [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2021 Oct 25];48(6):394–405. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-analisis->

coste-utilidad-apixaban-frente-al-S0212656715002607.

8. Ciprés E, Largo L, Villar C, Plou J, Domínguez A. Ictus incidencia, factores de riesgo y código ictus. *Rev Electrónica Portales Medicos* [Internet]. 2018 [cited 2021 Oct 25]; Available from: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/ictus-incidencia-factores-de-riesgo-y-codigo-ictus/>.
9. Uivarosan D, Abdel-Daim MM, Endres L, Purza L, Iovan C, Bungău S, et al. Effects of a proteic swine extract associated to recovery treatment on functional independence and quality of life in patients post stroke. *Farmacía*. 2018;66(5):826–30.
10. Kortazar-Zubizarreta I, Pinedo-Brochado A, Azkune-Calle I, Aguirre-Larracochea U, Gomez-Beldarrain M, Garcia-Monco JC. Predictors of in-hospital mortality after ischemic stroke: A prospective, single-center study. *Heal Sci Reports* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Oct 25];2(4):e110. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hsr2.110>.
11. O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): a case-control study. *Lancet* (London, England). 2016;388(10046):761–75.
12. De La Fuente J, García-Torrecillas JM, Solinas G, Iglesias-Espinosa MM, Garzón-Umerenkova A, Fiz-Pérez J. Structural equation model (SEM) of stroke mortality in Spanish inpatient hospital settings: The role of individual and contextual factors. *Front Neurol*. 2019;10(MAY):498.

Capítulo 38

DUE: ATENCIÓN AL PACIENTE CON EPOC

KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ

MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA

ELENA CABELLO FERNANDEZ

1 Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar inflamatoria crónica que está ocasionada por una obstrucción del flujo de aire hacia los pulmones.

Entre los síntomas principales del EPOC se incluyen: dificultad para respirar, tos, producción de moco, esputo y sibilancias.

En cuanto a las causas que lo provocan generalmente es causado por la exposición de forma prolongada durante largos períodos de tiempo a gases irritantes o partículas, a menudo también por la exposición al humo del tabaco.

Los pacientes que presentan EPOC tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas y cáncer de pulmón entre otras enfermedades.

Muchas personas que presentan la enfermedad pulmonar obstructiva crónica pueden no ser diagnosticadas hasta que la enfermedad esté más avanzada.

Para el diagnóstico del EPOC el personal facultativo médico revisa los signos y síntomas, analiza los antecedentes médicos y familiares, y revisa si existe

cualquier exposición por parte del individuo a irritantes pulmonares, especialmente a humo de tabaco.

Entre las pruebas diagnósticas que pueden complementar el diagnóstico de EPOC cabe destacar: radiografía de tórax, tomografía computarizada, pruebas de laboratorio, pruebas de gasometría arterial, pruebas de la función pulmonar (espirometría, oximetría de pulso, prueba de caminar durante 6 minutos, medición del volumen pulmonar).

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el paciente con EPOC, unificando criterios para mejorar la calidad asistencial.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es uno de los motivos por los que un número no despreciable de pacientes ingresan en las unidades de cuidados intensivos (UCI) de un hospital.

El personal de enfermería es el encargado de monitorizar, tratar y vigilar el nivel de consciencia (Recordar que si existe un bajo nivel de consciencia debemos de valorar o descartar si existe patología neurológica según historia clínica y otros síntomas asociados), realizar toma de constantes (presión arterial, frecuencia respiratoria y cardíaca, temperatura corporal y pulsioximetría), valorar si presenta estado cianótico o edemas.

En cuanto al tratamiento del paciente diferenciamos este en 2 fases: abordaje o manejo farmacológico y no farmacológico;

- Las bases del manejo no farmacológico del EPOC son el cese de la exposición del individuo al factor de riesgo, la rehabilitación pulmonar, realización de actividad física, la educación y el fomento del automanejo, inmunizaciones y un manejo nutricional adecuado.

El cese del hábito tabáquico es la intervención más efectiva en disminuir la progresión de la EPOC, y debe ser un objetivo principal a conseguir por parte del paciente.

En cuanto al manejo nutricional, el bajo peso se relaciona con una menor capacidad del individuo con EPOC para realizar ejercicio y una mayor mortalidad, por lo que en estos casos pueden indicarse la administración de suplementos nutricionales.

- En cuanto al manejo farmacológico inicial del EPOC este se basa en el tratamiento con medicamentos broncodilatadores, (agonistas y antimuscarínicos) y antiinflamatorios (corticoides) inhalados, ya sea por sí solos o combinados. Los broncodilatadores empleados pueden ser de corta o larga acción.

Estos medicamentos han demostrado beneficios en mejorar los síntomas de la enfermedad, aunque podemos decir que el uso de corticoides inhalados como terapia única para el EPOC no está recomendado, ya que sus beneficios no superan sus efectos adversos.

Para aquellos pacientes cuya respuesta a la farmacoterapia inhalada no ha resultado lo suficientemente satisfactoria existen opciones de manejo avanzado con fármacos orales, oxigenoterapia, intervenciones quirúrgicas y cuidados paliativos.

Si la situación de EPOC del paciente se ve agudizada de forma moderada, grave o muy grave puede ser necesaria la realización de una analítica completa (incluye bioquímica, hemograma coagulación, ProBNP, troponina), una gasometría arterial, una radiografía de tórax PA y Lateral, prueba de cultivo de esputo, la realización de hemocultivos si el paciente presenta fiebre.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en enfermería que desempeña sus funciones en un centro hospitalario en la unidad de cuidados intensivos como debe ser un adecuado tratamiento para aquellos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Hemos podido conocer en qué consiste la enfermedad, como se desarrolla o cuáles son sus principales causas así como también conocer sus principales síntomas para poder detectarla y las pruebas diagnósticas que la confirman.

Hemos visto el tratamiento de la enfermedad desde el abordaje de enfermería desde el tratamiento farmacológico al tratamiento no farmacológico, destacamos el uso de broncodilatadores y la terapia respiratoria.

6 Bibliografía

1- <https://medlineplus.gov>

› article

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) - MedlinePlus

2- <https://www.who.int>

› ... › Detail

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

3- <https://www.archbronconeumol.org>

› ...

Atención a la EPOC en el abordaje al paciente crónico en atención primaria

4- <https://www.cun.es>

› enfermedad-pu...

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica - Clínica Universidad de ...

Capítulo 39

ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS CÓLICOS DEL LACTANTE.

PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ

ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS

MARIA PASTOR BLANCO

AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ

1 Introducción

Los cólicos del lactante tienen diversas definiciones. Tradicionalmente, la definición se basaba en la "regla del 3" de Wessel: episodios de llanto durante más de tres horas al día, durante más de tres días a la semana y durante tres semanas en un niño, por lo demás sano (1,2). Más adelante Landgren (3) lo definió como periodos de llanto intenso e inconsolable que son vividos por los padres con gran angustia y preocupación. Recientemente, se han incluido en los trastornos gastrointestinales funcionales y la definición se ha ampliado: lactantes de menos de 4 meses de edad que presentan paroxismos de irritabilidad, nerviosismo o llanto, que se inicia sin causa aparente, que dura 3 horas o más al día, por lo menos 3 días a la semana por un periodo de al menos, una semana con desarrollo pondero estatural normal (3). Los episodios deben cumplir unos criterios: cada episodio de cólico ocurre repentinamente y tiene un principio y un fin concreto. El llanto es más intenso, fuerte, alto e imposible de calmarse a diferencia de un llanto normal. Además, va acompañado de una hipertensión generalizada (4).

La prevalencia es muy variable, en torno al 20% de los bebés lo sufren (1). Es mucho más frecuente en las primeras 6 semanas de vida y disminuye a partir de los 3 meses, tendiendo a desaparecer entre los 4-6 meses (5).

2 Objetivos

- Determinar la etiología y el tratamiento de los cólicos del lactante.
- Analizar la eficacia del uso de probióticos para el tratamiento de los cólicos del lactante.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos: Pubmed, Scielo, Clinicalkey y diferentes páginas web de elevado prestigio científico, entre los meses de noviembre de 2021 y enero de 2022.

Para la búsqueda se utilizó una combinación con diferentes operadores booleanos de las palabras claves: cólico, lactante y probióticos. Se limitó la búsqueda por fecha (últimos 5 años) e idioma (inglés o español) y se excluyeron los artículos que no se correspondían con recién nacidos. Se encontraron un total de 59 artículos de los cuales 10 fueron incluidos en esta revisión.

4 Resultados

Actualmente, la etiología del cólico infantil se desconoce. No obstante, se han sugerido varios factores que contribuyen a la manifestación de este.

En primer lugar, se ha propuesto como causa de los cólicos el modelo inmunológico que se centra en posibles alérgenos, como la alergia a la proteína de leche de vaca o la intolerancia a la lactosa. Ambas controvertidas. En segundo lugar, se ha atribuido a una disbiosis en la microbiota intestinal (6). Por ejemplo, los bebés con cólicos suelen tener niveles bajos de bifidobacterias y lactobacilos (1), las especies de *Escherichia Coli* y *Klebsiella* se detectan en mayores cantidades (1,2), hay un número reducido de especies productoras de butirato, etc. (1).

Otra posible causa sería la malabsorción de grasas y otros nutrientes como resultado de la inmadurez de la síntesis hepática, la reducción de los niveles intraluminales de ácidos biliares y la absorción ileal deficiente de los ácidos biliares pueden traducirse en una alteración de la microbiota intestinal (5).

También se cree que la desregulación de la actividad motora intestinal favorece el desarrollo de cólicos infantiles.

Como otros factores contribuyentes de los cólicos del lactante también se han sugerido alteraciones de la barrera e inflamación gastrointestinal crónica leve. Esto se explica por el hecho de que los niveles de calprotectina fecal eran dos veces más altas en bebés con cólicos (1) y va disminuyendo a medida que mejoran los episodios de llanto (6). La aerofagia también se considera un factor contribuyente (1).

Otros autores (7) señalan que la interacción inadecuada entre padres e hijo, la ansiedad de estos, el tabaquismo materno, la edad materna avanzada e incluso las migrañas maternas durante el embarazo pueden contribuir al desarrollo de cólicos en el lactante.

A pesar de que no existen pruebas complementarias o estudios analíticos para el diagnóstico y es una afección autolimitada, común y benigna se debe realizar una anamnesis y un examen exhaustivo para descartar otras patologías. También debe obtenerse un historial completo de cuidados del niño haciendo hincapié en el patrón de alimentación, de llanto y el afrontamiento de los padres y debe examinarse la gráfica de altura y peso para evaluar la ganancia pondero estatural (4).

Como es un proceso autolimitado cualquier tratamiento propuesto debe estar exento de cualquier riesgo o efecto adverso.

Existen varias opciones de tratamiento:

Tanto las técnicas calmantes como las técnicas quiroprácticas, aunque hay evidencia escasa de su utilidad, poseen un posible efecto beneficioso y carecen de efectos adversos (4,5,8).

Por otro lado, no hay evidencias que apoyen el uso de fármacos como la Simeticona, Clorhidrato de Dimeticona, Bromuro de Cimetropio, Diccloverina o Bloqueadores del ácido. (1,4,5) ni tampoco analgésicos (1) para el tratamiento de los cólicos del lactante.

En cuanto a las modificaciones de la dieta según algunos estudios (9) la utilización de un suplemento de la enzima lactasa y la combinación de galactooligosacáridos de cadena corta y fructooligosacáridos de cadena larga y fórmula fermentada al 50% evidencio menos cólicos. Las bacterias muertas o tinalizadas también parecen ser beneficiosas como resultado de la reducción de la permeabilidad intestinal (9).

Asimismo, el uso de fórmula parcialmente hidrolizada en los bebés alimentados con leche artificial parece tener algún beneficio, aunque los datos son limitados (1). Las fórmulas a base de proteína de soja no están recomendadas para menores

de 6 meses. (5) No obstante, en el caso de los bebés alimentados exclusiva o predominantemente con lactancia materna la recomendación de la manipulación de la dieta materna es débil (9). Debe adoptar una dieta controlada, con bajo contenido de alérgenos evitando la leche de vaca y los alimentos lácteos y con una ingesta adecuada de vitaminas y minerales durante al menos dos semanas. Si en este periodo de tiempo no se observa mejoría se debe suspender (1,2).

Por último, varios autores han estudiado la efectividad y seguridad del uso de probióticos en el tratamiento del cólico del lactante (3,10).

En general, los probióticos disminuyen el malestar de los cólicos, puesto que inhiben el crecimiento de bacterias productoras de gas, disminuyen la inflamación intestinal y facilitan el vaciado gástrico.

Un estudio (10) expone que uno de cada 3-4 lactantes tratados con *Lactobacillus Reuteri* podrían beneficiarse, aunque el efecto no comienza hasta los 7-14 días y desaparece alrededor de los 28 días por lo que no debería prolongarse el tratamiento más de 21 días. Por último, una revisión Cochrane (3) evaluó la eficacia y seguridad del tratamiento del cólico del lactante con probióticos concluyó que no existe una evidencia clara de que sean efectivos, aunque el tiempo de llanto parecía reducirse.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, la etiología del cólico infantil se desconoce. Parece tener una etiología multifactorial con la necesidad de un enfoque de tratamiento estratificado. El pilar fundamental del tratamiento es la adquisición por parte de los padres, de habilidades para calmar al bebé. También se debe asegurar a los padres que el bebé está sano, los cólicos son autolimitados y no tienen efectos adversos a largo plazo.

No obstante, si por la gravedad y/o frecuencia de los episodios los padres no pueden afrontar la situación se harán intervenciones terapéuticas, aunque las posibilidades de tratamiento son limitadas. La evidencia sugiere que la manipulación de la microbiota puede ser beneficiosa. *L. Reuteri* DSM 17938 es la cepa prebiótica de elección, puesto que ha demostrado más evidencia científica en el tratamiento del cólico del lactante. No obstante, la eficacia parece estar relacionada con la lactancia materna, mientras que para los bebés alimentados con fórmula artificial es limitada. Se necesitan más estudios que incluyan a niños alimentados con fórmula artificial y grupos específicos de lactantes como, por ejemplo, los bebés prematuros.

6 Bibliografía

1. Daelemans S, Peeters L, Hauser B, Vandenplas Y. Recent advances in understanding and managing infantile colic. *F1000Res*. 2018; 7:14-26.
2. Rhoads JM, Collins J, Fatheree NY, Hashmi SS, Taylor CM, Luo M, Hoang TK, Gleason WA, Van Arsdall MR, Navarro F, Liu Y. Infant Colic Represents Gut Inflammation and Dysbiosis. *J Pediatr*. 2018; 203: 55-61.
3. Ong TG, Gordon M, Banks SS, Thomas MR, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 3(3).
4. Lam TML, Chan PC, Goh LH. Approach to infantile colic in primary care. *Singapore Med J*. 2019; 60(1): 12-16.
5. Camilleri M, Park SY, Scarpato E, Staiano A. Exploring hypotheses and rationale for causes of infantile colic. *Neurogastroenterol Motil*. 2017; 29(2): 10.
6. Sung V, D'Amico F, Cabana MD, Chau K, Koren G, Savino F, Szajewska H, Deshpande G, Dupont C, Indrio F, Mentula S, Partty A, Tancredi D. *Lactobacillus reuteri* to Treat Infant Colic: A Meta-analysis. *Pediatrics*. 2018;141(1).
7. Mai T, Fatheree NY, Gleason W, Liu Y, Rhoads JM. Infantile Colic: New Insights into an Old Problem. *Gastroenterol Clin North Am*. 2018; 47(4): 829-844.
8. Holm LV, Jarbøl DE, Christensen HW, Søndergaard J, Hestbæk L. The effect of chiropractic treatment on infantile colic: study protocol for a single-blind randomized controlled trial. *Chiropr Man Therap*. 2018; 26: 17.
9. Vandenplas Y, Ludwig T, Bouritius H, Alliet P, Forde D, Peeters S, Huet F, Hourihane J. Randomised controlled trial demonstrates that fermented infant formula with short-chain galacto-oligosaccharides and long-chain fructo-oligosaccharides reduces the incidence of infantile colic. *Acta Paediatr*. 2017; 106(7): 1150-1158.
10. Aparicio M. ¿Son eficaces los probióticos para tratar el cólico del lactante? *Evid Pediatr*. 2018;14:13.

Capítulo 40

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. MÉTODO BABY LED WEANING

MARIA PASTOR BLANCO

AIDA SÁNCHEZ MUÑIZ

PAULA SUÁREZ FERNÁNDEZ

ISABEL SOLÍS CIENFUEGOS

1 Introducción

La alimentación complementaria se trata de un proceso por el cual se ofrecen al lactante alimentos sólidos o líquidos distintos de la leche materna o de una fórmula infantil como complemento y no como sustitución de esta. Hasta los seis meses, el alimento en exclusiva para el lactante ha de ser la leche, bien sea materna, aportando todos sus beneficios y nutrientes, o la leche adaptada para lactantes hasta los 6 meses. Para el inicio de la misma el bebé ha de cumplir ciertos requisitos para poder realizarlo de una forma saludable y segura. Alguno de estos requisitos son; mantener una sedestación estable con apoyo, haber cumplido los seis meses de edad o haber perdido el reflejo de extrusión tan presente en los lactantes hasta los seis meses. El inicio prematuro de la alimentación complementaria, puede acarrear trastornos tanto a largo como a corto plazo en el desarrollo del lactante. A corto plazo podemos encontrarnos con un aumento de la probabilidad de atragantamiento, aumento de las gastroenteritis e infecciones respiratorias, interferencia con la biodisponibilidad del hierro y del zinc de la leche materna además de poderse sustituir y perder tomas de lactancia por tomas de

otros alimentos menos nutritivos. A largo plazo podemos encontrarnos con problemas metabólicos como obesidad o diabetes mellitus, mayor riesgo de eccema atópico o aumento de las tasas de destete precoz. Sin embargo, el alargar el inicio de la misma, podría acarrear problemas como anemia, problemas nutricionales, aumento de las alergias e intolerancias, peor aceptación de las diferentes texturas y sabores y mayor posibilidad de alteración de habilidades motoras orales. Por lo que no se recomienda alargarlo más allá de los 7 meses.

2 Objetivos

- Conocer los requisitos para iniciar la alimentación complementaria.
- Desarrollar el método baby led weaning o alimentación autorregulada por el bebé como método de alimentación complementaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica en las diferentes bases de datos digitales como PubMed, Cochrane, Google académico, Scielo, Dialnet, clinicalkey y Cuiden. Los términos de búsqueda incluyeron artículos desde enero de 2011 Hasta enero de 2021, escritos tanto en inglés, portugués, francés o español que incluyeran los términos de búsqueda establecidos.

4 Resultados

Con el paso de los años, los criterios para iniciar de alimentación se han ido modificando, se ha pasado de una alimentación complementaria en la que no se tenían en cuenta al lactante, se le alimentaba sin permitirle decidir cuando iniciar y cuando finalizar cada una de las comidas, generalmente con alimentos triturados, limitando su capacidad de masticación y dificultando su posterior adaptación a los alimentos sólidos, sin triturar. Los padres son los que alimentaban a los niños, ellos les darían el alimento en la boca y el bebé solo tendría que deglutir el mismo. No se practicaría el acto de la masticación por lo que el proceso de digestión no se realizaría de forma completa, desde el inicio. Con el transcurso de los años, la tendencia ha ido cambiando, la bibliografía refleja un método que se denomina Baby Led Weaning, o alimentación autorregulada por el bebé. Esta metodología refleja una tendencia diferente, se le ofrecerían los diferentes alimentos a los bebés, con diferentes formas y texturas de una forma segura, con

un tipo de cortes adecuados para que ellos mismos puedan gestionar los alimentos y decidir cuando iniciar y finalizar las comidas, aprendiendo a detectar los signos de hambre y saciedad. Los cortes deben ser adecuados para sus manos, se denominan finger food, alargados, que sobresalgan tanto por arriba como por abajo de sus manos, del tamaño y forma aproximado de un dedo índice. Los alimentos redondos deben recortarse en dos o cuatro porciones para que disminuya el riesgo de obstrucción de la vía aérea en alimentos como uvas, tomates Cherry o arándanos.

Los alimentos deben introducirse de uno en uno, tanto en un tipo de alimentación como en el otro, para evitar riesgo de alergias. Los alimentos con alto riesgo alergénico, deberían respetar la regla de los tres días, es decir, tres días con el mismo alimento sin introducir ninguno nuevo.

5 Discusión-Conclusión

Tanto la alimentación complementaria a través de triturados como la alimentación autorregulada por el bebé son válidas para iniciar la alimentación complementaria. El baby led weaning, según demuestran los estudios, tiene numerosas ventajas para el bebé, permite al niño respetar sus señales de hambre y saciedad así como favorece que el niño tenga una alimentación activa desde el inicio, nadie le obliga a comer, él decide qué y cómo comerlo, fomenta la independencia del niño, además de permitirle probar diferentes texturas, colores y sabores. Fomenta, promueve y estimula el desarrollo psicomotor del niño, aprenden a manejar la pinza y mejoran la coordinación oculomanual y la masticación, así como el desarrollo de su musculatura y desarrollo bucofaríngeo. Por lo que el BLW se trata de un método válido, seguro, sano y saludable para el inicio de la alimentación complementaria en el lactante, teniendo en cuenta que hasta el año la alimentación principal del bebé es la lactancia.

6 Bibliografía

1. Cuadros-Mendoza, CA et al. Actualidades en alimentación complementaria. Acta pediátr. Méx [online]. 2017, vol.38, n.3 [citado 2022-01-14], pp.182-201. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912017000300182&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2395-8235. <https://doi.org/10.18233/apm38no3pp182-2011390>.
2. Brunner-López, Olga y Grupo de especialización de nutrición pediátrica de la academia española de nutrición y dietética et al. Texturas evoluti-

vas en la introducción de nuevos alimentos: un acercamiento teórico. *Rev Esp Nutr Hum Diet* [online]. 2019, vol.23, n.2 [citado 2022-01-15], pp.104-122. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2174-51452019000200008&lng=es&nrm=iso>.

Epub 29-Jun-2020. ISSN 2174-5145. <https://dx.doi.org/10.14306/renhyd.23.2.459>.

3. Baby-led weaning: what a systematic review of the literature adds on Enza D'Auria, Marcello Bergamini, Annamaria Staiano, Giuseppe Banderali, Erica Pen-dezza, Francesca Penagini, Gian Vincenzo Zuccotti, Diego Giampietro Peroni, on behalf of the Italian Society of Pediatrics *Ital J Pediatr*. 2018; 44: 49. Published on-line 2018 May 3. doi: 10.1186/s13052-018-0487-8 PMCID: PMC5934812.

Capítulo 41

DUE: PLAN DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS: MANEJO DEL DESFIBRILADOR SEMIAUTOMÁTICO

MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA

ELENA CABELLO FERNANDEZ

KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

El servicio de urgencias y emergencias dentro de un centro hospitalario es el encargado de ofrecer una respuesta inmediata los 365 días del año durante las 24 horas del día ante aquellas situaciones en las que el estado de salud del individuo se encuentra comprometido.

Entre estas situaciones podemos encontrar la parada cardio-respiratoria, que consiste en la repentina detención de la respiración y del latido cardíaco en un individuo. Puede estar causada por diversos motivos: ahogo por inmersión o choque eléctrico, efectos adversos a una anestesia u otros fármacos o un esfuerzo físico muy extremo entre otros.

Cada vez es más común el uso de la DESA, un aparato electrónico portátil que trata la parada cardiorrespiratoria y que cualquier ciudadano puede utilizar si ha realizado un curso de Soporte Vital Básico.

La existencia de un desfibrilador semiautomático en un espacio cardio protegido permite la disminución de situaciones dramáticas y agiliza una situación de emergencia, por lo que su uso en las unidades de urgencias hospitalarias está muy extendido, formando parte del carro de paradas, donde se encuentra el material médico necesario para atender una parada cardio-respiratoria (medicamentos, jeringas, agujas, material de intubación, sueros, mascarilla de oxígeno, bala de oxígeno, ambú, tensiómetro, glucómetro...)

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la utilización del desfibrilador semiautomático en un servicio de urgencias, unificando criterios para mejorar nuestros conocimientos y la atención del paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Ante un paciente que se encuentra en parada cardio-respiratoria podemos encontrar dos tipos de ritmos cardiacos diferentes:

Por un lado, podemos encontrar que el paciente presenta ritmos cardiacos no desfibrilables que son la asistolia y la disociación electromecánica, ésta última consiste en la prolongación de la actividad eléctrica del corazón cuando no hay actividad mecánica en el mismo. Por otro lado, podemos registrar también ritmos desfibrilables, como pueden ser la taquicardia ventricular sin pulso y la fibrilación ventricular.

En el caso de que nos encontremos ante un paciente que presenta ritmos desfibrilables podemos aplicar el DESA, ya que tienen mejor pronóstico y son más

fáciles de revertir si se desfibrilan de manera temprana antes de que pasen a ser una asistolia.

El DESA se debe utilizar solo si la víctima no respira.

El DESA va indicando los pasos que hay que realizar mediante instrucciones verbales, escritas y con señales luminosas.

Si el vello del paciente dificulta la correcta colocación de los parches lo rasuraremos. Le retiraremos cualquier objeto, mueble o material metálico con el que pueda estar en contacto.

- Abrimos el dispositivo y encendemos el DESA, casi todos los modelos están formados principalmente por 3 botones: encendido, análisis del ritmo cardíaco y descarga o choque eléctrico.
- Colocar los electrodos adhesivos sobre el tórax de la víctima, si el paciente es portador de un parche de medicación debemos retirarlo y si tiene un marcapasos o un desfibrilador automático implantable colocaremos el parche del desfibrilador al menos a 10 cm de distancia del dispositivo. Normalmente, coloca un parche bajo la clavícula derecha y otro en la línea media axilar izquierda.
- A continuación seguiremos las instrucciones verbales y visuales que emite el DESA.
- Cuando el DESA está analizando el ritmo cardíaco o realizando una descarga nadie debe tocar a la víctima.
- Tras la descarga si esta está indicada, se inician 2 minutos de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) antes de evaluar de nuevo el pulso del paciente.
- Si el DESA determina que la descarga no está indicada se debe seguir la RCP y evaluar de nuevo siguiendo las instrucciones del DESA.

5 Discusión-Conclusión

Como profesionales de enfermería destacamos la importancia de una rápida actuación con el DESA en una posible situación urgente, por lo que es muy importante la formación de los profesionales encargados de su manipulación.

Los espacios cardio protegidos nos ayudan a mejorar la seguridad de nuestro entorno, por lo que no solo son importantes en su aplicación en el ámbito sanitario, sino que también es importante la formación ciudadana en este sentido, ya que nos podemos encontrar esta situación en cualquier momento.

Recordar también que si la víctima comienza a respirar o a recuperar el conocimiento, entonces se debe parar.

6 Bibliografía

1- <https://061.sergas.gal>

› Paxinas › web

Programa Desas - Fundación Pública Urgencias Sanitarias de Galicia - 061

2- <https://www.mscbs.gob.es>

› snsPDF

Desfibrilación semiautomática en España - Ministerio de Sanidad

3- <https://www.xunta.gal>›

nova› prog...

El programa de la DESA de Urgencias Sanitarias de Galicia-061 salva ...

Capítulo 42

LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL PAPEL DE LA ENFERMERIA EN PACIENTES CON EPOC.

NURIA LÓPEZ CASTILLO

1 Introducción

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar progresiva y potencialmente mortal, con evolución lenta y que viene a ser visible a partir de los 40-50 años de edad.

Una de las muchas definiciones que existen sobre la enfermedad la define como la dificultad para respirar a causa de una limitación al flujo aéreo que no es totalmente reversible. La limitación es normalmente progresiva y se encuentra asociada a una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones frente a partículas nocivas, principalmente al humo del tabaco o gases.

La EPOC debilita a los pacientes de forma progresiva, con una discapacidad cada vez mayor y el empeoramiento del impacto de las exacerbaciones.

El retraso diagnóstico induce síntomas y limitaciones que podrían aliviarse con el tratamiento adecuado. Uno de los problemas clave está en el infradiagnóstico y la no adherencia al tratamiento.

Sin lugar a dudas, un elemento fundamental en la atención integral y multidisciplinar en los pacientes con EPOC es desarrollada por las enfermeras. La entrevista con cada paciente y familia en el hospital o centro de salud, es el marco que permite establecer una valoración encaminada a detectar alteraciones en los patrones funcionales, en las exacerbaciones y en el grado de adherencia al tratamiento.

2 Objetivos

- Exponer la importancia de la buena adherencia al tratamiento en los pacientes con EPOC.
- Conocer el papel fundamental de enfermería con los pacientes con EPOC.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) frecuentemente inician la enfermedad con una fase asintomática, no manifestándose hasta los 40-50 años de edad, donde los síntomas principales son la tos crónica, expectoración matutina y disnea (bien sea en reposo, nocturna, con actividades básicas de la vida diaria).

La disnea es el síntoma más frecuente e incapacitante, se hace progresiva y es considerada como un síntoma complejo y angustiante, asociado a la disminución de calidad de vida.

Para poder confirmar el diagnóstico, establecer su gravedad y el pronóstico es necesaria una espirometría. Es una técnica no invasiva y de bajo coste que además es fundamental para el manejo del EPOC.

El tratamiento del EPOC consta en tratamiento no farmacológico y farmacológico.

Son fundamentales las medidas no farmacológicas como el cese del tabaco y el aumento de actividad física según necesidades. Para ello, es imprescindible el autocuidado y la educación sanitaria que permite al paciente y familia entender la enfermedad y adquirir habilidades y actitudes que les harán partícipes en la enfermedad.

Por otro lado, el tratamiento farmacológico es crucial para evitar exacerbaciones. Se recomienda el uso de broncodilatadores de acción prolongada para administrar regularmente y los broncodilatadores de acción breve usados a demanda.

La falta de cumplimiento de tratamiento es frecuente en esta enfermedad. La mala adherencia al tratamiento es una de las principales causas de mala evolución del EPOC. Diversos estudios demuestran que una atención integral junto con una correcta educación sanitaria mejora los resultados de mala adherencia tratamiento.

Por ello, la actuación de enfermería en materia de educación sanitaria al paciente con esta patología es imprescindible para la adherencia al tratamiento y que mejore el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

5 Discusión-Conclusión

Cada vez hay más evidencia de que la detección, el diagnóstico y el tratamiento de mantenimiento en el EPOC, junto con la cesación tabáquica y el ejercicio, pueden ayudar al mejor control de los síntomas y de la progresión de esta enfermedad. El papel de las enfermeras es esencial para el manejo del estado del paciente, el diagnóstico y la valoración del EPOC, además de ofrecer al paciente y familia orientación, educación sanitaria y apoyo emocional.

Por estas razones es que enfermería tiene un papel crucial en la adherencia al tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico en los pacientes con EPOC.

6 Bibliografía

1. Villarejo L. Diagnósticos de enfermería prevalentes en pacientes con EPOC tras el alta hospitalaria. Revista de enfermería [Internet]. 2011; 5(3): 16-24. Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/30>.
2. Price D, Freeman D, Cleland J, et al. Diagnóstico y tratamiento precoz de la EPOC en atención primaria. Primary Care Respiratory Journal [Internet]. 2011; 20(1): 15-22. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.659.6532&rep=rep1&type=pdf>.
3. Concepción A. Consulta enfermera en el diagnóstico de la EPOC en atención primaria de s/c de La Palma. Sede de la Palma. 2019. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/15180>.

Capítulo 43

EL TÉCNICO AUXILIAR DE ENFERMERÍA: ALIMENTACIÓN Y DIETAS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

MARÍA JOSÉ CASES SANTÍN

1 Introducción

Denominamos “alimentación” al procedimiento de suministrar a un paciente el sustento que necesita. La masticación, deglución e ingestión son partes esenciales de la alimentación, podemos decir que donde concluye la alimentación comienza la nutrición; procedimiento por el cual el paciente toma, altera y emplea la materia que aportan los alimentos por medio de procedimientos automáticos y reflejos.

El organismo utiliza las sustancias químicas obtenidas de los alimentos para aportar energía y elementos estructurales para el crecimiento y reparación de los diferentes tejidos y órganos del cuerpo.

Nuestro metabolismo ejecuta una sucesión de reacciones orgánicas para realizar diferentes funciones básicas de nuestro día a día. Hay dos modelos de reacciones metabólicas, las “anabólicas” en las que las sustancias simples se convierten en otras más complejas; aminoácidos en proteínas, y las “catabólicas” que convierten sustancias complejas en simples produciendo energía.

El paciente necesita macronutrientes orgánicos: hidratos de carbono, lípidos y proteínas y también micronutrientes, vitaminas hidrosolubles: C, B1, B2, B5, B9, B12, que se eliminan por la orina; y liposolubles: A, D, K, E, que precisan grasa y

bilis para ser asimiladas, se almacenan en el hígado y en tejido adiposo. Minerales, calcio, fósforo, magnesio, sodio, además de agua, la cual es esencial para la vida. El Técnico Auxiliar de Enfermería debe dominar los componentes de los alimentos necesarios para conseguir un estado nutricional óptimo, conocer diferentes tipos de dietas equilibradas para cada tipo de paciente, para ello utilizamos los porcentajes de nutrientes óptimos para conseguirlo.

- Hidratos de carbono 55-60%.

- Grasa 30-35%.

- Proteínas 10-15%.

2 Objetivos

Conocer el tipo de alimentación y dietas disponibles para el paciente hospitalizado.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se realizó una revisión bibliográfica y se utilizaron las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, Medline, siguiendo una serie de pasos consistentes en búsqueda de información en libros y consulta de artículos científicos de publicaciones revisadas.

4 Resultados

El esquema de la “Pirámide nutricional” muestra de forma general al Técnico Auxiliar de Enfermería lo que el paciente debe comer cada día para tener una dieta saludable y equilibrada a sus necesidades. El consumo de estos alimentos está en función de la posición que estos ocupen en la misma, consumiendo con más frecuencia los que se encuentren en la base y en mayor proporción, y en menor medida o casi nula los que están situados en el vértice.

En la base de la pirámide y de forma ascendente encontramos:

1. Para mantener estilo de vida saludable:

- Equilibrio emocional y balance energético.

- Técnicas culinarias saludables, beber de 4-6 vasos de agua al día.

2. Según el grado de actividad física el grupo de consumo en cada comida principal será:

- Entre 3-5 veces al día, verduras, frutas, aceite.

- Entre 3-4 veces al día, pan, pasta, frutos secos, arroz, harina, patatas, legumbres. (Dependiendo de la actividad física).

- Entre 2-3 veces al día alternando, leche, productos lácteos, yogures, queso, huevos, carne pollo- conejo- cerdo, pescado.

3. Consumo opcional, muy ocasional y moderado.

- Embutidos, galletas, carnes rojas.

- Helados, bollería industrial, mantequilla, tartas, chuches, etc.

- Bebidas fermentadas, consumo opcional y responsable en adultos.

Desde el punto de vista nutricional clasificaremos los alimentos en:

1. Alimentos energéticos: Son fuente de calorías y aportan energía.

Grupo 1: cereales, patatas, azúcar.

Grupo 2: mantequilla, aceites, grasa.

2. Alimentos formadores: Estos renuevan los tejidos.

Grupo 3: carne, pescado, huevos, legumbres, frutos secos.

Grupo 4: leche y derivados.

3. Alimentos reguladores: controlan el metabolismo siendo ricos en vitaminas y minerales.

Grupo 5: verduras y hortalizas.

Grupo 6: frutas.

Dietas terapéuticas:

Incluyen cantidades y tipos concretos de alimentos, las utilizamos para: promover una forma de vida saludable, por causa de un proceso patológico, para preparar al paciente para una intervención o exploración o para prevenir complicaciones. La dieta que se dispone a un paciente puede ser para toda la vida o temporalmente mientras dure su proceso, modificando algunos de sus componentes, cantidades o contenido calórico.

- Dieta normal (basal): sin variaciones importantes se le proporcionan al paciente todos los nutrientes esenciales. Según su consistencia, para facilitar masticación, deglución y digestión, puede ser:

1. Líquida: infusiones, agua, caldos, zumos. Se utiliza principalmente tras procesos operatorios, para que el paciente empiece a tolerar como dieta de inicio.

2. Semiblanda o transición: incluye además de líquidos, sopas, purés, yogures, papillas, etc.

3. Blanda: sin contenido nervudo o duro, sin condimentos, son alimentos de fácil masticación, cremas, purés, tortilla francesa, pescado.

4. Ligeras: en ella los alimentos se cocinan evitando grasas, y de forma sencilla, plancha, hervidos, etc.

5. Especiales: estas son terapéuticas, sin gluten, pobre en residuos, sin lactosa, etc.
6. Absoluta: en la que se suspende totalmente el aporte de agua y alimentos, proporcionando solamente sueros. Utilizada en exploraciones, intervenciones y algunas patologías.

5 Discusión-Conclusión

La alimentación de un paciente es fundamental para la recuperación de este, no solo por el alimento, también por la frecuencia y cantidad en relación a la patología o los diferentes procesos por los que el paciente se encuentre en el hospital.

El Técnico Auxiliar de Enfermería tiene un papel fundamental tanto en el control como en la asistencia en la alimentación del paciente hospitalizado, sobre todo en la población anciana, predominante entre los ingresados, con un mayor riesgo de desnutrición y deshidratación que el resto de la población.

Debemos garantizar un aporte equilibrado de los nutrientes básicos, estar al tanto de alergias e intolerancias, asistir en el proceso de masticación y deglución para prevenir eventos adversos (broncoaspiración, regurgitación, atragantamientos), extremar la precaución en pacientes complicados (bajo nivel de conciencia, problemas neurológicos severos, deficiencias mentales).

Todo ello nos obliga a conocer las pautas básicas de nutrición y aplicarlas en nuestros pacientes de forma individualizada y personalizada, así como registrar de forma pormenorizada en la historia clínica, cualquier evento objetivado en relación al proceso de ingesta que observemos en el paciente.

6 Bibliografía

1. www.medlineplus.gov
2. www.riojasalud.es
3. www.scielo.isciii.es

Capítulo 44

MEDIDAS HIGIÉNICAS A REALIZAR ANTE LA PRESENCIA DE PACIENTES CON RESULTADO POSITIVO EN SARS-COV2 DENTRO DE UN CENTRO SANITARIO.

ERMITAS ESTRELLA BOLAÑO GOMEZ

1 Introducción

El nuevo virus de la familia de los coronavirus SARS-CoV-2, es el virus que se conoce responsable de la enfermedad de la covid-19, el método de transmisión de dicho virus entre las personas se produce mediante la tos, los estornudos o las gotas de Flugge o los núcleos goticuláres de Wells, incluso al hablar. Muchos tipos de superficies habituales pueden formularse como fómites en la transmisión del virus, en dichas superficies el virus puede subsistir un número determinado de horas.

En nuestro país se han adoptado una serie de medidas para promover la desinfección de dichas superficies y, por lo tanto, la propagación del virus.

Se han realizado averiguaciones que relatan que el tiempo que el SARS-CoV-2 puede llegar a persistir en las superficies de plástico y acero es de varias horas, por lo que el Ministerio de Sanidad ha recalcado la importancia de la desinfección en todos los espacios con detergentes y sustancias específicas para la erradicación de este y de tal manera, que esto puede producir la no propagación de dicho virus. Dentro de los centros sanitarios es imprescindible que el protocolo de limpieza se respete al máximo, al igual que en los centros de salud y todos los espacios

de ámbito público y privado que han sido habilitados para la atención de los pacientes diagnosticados como positivos de Covid-19.

Dentro de todas estas instalaciones mencionadas anteriormente, es extremadamente importante la erradicación de cualquier riesgo de contagio mediante la implantación de unas medidas y protocolos de higiene adecuadas. Los protocolos de limpieza y desinfección deben seguirse de manera estricta en cada espacio sanitario que se encuentre en contacto, tanto con pacientes como con personal.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es el de describir las medidas higiénicas frente a la Covid-19 dentro de los ámbitos sanitarios.

3 Metodología

Este trabajo consiste en una revisión integrada, basada en una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y páginas webs oficiales, de las que hemos obtenido una serie de artículos de los cuales hemos recogido la información. Dichas páginas son Scielo, Sciendirect, Redalyc, o Mediagraphic recogidas en buscadores como Pubmed, Cochrane o Google académico.

4 Resultados

En el momento de la realización de una exploración por parte de cualquier personal sanitario hacia un paciente que padezca una infección de la Covid-19 o tenga sospecha de infección de la misma, debe seguir una serie de protocolos para su protección individual.

Protección individual:

- A la hora de entrar en una habitación donde se encuentran pacientes positivos de la Covid-19 o una habitación de aislamiento, el personal debe disponer de un Equipo de Protección Individual para que no se produzca la transmisión de la infección por el contagio del virus.
 - El equipo de protección individual debe de constar de una bata, una protección respiratoria o mascarilla, gafas y guantes.
1. Bata:
- Se tratará de una bata de un solo uso y resistente a las sustancias líquidas.
 - La colocación de EPI se realizará antes de entrar en la habitación.

- Una vez se realizan las pruebas requeridas, el equipo de protección se desechará dentro de la habitación y se depositará en el contenedor correspondiente, el cual debe estar dentro de la misma habitación.
- Protección respiratoria:
 - La mascarilla recomendada por su eficacia de filtración es la FFP2, esta se pondrá en el momento en el que se entre en la habitación. Es primordial la comprobación de su buena colocación comprobando que se encuentra bien ajustada y que no sale aire por ninguno de los laterales de la misma.
 - En el caso en el que en la habitación se vayan a generar aerosoles se recomienda la utilización de una mascarilla de tipo FFP3.

2. Protección ocular:

- Se colocará unas gafas o pantallas antisalpicaduras antes de entrar a la habitación.
- Si en el interior de la habitación se van a generar aerosoles se podrán usar gafas o pantallas ajustadas de montura integral o un protector facial completo.
- La retirada de la protección ocular se realizará justo antes de salir de la habitación.
- Algunos protectores oculares se pueden reutilizar. En el caso de querer reutilizarlas, se pondrán en un contenedor especial y se llevarán a la sala de esterilización para su desinfección.

3. Guantes

- El mejor tipo para el trabajo a realizar con este tipo de infección son los guantes de látex. Su colocación se realizará siempre de una de manera posterior a una higiene de manos correcta. No son necesarios guantes estériles, salvo que el procedimiento lo requiera.
- Se debe cambiar los guantes en caso de rotura o suciedad de los mismos.
- Los guantes se desechan antes de salir de la habitación en un contenedor de residuos con tapa.
- Se realizará inmediatamente posterior a su uso el lavado de manos.
- Es fundamental que si un trabajador usa guantes, lo haga de forma cuidadosa y siguiendo las recomendaciones, ya que un mal uso de estos puede favorecer la propagación de la infección.

5 Discusión-Conclusión

En los centros sanitarios se encuentran personas vulnerables o que se encuentran en un proceso patológico y que su contagio con el virus SARS-COV2 puede

llegar a producirles un desenlace mortal. Por ello es esencial que en todos los centros sanitarios y residencias se cumpla de manera estricta las medidas higiénicas de limpieza y desinfección de los centros frente a la enfermedad de la Covid-19. Solo de esta manera podremos garantizar la seguridad de dichos pacientes, usuarios y trabajadores sanitarios y no sanitarios. Con estas medidas de desinfección también evitaremos en gran medida la propagación de manifestado virus y, por tanto, el aumento de los casos.

6 Bibliografía

1. Redaccionmedica.com [Internet]. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-desinfectante-superficie-lejia-aprobado-sanidad-covid-19-8761>.
2. Medidas higiénicas para la prevención de contagios del covid-19. 6 de abril de 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Medidas_higienicas_covid-19.pdf.
3. mac-ser.com [Internet]. Disponible en: <https://mac-ser.com/limpieza-desinfeccion-espacios-sanitarios-evitar-contagio-covid-19/>.
4. Procedimiento de limpieza y desinfección de superficies y espacios para la prevención del coronavirus en la comunidad autónoma de Andalucía 19 de marzo de 2020. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/200320_ProcedimientoLD_Coronavirus_and.pdf
5. Infección Covid-19. Lo que el técnico debe saber. Sociedad española de radiología médica. Disponible en: https://seram.es/images/site/Infecci%C3%B3n_covid_19_ter.pdf

Capítulo 45

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL CÁNCER VAGINAL

COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Se puede decir que la vagina es el paso por el que salen del cuerpo los líquidos en los periodos menstruales. Otra manera de denominar a la vagina es canal de parto. Por medio de la vagina se conecta el cuello del útero y la vulva (genitales externos).

El cáncer de la vagina es una enfermedad en la cual las células malignas se encuentran los tejidos de la vagina. Los tumores primarios de vagina son raros pues suelen extenderse desde el cuello o desde el endometrio.

Hay varios tipos de cáncer de la vagina, los dos más comunes son los siguientes: el carcinoma escamoso y el adenocarcinoma.

Los siguientes son los factores de riesgo que se sugieren en relación al cáncer vaginal:

- La edad, casi la mitad de los casos son mujeres de 70 años o más.
- Exposición a Diérgico les timbre y rol (DES) como un feto (en el embarazo, la madre tomó DES).
- Antecedentes en la familia de cáncer de vagina.

- Antecedentes en la familia de enfermedades de cuello uterino.
- Infección ocasionada por el HPV, o virus del papiloma humano.
- Infección de SIDA.
- Adenosis vaginal.
- Irritación vaginal.
- Fumar.

Existen tres tipos diferentes de tratamientos para pacientes que puedan tener cáncer de vagina:

- Cirugía.
- Quimioterapia (tópica).
- Radioterapia.

2 Objetivos

- Exponer la patología ginecológica de cáncer de vaginal.
- Comentar las principales formas de diagnóstico que existen para el cáncer vaginal.

3 Metodología

A la hora de elaborar este capítulo, se llevó a cabo una investigación que consistió en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente sobre el cáncer vaginal. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las bases de datos más importantes, como son: Pubmed, Medline y Scielo, se han elegido artículos científicos de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

1. Epidemiología:

El carcinoma escamoso es encontrado con más frecuencia en las mujeres de 60 a 80 años, y es el que provoca entre un 85 y un 90 por ciento de los cánceres vaginales.

El adenocarcinoma es encontrado más frecuentemente en mujeres de 12 a 30 años de edad, y es responsable de un 5-10 por ciento de todos los cánceres vaginales.

Las mujeres entre 18 a 20 años diagnosticadas de cáncer vaginal suelen tener madres que tomaron dietilestilbestrol durante el embarazo.

Son también factores de riesgo: radiación para el cáncer cervical, los tumores de recto, infección con el papiloma virus humano, adenosis vaginal, irritación vaginal, prolapso del útero y fumar.

2. Fisiopatología:

Normalmente el cáncer de vagina se sitúa en la pared posterior del tercio superior vaginal, este puede extenderse por la pared vaginal hasta alcanzar el cuello o la vulva. El tumor se expande mediante extensión directa hacia la fosa del obturador, los ligamentos cardinales, la pared pélvica lateral y el ligamento uretersacro.

La metástasis suele localizarse en los pulmones o los ganglios supraclaviculares.

3. Etapas:

- Etapa 0 o carcinoma in situ: el cáncer de la vagina en la etapa 0 es un cáncer temprano, se encuentra dentro de la vagina únicamente y solo en unas cuantas etapas celulares.
- Etapa I: el cáncer se encuentra en la vagina, pero no se ha diseminado fuera de esta.
- Etapa II: el cáncer se ha diseminado a los tejidos externos que se ubican en la parte de afuera de la vagina, pero sin llegar a los huesos de la pelvis.
- Etapa III: en esta etapa, el cáncer se ha extendido por los huesos de la pelvis. Las células cancerosas también se pueden haber extendido por otros órganos y a los ganglios linfáticos de la pelvis.
- Etapa IV: el cáncer se ha extendido al recto e incluso a la vejiga.
- Etapa V: el cáncer se ha extendido por otras partes del cuerpo, cómo pueden ser los pulmones.

Recurrente: una enfermedad recurrente es cuando el cáncer vuelve a aparecer (recurrido) después de haber sido tratado y curado. Este puede aparecer otra vez en la vagina o en cualquier otro lugar.

4. Pronóstico:

El pronóstico depende principalmente de la etapa en la que se encuentra la enfermedad, pero la supervivencia se reduce en pacientes mayores de 60 años, son síntomas al momento del diagnóstico, tienen lesiones del tercio inferior de la vagina o del centro de la misma, o también pueden tener tumores mal diferenciados. La extensión de la pared vaginal comprometida está relacionada con la

supervivencia y la etapa de la enfermedad en pacientes con carcinoma de células escamosas.

5. Signos y síntomas:

Algunas mujeres no presentan signos ni síntomas, pero de presentarlos los más comunes son estos:

- Sangrado fuera de los periodos menstruales.
- Secreción vaginal.
- Dificultad o dolor al orinar.
- Dolor durante el coito.
- Molestias y dolor pelviano.
- Estreñimiento.
- Una masa palpable.

6. Valoración:

- Valorar la cantidad y características de la sangre perdida.
- Valorar signos vitales.
- Valorar aportes, pérdidas y densidad urinaria.
- Valorar resultados de laboratorio para detectar la aparición de anemia.
- Valorar el conocimiento que tiene la paciente y el nivel de comprensión relacionado con la función del útero en relación con el ciclo de respuesta sexual y con el impacto potencial de la terapia sobre la función sexual.
- Valorar el grado de dolor y molestias en la zona de la pelvis.
- Valorar la presencia estreñimiento.

7. Diagnóstico precoz:

Las mujeres a partir de los 20 años o cuando empiecen a ser sexualmente activas deberían hacerse una duración vaginal bimanual anual junto con una extensión de Papanicolaou y una inspección minuciosa de la vagina, la vulva y área perineal. Las que sus madres tomaron dietilestilbestrol (DES) durante el embarazo, debe someterse a estos controles a partir de una edad más temprana. A las mujeres hay que enseñarles medidas higiénicas genitales prudentes e informarles de que deben comunicar rápidamente cualquier signo, síntoma anómalo o sospechoso a los profesionales sanitarios.

El tratamiento que se especifica para el cáncer vaginal es el que prescribe el médico atendiendo a lo siguiente:

- Su estado general de salud y su historia clínica.
- El grado de gravedad de la enfermedad.
- Su tolerancia o intolerancia a algunos medicamentos, terapias y procedimientos.

- Sus expectativas de de cómo puedo evolucionar la enfermedad.
- Su opinión o preferencia.

5 Discusión-Conclusión

La patología del cáncer vaginal tiene una incidencia no despreciable en nuestro medio. Un adecuado conocimiento de la misma permitiría un diagnóstico y tratamiento precoz.

Los síntomas más frecuentes del cáncer de vagina son:

- Hemorragia vaginal que se considere como anormal y que no está relacionada con la menstruación.
- Dolor en la pelvis al realizar el coito.
- Presencia o aparición de bultos en la vagina.
- Dificultad para orinar.

6 Bibliografía

1. Braird SB, McCordler, Grant M: Cáncer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia, 1991. WB Saunders.
2. Belcher, Anne E. Enfermería y cáncer. Serie Mosby de Enfermería clínica.
3. Diccionario terminológico de ciencia médica. 13 edición. Más son. S.A.
4. Lowdermilk, Perry, Bodak. Materno-infantil. Enfermería Mosby 2000.
5. Valerie Este, Mundo Miller. Cuidados de salud de la mujer. Serie Mosby de Enfermería clínica.

Capítulo 46

EL PAPEL QUE TIENE EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA MANIPULACIÓN Y CUIDADOS DE LOS DRENAJES

INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO

JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN

MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO

ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ

MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ

1 Introducción

- Los drenajes son utilizados en casi todas las especialidades médicas y quirúrgicas. Es la técnica que facilita y permite la salida al exterior del organismo, secreciones (pus, exudados, etc.), líquidos orgánicos (orina, sangre, bilis, etc.) e incluso aire (drenaje torácico).

Tiene los siguientes objetivos:

- Facilitar el control de líquidos y de gases, así como de sus características.
- Facilitar la cicatrización de las heridas.
- Evitar el acumulo de líquidos y gases en cualquier parte del organismo (cavidades, tejidos blandos, etc.)

- Reducir los riesgos de infecciones.

- Evacuar sangre y exudados.

Los drenajes se pueden clasificar siguiendo distintos criterios, como son:

- El circuito de drenaje.

- El mecanismo utilizado para el drenaje.

1. Según el circuito de drenaje:

- Drenajes abiertos: Sólo se utiliza en el drenaje de heridas contaminadas. En los que el drenaje se aboca a la misma piel, sobre gasas o compresas.

- Drenajes cerrados: Siempre se mantiene estéril. El tubo proximal se aboca a un recipiente estéril, con o sin vacío u aspiración.

2. Según el mecanismo que se utiliza para el drenaje:

- Drenajes simples: drenan los exudados por capilaridad. Los líquidos pasan del lugar donde se han acumulado al exterior ayudados por la fuerza de la gravedad por medio de la capilaridad. Es conveniente que exista un desnivel entre la herida y el recolector (bolsa, frasco, etc.). Los más utilizados son:

Penrose: consistente en un tubo de caucho o de látex de una sola luz y de distintos diámetros. Se coloca al final de las intervenciones quirúrgicas a través de una pequeña incisión a distancia de la herida y fijado a la piel con un punto de seda. Existe una variante que es el de cigarrillo, en el que para ayudar a absorber los líquidos se colocan gasas en su interior. Se utiliza para control de hemorragias postoperatorias, para drenar exudados de cavidades (peritonitis, abscesos pancreáticos o hepáticos etc.).

De Kher: consistente en un tubo de silicona en forma de T. Los extremos cortos se colocan en el colédoco y conducto hepático y el largo, hacia el exterior de la pared abdominal, teniendo en su extremo una bolsa cerrada y estéril que se colocará a un nivel más bajo que el paciente. Se utiliza en colecistectomías, para asegurar el paso de la bilis al colédoco y disminuir la presión en su interior, asegurando la salida de las secreciones al duodeno o al exterior.

De tejadillo: consistente en una lámina de plástico flexible y con irregularidades en su superficie que se utiliza en el tratamiento de heridas contaminadas, para que no cierren con la infección en su interior y lo hagan por segunda intención, cuando ésta ya se haya resuelto.

- Drenajes por aspiración: drenan los exudados por aspiración, mediante un sistema de vacío que mantiene una presión negativa continua. El más característico es:

De Redón: consistente en un tubo de material plástico, flexible y con unos agujeros o hendiduras en el extremo que se coloca en el lugar que se quiere drenar. El otro extremo se adapta herméticamente a un recipiente estéril y con vacío (la

presión en su interior es menor a la atmosférica) para producir una aspiración continua. Se utiliza en cirugía para evacuar hematomas.

- En los drenajes torácicos se utilizan los drenajes conectados a un sistema de vacío central y eléctrico que permite graduar la presión negativa de los cuales hay una gran variedad.

2 Objetivos

- Saber que es un drenaje, cuáles son sus objetivos y algunos tipos.
- Explicar los cuidados específicos que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería tiene que realizar.

3 Metodología

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

4 Resultados

Cuidados específicos de los drenajes:

En la manipulación de los drenajes el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de realizar los siguientes cuidados específicos, por eso es muy importante que tenga algunos conocimientos básicos sobre ellos.

Cuando un paciente hospitalizado tiene un drenaje puesto hay que realizar los siguientes cuidados de este:

- Se debe evitar reflujos por eso no se debe elevar el sistema colector por encima de la herida.
- Hay que tener controlado el punto de anclaje, para que no pueda arrancarse sin darnos cuenta cuando vamos a movilizar al paciente, hacer la cama, etc.
- Se debe de comprobar la permeabilidad del drenaje.
- Hay que observar y controlar los productos resultantes del drenaje: como el color que tiene, la cantidad, el aspecto, etc.
- Cambio del aparato colector según prescripción médica, comprobando el sistema de aspiración y de vacío, periódicamente.

- Hay que realizar la cura del anclaje, independientemente de la cura de la herida quirúrgica, con técnica aséptica y cambio del apósito.
- Cualquier cambio que se produzca en la zona del drenaje como dolor, calor, eritema o edema, hay que comunicarlo al médico o al diplomado de enfermería responsable del paciente.

A la hora de tener que quitar el drenaje debemos de saber que:

- Los drenajes simples, no se retiran de una vez, sino que se va extrayendo unos 2 o 3 cm., al día, con lo que se consigue que se vaya cerrando el espacio que ocupaba y no fistulice.
- Los de Kher, se retiran después de comprobar que las vías biliares tengan un buen funcionamiento.
- Los de Redón en cambio se retiran de una sola vez, sin desconectar la aspiración, para que los líquidos no retrocedan.
- La manipulación ha de ser siempre estéril.

5 Discusión-Conclusión

Frecuentemente en cualquier servicio de un hospital hay pacientes portadores de algún tipo de drenaje, por ese motivo es importante saber y tener una serie de conocimientos básicos de los drenajes como la actuación y cuidados de los pacientes portadores de los mismos.

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería colabora en todo momento con el diplomado de enfermería y el médico preparando, limpiando y ofreciéndole el material, así como asistiendo al paciente para contribuir a su bienestar. Todos los drenajes son colocados siempre por el médico. El personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería nunca coloca ni retira un drenaje.

6 Bibliografía

1. <https://www.noticiasensalud.com/profesionales-de-la-salud/2020/08/08/cuantos-tipos-de-drenajes-hay/>
2. <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-guia-enfermeria-extraccion-drenaje-quirurgico-S021253821630053X>
3. <https://www.quironsalud.es/hospital-madrid/es/pacientes-visitantes/educacion-paciente/manejo-drenajes>

Capítulo 47

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS CONSTANTES VITALES

INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO

JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN

MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO

ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ

MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ

1 Introducción

Las constantes vitales de una persona son la temperatura, frecuencia respiratoria, pulsó y tensión arterial. Estas constantes nos dan una idea del estado general del enfermo. Estos parámetros reflejan un estado de equilibrio en el organismo y nos sirven como signo de alarma para detectar que algo no funciona. Como es evidente, en función de la constante alterada sospecharemos de un foco diferente.

- La tensión arterial es uno de los primeros valores que debemos analizar por su interés clínico.
- La frecuencia cardíaca es otro de los parámetros que, por excelencia, puede cambiar bruscamente en estado fisiológico, por ejemplo, ante un susto o durante la práctica de actividad deportiva.

- La saturación de oxígeno es un parámetro determinante en los pacientes con patología respiratoria.

- La temperatura se corresponde con la cantidad de calor que genera nuestro organismo.

La temperatura normal es de 36-37,5°C.

Temperaturas iguales o superiores a 38°C se consideran fiebre o inferiores a 36°C, hipotermia.

- La frecuencia respiratoria se corresponde con los ciclos respiratorios.

La frecuencia respiratoria normal es de 12-14 rpm.

Por encima de 24 rpm hablamos de taquipnea y por debajo de 10 rpm de bradipnea.

- El pulso se corresponde con las contracciones cardíacas.

El valor normal es de 60-80 ppm.

Por encima de 100 ppm hablamos de taquicardia y por debajo de 60 ppm de bradicardia.

- La tensión arterial se corresponde con la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias.

Se consideran valores normales: inferior a 130 mmHg para la sistólica e inferior a 85 mmHg para la diastólica.

2 Objetivos

- Tener unos conocimientos básicos de qué son las constantes vitales.

- Explicar cómo se deben de tomar las constantes en los pacientes.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Temperatura:

Temperatura axilar: es la más cómoda de tomar, pero, también, es la menos precisa. Sus valores normales son 36-37°C.

Temperatura bucal: es menos cómoda de tomar que la axilar, pero es más precisa. Sus valores normales son iguales a los de la temperatura axilar.

Temperatura rectal: es la menos cómoda de tomar, pero es la más precisa. Sus valores normales son 36,5-37,5°C, es decir, medio grado más alta que las anteriores.

- Para tomar la temperatura a los pacientes con termómetro de mercurio, y, para cualquier zona, es fundamental tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. El termómetro siempre debe ser individual.
2. Antes y después de usar el termómetro, tenemos que limpiarlo con una gasa impregnada en jabón líquido o desinfectante.
3. Antes de poner el termómetro debemos asegurarnos de que la columna de mercurio del tallo está vacía. Si no fuera así, agitaremos el termómetro tomándolo con el dedo pulgar e índice por el extremo opuesto al bulbo.
4. La parte del termómetro que debe estar en contacto con la piel o mucosa del paciente es el bulbo del termómetro.
5. Respetar el tiempo de espera estimado para cada caso.
6. Para hacer una adecuada lectura en la escala graduada debemos coger el termómetro por el extremo opuesto al bulbo, ponerlo en horizontal y a la altura de nuestros ojos. Se girará ligeramente hasta observar la columna de mercurio.
7. Es el personal sanitario el responsable de retirar el termómetro al paciente y realizar la lectura.
8. Registrar los datos en la gráfica de constantes, en color rojo.

Para la toma de la temperatura axilar:

- Se debe comprobar que en la axila no haya transpiración, si es así la secaremos, ni inflamaciones locales.
- El termómetro se coloca entre la cara interna del brazo del paciente y el tórax y se conserva el brazo cruzado sobre el tórax.
- El termómetro ha de estar en contacto directo con la piel.
- Se ha de esperar unos 10 min.
- Después se retira y se lee la temperatura.
- Por último, procederemos a bajar el mercurio del termómetro y se limpiará.

Para la toma de la temperatura bucal:

- Se debe asegurar de que el paciente no ha ingerido una bebida fría o caliente previa a la toma de temperatura.
- Colocar el termómetro debajo de la lengua a un lado de la boca, manteniendo está cerrada, y se le comunica al paciente que lo sujete con los labios.
- Esperar unos 5 min.
- Retirar el termómetro y proceder a la lectura.

Esta forma de aplicación está contraindicada en niños, enfermos agitados, inconscientes.

Para la toma de la temperatura rectal:

- Se coloca al enfermo en posición decúbito lateral.
- Se lubrica el bulbo del termómetro con vaselina antes de introducirlo.
- Se introduce unos 3 cm. aproximadamente.
- Tiempo estimado de espera de 4 a 5 min.
- Pasado este tiempo se extraerá y se comprobará la temperatura.
- Después se anota en la gráfica de color rojo y se limpia el termómetro.

Se limpiará siempre desde la parte ascendente hacia el bulbo, es decir, desde la parte más gruesa hacia la parte más estrecha del termómetro donde se deposita el mercurio.

Al anotarlo hay que tener en cuenta que la temperatura rectal es medio grado superior a la axilar por lo que a la hora de anotarlo se debe restar este medio grado, o dejar anotada que la temperatura tomada es rectal.

La temperatura en el recto se suele tomar en pacientes en coma, en niños o en lactantes.

Está contraindicado en casos de: intervención rectal, hemorroides, diarrea, etc.

- Frecuencia respiratoria:

Es muy importante que el enfermo no se dé cuenta de que se le está controlando la respiración, porque si no, éste, alteraría el ritmo de la respiración. Realizar mientras el paciente esté dormido o bien mientras se le está tomando el pulso:

1. Se necesita un reloj con segundero para controlar el tiempo.
2. El paciente ha de estar en reposo, en posición de fowler o sentado.
3. Colocar la mano o un papel sobre el tórax.
4. Procederemos como si estuviéramos tomando el pulso, pero, mientras simulamos que lo tomamos, dirigimos nuestra mirada al tórax del paciente.
5. Contar el número de inspiraciones, es decir, de elevaciones del tórax provocadas por la expansión.
6. Como la ventilación suele ser más variable que el pulso, mediremos la frecuencia durante un minuto completo.

Se registra el dato en la gráfica de constantes, anotándolo en color negro.

- Pulso:

Las arterias son más profundas que las venas, es decir, se encuentran más lejos de la piel, por eso, las zonas donde las arterias sean más superficiales serán la localización indicada para la toma del pulso:

- Arteria temporal: por encima del hueso temporal (sien), entre la oreja y la ceja del paciente.

- Arteria carótida: situada en la cara anterior del cuello a ambos lados de la laringe.
 - Arteria radial: en la cara anterior de la muñeca.
 - Arteria braquial: en la cara interna del músculo bíceps.
 - Arteria femoral: situada en la mitad de la ingle.
 - Arteria pedía: situado en el dorso del pie.
 - Arteria poplítea: en la cara posterior de la flexura de la rodilla.
 - Arteria humeral: en la cara anterior del brazo a la altura de la flexura del codo.
- Lo más habitual es tomar el pulso radial, y, en los casos en que sea muy débil o no lo encontremos, tomaremos el pulso carotídeo.

- Técnica para tomar el pulso:

Para la toma del pulso se necesita un reloj con segundero para controlar el tiempo. El paciente ha de estar en reposo en posición de fowler o sentado.

El pulso se toma haciendo una ligera presión sobre la arteria, con la yema de los dedos índice, medio y anular, contra el hueso. Nunca se debe utilizar el dedo pulgar, pues podríamos confundir nuestro pulso digital con el del paciente.

Cuando se perciban los latidos, se observarán las características generales del pulso y contaremos durante 30 segundos y después multiplicar los latidos por dos. Siempre que se observen anomalías, se contabilizará durante un minuto.

Registrar los datos en la gráfica, indicando cualquier anomalía.

- Tensión arterial:

Durante la realización de la técnica, el paciente no debe estar nervioso y se mantendrá sentado o acostado, debiendo haber guardado el estado de reposo durante al menos 20 minutos antes:

1. El manguito del esfigmomanómetro lo colocaremos en el brazo del paciente de modo que quede 2,5 cm. Por encima de la flexura del codo.
2. Se ajustará bien para que no caiga ni quede holgado, pero sin comprimir demasiado.
3. Comprobar que los tubos de goma que salen del manguito quedan situados en la parte lateral del codo, sin entrecruzarse ni acodarse.
4. Comprobar que el manómetro marque 0 mmHg. y la válvula de la pera esté cerrada.
5. Nos colocaremos el fonendoscopio de modo que los auriculares queden perfectamente adaptados a nuestros pabellones auditivos.
6. Localizamos el pulso humeral y colocaremos el diafragma del fonendoscopio en ese punto, manteniéndolo presionado suavemente y oiremos el pulso.
7. Con la mano que nos queda libre, insuflaremos aire en el manguito hasta que dejemos de oír el pulso. Cuando el manómetro llega a 180-200 mm/Hg ya no se oye.

8. Abrimos la válvula lentamente y notaremos que el aire va saliendo, el manguito se va desinflando y el marcador de presión va descendiendo. Cuando oigamos el pulso arterial es el momento en el que la sangre comienza a fluir por la arteria.

9. En este instante, hemos de fijarnos en el valor que marque la aguja o la columna de mercurio del manómetro, y, memorizarlo. Este valor es la presión arterial sistólica o máxima. Mientras seguimos oyendo el pulso y dejamos que el manguito se siga desinflando, hasta que, dejemos de oír el pulso o cambie claramente de tono, justo en ese momento el manómetro nos estará indicando el valor de la presión diastólica o mínima, que también debemos de memorizar. Desinflar completamente el manguito y retirarlo. Registrar los valores anotándolos en color verde.

5 Discusión-Conclusión

Una de las funciones propias del Técnico en cuidados auxiliar de enfermería consiste en observar y vigilar al enfermo, para ello debe de tener unos conocimientos básicos sobre las constantes vitales.

Las constantes vitales se controlan dos veces al día, una por la mañana y otra por la tarde, aunque, a veces y bajo prescripción médica se deban controlar en más ocasiones. Las mediciones de las constantes vitales se registran en una gráfica, que nos permite evaluar el estado de vida del paciente por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de saber anotar los valores de las constantes vitales en la gráfica.

6 Bibliografía

1. <https://www.unitecoprofesional.es/blog/constantes-vitales-principales-senales-vida/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/vitalsigns.html>
3. <https://enfermeriablog.com/constantes-vitales/>

Capítulo 48

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA. CAMBIOS POSTURALES DE PACIENTES

INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO

JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN

MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO

ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ

MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ

1 Introducción

- En los pacientes que se encuentran encamados que han perdido su autonomía y movilidad de forma provisional o definitiva se pautan de forma genérica los cambios posturales que son los cambios de posición.

Esto es necesario porque estas personas no pueden notar la presión en las zonas de apoyo o la sienten, pero no pueden moverse para aliviar la incomodidad que esta produce.

Llevar a cabo estos cambios evita la formación de úlceras, favorece el riego sanguíneo y son imprescindibles para mantener una adecuada higiene.

Son una medida que el equipo de enfermería pauta en función del plan de cuidados que cada enfermo requiere durante su hospitalización e incluso algunos pacientes cuando son dados de alta van a seguir necesitando en su domicilio.

Es aconsejable la participación del mayor número de colaboradores, aumentando este en función de los requerimientos y gravedad del paciente generalmente lo realizan el técnico en cuidados auxiliares de enfermería junto al celador. Se debe de realizar movilizaciones periódicas a pacientes encamados o con grandes dificultades para realizar movimientos activos.

Siempre hay que respetar la alineación corporal y proteger las partes catalogadas de más sensibles o susceptibles de lesionarse.

El ritmo y característica de los cambios se define en función del plan de cuidados de cada paciente.

Hay que evitar posturas incorrectas:

- Evitar tanto la flexión como la extensión excesiva de la cabeza.
- Evitar los brazos pegados al cuerpo.
- Evitar extensión de rodillas.
- Evitar rotación externa de cadera.
- Evitar la flexión plantar del pie (debe estar a 90°).

Una postura incorrecta podrá ocasionar:

- Contracturas.
- Escaras.
- Deformidades.
- Acortamientos.

2 Objetivos

- Saber qué son los cambios posturales y las posiciones más frecuentes que se realizan en los pacientes encamados.
- Conocer los dispositivos que podemos utilizar para ayudarnos.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Movilización de pacientes encamados:

Hay que realizar cambios posturales cada 2-3 horas.

Informar al paciente y/o acompañante de lo que se va a hacer, buscando su colaboración en la medida de lo posible.

- Procurar la máxima intimidad posible para el paciente.

- Valorar estado del paciente.

Las posiciones más frecuentes son:

- Decúbito lateral derecho e izquierdo:

1. Se coloca al paciente en el lateral de la cama contrario al lado del decúbito que se pretende. Una vez lateralizado, tirando de la entremetida por uno de los lados, se gira al paciente hacia el lateral requerido. Para mantener al paciente en esta posición.

2. Se colocará una pequeña almohada bajo la cabeza del paciente, dejando el brazo del decúbito correspondiente en posición anatómica correcta y cómoda para el paciente. El otro brazo se apoyará en una almohada doblada fuera del cuerpo, procurando una cierta elevación de la mano para favorecer la circulación de retorno.

3. La pierna del decúbito permanecerá en extensión o ligeramente flexionada hacia atrás y relajada.

4. La pierna superior se coloca en flexión por delante de la otra, apoyándola en una almohada y dejando el talón libre.

5. Se colocará una almohada en la espalda del paciente para mantener la alineación de la columna y la posición de decúbito lateral, teniendo en cuenta que debe quedar libre el sacro del paciente.

6. Comprobar la correcta colocación del pabellón auricular:

- Decúbito supino (boca arriba) Se considera bien alineado un cuerpo en este decúbito, cuando trazada una línea recta imaginaria desde el centro de la frente cae entre los dos pies.

1. La cabeza debe permanecer recta con una pequeña almohada debajo, evitando una tensión excesiva del cuello.

2. las piernas ligeramente separadas, una almohada a nivel del hueco poplíteo para evitar hiperextensiones, otra bajo pantorrillas para evitar apoyo de talones. Colocar almohadas bajo muslos y cintura para evitar apoyo del sacro.

3. Los miembros superiores pueden colocarse en posiciones distintas en función de la comodidad del paciente. Los pies mantendrán una flexión dorsal de 90°, con los dedos apuntando hacia el techo, utilizando el tablero antiequino si fuera

necesario.

- Decúbito prono (boca abajo):

1. Colocar una pequeña almohada bajo la cabeza lateralizada y vigilando la colocación del pabellón auricular.
2. Otra almohada se pone a nivel de tórax-epigastrio, comprobando en el caso de las mujeres, que no presione las mamas.
3. Otra en la parte baja del abdomen, evitando la presión sobre crestas iliacas.
4. Una almohada bajo los muslos. Entre la almohada del abdomen y la de los muslos hay que vigilar la posición de la sonda vesical y en el caso de los hombres, de los genitales.
5. Hay que evitar el roce de las rodillas y que apoyen en el colchón.
6. Por último se pondrá otra almohada en la parte distal de la pierna, sacándola entre los pies, de tal manera que no choquen los maléolos entre sí y dejando los pies con un ángulo de 90° y sin que las puntas de los pies rocen en la cama.
7. Los brazos se pueden colocar hacia atrás o hacia delante, según la comodidad o la situación del paciente.

Vigilar al paciente comatoso, con problemas de deglución o vómito, con problemas respiratorios ya que determinadas posturas no las tolerará.

Para mantener una buena colocación del paciente podremos utilizar algunos dispositivos como:

- Almohadas.
- Sacos.
- Cojines.
- Férulas: antequino.
- Antirrotación externa.
- Transferencias: Son el cambio de posición del paciente.

Al movilizar al paciente para cambiarlo de posición siempre hemos de solicitar su participación, de forma que sea él, el que realice el esfuerzo. Así se estimulará su autonomía.

Si el paciente está incapacitado para ayudarnos, hemos de valernos de diferentes sistemas para moverlo, intentando que tanto el técnico en cuidados auxiliares de enfermería como el resto de personal que participe realice un mínimo esfuerzo.

Utilizaremos:

- Sabanas.
- Grúas.
- Tablas.

Normativas que debemos de tener en cuenta:

- Solicitar la ayuda del paciente.

- Enseñarle a usar las ayudas técnicas (asideros, triángulo etc.).
- Esperar la ayuda de los compañeros.
- En caso de que un paciente se caiga, no querer incorporarlo de golpe (en caso de no controlarlo), sino sujetarlo y dejarlo suavemente en el suelo, a continuación, pedir ayuda.
- Utilizar siempre las grúas.

5 Discusión-Conclusión

Hay ciertas situaciones que debido al estado del paciente o por una urgencia no se utiliza la grúa o no se espera la llegada de los compañeros, para realizar la maniobra. Es muy importante que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería no actué solo; en muchas ocasiones para levantar al paciente es necesario la asistencia de 2, 3, o 4 personas según las características de este, como es el caso de pacientes con obesidad, y según la transferencia que tengamos que realizar, por ejemplo, del suelo a la cama.

Para evitar que una mala maniobra le pueda ocasionar algún tipo de lesión como son hernias discales, contracturas o esguinces. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería siempre debe realizar el mínimo esfuerzo.

6 Bibliografía

1. <https://www.elrincondelcuidador.es/movilidad-seguridad/protocolo-de-cambios-posturales>
2. <https://www.clinicahumana.es/blog/importancia-cambios-posturales-en-pacientes-encamados>
3. <https://es.tempur.com/blog/cambios-posturales-cama.html>

Capítulo 49

LA HIGIENE DEL PACIENTE , COMPETENCIA DEL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE)

SAMUEL MATIA BELTRAN

YOLANDA OSORIO LOZANO

YOLANDA VENTURA CALABRIA

MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS

MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS

1 Introducción

El técnico en cuidados auxiliares de enfermería, es la figura encargada de la higiene del paciente, la ayuda que le ofreceremos será a raíz de sus necesidades. Aunque el paciente sea autosuficiente siempre intentaremos informar al paciente de la importancia que tiene la higiene e incluso si es necesario enseñar a los familiares, el procedimiento que debe realizar para la higiene diaria.

La piel es el órgano el cual recubre toda la superficie exterior de nuestro cuerpo, siendo este el principal sistema de protección ayudándonos también a la autorregulación corporal.

La higiene es una necesidad básica del ser humano, para su cuidado y mantenimiento de la salud. Cuando el paciente enferma, en muchas ocasiones, trae consigo la incapacidad para el autocuidado. Y es aquí donde nosotros tenemos un papel muy importante. Donde también valoramos la situación en la cual se encuentra la piel, la movilidad del paciente, la detección precoz de anomalías y alteraciones de esta.

Con el fin de proporcionarle al paciente bienestar y relajación, prevenir infecciones o complicaciones, fomentar la movilidad, activar la circulación (con la aplicación de cremas o aceites), movilizar las secreciones pulmonares, aumentar los movimientos peristálticos. Teniendo en cuenta la autoestima y la comunicación del paciente con el cuidador.

Nosotros tendremos una serie de cuidados para aumentar la vitalidad y mantener en un estado saludable la piel del paciente.

2 Objetivos

- Describir e indicar el papel del TCAE en la higiene personal de un paciente.
- Exponer procedimiento para higiene profunda.

3 Metodología

Para la elaboración de nuestro estudio de investigación, hemos llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultando bases de datos científicas: Medline, Pubmed y Scielo; se han seleccionado estudios relacionados con la temática de nuestro trabajo.

Tras consultar diversos libros, los cuales son material del grado realizado por alumnos de Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería. Además hemos recabado información en apuntes sobre oposiciones de años anteriores y en Google académico, poniendo en el buscador palabras claves como: higiene, encamados, la piel.

4 Resultados

Antes de comenzar el aseo personal el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería, debemos tener en cuenta a que paciente le vamos a realizar la higiene y el que nos he necesario. Donde según el paciente podemos diferenciar: si se realizara en la cama o en el baño y si el paciente nos proporcionará algún tipo de

ayuda.

Antes de realizar la higiene debemos explicarle el procedimiento que vamos a realizar.

Nos preparamos el material que vayamos a utilizar; para ello utilizaremos un carro donde llevaremos todo lo necesario como: toallas, cremas, pañales, bolsas, esponjas desechables, cuña o botella, entremetidas, suapeles.

Protegeremos su intimidad, y haremos uso de barandilla, tablas, asientos, lo necesario para mantener la seguridad del paciente.

El baño se realizará desde la zona más limpia a la zona más sucia.

Comenzaremos con la zona facial, ojos, nariz, orejas, pelo y en hombres incluiremos el afeitado.

Luego se seguirá por hombros, axilas, abdomen y miembros inferiores, para concluir la higiene siempre en genitales.

Una vez terminada la higiene se secará evitando la fricción, siempre con toques.

Una vez, bien seca la piel, aplicaremos la crema o aceite, para evitar roces, curar rojeces o evitarlas, sobre todo en las zonas de fricción entre nuestro cuerpo.

Se aprovechará la aplicación de cremas o aceites para movilizar partes del cuerpo que el paciente no pueda hacerlas por sí mismo, o tratamientos terapéuticos, como un masaje para facilitar la circulación.

Debemos aprovechar para cambiar las sabanas, ya que el paciente se levantará de la cama o ya que hay que moverlo en caso del encamado.

No es necesario en caso de que haya que trasladar al paciente de la cama a la ducha que nos carguemos el peso, existen diferentes grúas, las cuales portarán el peso del paciente y lo moverán sin lesionarnos.

5 Discusión-Conclusión

En conclusión, los TCAE son personal activo para la educación sanitaria, se debe fomentar la higiene explicando los daños que pueden causar en caso de ser realizada. Y la importancia de enseñar a los familiares las técnicas que necesita el paciente enfermo que se va a domicilio para poder llevarse acabo de manera eficaz, es primordial y es nuestro papel, ya que somos nosotros, el TCAE, quien lo realiza en hospitales y residencias.

Enseñar las dificultades puede presentar la piel para que puedan tomar medidas necesarias antes se sufrir complicaciones y dañar o aumentar el daño del paciente enfermo. Por ello resaltamos que por mucho que una enfermedad nos incapacite, es necesario una buena higiene.

En nuestra opinión consideramos que la figura del TCAE en la higiene el paciente, es una pieza clave para su correcta ejecución.

Además de lo expuesto, destacamos la necesidad de la formación continuada en este campo para favorecer cuidados de calidad y un mayor beneficio para el paciente.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/protocolo-aseo-paciente-encamado/>.
2. Libro de la editorial Mad.

Capítulo 50

LAS FUNCIONES DEL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA FARMACIA HOSPITALARIA

SAMUEL MATIA BELTRAN

YOLANDA OSORIO LOZANO

YOLANDA VENTURA CALABRIA

MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS

MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS

1 Introducción

La función de la farmacia hospitalaria tiene un papel muy importante, ya que maneja un sistema de depósito, preparación y dispensación de los medicamentos sanitarios, llevando al sanitario profesional y al paciente hacia un uso adecuado para su administración y efectividad.

El equipo de farmacia está formado por un grupo de profesionales con conocimientos suficientes y adecuados para estas funciones y conseguir dichos objetivos.

El auxiliar de farmacia será el encargado de proveer, elaborar y evaluar de medicamentos a los pacientes ingresados. Será el encargado de revisar el almacenaje,

stock y las caducidades de éstos. Efectuará en lugares seguros y adecuados las fórmulas de quimioterapia y la manipulación de citostáticos para los pacientes con cáncer, así como la ejecución de fórmulas para la preparación de nutriciones que serán preparadas en un lugar distinto al de los citostáticos y la dispensación de medicamentos a pacientes externos que sean de uso hospitalario y que no estén disponibles en farmacia. Los propios pacientes serán los que se pasarán y recogerán dicha medicación por el hospital.

También se encargarán de hacer y revisar los pedidos para las distintas áreas del hospital, donde sean necesarios los productos de la farmacia. Se reenvasarán los medicamentos que sean necesarios para que indique su lote y caducidad.

La función del auxiliar de enfermería en farmacia es muy amplia ya que se encarga de realizar diferentes tareas, todas ellas estarán supervisadas por el profesional farmacéutico responsable que se encargará de que se hagan de manera correcta.

2 Objetivos

Describir las distintas funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en el ámbito del servicio farmacéutico hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar de farmacia dentro de sus funciones debe:

- Cubrir las necesidades requeridas por el hospital y pacientes usando correctamente los medicamentos.
- Dirigir a los pacientes en una correcta administración.
- Asegurar un adecuado recibimiento y conservación de los mismos.
- Dispensación de los medicamentos a aquellos pacientes que lo precisen.
- Preparación, conservación y seguimiento de medicamentos citostáticos.

Es necesario para el correcto funcionamiento:

- Que la farmacia este formada en este orden de importancia por; farmacéuticos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores, los cuales trabajaran en equipo.
- Para desempeñar los diferentes trabajos, el auxiliar de farmacia deberá tener los conocimientos necesarios de este área, al igual que cada uno de los miembros que componen todo el equipo.
- La medicación a administrar, siempre será revisada por el peligro que supondría la administración de algún fármaco de manera inadecuada.

La función del auxiliar de enfermería en la farmacia:

- Preparará los fármacos para los pacientes ingresados y facilitará los diferentes productos no medicamentosos.
- Limpiará el instrumental empleado y los equipos de la farmacia hospitalaria.
- Inspeccionará la recepción y el stock de los productos recibidos.
- Examinará las caducidades en el momento de su colocación. Colocando los medicamentos con mayor caducidad siempre detrás de los de caducidad más próxima, y así seguir dispensando con caducidad más próxima.
- Controlará que los medicamentos que lo requieran estén a temperatura acorde, ya que algunos requieren permanecer en frío.
- Los medicamentos que no especifiquen bien el lote o la caducidad serán reenvasados por el auxiliar de turno.
- Se encargarán de la reposición de los medicamentos necesarios en las áreas del hospital.
- Se encargará de preparar los pedidos demandados por los diferentes servicios y los preparará para ser recogidos.
- Realizará la preparación del material necesario para la preparación de nutriciones parenterales.
- Ejecutará la preparación del material también para la preparación de citostáticos.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es importante en la farmacia ya que el aportará un correcto funcionamiento en el almacenamiento, colaborando con el resto de personal (farmacéuticos y enfermeras) en trabajos de preparación, stock y caducidades.

Sobre todo en la preparación y distribución de los medicamentos en los distintos servicios del hospital.

El auxiliar debe asegurarse siempre la medicación a dispensar siempre preguntando cualquier duda a sus superiores ya que cualquier error podría tener serias consecuencias En el servicio de farmacia es muy importante trabajar en equipo para poder desempeñar bien las funciones, eso es una parte muy importante en la mayoría de los trabajos a realizar

6 Bibliografía

1. Funciones del Auxiliar de Enfermería en las distintas áreas o Servicios - T.C.A.E [Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm.
2. Aprendebytuaulaonline.es. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://www.aprendebytuaulaonline.es/funciones-del-tcae-la-farmacia/>

Capítulo 51

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LA IMPORTANCIA DE LOS CAMBIOS POSTURALES EN PACIENTES ENCAMADOS

SAMUEL MATIA BELTRAN

YOLANDA OSORIO LOZANO

YOLANDA VENTURA CALABRIA

MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS

MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS

1 Introducción

Los cambios posturales son las modificaciones realizadas en la postura corporal de las personas encamadas.

Los cambios posturales en pacientes que no pueden hacerlo por sus mismos medios se han de realizar varias veces al día, para evitar la aparición de úlceras por presión (lesiones en la piel debido a una presión prolongada de la zona, suelen aparecer en los tejidos que cubren las prominencias óseas, como sacro, talones). Además de evitar la aparición de úlceras por presión, tiene más beneficios para el paciente encamado tanto físicos, emocionales y biológicos.

Es importante conocer las distintas posiciones anatómicas, así como saber llevar a cabo las técnicas de movilización de los pacientes.

Hay pacientes que dependiendo de sus patologías pueden tener reducida total o parcialmente su movilidad, por ello los profesionales sanitarios han de ayudarlos en sus movilizaciones.

Para realizar una movilización correctamente hay que saber diferenciar las distintas posiciones anatómicas, así como conocer la técnica más apropiada de movilización dependiendo de las dolencias de dichos pacientes.

2 Objetivos

Describir importancia de los cambios posturales en el paciente encamado, así como las principales posiciones anatómicas básicas.

3 Metodología

Para la elaboración del siguiente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas, usando palabras clave; úlcera por presión, cambio postural, posición anatómica.

4 Resultados

Lo recomendable es cambiar de postura cada 2-3 horas intentando alternar diferentes posiciones para ir rotando entre los puntos de apoyo. Las posturas más frecuentes y utilizadas para los cambios posturales son acostado boca arriba (decúbito supino) y acostado de lado (izquierdo o derecho).

Para ayudar a la movilización de pacientes con movilidad reducida se pueden usar: almohadas, transfer, sábanas, grúas y arneses, escabeles, trapecios.

También es importante conocer las distintas posiciones anatómicas básicas, entre otras:

- Decúbito supino (o decúbito dorsal).

Posición corporal acostado sobre su espalda boca arriba, con los brazos y las piernas extendidas. Las rodillas han de estar ligeramente flexionadas, los pies en ángulo recto respecto al cuerpo y los talones sin contactar con la ropa de la cama. También suele ser utilizado en pacientes politraumatizados para que el alineamiento vertebral sea el adecuado.

- Decúbito lateral.

Es con el paciente recostado sobre su lado derecho o izquierdo, dependiendo de la patología o dolencia se suele colocar de un lado u otro.

Posición lateral de seguridad.

Esta posición está indicada en pacientes con un nivel bajo de consciencia, para que así mantenga la respiración.

- Decúbito prono (decúbito ventral).

El paciente se coloca situado con el cuerpo boca abajo, el cuello en posición laxa, con los brazos extendidos pegados al tronco y con las palmas de las manos hacia abajo. Las extremidades inferiores estarán extendidas con los pies en flexión y la punta de los dedos hacia abajo.

- Semifowler:

El paciente se encuentra semisentado, formando un ángulo de 30° respecto al eje horizontal.

Está indicada para pacientes con problemas respiratorios, circulatorios...

- Fowler:

Es la misma que la semifowler pero con el ángulo respecto al eje horizontal a 45°. También indicada para pacientes con cardiopatías, fracturas inferiores, problemas respiratorios.

- Fowler alta:

Igual que las anteriores pero en este caso el ángulo respecto al eje horizontal es de 90°. El paciente se ha de colocar sentado.

Está indicada para pacientes con graves problemas respiratorios agudos, con náuseas...

- Trendelemburg:

El paciente se encuentra situado en decúbito supino o decúbito dorsal inclinado. 45° respecto al plano del suelo con la cabeza siempre más baja que los pies.

Hay que tener en cuenta en el momento de realizar la movilización, que podemos aprovechar dichas movilizaciones para poder llevar a cabo otras actividades como pueden ser realizar masajes, valorar el estado de los pacientes, así como el buen estado de la piel, revisar las zonas de presión para que no se desarrollen úlceras.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer las diferentes posiciones anatómicas para colocar al paciente adecuadamente sin provocar nuevas lesiones.

El objetivo de los cambios posturales es procurar de la mejor forma posible al paciente encamado, así como intentar evitar la aparición de úlceras por presión, beneficiando el tono muscular, la circulación y la respiración.

Además de la conveniencia de realizar los cambios posturales cada tres o cuatro horas, se deben realizar de forma suave y rítmica, intentando deslizar al paciente, evitando los movimientos bruscos e intentando que el paciente colabore en lo que sea posible.

La realización frecuente de cambios posturales puede producir efectos muy positivos en los pacientes tanto a nivel anatómico como fisiológico y psicológico.

6 Bibliografía

1. Saber de Salud. La importancia del cambio postural en el paciente encamado [Internet]. Saberdesalud.com. Saber de Salud; 2018 [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://saberdesalud.com/paciente-encamado-cambio-postural/>.
2. Sebastián. Blog de ortopedia Inse [Internet]. Blogspot.com. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: <http://ortopediainse.blogspot.com/2015/07/paraque-sirven-los-cambios-posturales.html>.

Capítulo 52

CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

AITANA GARCIA FERNANDEZ-CAMPOAMOR

1 Introducción

Definimos contención mecánica a los medios físicos que utilizamos en la práctica clínica asistencial para la supresión de la movilidad en aquellos pacientes que tienen riesgo de autoagresión, ya sea de forma consciente o inconscientemente.

Existen diversos tipos de contenciones mecánicas:

- Cinturones.
- Muñequeras.
- Arneses.
- Manoplas.
- Barandillas laterales.
- Tobilleras.

Existen riesgos derivados del uso de estos dispositivos nombrados anteriormente.

Estos son:

- Asfixia tanto por neumonía como por causas mecánicas.
- Úlceras por presión.
- Isquemia en miembros superiores e inferiores.
- Golpes.
- Muerte.

Llevar dispositivos de contención no significa que estos han de ser llevados de forma continuada y para siempre. Hay muchos casos en los que estos dispositivos se usan en un momento determinado y una vez controlada la situación se prescinde de ellos.

La contención mecánica plantea muchos dilemas éticos y diferentes opiniones y actuaciones por parte de los profesionales. Se debe recurrir a ella como última opción cuando ya se han aplicado otras alternativas diferentes y se ha tenido un resultado desfavorable al esperado, obligando la utilización de dispositivos de contención.

No existe una ley fija donde exponga cuando es necesaria una medida de contención, si no, que esta queda sujeta a la valoración del personal que le atiende. Este personal deberá registrarse según la legislación vigente. Teniendo en cuenta la Ley 41/2002, de 14 noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, publicado en el BOE núm. 274 de 15/11/2002. Entrada en vigor el 16/05/2003. Así como El Código Deontológico y la Declaración de los Derechos Humanos. (Astigarraga Suárez, Aristín Ortega, Fernández Rivera, & García Aja, 2012).

Las familias son piezas fundamentales en este tema. Muchos de los ancianos no están institucionalizados u hospitalizados, por lo que son los cuidadores principales quienes deben de tomar la decisión de aplicar estas medidas. En las que en la mayoría de los casos no están preparados para ello. Por un lado por la carga emocional que esto conlleva y por el otro por el déficit de conocimientos.

2 Objetivos

- Describir en qué consisten la contención mecánica.
- Dar a conocer en qué situaciones se debe poner la contención mecánica así como los cuidados y garantías en el uso de contenciones.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos como Pubmed, Google Scholar, Cuiden y Medline.

Palabras Clave: Contención Mecánica, Dispositivos, Práctica Clínica y Movilidad.
Keywords: Mechanical Containment, Devices, Clinical Practice and Mobility.

4 Resultados

Tras la revisión bibliográfica podemos afirmar que las medidas aplicadas para la contención mecánica se utilizan como último recurso y siempre y cuando la persona a la que se le aplica la contención tenga riesgo de autolesión (ya sea voluntaria o involuntariamente), o bien cuando impida la labor del profesional sanitario o implique riesgo para terceras personas.

Ejemplos de estas situaciones son:

Arrancarse una vía periférica o central que impida su utilización y así no poder poner terapia intravenosa.

Arrancarse sondas vesicales o nasogástricas.

No dejar al personal sanitario trabajar en la toma de tensión arterial, poner medicación intramuscular o subcutánea.

Riesgo de autoagresión y agresión al personal que le atiende derivado de su estado mental.

Riesgo de caídas cuando la persona tiene un problema de movilidad reducida, déficit mental, desorientación.

Cuidados específicos sobre el uso de contenciones:

Registrar:

- Estado del paciente.
- Anotar y observar el estado del paciente.
- Valor grado de agitación o riesgo de lesión a él o a terceros.
- Valorar estado de la piel.
- Contención.
- Ver pauta de contención.
- Objetivo de la contención.
- Tener en cuenta los aspectos negativos que puedan surgir y como poder evitar o minimizar los daños.
- Duración.

Garantías en el uso de las contenciones:

- Intentar siempre que se pueda el uso de otras alternativas.
- Usar solo dispositivos homologados.
- Asegurarnos cubrir todas necesidades básicas.
- No aislar a la persona.
- Siempre usar la contención menos restrictiva y que mejor nos convenga.
- Vigilar las zonas de contacto de los dispositivos con la parte de la piel que roza.

- Comprobar que no se produzca dolor ni molestias.
- Si la persona restringida intenta quitarse la contención avisar a la persona responsable para que valore la utilización de otra medida, por ejemplo, terapéutica. (Gomen Duran, Guija, & Ortega Monasterio, 2014).

Otro punto importante sobre este tema son los dilemas éticos que surgen. Los profesionales sanitarios que tienen que ordenar el uso de estos dispositivos no siempre están de acuerdo con su uso. Es complicado ver al paciente contenido cuando este no quiere, pero sin ello, no se podría favorecer su mejoría o evolución de su estado de salud. Por todo esto es importante que en cada institución, centro o servicio este dotado de una guía o protocolo de actuación. Esta guía deberá revisarse de forma periódica y valorando a cada paciente de forma individual.

Realizando esta revisión no he encontrado mucha información acerca de la enseñanza de estos dispositivos a cuidadores principales o familiares que tienen a su cargo personas que necesitan contención mecánica. Corresponde a los equipos de atención primaria la coordinación de estos familiares. Desde primaria es donde se debería de formar a los familiares para que estén preparados y desarrollen habilidades y aptitudes cognitivas, conductuales y afectivas. Los cuidadores principales sufren por ver a sus personas queridas contenidas y muchas veces no saben si lo mejor es optar por la contención o no.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecánica es muy alta en pacientes geriátricos. (Suárez, Ortega, Fernández, & Aja, 2012). En el medio hospitalario se usa la contención mecánica como última intervención, debiéndose utilizar la que resulte menos restrictiva y segura para el paciente.

El uso de sistema de contención lleva numerosos dilemas éticos por las complicaciones que puedan surgir en cuanto a la salud del paciente.

Siempre que vayamos a contener a una persona o paciente debemos de tener presente el respeto, la humanidad y la dignidad del paciente.

Para poder evitar posibles consecuencias o efectos adversos es de interés no dejar en el olvido a la persona contenida. Importante ir valorando al paciente para poder retirar la contención en el momento que sea adecuado.

Poner la contención en el tiempo estrictamente necesario.

Existe poca información a los familiares y cuidadores principales de cómo abordar este tema cuando el paciente está en su domicilio. (López, y otros, 2016).

Es importante el conocimiento y la correcta formación del personal sanitario

respecto al uso de contenciones mecánicas.

6 Bibliografía

1. Astigarraga Suárez, A., Aristín Ortega, M. D., Fernández Rivera, E., & García Aja, E. (2012). Estudio sobre la utilización de contención mecánica en una población anciana.
2. Gomen Duran, E., Guija, J., & Ortega Monasterio, L. (2014). Aspectos medicolegales de la contención física y farmacológica.
3. López, L. M., De Montalvo Jaaskelainen, F., Alonso Bedate, C., Bellever Capella, V., Cadena Serrano, F., De Los Reyes López, M., y otros. (2016). Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario.

Capítulo 53

PERSONAS MAYORES Y OBESIDAD

AROA LOBETO GARCÍA

ROSALIA CASTRO CUEVA

MARÍA DEL PILAR BURÍA GONZÁLEZ

MARÍA DESEADA REBOLLO RODRÍGUEZ

ROMÁN MIGOYA ÁLVAREZ

1 Introducción

En las últimas décadas, se ha incrementado el número de casos de obesidad en todas las edades, incluidos los ancianos. La Organización Mundial de la salud (OMS) define a la obesidad como un exceso en la grasa corporal hasta un punto en que es nociva para la salud. Las guías clínicas actuales utilizan los mismos puntos de corte con base en el índice de masa corporal (IMC) para definir al sobrepeso y a la obesidad en adultos jóvenes y en ancianos. El sobrepeso se define como: IMC de 25 kg/m², y obesidad como 30 kg/m².

Sin embargo, en la edad avanzada disminuye la masa magra y se incrementa la masa grasa, redistribuyéndose en área abdominal. Además, suele ocurrir una pérdida de estatura, de aproximadamente 3 cm en los hombres y 5 cm en las mujeres, entre los 40 y los 70 años como resultado de la compresión vertebral. De esta forma, los cambios en la composición corporal podrían subestimar la obesidad basada en el IMC.

La distribución grasa puede ser más importante que la grasa corporal total como factor de riesgo de enfermedad, especialmente en las personas mayores. Una cir-

cunferencia de cadera de 102 cm en hombres y 88 cm en mujeres se considera obesidad abdominal.

La prevalencia de la obesidad aumenta hasta los 60-70 años en hombres y mujeres y luego disminuye, debido en parte a que los individuos susceptibles a los efectos nocivos de la obesidad tienen más probabilidades de fallecer a una edad temprana. Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado un aumento en el número de casos de sobrepeso y obesidad en todas las edades, incluidos los ancianos. De acuerdo con el National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) en 2005-2006, en Estados Unidos aproximadamente el 70% de los adultos de 60 años y más tienen sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25$) y un 30% son obesos ($IMC \geq 30$), comparando con el 60 y 22%, respectivamente para los años 1988 y 1994.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro estudio es identificar la fisiopatología de la obesidad y sobre todo sus consecuencias en las personas mayores a nivel físico y cognitivo.

3 Metodología

El método que hemos utilizado para responder y resolver nuestro objetivo se basa en una búsqueda documental de información bibliográfica en páginas especializadas de internet como Medline, Cochrane, Pubmed, etc. y en revistas de corte científico, de las cuales se extrae la información necesaria para posteriormente realizar una revisión documental bibliográfica.

Nuestra búsqueda documental se realizó entre los meses de mayo 2020 y septiembre 2020, usándolas palabras claves: obesidad, personas mayores, consecuencias. El intervalo de publicaciones aceptado ha sido desde el año 2007 hasta el año 2020.

En una primera recolección se localizaron 24 trabajos relacionados con el tema objeto de este estudio, de los cuales se eliminaron 5 por duplicidad. Al lote restante de estudios seleccionados se les sometió a unos criterios de inclusión/exclusión.

Los criterios de inclusión para nuestra investigación han sido: ser trabajos de acceso a texto completo, en lengua castellana o inglés, relacionados con las consecuencias de la obesidad en las personas mayores.

Los criterios de exclusión fueron: no ser en lengua castellana o inglés, no tener abstract, no ser relacionados con las personas ancianas.

Después de una revisión exhaustiva, el lote de estudios seleccionados se quedó en 9 trabajos útiles para nuestra investigación.

4 Resultados

De los trabajos seleccionados para nuestra investigación hemos extraído las siguientes informaciones y datos, que nos han sido beneficiosos para resolver el cumplimiento de nuestro principal objetivo en nuestro estudio.

La obesidad es el resultado del equilibrio entre la ingesta y el gasto de energía. Si la ingestión de energía se mantiene en un nivel demasiado alto para determinado gasto energético o si el gasto de energía es sostenido a un nivel demasiado bajo para una determinada ingestión energética, sobreviene la obesidad. Se calcula que, si la ingestión de energía excede el gasto energético en 5% al día, dará como resultado una ganancia de 5 kg de masa grasa al año.

Aunque se ha involucrado a los factores genéticos en el balance energético, la obesidad gradual en la población en las pasadas 4 o 5 décadas ocurrió demasiado rápido como para ser atribuido de forma principal a factores genéticos, por lo que es innegable la participación ambiental (mayor consumo de energía, reducción en la actividad física, etc.) en la obesidad.

La mayor parte de los estudios demuestra que con la edad, la ingestión calórica no cambia, incluso disminuye. El aumento relacionado con la edad en la masa grasa es, en su mayoría, causado por la disminución en el gasto de energía, secundario al decremento en la tasa metabólica basal y al efecto termogénico de los alimentos (el incremento en la tasa metabólica durante la digestión de la comida), así como a reducción en la actividad física. La combinación de esta disminución en el gasto de energía con una ingestión calórica estable da como resultado una acumulación gradual de grasas.

Otro dato importante muy presente en la mayoría de los trabajos revisados son los aspectos hormonales de las personas, que también juegan un papel en la acumulación y distribución del tejido adiposo. Los péptidos gastrointestinales tienen gran importancia en la mediación del apetito y la saciedad. Entre los péptidos más estudiados en este sentido está la grelina, la colecistocinina, el glucagón, etc.

Las principales consecuencias de la obesidad observadas en personas mayores extraídas de nuestra revisión son que, la obesidad es un factor de riesgo independiente de enfermedades vasculares y de todas las causas de mortalidad en la población general.

La obesidad está relacionada con diversas enfermedades que incluyen: diabetes mellitus, hipertensión, dislipemia, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca y

diversos cánceres. Se observa en varios estudios comprobados que la obesidad en el adulto joven se traduce en tasas significativamente más altas de hospitalización y mortalidad en las personas que llegan a los 65 años de edad o más, comparado con los controles con peso normal en situaciones cardiovasculares similares.

En la mayoría de los trabajos revisados se detecta que el sobrepeso y la obesidad se asocian con incremento del riesgo de discapacidad física y cognitiva, mayor riesgo de dependencia, institucionalización y costos para atención de la salud.

La obesidad también puede llevar a alteraciones en la función pulmonar, como el daño ventilatorio restrictivo, disminución de la capacidad vital forzada, etc. También puede incrementar la capacidad de difusión del monóxido de carbono y disminuir la capacidad al ejercicio. La obesidad aumenta el riesgo y gravedad de diversos trastornos respiratorios: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, etc.

En la etapa media de la vida la obesidad se ha asociado con un aumento del riesgo de enfermedad renal crónica. En personas de edad avanzada puede relacionarse con disminución de la filtración glomerular más acelerada de lo esperado. Esto se traduce con un incremento del flujo plasmático renal, de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona y de la presión intraglomerular, independientemente que también aumenta el riesgo de diabetes e hipertensión, que son las causas más comunes de enfermedad renal.

Los ancianos con IMC mayor de 35 tienen más del doble de riesgo de referir pobre salud física y enfermedades crónicas que las personas con peso normal. Sin embargo, en contraste con los adultos jóvenes, los estudios no avalan el hecho de que el sobrepeso (IMC entre 25-30 kg/m²) sea un factor de riesgo para mortalidad cardiovascular o para todas las causas de muerte entre los ancianos.

La obesidad puede contribuir al desgaste articular, reducción de la capacidad al ejercicio y una tasa elevada de enfermedad crónica, que implica discapacidad. Está demostrada la fragilidad, la disminución en la función física e inicio más temprano de discapacidad en ancianos con alto IMC, circunferencia de la cadera e incremento de la masa grasa. La obesidad moderada (IMC 30-34,9) se vincula con aumento del 50% en la posibilidad de limitación de las actividades de la vida diaria, y la obesidad severa con incremento del 300%. De los informes revisados extraemos que, en las personas de edad avanzada, la obesidad se asocia con una reducción de los años libres de limitación en las actividades de la vida diaria de 5,7 años en los hombres y 5,02 años en las mujeres. Los trabajos consultados sugieren que la obesidad se asocia con incremento del riesgo de deterioro cognitivo. Los ancianos con IMC y circunferencia de cadera altos han mostrado mayor riesgo de demencia. Esta asociación puede estar relacionada con los efectos de la obesidad

en la tensión arterial, concentraciones séricas de lípidos y salud cardiovascular. El tejido adiposo puede, además, elevar las hormonas y citocinas que atraviesan la barrera hematoencefálica.

5 Discusión-Conclusión

En las últimas décadas, se ha incrementado el número de casos de obesidad en todas las edades, incluidos los ancianos. Además de su conocida asociación con: enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, dislipemia, y diversos cánceres, la obesidad también se relaciona con incremento del riesgo de discapacidad física y cognitiva.

La obesidad (IMC alto) en las personas ancianas genera muchas consecuencias negativas para su salud. Problemas respiratorios, alteraciones cardiovasculares, limitación en la actividad física, alteraciones renales, deterioro cognitivo, etc., pueden ser un buen ejemplo.

La mayoría de estas consecuencias de la obesidad pueden ser evitadas con un diagnóstico adecuado y certero, una correcta información y recomendaciones dietéticas, una reducción de peso corporal, un seguimiento médico, ejercicio físico mínimo diario, etc., y en caso extremo un tratamiento farmacológico o cirugía. Una correcta prevención con una información de la salud desde los centros de atención primaria podría evitar llegar a situaciones extremas con una deficiente calidad de salud para las personas mayores y además reducir el importante coste sanitario que esta genera para la sociedad.

6 Bibliografía

1. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Health consequences of obesity in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*. 2014;5(3): 63-7.
2. Popkin BM. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutr Rev* 2004; 52(9): 285-98.
- Ferreira PM, Papini SJ, Corrente JE. Diversity of eating patterns in older adults: a new scenario: *Nutrition Journal*, 2014; 27(1): 67-79.
3. Corrente JE, Fumes G, Nunes PMF. Obesity in older people: a new scenario and a new challenger. *Integr Food Nutr Metab* 2016;3.

Capítulo 54

ALIVIO DEL DOLOR ONCOLÓGICO EN PEDIATRÍA

CRISTINA CASAOS ASSOLARI

OLGA ALONSO ALBA

MARÍA DE LA O GARCÍA VEGA

COVADONGA PILAR GUERRA MIER

LORENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Actualmente, el cáncer es una de las principales causas de muerte en niños de 1 a 14 años. Bien sea por la enfermedad directamente, por algún tipo de tratamiento médico invasivo, o bien por alguno de los tratamientos, todos los pacientes oncológicos pediátricos, a lo largo de la enfermedad, experimentan algún tipo de dolor, con mayor o menor intensidad.

Un aspecto muy importante del tratamiento oncológico es el manejo del dolor, bien sea por tratamientos farmacológicos, como con terapias no farmacológicas. En la actualidad se está demostrando la eficacia de las alternativas no farmacológicas, como complemento a los tratamientos con fármacos muy agresivos, que se suelen utilizar en la oncología pediátrica.

La valoración del dolor y su manejo, son funciones de un equipo multidisciplinar, y debe hacerse en la medida de lo posible teniendo en cuenta las características individuales del paciente pediátrico.

Los tratamientos farmacológicos, muy agresivos, se están reforzando con la utilización de terapias alternativas no farmacológicas, que complementan estos primeros, en beneficio de un mejor manejo de dolor y en una disminución de efectos secundarios negativos como consecuencia de ellos.

El juego forma parte importante de las actividades de la infancia. Es la primera ocupación del niño. Con el juego el niño adquiere habilidades, desarrollo, etc., y es su forma habitual de expresión, además de ser un medio de comunicación. Esta actividad se puede entender como un método de distracción. Un niño que juega es considerado como un niño sano, al contrario del que no lo hace, que se suele considerar enfermo.

Lo mismo ocurre en el caso de niños con una patología oncológica. El juego es considerado como eso totalmente opuesto a la enfermedad. Lo podemos entender como una terapia alternativa que hace parte del tratamiento curativo. El juego tiene el objetivo de recrear, divertir, estimular, sociabilizar, etc., pero también cumplir su misión terapéutica como puede ser aliviar la intensidad del dolor, aliviar angustias, ansiedad, etc. El juego en el medio hospitalario tiene un efecto terapéutico en los niños con patología oncológicas. Los efectos positivos del juego sobre los fenómenos psicofisiológicos, en los niños hospitalizados, es una evidencia, descrita por varios autores en sus diferentes investigaciones. Una potente sinergia es la formada por la colaboración de la terapéutica médica y lúdica. La finalidad de cada una de estas es la curación o al menos la mejoría del paciente infantil. Se identifica a través de esta complementación terapéutica, el llamado efecto de adherencia terapéutica.

La presencia del juego en las unidades hospitalarias infantiles se ve justificada en varios estudios, en el sentido de la mejoría de las variables de los signos vitales en los niños, así como una mejoría en los tratamientos procedimentales, en los cuales se puede observar una disminución de la ansiedad y del estrés en los tratamientos como las punciones venosas, por ejemplo.

Cuando hablamos del ámbito hospitalario, nos referimos a un entorno por lo general hostil para el niño, donde el niño se siente solo, indefenso, separado muchas horas de sus padres de sus amigos, donde desde el entorno hasta el tratamiento son motivos de angustia y malestar. La presencia del juego en el entorno es una necesidad positiva y analgésica para disminuir la tensión, angustia, ansiedad, etc., y poder soportar un poco mejor la intensidad, muchas veces importante, del sufrimiento oncológico.

2 Objetivos

Nuestro objetivo en este estudio es hacer una revisión de la literatura existente para conocer la eficacia de la utilización del juego en el manejo del dolor oncológico pediátrico.

3 Metodología

Nuestra investigación se fundamenta en una búsqueda y revisión documental de artículos y estudios científicos, localizados en bases de datos de páginas científicas como Pubmed, Medline, Cochrane, etc., y en revistas de corte científico como Science.

Las palabras claves utilizadas para nuestra búsqueda documental han sido: paciente pediátrico oncológico, terapias alternativas, terapia lúdica del juego.

El periodo para la realización de la búsqueda ha sido entre septiembre 2019 y febrero 2020, y el intervalo admitido para la publicación de los artículos fue desde el año 2007 hasta el año 2020.

En una primera localización documental se han obtenido 23 artículos y trabajos sobre nuestro tema, de los cuales se eliminaron 6 por duplicidad. A los restantes trabajos se les incluyeron los criterios de inclusión/exclusión.

Los criterios de inclusión fueron ser trabajos de acceso a texto completo, en lengua castellana, aportar datos científicos objetivos sobre los efectos del juego en el paciente oncológico pediátrico.

Los criterios de exclusión han sido no tener acceso a texto completo, lengua no castellana, que no se refieran al ámbito oncológico pediátrico.

4 Resultados

Los resultados obtenidos en nuestra revisión bibliográfica se exponen a continuación. Debemos señalar algunas limitaciones en la búsqueda documental debidas a la escasez de trabajos y estudios sobre el tema, localizados para nuestro estudio.

Si es cierto que en los últimos años se incrementaron la realización de estudios científicos sobre las terapias complementarias no farmacológicas, como alternativas posibles para suplir las necesidades específicas de pacientes con alteraciones notables en sus tratamientos farmacológicos. La implementación de estas nuevas terapias, así como la aceptación por los pacientes oncológicos es de gran impor-

tancia para poder compaginar los tratamientos farmacológicos con las terapias no farmacológicas en beneficio de una terapéutica más eficaz.

Para una mayor eficacia de las terapias, tanto con fármacos como sin ellos, se debe promocionar y desarrollar una mejor preparación a la familia, al equipo multidisciplinar y fomentar los estudios de calidad sobre la eficacia de estos nuevos recursos terapéuticos útiles en pacientes pediátricos con cáncer.

Los niños en la etapa de la infancia se ven enfrentados a situaciones muy diversas, donde además del desarrollo psicomotor normal, se presentan cambios en las vidas a los que tienen que adaptarse. Los niños con cáncer además de todas estas adaptaciones tienen que preocuparse también de su estado de salud, permaneciendo internados en numerosas ocasiones, interrumpiendo su vida de forma anormal.

La capacidad funcional en un paciente supone una disminución importante en su calidad de vida. Al dejar de realizar las actividades normales, este se hace más dependiente y necesitará cada vez más ayuda externa. El juego, como terapia y también como actividad de la vida diaria, tiene el objetivo de desarrollar la capacidad motora y mejorar las capacidades funcionales en los pacientes pediátricos oncológicos, además de crear un ambiente social satisfactorio.

Los profesionales sanitarios deben tener el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de estos pacientes pediátricos, que por razones de salud deben pasar largas estancias en un centro hospitalario, ayudándoles a reducir los síntomas y en especial el dolor, y promoviendo la independencia funcional.

Mantener unos canales de comunicación entre los equipos profesionales, el paciente y la familia es de gran importancia para que los resultados de los tratamientos sean un éxito.

En la literatura localizada, pocos son los trabajos experimentales que demuestren la eficacia del juego como terapia en la mejoría de los síntomas presentes en los pacientes pediátricos oncológicos.

Los trabajos localizados se centran sobre todo en el beneficio del juego a través de la actividad física, o mediante la utilización de juegos de realidad virtual, pero aun así no se encontraron trabajos de calidad suficiente, para afirmar la ayuda de la terapia lúdica del juego en el beneficio de una mejor calidad de vida de los pacientes pediátricos oncológicos, mediante la utilización del juego como terapia. Sí que hay trabajos que indican una mejoría en los resultados del tratamiento farmacológico, cuando este se refuerza con una terapia complementaria como es el juego. Se nota mejoría en una gran parte de la sintomatología y en consecuencia de la calidad de vida de estos pacientes.

Podemos concluir que los resultados de los estudios revisados no son con-

cluyentes, aunque si pueden hacer un acercamiento al tema, e indican que, dentro del cáncer infantil, una de las técnicas no farmacológicas que se lleva a cabo sobre todo es desde el juego.

Aunque no se tenga evidencia científica suficiente para concluir que las terapias de juego son eficaces en el control del dolor oncológico pediátrico, si se aprecia una cierta utilidad, tanto por sus características distractoras, como por sus cualidades para establecer canales de comunicación entre los niños y los terapeutas. Su buena aceptación por parte de los niños hace pensar que pueden utilizarse como estrategias de adaptación y como terapia complementaria a las terapias farmacológicas.

5 Discusión-Conclusión

Nuestra conclusión es que no hay suficientes trabajos con rigor metodológico, que puedan confirmar de forma científica, los beneficios de la terapia lúdica en el manejo y la disminución del dolor y otra sintomatología, en el paciente pediátrico oncológico.

La mejoría en la disminución de la ansiedad y del estrés identificados en el paciente pediátrico con cáncer, tras la aplicación de una terapia complementaria lúdica al tratamiento farmacológico de base, no es aún científicamente demostrable por la escasez de estudios al respecto.

La evidencia científica sí identifica a la participación de los padres o cuidadores junto al niño en la ludoterapia, como una influencia positiva en la disminución del miedo y de la angustia.

La importancia de la terapia lúdica asociada y complementaria al tratamiento farmacológico, parece ser cada vez más evidente en la mejoría de la calidad de vida de estos pacientes pediátricos, deseando que ello contribuya a un incremento de trabajos científicos sobre este aspecto.

6 Bibliografía

1. Vargas L: Avances en el tratamiento del cáncer infantil. Diez años del programa Infantil Nacional de Drogas (PINDA). Rev Chil Pediatr 2010; 69; 270-5.
2. Vargas L: Aspectos generales del cáncer en el niño. En: A. Winter, Puentes R. Medicina Infantil MCD, Santiago, 2015: 908-19.
3. Parkin DM, Stiller CA, Drapper GJ. International incidence of childhood cancer. IARC Lyon 2012.

Capítulo 55

EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD EN LOS JÓVENES.

MARÍA YOLANDA OLARREAGA GUTIERREZ

ALEXIA PÉREZ FERNÁNDEZ

LUZDIVINA MARTÍN REDONDO

EDGARDO FEDERICO RADAKOFF MONTOTO

ANA DELIA PUENTE DÍAZ

1 Introducción

Las etapas de la infancia y la adolescencia son consideradas unas etapas muy importantes en la formación de una persona, tanto para su crecimiento y desarrollo físico, como psicológico. En estas etapas de la vida, el ser humano debe recibir una correcta alimentación, tanto en calidad como en cantidad, además del necesario afecto, estímulos y cuidados.

Una buena alimentación y nutrición contribuye a alcanzar el desarrollo del potencial físico y mental, evitando la incidencia de patologías agudas o crónicas, además de aportar reservas para las circunstancias de esfuerzo.

El importante cambio en los estilos de vida ha generado un importante cambio en los patrones alimentarios y provocado una importante aparición de la obesidad en la población mundial, sobre todo en los países desarrollados, y sobre todo en edades cada vez más tempranas.

La obesidad se define como el exceso de tejido adiposo corporal, como consecuencia del desequilibrio energético entre la ingesta calórica y el gasto energético de la persona. Esto supone un exceso de ingreso calórico que se traduce por el incremento de la grasa corporal, y en consecuencia el sobrepeso u obesidad. Si el exceso del peso corporal excede del 10 al 20% del peso ideal para la estatura, se considera rango de sobrepeso, y si el exceso es superior al 20% del peso ideal para la estatura, se dice obesidad. Esta valoración se utiliza para clasificar a los niños menores de 10 años que aún no han iniciado los cambios puberales. Si ha salido el primer estadio puberal, estos niños se clasifican mediante el índice de masa corporal (IMC). En aquellos niños cuyo IMC se sitúe entre los percentiles 85 y 95 tienen sobrepeso y presentan un mayor riesgo de enfermedad relacionada con la obesidad.

En la actualidad la obesidad es considerada como la enfermedad crónica nutricional no transmisible más frecuente, y a su vez constituye un problema cada vez más creciente de Salud Pública. La probabilidad de que la obesidad infantil perdure en la etapa adulta es de 20% y si es obesidad se presenta en la adolescencia esta probabilidad se incrementa hasta el 80%, de ahí la importancia de una correcta prevención en etapas tempranas de la vida, para una mejor calidad de vida en la etapa adulta y reducir los importantes costes económico-sanitarios que esta enfermedad genera.

La rápida evolución e incremento de esta enfermedad, que es la obesidad, en los últimos años entre la población más joven, hace sospechar que se deben excluir una razones genéticas (aunque si se confirma que aproximadamente 5 de cada 1000 niños obesos tienen un origen genético), y centrar las razones más bien atendiendo a cambios sociológicos, culturales y ambientales que fomentan el aumento de conductas obesogénicas como pueden ser la disminución de la alimentación natural, el consumo de grasas hidrogenadas, hidratos de carbono refinados, juegos artificiales azucarados, etc., destacando la proliferación de comidas rápidas de baja calidad nutricional y alta densidad energética, etc.

Por otro lado, el sedentarismo por parte de esta población juvenil se ha incrementado, siendo un factor clave en la reducción del gasto calórico que se ve reflejado en un aumento de tiempo frente al televisor, juegos pasivos y empleo de los TICS, etc., agravándose por la crisis social y la inseguridad que limitan la utilización de espacios verdes, descendiendo de forma importante la actividad física.

2 Objetivos

El objetivo del presente trabajo será analizar la tendencia de la obesidad en niños y adolescentes como consecuencia de conductas obeso génicas.

3 Metodología

Nuestro trabajo se fundamenta en una búsqueda y revisión documental de artículos científicos, localizados en bases de datos de páginas especializadas como Pubmed, Medline, Cochrane, etc. y en revistas de corte científico como Science, etc.

El periodo de búsqueda documental duró desde octubre 2019 hasta enero 2020, admitiendo artículos publicados entre enero del 2000 y diciembre del 2019.

Los descriptores o palabras claves utilizados para nuestra búsqueda han sido: obesidad, epidemiología, niños y adolescentes.

Una vez localizados los artículos, se separaron los duplicados, y los restantes seleccionados se sometieron a criterios de inclusión/exclusión.

Los criterios de inclusión fueron ser artículos de acceso a texto completo, en lengua castellana, que aporten datos científicos sobre la obesidad infantil.

Los criterios de exclusión fueron no ser artículos de cartas al director, no ser en lengua castellana, no ser artículos relacionados con la etapa infantojuvenil.

Al final de nuestra selección se obtuvieron 8 artículos que cumplieron todos los requisitos para ser incorporados en nuestro estudio.

4 Resultados

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial, ocasionada por un desequilibrio calórico entre un ingreso de calorías en el organismo superior al gasto de las mismas para crecer y madurar, que finalmente son almacenadas en grasas.

Desde el punto de vista epidemiológico, la obesidad es más prevalente en los núcleos de poblaciones urbanas de menor nivel socioeconómico y educativo. También es cierto que en los países desarrollados la prevalencia de la obesidad se ha duplicado y al del sobrepeso se ha cuadruplicado en los últimos años.

Entre las causas del sobre peso y la obesidad se interaccionan factores ambientales a la vez que genéticos, siendo un potente efector el medio ambiente sobre el desarrollo de la adiposidad, como son un consumo excesivo de alimentos durante el periodo prenatal, un insuficiente uso de la lactancia materna, una malnutrición

materna, el tipo de estructura familiar, un nivel socioeconómico bajo, una falta de ejercicio físico, etc., y la utilización de los TICS es uno de los factores predictivos en la adolescencia porque que sustituye actividades que consumen más energía. Muchos autores en numerosos estudios han demostrado que las conductas alimentarias y las conductas relacionadas con el estilo de vida son cada vez más responsables de situaciones de sobrepeso en la población pediátrica.

En el desarrollo del niño, se contempla 3 periodos relacionados con el aumento del tejido adiposo, el primero de estos periodos se da a los 8 a 9 meses de vida (el niño se prepara para el destete), el siguiente es alrededor de los 5 o 6 años de edad, y el tercer periodo se produce en la preadolescencia y en el estirón puberal. El periodo de mayor riesgo para padecer obesidad es el segundo, denominándose a este fenómeno “rebote adipocitario”. En los niños susceptibles este es un momento crítico para el inicio de un sobrepeso, además socialmente coincide con una etapa escolar donde ya se presenta mayor responsabilidad, comidas en comedores escolares donde el control alimentario es mínimo, y donde el adolescente necesita una mayor autonomía de acción. Cuando más precoz, es el rebote adipocitario, mayor es la probabilidad de obesidad en la edad adulta.

Para la medición de la grasa corporal, los métodos más utilizados en la edad pediátrica son los antropométricos, como el índice de masa corporal (IMC), peso/talla², que se relaciona altamente con la grasa subcutánea y con la grasa corporal total, los pliegues cutáneos (bicipital, tricipital, subescapular, etc., todos tomados del lado izquierdo), el índice de cintura/cadera, que es uno de los principales criterios diagnósticos clínicos de la obesidad infantil, ya que es interesante para diferenciar de la obesidad ginoide de la obesidad androide.

Las complicaciones de la obesidad están relacionadas con el grado de sobrepeso y el tiempo de evolución. Así, nos encontramos con complicaciones inmediatas como las complicaciones ortopédicas, como desviaciones de la columna, arcos plantares vencidos, etc., problemas respiratorios (apneas de sueño y ronquidos), alteraciones de piel (estrias, pliegues inguinales, etc.). dentro de estas complicaciones inmediatas encontramos también los problemas psicosociales producto de la discriminación que sufre el niño y el adolescente, llegando a producir en el sujeto una baja autoestima, introversión, bajo rendimiento escolar, haciéndose progresivamente sedentarios y socialmente aislados. En cuanto a las complicaciones a medio plazo, encontramos enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, isquemias coronarias), y metabólicas (gota, diabetes).

La comorbilidad asociada con la obesidad comprende, por lo tanto, un aumento significativo de enfermedades crónicas y discriminación en la vida social. La obesidad infantil por si sola es capaz de predecir la obesidad adulta, así como

una morbilidad y mortalidad en los adultos mayores que la esperada.

El momento más apropiado para un tratamiento preventivo eficaz para evitar la obesidad infantil es el tratamiento precoz en periodo prenatal, incluso preconcepcional, y en los primeros años de vida del niño, que son los periodos de mayor vulnerabilidad del niño. Un riguroso seguimiento del estado nutricional de la madre desde incluso antes del embarazo, asegurando una lactancia materna exitosa y un incremento de peso aceptable en el niño son los pilares para disminuir parte del riesgo de seguir con problemas de sobrepeso en futuras etapas de la vida del niño.

El tratamiento preventivo de la obesidad infantil necesita un enfoque multidisciplinar donde el pediatra, como principal coordinador del equipo, pero también nutricionista, psicólogo, etc. trabajen para modificar hábitos de vida, como una alimentación saludable y estilos de vida enfocados a realizar una mínima actividad física, y reorientar otros hechos causales en el niño y su entorno social.

Los mejores resultados se han obtenido cuando los padres del niño son utilizados como los agentes de cambio, destacándose en la literatura, la importancia de la participación y motivación de la familia. Los planes alimentarios resultan exitosos con una adecuada información y educación nutricional, insistiendo en todo momento en el fraccionamiento y distribución de la ingesta, en la correcta masticación y en la incorporación de fibra vegetal y agua.

Para consolidar los hábitos de vida saludables es esencial aportar una parte de actividad física cotidiana por parte de los niños a sus obligaciones diarias. Es indispensable la motivación hacia prácticas aeróbicas progresivas y cotidianas, única herramienta por el momento capaz de modificar y compensar el gasto metabólico.

5 Discusión-Conclusión

La prevalencia de la obesidad en la edad juvenil-infantil se ha incrementado de forma alarmante en las últimas décadas, convirtiéndose en la enfermedad nutricional crónica no transmisible más frecuente.

La infancia es el mejor momento para incorporar unos hábitos de vida saludables, instaurando unos hábitos alimentarios equilibrados, practicar actividad física aeróbica de forma regular, etc., que no se deben perder ni en la etapa adolescente, ni en la posterior etapa adulta.

Un compromiso serio y motivador de la familia con estos conceptos, es la mejor garantía de éxito. Las familias que logran implicarse en estos aspectos del aprendizaje infantojuvenil garantizaran a sus descendientes una calidad de vida salud-

able y óptima.

6 Bibliografía

1. Alba Martín, R. Prevalencia de la obesidad infantil y hábitos alimentarios en educación primaria.
Bancalari, R.; Díaz, C.; Marínez-Aguayo, A.; Aglony, M.; Zamorano, J.; Cerda, V.; Fernández, M. Garbin, F.; Cavada, G.; 2-2-Valenzuela, M. y García H. Prevalencia de hipertensión arterial y su asociación con la obesidad en edad pediátrica. Rev. Med. Chile 2011; 139: 872-879.
2. Cordova, A.; Villa, G.; Sureda, A. Rodríguez-Marroyo, J. A. y Sánchez-Collado, M. P. actividad física y factores de riesgo cardiovasculares de niños españoles de 11-13 años.

Capítulo 56

LA RELEVANCIA DE LA SALUD DIGITAL A DÍA DE HOY

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ ORDIERA

1 Introducción

La revolución digital ha cambiado nuestra forma de acceder a los servicios y a la información (son muchos los que la definen como la cuarta revolución industrial). Tanto Pacientes como profesionales utilizan herramientas digitales para acceder a información sobre la salud. Hoy en día la literatura científica se publica de forma abierta y el acceso a muchas bases de datos sobre la salud es gratuito y libre.

Muchos son los pacientes que buscan información sobre su enfermedad, síntomas en internet, antes de acudir al profesional sanitario, se informan, comparten vivencias y experiencias y van adquiriendo conocimientos que les van a ser útiles para convivir con su enfermedad.

Estos pacientes los clasificamos como paciente activo, paciente experto o e-paciente. Este último es el que utiliza las herramientas digitales para adquirir conocimientos.

El fácil acceso de la población a internet hace posible que se puedan promover campañas de prevención y promoción sanitaria, llegando así a millones de personas.

También está cambiando la relación en la consulta con el paciente, ya que los profesionales sanitarios disponen de elementos tecnológicos que permiten la generación de consultas e interconsultas a través de vías no presenciales, lo que empieza a conocerse como la Telesalud.

Las redes sociales, los blogs y las APPS (aplicaciones) son las principales herramientas de las que disponemos para esta nueva forma de comunicación y prestación sanitaria.

Son nuevas formas de comunicación y de acceso a herramientas para la autogestión de la enfermedad, que están modificando tanto el comportamiento de los ciudadanos como de los sanitarios.

Un riesgo de disponer de vías de comunicación de alto impacto social es que la información falsa o manipulada se extiende con mayor potencia que la información sanitaria de calidad, por lo que luchar contra los bulos de salud es una responsabilidad de todos.

2 Objetivos

- Describir la importancia de estas tecnologías en el empoderamiento del paciente.
- Analizar las tecnologías digitales para su uso como herramienta para los proyectos para la educación de la salud.

3 Metodología

Búsqueda y revisión sistemática de bases de datos a tal efecto, tales como: Paciente activo, Paciente digital, Plataforma de Astur salud y formación en las nuevas herramientas sobre la salud digital, Scielo, etc.; utilizando las palabras claves como descriptores: paciente activo, telesalud, empoderamiento del paciente

4 Resultados

La buena comunicación entre el paciente y el sanitario es importante para llevar a cabo una buena asistencia sanitaria. El profesional sanitario tiene que adaptarse a las necesidades, conocimientos, necesidades y demandas del paciente.

Un paciente activo se caracteriza principalmente por mostrar un interés claro por su enfermedad desde el inicio, tiene inquietud, y está dispuesto a aprender, a adquirir conocimiento, habilidades y competencias durante el proceso.

Internes es una herramienta clave para el acceso a información fiable y de calidad. Depende del profesional asesorarle sobre fuentes fiables en este momento que vivimos tan digital. Ya que en muchos casos hay páginas que pueden llevar a

errores o incluso a informaciones falsas, de ahí la insistencia y necesidad de un buen asesoramiento al paciente por parte del profesional.

Los términos que usamos “paciente experto”, “paciente empoderado”, “e-paciente”, “paciente activo” se van sustituyendo por el de “paciente del siglo XXI” que los engloba a todos.

El paciente del siglo XXI es un gran conocedor de internet y de su uso. Se preocupa de buscar y filtrar información de calidad, detecta y denuncia bulos en salud y crea contenidos a través de blogs y participación en redes sociales o foros-comunidades de pacientes.

Empodera al paciente no es dar información, sino que supone un cambio importante en la relación entre el personal sanitario y el paciente. Esta ha de ser demandada por el segundo y aceptada por el primero.

La existencia de estos nuevos pacientes genera ventajas para el paciente, para los profesionales sanitarios y al mismo tiempo para el sistema sanitario.

Gracias a las tecnologías el sistema sanitario puede proporcionar a la población en general información, atención médica y programas de prevención de enfermedades.

5 Discusión-Conclusión

La tecnología ha revolucionado nuestra forma de vida en los últimos años, afectando a nuestra forma de comunicarnos, comprar, viajar y también a la forma de obtener información sobre nuestra salud.

Desde la pandemia SAR COV2, la salud digital ha cobrado una importancia y relevancia con la que no se contaba hace un par de años.

A fecha de hoy muchos servicios sanitarios se ofrecen a través de internet, a distancia o sin una relación presencial.

La telesalud cobra día a día más importancia en nuestra vida diaria, ya que con ella y a través de las tecnologías digitales, la atención sanitaria se ofrece a distancia sin hacer falta la presencia física del paciente.

Los profesionales sanitarios están en continuo aprendizaje de atención a la salud, realizan actividades, se siguen investigaciones con el fin de mejorar de forma efectiva la salud de las personas, y de las comunidades en las que estas residen.

6 Bibliografía

1. Basagoiti I. Alfabetización en salud. De la información a la acción [pdf]. Valencia: ITACA/TSB; 2012. ISBN: 978-84-695-5267-4 Disponible en <http://www.itaca.es>

salupedia.org/alfabetizac.

2. Dueñas, JR. Paciente activo «Ser Paciente Experto o Activo» [Internet]. [citado 10 de abril de 2019].

3. Consejo Asesor de Pacientes. Paciente Experto. SERGAS.

4. Dave deBronkart. En: Wikipedia [Internet]. 2017 [citado 22 de abril de 2019].

5. Tom Ferguson. Libro Blanco del e-Paciente e-pacientes: cómo nos pueden ayudar a cuidar mejor la salud.

Capítulo 57

LA ATENCIÓN SANITARIA EN LOS DOMICILIOS

JOSÉ MANUEL FERNÁNDEZ ORDIERA

1 Introducción

La atención sanitaria en los domicilios, es una asistencia programada que lleva al domicilio del paciente los cuidados y las atenciones biopsicosociales necesarias para el mantenimiento de la salud, la cura de enfermedades o la prevención de estas.

Esta visita domiciliaria sirve además para conocer el entorno familiar del paciente. Dando a conocer de primera mano, al profesional, datos que influyen en la salud de la persona y que no se podrían conocer en una consulta medica al uso.

La visita domiciliaria se puede definir desde el punto de vista:

- De actividad: conjunto de actividades que se realizan en el domicilio a través de tareas específicas, convirtiéndose estas en un enlace importante entre el sistema de salud y la familia.
- Técnica: porque se aplican conocimientos técnicos y científicos para producir cambios en el cuidado de la salud individual, familiar y comunitaria.
- Programa: es una herramienta que va a ser realizada en base a unos objetivos, actividades y recursos específicos.
- Servicio: es un tipo de asistencia que se ofrece a la familia para contribuir a la mejora de sus problemas de salud.

Esta atención la realizara el equipo sanitario de “Atención Primaria”, y lo harán a toda aquella población que tengan derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, colaboraran en los programas de Salud Publica, Educación Nacional o Asistencia Social.

2 Objetivos

Describir el procedimiento a realizar durante la atención domiciliaria sanitaria, resaltando la importancia de este tipo de asistencia.

3 Metodología

Revisión bibliográfica consultando las bases de datos Dialnet, Pubmed y Scielo, a través de la Biblioteca interactiva del Hospital universitario central de Asturias (HUCA).

Curso de introducción a la visita domiciliaria realizado a través de la plataforma Fnn Formación.

Utilizando las palabras clave como descriptores: atención sanitaria en domicilios.

4 Resultados

Para poder llevar a cabo una visita domiciliaria, se debe seguir un guion bien planificado y que dividiremos en etapas.

Estas etapas son cinco:

1. Planificación de la visita.
2. Introducción y análisis de la familia.
3. Desarrollo de la visita (incluye valoración, diagnostico, intervención y resultados.
4. Registro.
5. Evaluación.

Planificación de la visita: conocimiento del paciente y su familia. Para ello se revisara la historia clínica del paciente para poder obtener la mayor parte de información: diagnósticos, antecedentes, tratamiento, motivo de la visita, cuidador principal, núcleo familiar, aspectos vulnerables, contesto ambiental y social, datos del entorno, etc.

Una vez analizada la información se debe tener claro cual va a ser el objetivo de la visita domiciliaria, y determinar lo que debe durar esta, considerando un tiempo adecuado 45 minutos.

Introducción y análisis de la familia: esta etapa comienza en el momento en el que llamamos al domicilio para avisar de la visita, o en el momento de entrar al domicilio.

Desarrollo de la visita: esta etapa comienza en el momento en el que el profesional sanitario inicia sus cuidados e intervenciones con el paciente y o familia, hasta que abandona el domicilio.

En esta se han de identificar las necesidades, colaborar en la resolución de problemas, realizar tareas relacionadas con habilidades, enseñar actividades relacionadas con el autocuidado, informar sobre los servicios que ofrece el centro de salud, planificar un plan de cuidados junto al paciente y el familiar y recoger todo tipo de información necesaria para dar unos cuidados de calidad.

Registro de la visita: hay que registrar de forma precisa, concreta y completa todos los datos que sean de interés sanitario y/o social como son: Modificaciones desde la ultima visita si las hay, si han aparecido nuevos problemas, necesidades encontradas, reacción de la familia y del cuidador principal, objetivos marcados y actividades realizadas durante la visita.

Evaluación: se evalúa la estructura, el proceso y el resultado.

5 Discusión-Conclusión

En los últimos años, las gerencias de salud están a favor de aumentar las visitas domiciliarias por enfermería.

Poco a poco se van introduciendo cambios que van relajando la presión asistencial de las consultas, como es el caso de la introducción de la receta electrónica. Esto facilita que se pueda reclamar una mayor presencia de la enfermera en los domicilios.

No obstante , esta visita domiciliaria es una actividad básica transversal a los programas de salud y procesos asistenciales, y que permite al personal de enfermería tener una visión objetiva y amplia del grupo familiar. Pudiendo así, identificar, comprender y conocer las necesidades físicas, emocionales y sociales de la familia (paciente, cuidador principal y los componentes de la familia).

El envejecimiento de la población sigue aumentando y es una de las grandes preocupaciones a nivel sanitario y social. La tasa de natalidad disminuye y aumenta la esperanza de vida, todo ello a consecuencia de las mejores condiciones socioeconómicas y sanitarias.

Este cambio en el perfil de la población ha generado que las personas mayores se hayan convertido en una necesidad socio-sanitaria prioritaria.

Todo ello hace que cada vez tome mas importancia la atención domiciliaria, los profesionales de enfermería tendrán el papel mas importante dentro de este tipo de atención sanitaria, en el que van a garantizar unos cuidados enfermeros de calidad.

Para ello es importante que las gerencias faciliten una buena coordinación entre los distintos niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales, y que refuercen el personal suficiente para poder atender a toda la población.

6 Bibliografía

1. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705108>.
2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7683994>.
3. Abordaje de atención medica domiciliaria al paciente terminal oncológico.
4. La practica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y practica profesional.

Capítulo 58

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

ÁNGELES MEDINA BARZANO

MARTA BENITA LARA

1 Introducción

Definimos medicamento como toda sustancia que puede usarse para curar, aliviar o prevenir enfermedades o usada en beneficio de las personas o animales. Es la forma en que se la da al principio activo o fármaco para su administración. El principio activo se mezcla con sustancias inocuas llamadas excipientes dando lugar al medicamento (jarabe, gotas, etc.).

Un fármaco puede tener 3 nombres:

- Marca registrada: nombre comercial o nombre con el que se vende (Ej: Neo-brufen).
- Nombre químico: denominación química del nombre del fármaco (Ej: (RS)-2-(4-(2-methylpropyl)phenyl) propanoic acid).
- Nombre genérico: aquel al que es vendido bajo la denominación del principio activo que contiene (Ej: Ibuprofeno).

La vía de administración de un medicamento es el camino usado para que este llegue a su punto final de destino: la célula. También se puede definir como la forma elegida de incorporar un fármaco al organismo. Existen diferentes vías de administración de un medicamento (oral, rectal, vaginal). Las diferentes vías de administración hacen que este ejerza la acción necesaria de manera correcta y eficiente.

Existen 2 tipos de medicamentos: De acción sistémica o general o de acción tópica o local.

A su vez, existen numerosos efectos que tienen los medicamentos como el efecto terapéutico, alergia, tolerancia de este, su toxicidad entre muchos otros.

Entre muchos de los objetivos que tienen los medicamentos destacamos:

- Prevenir enfermedades.
- Aliviar síntomas.
- Curar procesos patológicos.
- Sustituir deficiencias orgánicas.
- Minimizar los riesgos a los que se expone el paciente.
- Contribuir a preservar o mejorar el bienestar del paciente.



2 Objetivos

Reflexionar sobre la administración de medicamentos y sus resultados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. A su vez, se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y diversas fuentes que serán mencionadas más tarde en el apartado de bibliografía.

4 Resultados

Debemos resaltar que la repercusión sanitaria, social y económica de medicamentos en nuestro medio hace necesario la formación de profesionales expertos en el uso racional de medicamentos para que se apliquen con calidad y eficiencia.

Es preciso entender que garantizar el proceso de utilización de un Medicamento no asegura que se alcancen unos resultados positivos en el paciente y que no existe una relación directa entre el proceso de utilización de los medicamentos y sus resultados; esto justifica que en la práctica clínica sean más prioritarios la evaluación de los resultados en salud del paciente, que son las que verdaderamente determinan el grado de beneficio o daño del fármaco y en consecuencia la necesidad de avanzar en la evaluación de los RNM (Resultados Negativos de Medicación), entre los cuales destacamos:

- De necesidad: el paciente sufre un problema de salud asociado a no recibir una medicación que necesite o, por el contrario, el paciente sufre un problema de salud asociado a recibir un medicamento que no necesita .
- De efectividad: el paciente sufre un problema de salud asociado a una ineffectividad de la propia medicación.

A pesar de todos estos aspectos negativos que acabamos de mencionar, en la mayoría de ocasiones que ocurren en la actualidad la administración de medicamentos cumple con eficacia todos aquellos objetivos que hemos mencionado anteriormente.

Por otra parte, debemos destacar que se deben utilizar resultados orientados al paciente en lugar de resultados indirectos ó intermedios para juzgar la eficacia y efectividad de aquellos medicamentos utilizados en el paciente.

A menudo un fármaco que es eficaz en ensayos clínicos no es muy eficaz en el uso real. Esto se debe a las enormes diferencias que existen entre estos ensayos clínicos y la vida real y el problema de llevar cabo de manera correcta, con el tiempo y recursos necesarios a la hora de realizar los ensayos clínicos debido

a que estos deben ser aprobados por las autoridades sanitarias (en España, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) y los comités de ética de la investigación antes de que se puedan llevar a cabo.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos podido ver a lo largo de la realización de este capítulo, la administración correcta de medicamentos se torna un tema fundamental y primordial actualmente. Es por ello que, la selección de medicamentos exige un procedimiento de evaluación que sea riguroso, independiente, transparente y sistemático. Lo más importante es que los pacientes reciban los medicamentos adecuados, teniendo en cuenta los recursos disponibles y considerando siempre los aspectos de la OMS para alcanzar una atención mas segura.

Por otra parte, y como ya hemos explicado, siempre se puede cometer algún error o realizarse de manera incorrecta alguno de los múltiples procesos previos que se deben hacer para una correcta administración de medicamentos. Sin embargo, me gustaría destacar la siguiente cita de Ramón y Cajal en relación a lo anterior: "Lo peor no es cometer un error, sino tratar de justificarlo en vez de aprovecharlo, en vez de aprovecharlo como aviso providencial de nuestra ligereza o ignorancia".

6 Bibliografía

1. Apuntes para la preparación de la oposición en Técnico en cuidados de auxiliar de enfermería (TCAE).
2. Resúmenes y comentarios propios realizados para la elaboración del capítulo.

Capítulo 59

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN OXIGENOTERAPIA

MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL

M^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO

PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL

JUANA MARIA SANCHEZ BORJA

1 Introducción

La oxigenoterapia es la administración de oxígeno con fines curativos o terapéuticos, se administra cuando el paciente presenta hipoxemia (disminución anormal de la presión parcial de oxígeno), o hipoxia (falta de oxígeno en la sangre y en los tejidos) por este motivo el oxígeno siempre irá a una concentración mayor de la que se encuentra en el medio ambiente, es decir, en el aire, va a ser preciso en muchas ocasiones, como tratamiento esencial y en otras como apoyo al resto de otras terapias aplicadas al enfermo, no obstante son necesarias siempre que haya dificultad para respirar por nuestros medios, por problemas cardio respiratorios o de otra índole, que afectan a la respiración al intercambio de gases y al transporte de oxígeno. El equipo de enfermería, enfermera y TCAE, darán unos cuidados coordinados a todos los pacientes con oxigenoterapia, en los cuales se

encuentra, informar y explicar al paciente de lo que le vamos a hacer y el funcionamiento.

Pedimos la colaboración del paciente para evitar que se quite el oxígeno o que realice algún movimiento que disminuya la eficacia de la oxigenoterapia, hay diferentes dispositivos para la administración de oxígeno y diferentes maneras de aplicarla, y como el TCAE es el que se encarga tareas de estas.

2 Objetivos

- Conocer en que consiste la administración de oxígeno ,y sus funciones.
- Explicar el cometido , que tiene el TCAE en esta función.

3 Metodología

El método utilizado para la recogida de datos e información ha consistido en la revisión bibliográfica, a través de la búsqueda sistémica de artículos, libros y publicaciones académicas revisadas de diversas fuentes y páginas web. Las principales bases de datos utilizadas han sido: Medline, Scielo y Pubmed.

4 Resultados

El oxígeno se puede obtener de distintas fuentes, como un tanque central que son canalizados a través de unas conducciones que se encuentran en la pared de las habitaciones o una fuente móvil o botella que son de menor capacidad, pero indispensable para el transporte de enfermos o para oxigenoterapia domiciliaria. El oxígeno va introducido a gran presión dentro de la botella, lo que hace aumentar su capacidad y autonomía, no obstante hay de diversos tamaños y suelen ser recargables.

Para la administración de oxígeno, además de la fuente se necesita un regulador, es un conector que nos proporciona y mide la cantidad de oxígeno que está pasando en cada momento a través del mismo, el vaso humidificador donde se coloca el agua estéril para que pase el oxígeno y se cargue de humedad, para no dañar ni secar ni irritar las vías respiratorias el conjunto de ambas piezas se denomina caudalímetro, también se le puede añadir un nebulizador o pulverizador de agua con esto se consigue mejorar la humificación de las mucosas del aparato respiratorio, las botellas portátiles de oxígeno se instalan un manómetro, que se coloca a la salida de la botella y antes que el caudalímetro que sirve para saber la

presión interna. La forma de administrar el oxígeno en pacientes que pueden respirar por sí mismos de forma espontánea son: las cánulas nasales, se introduce en una fosa nasal solamente dejando libre la otra fosa nasal y la punta de la misma se coloca en el paladar, las gafas nasales se colocan en ambas fosas nasales, las mascarillas que cubre boca y mentón las hay con reservorio, la mezcla de aire y oxígeno es más alta en oxígeno y sin reservorio con concentraciones variables, las llamadas de alto flujo, tipo venturi, se pueden regular concentraciones entre 25% y el 40-50%.

Tenemos la campana de oxígeno que se usa en pediatría, cubre la cabeza del niño, creando un medio enriquecido de oxígeno, el paciente lo inspira por sí mismo, y la tienda de oxígeno que cubre la cabeza creando un medio enriquecido en oxígeno, que cubre todo el cuerpo y es para pacientes agitados y pediátricos. Los pacientes que no pueden respirar por sí mismos se denomina respiración asistida: ventilación mecánica, se realizada por equipos artificiales se pueden obtener concentraciones de oxígeno hasta el 100%, ventilación con respirador o bolsa manual (Ambu), es una especie de balón de goma blando que utilizamos para la suflación de aire y oxígeno, las pruebas comunes que indican que puede necesitar oxígeno es una oximetría de pulso se coloca el aparato en un dedo e indica la saturación, otra prueba es la de gases en la sangre se toma de una arteria de la muñeca. El TCAE es miembro activo del equipo que proporciona sus conocimientos e interviene en todo este proceso.

5 Discusión-Conclusión

La oxigenoterapia es una medida terapéutica con el fin de restablecer los síntomas de asfixia, aliviar y ayudar al enfermo a mejorar su calidad de vida el papel de TCAE es observar los signos y síntomas que presenta en el momento, asegurarse de que hay suficiente oxígeno en la botella, así que como comprobar las conexiones de que no haya fugas y la correcta concentración de oxígeno prescrita por el médico litros/minutos es la correcta, la preparación del material, en este caso el material fungible (mascarilla, tubo de oxígeno) y sobre todo la correcta higiene de e del TCAE. Manos por parte de equipo de enfermería.

6 Bibliografía

1. <http://medlineplus.gov/spanish>.
2. <http://www.scielo.org/es/>
3. <http://www.intramed.net>

Capítulo 60

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) : EUTANASIA VS SEDACIÓN

MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL

M^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO

PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL

JUANA MARIA SANCHEZ BORJA

1 Introducción

Hablar de la eutanasia es sin lugar a dudas un tema muy controvertido en el ámbito sanitario. Es un campo en el cual se da un claro choque entre los valores de la profesión, como es el tratar y aliviar el dolor en el paciente paliativo y cumplir con los deseos del paciente, la muerte, como manifestación de su principio de autonomía, e incluso del ejercicio de un derecho constitucional al suicidio, en su modalidad de suicidio asistido. Según la última encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), realizada el 2011, se mostró que un 77,5% de las personas encuestadas se mostraban a favor de regular por ley el derecho a una muerte digna.

Preguntados en otras encuestas posteriores (2018), fuente IPSOS, se ve cómo va aumentando esta tendencia al apoyo de la misma y en que supuestos concretos

se ve más apoyada. El 11 de diciembre de 2020, se aprobó en España la nueva Ley que regula la Eutanasia. Esta proposición de Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia (12/00020) determina tanto el derecho de las personas que reúnen las características expuestas en la misma a recibir una muerte digna y con todas las garantías, como los derechos y deberes de los profesionales sanitarios en cuanto al marco de actuación, para asegurar un buen cumplimiento del derecho que esta Ley otorga.

2 Objetivos

Conocer la proposición de ley, y saber diferenciar entre eutanasia y sedación paliativa desde el punto de vista ético legal.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Se entiende por eutanasia, “la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no se ha podido mitigar con otras actuaciones”.

Actualmente, en las doctrinas bioéticas existen diferencias entre lo que se conoce como actuación directa (eutanasia) y actuación pasiva (eutanasia pasiva o indirecta), quedando esta última excluida del marco jurídico penal de la eutanasia. Como eutanasia pasiva o también denominada sedación paliativa se entiende a la disminución deliberada de la consciencia del enfermo, mediante la administración de unos fármacos indicados, con el fin de evitar un sufrimiento insostenible, evitando así la agonía en los últimos momentos de la vida.

La diferencia entre la eutanasia y la sedación paliativa, viene determinada por la intencionalidad del hecho, el procedimiento realizado y el resultado del mismo. La presente Ley, consta de 5 capítulos, 7 disposiciones adicionales, 1 disposición transitoria, 1 disposición derogatoria y 4 disposiciones finales, a través de las cuales va definiendo todos los elementos involucrados en el acto.

- Personas que pueden solicitar la eutanasia:

Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma consciente e informada. Que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e insuperable o de enfermedad grave e incurable, causante de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Que tenga nacionalidad española o certificado que acredite un empadronamiento en España mayor de 12 meses.

Que haya prestado consentimiento informado previamente a recibir la ayuda a morir. Haber formulado 2 solicitudes de manera voluntaria por escrito de querer recibir ayuda a morir.

- Requisitos de la solicitud:

La solicitud de la ayuda para morir deberá realizarse por escrito y debe estar fechada y firmada por el paciente que lo solicita, si el paciente no pudiera hacerlo, lo podría hacer otra persona en representación, quedando constancia clara e inequívoca de quien lo solicita.

Dicho documento deberá firmarse en presencia de un profesional sanitario. Dicho escrito se adjuntará a la historia clínica del paciente.

Esta solicitud podrá ser revocada, incluso aplazada en cualquier momento por el paciente, quedando constancia de dichas decisiones en historia clínica.

- Procedimiento tras la solicitud de la prestación:

Una vez recibida la primera solicitud, el médico responsable en un plazo máximo de dos días, realizará con el paciente solicitante una exposición del caso en cuanto al diagnóstico, posibilidades y resultados esperables y cuidados paliativos, asegurando en todo momento que el paciente comprende la información. Toda esa información deberá ser entregada al paciente también de forma escrita.

Transcurridas 24 horas desde este primer contacto, el paciente ratificará su decisión o bien podrá desistir de seguir adelante, cualquiera de las dos decisiones tendrá que quedar reflejadas por escrito y el médico responsable informará a la unidad asistencial de cualquiera de las dos.

Si el paciente decide seguir adelante, su médico responsable llevará su caso al médico consultor, quien, una vez estudiado y examinado al paciente, redactará un informe en un plazo de 10 días en el que quedará claro que se cumplen las condiciones establecidas en la ley.

Por último, el médico responsable, pondrá el caso en conocimiento de la comisión de garantías y evaluación, la cual emitirá un informe determinando una decisión favorable o desfavorable.

Si es una resolución favorable, la realización de la prestación de ayuda para morir, se realizará con aplicación de todos los protocolos correspondientes, que definen los criterios en cuanto a forma y tiempo de la realización.

Si en cambio, es una resolución desfavorable, ésta podrá ser recurrida por el paciente. Los otros grandes implicados en este proceso, son los profesionales, la Ley define tanto los deberes de los mismos como los derechos, uno de ellos es la objeción de conciencia.

En el artículo 16 de la Ley, se reconoce el derecho de todos los profesionales sanitarios a ejercer su derecho a la objeción, para ello debe de quedar constancia previamente y por escrito.

Con el fin de asegurar una adecuada gestión, las administraciones, crearán un registro de todos los profesionales objetores de conciencia, que será en todos los casos, confidencial y estará regulado por la Ley de protección de datos. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en su guía sobre cuidados paliativos, establece que los elementos fundamentales que deberán darse para hablar de enfermos terminales pasa por observar la presencia de una enfermedad avanzada progresiva e incurable; falta de posibilidades razonables de respuestas al tratamiento específico; presencia de numerosos problemas o síntomas intensos; múltiples, multifactoriales y cambiantes; gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia explícita o no de la muerte; y un pronóstico de vida inferior a los seis meses. De este modo, si se dan estos elementos en el paciente, podemos concluir que está en una situación terminal.

En estos casos debemos de evitar una obstinación terapéutica, que consiste en la instauración de medidas no indicadas, desproporcionadas o extraordinarias, con la intención de evitar la muerte en un paciente tributario de tratamiento paliativo, constituye una mala praxis médica y una falta deontológica.

Como menciona Javier, García Amezcua, en su artículo Cuidados paliativos versus eutanasia: dos formas de morir, dos tratamientos jurídicos distintos y varias situaciones jurídicas conflictivas “Si bien los cuidados paliativos tienen como centro de atención el confort y el bienestar del paciente, una de las posibles medidas que se adoptan una vez que se han comenzado a aplicar, es la sedación terminal, la cual se aplicará en las últimas fases del proceso de agonía, cuando su sufrimiento y dolor es tan elevado que hacen médicamente aconsejable el uso de la misma, causándole una depresión en la respiración que le ocasiona el fallecimiento”, de-

jando que la naturaleza lleve su curso.

5 Discusión-Conclusión

Por la presente ley se aprueba la eutanasia como medida ante situaciones extremas (pacientes terminales). Además, existe las voluntades anticipadas, donde el paciente deja constancias de sus deseos o voluntades, preparándose para la muerte, permite controlar su decisión de forma holística, como un ser biopsicosocial.

Nos parece muy interesante desde el punto del sanitario, saber diferenciar estos términos, eutanasia y sedación, tan importantes en el uso diario con pacientes que están al final de su vida. Pacientes que no quieren morir con dolor, ni físico ni mental, sino con una muerte digna, evitando toda obstinación terapéutica porque solo hace alargar su vida sin calidad.

6 Bibliografía

1. Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL. Guía de Cuidados Paliativos. 2014. Disponible en: http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1.
2. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S1726569X2014000200010&script=sci_arttext.
3. García Amez, Javier. Cuidados paliativos versus eutanasia: dos formas de morir, dos tratamientos jurídicos distintos y varias situaciones jurídicas conflictivas. *Revista penal México* 2019. Última entrada en 02/enero/2021, disponible en <https://revistaciencias.inacipe.gob.mx/index.php/01/article/view/297/255>.
4. <http://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31568/TFGL2084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
5. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. Osteba-Osakidetza 2014.

Capítulo 61

CARACTERÍSTICAS DE LA DIETA CORRECTA POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL

M^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO

PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL

JUANA MARIA SANCHEZ BORJA

1 Introducción

Cuando hablamos de dieta saludable en la alimentación nos referimos a aquella que aporta a cada persona todos y cada uno de los alimentos necesarios para satisfacer sus necesidades nutricionales, y en situación de salud. En este artículo haremos hincapié en la alimentación saludable en general, y se podrá tomar de referencia como una base en la alimentación diaria.

Cada individuo va a tener diferentes requerimientos nutricionales según su edad, talla, sexo, actividad física que desarrolla y sobre todo de su estado de salud o enfermedad.

Para prevenir la aparición de enfermedades y así mantener la salud se debe seguir un estilo de vida saludable; lo que viene a ser que hay que elegir una alimentación bastante equilibrada, realizar alguna actividad o ejercicio físico regularmente,

como caminar al menos 30 minutos al día y se deberá evitar fumar e ingerir bebidas alcohólicas sobre todo las de alta graduación.

El aporte calórico debe ser alrededor de 2.400 kcal. (15-20% de proteínas, 50-55% de hidratos de carbono y 30% de grasas con la distribución de ácidos grasos saturados <10%; ácidos grasos poliinsaturados <10%; ácidos grasos monoinsaturados >10%. Los ácidos grasos esenciales deben suponer el 2-3%). Fibra dietética alrededor de 25 gr.

El reparto de las calorías totales EN 24 horas será de:

- Desayuno: 25%.
- Comida: 30%.
- Merienda: 15%.
- Cena y colación nocturna: 30%.

La colación nocturna es la administración complementaria de alimento si transcurren más de 10-12 horas entre la cena y el desayuno.

2 Objetivos

- Describir las cinco características más importantes de una buena alimentación en términos nutricionales.
- Incidir en la importancia de que esta dieta completa y correcta sea variada.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación responsable en una revisión de bibliografías sobre la literatura científica existente. Se ha llevado a cabo una búsqueda sistemática de artículos, tesis y publicaciones en las principales bases de datos: Google y Google Academy, páginas de nutrición hospitalaria, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisada

4 Resultados

Debes llevar una dieta equilibrada y con complementación de una actividad física.

Para comenzar con una buena alimentación, vamos a ver cuáles son las características de una dieta correcta, De la descripción de estas características, será más fácil vivir una vida saludable si las seguimos a la hora de cuidar la alimentación.

Cinco características de una dieta correcta.

- Adecuada. Decimos que una alimentación es adecuada a aquella que se adapta a la persona en todos los aspectos: entorno social, cultural y económico, ya que la mejor dieta se debe adecuar a tu estilo de vida.
- Equilibrada. Lo ideal es que se genere un equilibrio de nutrientes en tu dieta; ya que en tu ración o plato se debe componer de 25% de cereales, 50% de vegetales y 25% proteína.
- Completa. Dentro de una nutrición equilibrada y para cuidar de nuestra dieta, es esencial que se introduzcan todos los grupos de alimentos: leguminosas, cereales, verduras, frutas y oleaginosas. Esto es muy importante y debemos tenerlo en cuenta, porque con esto se absorberán los nutrientes que tu cuerpo necesita para poder llevar a cabo una dieta completa.
- Suficiente. El anterior punto nos dice que una dieta tiene que ser completa para realizar su función de absorber los más nutrientes posibles, aunque, se debe asegurar de consumir las porciones adecuadas y que deben ser suficiente para reforzar a tu organismo, Lo correcto e ideal de este punto sería comprobarlo a través de un especialista en nutrición, ya que se deben aportar estas necesidades dependiendo de la edad, género, peso, estatura y estilo de vida, o si se realiza alguna actividad física en la cual se quemen más calorías que con las actividades normales diarias.

El punto más importante y último de estas características nos lleva a una dieta.

Variada. Tenemos a nuestro alcance muchos alimentos sanos, lo adecuado es variar esta alimentación todo lo que se pueda, porque si una persona come siempre lo mismo se derivará en costumbre y terminará aburriéndose, lo ideal es ir variando lo que comemos; por ejemplo, cuando la persona coma frutas, deberá variar entre mango, papaya, plátano, melón, sandía, y así con cada alimento que tomemos de los grupos existentes.

5 Discusión-Conclusión

Ahora que conocemos algunas de las características a través de este artículo para llevar a cabo una dieta equilibrada, Podemos llegar a la conclusión de que la variabilidad de esta es muy importante para llevar una vida más sana y en equilibrio, nos ayudara a mantener la salud, así como nuestro cuerpo, además de evitar muchas y diversas enfermedades derivadas de una mala alimentación o de unos malos hábitos. El alimentarnos bien es un requisito imprescindible para cuidar de nuestra salud, y si en algo están de acuerdo la mayoría de nutricionistas es que a la hora de la alimentación no es lo mismo solo comer sin pensar en lo que

estamos ingiriendo que nutrirse adecuadamente con una dieta equilibrada.

6 Bibliografía

1. <https://www.vrim.com.mx/caracteristicas-una-dieta-correcta/>
2. <http://www.aeal.es/alimentacion-y-nutricion/3-alimentacion-saludable>

Capítulo 62

INTERVENCION Y CUIDADOS DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE UN DIAGNOSTICO DE UN NIÑO AUTISTA EDUCACION SANITARIA

MARÍA DEL ROSARIO NAVES GONZÁLEZ

1 Introducción

El autismo es una patología o un trastorno que su función importante es que la relación va unida al desarrollo del cerebro, por ello el cerebro tiende a relacionarse o socializar con su entorno, En el momento que un niño es diagnosticado de este trastorno se va a poder descubrir que no va a relacionarse con los demás de sus iguales o personas que no tienen que ver con su entorno.

En cuanto a la detención de los primeros síntomas se van a observar ya de muy pequeño el niño, ya que en el desarrollo podemos ver retraso o balbuceo en el lenguaje, cuando se le pregunta algo el niño puede o no contestar o repetir nuestra pregunta, prefiere jugar solo con objetos no usuales que con otros niños y sobre todo lo hace apartado de todo, movimientos repetidos continuos etc.

En muchas ocasiones durante el tiempo que están en proceso de diagnóstico se confunde autismo con síndrome de asperger pues es una variante del autismo, pero hay alguna diferencia en cuanto a tener un sentido del humor diferente, suelen ser muy sinceros, interpreta literalmente lo que se le dice, no entienden de bromas.

El diagnóstico se suele encontrar casualmente durante una revisión correspondiente a la edad del niño, con ello se podrá diagnosticar si realmente padece un trastorno autista, ya observa si tiene alguna característica de las anteriores nombradas, y también deberá preguntar a los padres si notaron algún cambio de la revisión anterior a esta.

La detección precoz es importante, ya que por ello se podrá trabajar y facilitará el poder actuar cuanto antes y poder trabajar con ese niño tanta psicomotricidad, logopeda para su lenguaje, y sobre todo intentar sociabilizar al niño.

2 Objetivos

Determinar qué tipo de cuidados o ayuda necesitarán los padres o el niño con autismo.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos pubmed, Scielo, Cochrane. Se incluyen textos y/o artículos en los que hablaban sobre el conocimiento del autismo y posibles síndromes derivadas del autismo.

Palabras clave: autismo, asperger, comunicación, déficit.

Se han incluido textos en inglés y español. Textos con validez científica.

4 Resultados

- En nuestro trabajo hemos podido conocer como el TCAE realiza las intervenciones necesarias para que tanto los padres como el niño pueda llegar actuar y sociabilizar con los demás.
- El tipo de diagnóstico del autismo se puede realizar ya aproximadamente sobre los 36 meses de edad del niño, aunque sobre los 18 meses ya pueden aparecer síntomas y los padres ya los pueden observar.
- En algún artículo hemos conocido que no siempre, pero en diferentes ocasiones el coeficiente de inteligencia suele estar tendente a la baja por lo que también es un signo que se puede observar en edades muy tempranas en el desarrollo y conocimiento de objetos, etc.
- Muchos de los autores nos han hecho ver que el lenguaje suele llegar a conocer un vocabulario muy limitado, en cuanto al lenguaje no verbal también es muy

limitado. Se limitan a repetir continuamente. Por ello el TCAE empleará sus labores de trabajo en que llegue a la lectura se escogerá algún tema de lectura que el niño este interesado.

- La motricidad es también tendente a la baja, se puede observar ya en el momento del gateo, suelen tener hipotonía (bajo tono muscular) o acinesia (Rigidez) etc. En esta ocasión el TCAE deberá acompañar al fisioterapeuta para que la motricidad y la actividad física en el niño mejore y pueda deambular o ejercer cualquier función física sin problemas.

- El TCAE será el encargado de recibir a estos padres y realizar una entrevista para posteriormente poder trabajar con ellos la educación sanitaria adecuada a esta etapa.

- El momento de cualquier síntoma que se detecte y se diagnostique el autismo se podrá en conocimiento para poder guiar a los padres con una educación sanitaria adecuada, dependiendo de la edad del niño va a variar algunas indicaciones a otras.

1- Hasta los 5 años los padres deberán preguntar todas las dudas ya que se van a encontrar con un niño con algún déficit de movimiento, comunicación. También pueden llegar a sufrir crisis convulsivas o problemas gastrointestinales. Debemos trabajar con ellos el contacto visual, interactuar con reciprocidad etc.

2- De 6 a 12 años necesitara apoyo escolar por lo que se gestionara con los padres una ayuda de apoyo en el colegio (un plan individual apropiado). Gestionar para que participe en deportes, juegos con otros niños. Y sobre todo preparación para la pubertad en la que las emociones. Explicar también la diferencia entre un sitio publico y privado para evitar situaciones inapropiadas. En el caso de sexualidad.

5 Discusión-Conclusión

En este trabajo hemos podido demostrar que el TCAE es importante en sus funciones laborales tanto para la educación sanitaria adecuada a los padres , como para poder fomentar las actividades tanto de lenguaje como de actividad física. También deberán acompañar a los padres en el impacto de recibir la noticia de tener un hijo con un trastorno de espectro autista es fuerte, ya que se plantean ya muchos cambios en las vidas de los padres. Por ello los profesionales de la sanidad deben estar ahí apoyando y guiando en cada momento cualquier duda o acontecimiento que pueda ir surgiendo a medida que el niño crezca y se observen conductas que impliquen que está padeciendo ese autismo.

6 Bibliografía

1. Barrera-Carmona, N. y Gutiérrez-Moctezuma, J. (2004). Efecto de la risperidona en la modificación de la conducta y estereotípicas en la paciencia con trastorno autista. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 5, 24-34.
2. Audisio, A., Laguzzi, J., Lavanda, I., Leal, M., Herrera, J., Carrazana, C. y Cilento Pintos, C. (2013). Mejora de los síntomas del autismo y evaluación alimentaria nutricional luego de la realización de una dieta libre de gluten y caseína en un grupo de niños con autismo que acuden a una fundación. *Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria*, 33(3), 39-47.
3. Aguilar Millastre, C. (2014). TDAH y dificultades del aprendizaje: guía para padres y educadores. Valencia: Diálogo.
4. Bravo, Altieri, A., Hortal, A., MitjàFarrerós, S. y Soler Prats, J. (2011). Alumnado con trastorno del espectro autista. Barcelona: Graó.

Capítulo 63

TCAES ANTE LA ESCUCHA ACTIVA

MARIA ANTONIA PEREZ NUÑO

1 Introducción

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro, lo que no implica tener las mismas opiniones, ni estar de acuerdo con nuestro interlocutor. La persona empática consigue tener afinidades y se identifica con su interlocutor.

Está muy relacionada con la práctica de la escucha activa y es de suma importancia, incorporarla en el día a día del trabajo del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE).

En una relación empática, los trabajadores sanitarios, no deben emitir juicios de valor sobre la otra persona y se deben esforzar en mantener una escucha activa durante el proceso de comunicación. Del mismo modo, se pondrá especial interés en que la otra persona entienda lo que se quiere transmitir, de forma clara y sencilla.

La empatía está íntimamente relacionada con la escucha activa, con el altruismo, la comprensión y el don de compartir con los demás, entre otras cuestiones. Estas cualidades personales, bien empleadas hacia el interlocutor que tenemos enfrente, ayudan a practicarla de modo satisfactorio para ambas partes.

Por otro lado, hay que destacar, que la empatía está relacionada con la capacidad para diferenciar entre los estados de ánimo del interlocutor y la capacidad de comprender a la otra persona.

2 Objetivos

Analizar la importancia de la escucha activa como elemento fundamental de la empatía en el entorno laboral, especialmente en el sector sanitario, y desarrollado

por los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), en la atención directa al paciente.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo, se ha realizado una revisión bibliográfica, en la que se han consultado diferentes fuentes como PubMed, Cochrane, Scielo, Elsevier, Google Academy, libros de enfermería, revistas, artículos académicos, revisiones bibliográficas y bibliografía variada del ámbito sanitario, así como páginas web especializadas.

4 Resultados

La empatía es una característica fundamental en la relación que va a tener lugar entre los trabajadores del ámbito sanitario y los pacientes, desde el momento en que estos tienen contacto con la institución sanitaria.

Una persona cuando es empática, es capaz de detectar el estado de ánimo de su interlocutor, ya que poder analizar el lenguaje postural, tono de voz, gestos, etc., consigue percibir su estado de ánimo, aunque tengan opiniones diferentes en la conversación.

En una relación empática, los trabajadores sanitarios, no deben emitir juicios de valor sobre la otra persona y se deben esforzar en mantener una escucha activa durante el proceso de comunicación. Del mismo modo, se pondrá especial interés en que la otra persona entienda lo que se quiere transmitir, utilizando palabras coloquiales, sencillas, claras que se utilicen habitualmente en la vida diaria, sin utilizar tecnicismos, ni palabras que impidan y dificulten una falta de confianza, aportando cercanía y seguridad. Se pretende que nuestro interlocutor se sienta comprendido y con la suficiente confianza para expresar sus dudas, sus miedos y sus inquietudes, relacionadas con su proceso asistencial en el que se encuentra, ya que es un momento muy angustioso y estresante para el paciente y para su entorno.

La escucha de forma empática, favorece el intercambio de información entre los profesionales y los pacientes, de esta manera vamos a poder recibir más y mejor información sobre los signos y síntomas que el paciente percibe. Asimismo se conseguirá una mayor adherencia al tratamiento por parte del paciente y como consecuencia de ello, se logrará mayor grado de satisfacción con respecto a la calidad del trato recibido, tanto por su parte, como por la de los familiares.

5 Discusión-Conclusión

Uno de los de déficits más destacables en las instituciones donde recibimos la formación en las profesiones sanitarias, es precisamente, el estudio de las relaciones interpersonales y la comunicación. Cabe destacar que se da más importancia al estudio de otros conocimientos, dejando de lado aspectos como la empatía y el trato adecuado y amable al paciente, quizás porque se entiende que es algo que es inherente a la persona que se vincula con las profesiones sanitarias.

Es fundamental que se convierta en la actitud que todos los profesionales adoptemos de forma habitual entre nosotros y nuestro equipo de trabajo y sobre manera con el paciente.

La empatía incide de forma proporcional en la calidad asistencial, dentro del ámbito sanitario, por lo que es importante que se tenga en cuenta esta cualidad y no solamente el trabajo propio de los roles profesionales, en este caso, del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería.

6 Bibliografía

1. Las habilidades de comunicación como elemento básico en la formación del médico.
2. Psicología social de la salud.
3. La habilidad de comunicar: caminando hacia el paciente.

Capítulo 64

UNA ENFERMEDAD LLAMADA DEPRESIÓN

MARÍA AMELIA HERES MENÉNDEZ

1 Introducción

La depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.

Supone una de las patologías más frecuentes en Atención Primaria y es la primera causa de atención psiquiátrica y de discapacidad derivada de problemas mentales. Aparece con más frecuencia en mujeres y en personas menores de 45 años.

El tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen, en la mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez se han superado los síntomas de la depresión, convendrá seguir bajo tratamiento antidepresivo el tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

Salvo algunos casos de depresión asociada a enfermedades orgánicas (enfermedad de Parkinson, tuberculosis, etc.), la depresión se produce generalmente por la interacción de unos determinados factores biológicos (cambios hormonales, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina, componentes genéticos, etc.), con factores psicosociales (circunstancias estresantes en la vida afectiva, laboral o de relación) y de personalidad (especialmente, sus mecanismos de defensa psicológicos).

Por ejemplo, las personas con depresión tienen un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes, accidentes cerebrovasculares, dolor y enfermedad de

Alzheimer. Diversas investigaciones también sugieren que las personas con depresión pueden tener un mayor riesgo de osteoporosis.

2 Objetivos

Los objetivos fundamentales es explicar los tres tipos de depresión existentes, proceso diagnóstico y objetivos y los tipos de tratamiento.

3 Metodología

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

4 Resultados

Algunos tipos de depresión pueden ser los siguientes:

Las depresiones pueden clasificarse de una manera sencilla en 3 tipos.

La depresión mayor tiene un origen más biológico o endógeno, con un mayor componente genético y menor influencia de factores externos. Puede aparecer de manera recurrente y, en algunos casos, guarda una cierta relación con la estación del año.

En contraposición, existe la depresión reactiva, causada por una mala adaptación a circunstancias ambientales estresantes.

La distimia, antiguamente conocida como neurosis depresiva, que se caracteriza por un cuadro depresivo de intensidad menor a los anteriores, de evolución crónica (más de dos años), sin periodos asintomáticos y con sentimientos de incapacidad y somatizaciones. Este último tipo de depresión parece guardar una relación más estrecha con la forma de ser y con el estrés prolongado.

Por último, existe un tipo de depresión denominada enmascarada, que en vez de manifestarse con los síntomas ya referidos, aparece como molestias orgánicas -somatizaciones- o cambios en la conducta.

Encontrarse en un momento determinado más triste o con el estado de ánimo más bajo no es suficiente para un diagnóstico de depresión.

Para eso, es preciso que la intensidad de los síntomas, su duración (al menos, 2 semanas) y la incapacidad que generan, sean de una entidad suficiente como para afectar el normal o adecuado funcionamiento de la persona.

Entrevista diagnóstica.

Descarte de enfermedad orgánica mediante: pruebas diagnósticas y valoración por otros especialistas.

Pruebas de psicodiagnóstico.

La depresión suele empeorar si no se trata y puede derivar en problemas emocionales, de conducta y de salud que pueden afectar todos los aspectos de tu vida. Los ejemplos de las complicaciones relacionadas con la depresión comprenden: Sobrepeso u obesidad, que pueden derivar en enfermedades cardíacas o diabetes.

El tratamiento de la depresión tiene tres objetivos principales: mejorar los síntomas depresivos. recuperar el nivel de funcionamiento psicosocial previo. prevenir futuros episodios depresivos.

El tratamiento ideal de la depresión dependerá de las características específicas del subtipo de depresión y será, como siempre, personalizado, por lo que es fundamental una adecuada relación médico-paciente. Básicamente, el tratamiento se compone de psicoterapia y farmacoterapia.

Con la psicoterapia, se ofrece seguridad, confianza, comprensión y apoyo emocional; se intentan corregir los pensamientos distorsionados; se explica el carácter temporal y se desdramatiza la situación; se consigue la participación del paciente en el proceso curativo y, por último, se enseña a prever las posibles recaídas.

Como tratamiento farmacológico se utilizan antidepresivos, ansiolíticos y otros fármacos coadyuvantes, como las hormonas tiroideas, el carbonato de litio o psicoestimulantes.

Por último, el tratamiento electroconvulsivo, que se realiza en algunas circunstancias (depresión mayor grave del adulto, depresión resistente), bajo control anestésico y miorelajación. Es una técnica segura y sus efectos secundarios sobre la memoria son habitualmente leves y transitorios. Por razones operativas, económicas y socioculturales se reserva a indicaciones muy concretas.

5 Discusión-Conclusión

Salvo algunos casos de depresión asociada a enfermedades orgánicas (enfermedad de Parkinson, tuberculosis, etc.), la depresión se produce generalmente

por la interacción de unos determinados factores biológicos (cambios hormonales, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales como la serotonina, la noradrenalina .

Los síntomas de depresión incluyen: Estado de ánimo irritable o bajo la mayoría de las veces. Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño. Cambio grande en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso.

La gente deprimida puede sentirse inusualmente triste, desamparada y derrotada. Se puede sentir desesperada, impotente, aislada y/o sola. Algunas personas se sienten culpables, inútiles, indignas, rechazadas y no queridas. Algunas personas deprimidas están irritables, enfadadas, amargadas o se sienten marginadas.

6 Bibliografía

1. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2022-01-12]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Capítulo 65

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN ODONTOLOGÍA

YAIZA ANDRÉS RODRÍGUEZ

1 Introducción

Hasta el año 1986 los TCAE no estaban regulados ni en formación ni en titulación de forma legal.

En el 1995 con la reforma de la Formación Profesional la titulación de los Cuidados Auxiliares de Enfermería reciben los conocimientos necesarios y al finalizar sus estudios pueden trabajar como auxiliares de odontología.

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería desempeña un papel clave en el funcionamiento de las clínicas dentales, participando activamente en el desarrollo de múltiples tareas de apoyo.

Vamos a enumerar diferentes funciones que se dividen en administrativas y asistenciales. (1)

Funciones administrativas:

- Recibir a los pacientes.
- Planificar la agenda, concretar y registrar las citas.
- Proporcionar la información demandada por los pacientes.
- Archivar y registrar la documentación.
- Organizar el archivo de historias clínicas.
- Controlar el stock y las fechas de caducidad del material e instrumental en el almacén.
- Emitir las facturas de la clínica.

Funciones asistenciales:

1. Antes de la llegada de los pacientes:

- Organizar y poner en funcionamiento todos los equipos y aparatos de la clínica dental.
- Seleccionar y preparar los materiales e instrumentos previstos para desarrollar las técnicas programadas.
- Controlar y realizar la limpieza, desinfección y esterilización de materiales y superficies.
- Preparar los elementos de protección para los procedimientos que se vayan a realizar.
- Preparar las historias clínicas y la documentación de los pacientes.

2. Cuando llega el paciente:

- Preparar el gabinete antes de sentar al paciente en el sillón dental.
- Entregar al odontólogo la documentación relativa al paciente, como analítica o radiografía, etc.
- Colocar la posición del sillón de forma que la accesibilidad del paciente a este sea lo más cómoda posible.
- Identificar al paciente, llamarlo por su nombre, ya que este agradece esta familiaridad a la vez que le ayuda a rebajar el estrés producido por la visita médica y acompañarlo al sillón dental.
- Colocar el vaso y las servilletas de papel al alcance del paciente.
- Proteger al paciente con el babero desechable.

3. Durante la realización de la técnica:

- Posicionar la lámpara del sillón dental evitando que incida la luz sobre los ojos del paciente.
- Proporcionar el material e instrumental demandado por el dentista durante la técnica.
- Revelar las radiografías realizadas al paciente.
- Colaborar con el odontólogo en todo momento para facilitar el buen desarrollo de las técnicas.

4. Al finalizar la técnica:

- Observar al paciente antes de indicarle que se levante buscando síntomas de palidez o mareos, en caso de observar alguno decirle al paciente que no se levante.
- Si el paciente tiene dificultades motoras ayudarlo a incorporarse.
- Ayudar al paciente a salir del gabinete y acompañarlo hasta la zona de recepción para concertar una nueva cita.
- Archivar su historia y la información relevante.
- Controlar el material que se lleva al laboratorio.

- Eliminar los residuos generados a lo largo del proceso.
 - Limpiar y desinfectar el instrumental utilizado, las superficies del mobiliario y el sillón.
 - Preparar el material y colocar el sillón en la posición adecuada para que se emplee con el próximo paciente.
5. Al terminar el turno de trabajo:
- Realizar la limpieza, desinfección y esterilización de los materiales , el instrumental así como de las superficies.
 - Engrasar el material rotatorio.
 - Limpiar los filtros de la escupidera y las cánulas de aspiración y reponer las sustancias antiespumógenas.
 - Controlar el almacén.
 - Ordenar los materiales e instrumental.
 - Archivar historias clínicas, documentación, radiografías, etc.
 - Comprobar que los gabinetes han quedado recogidos y limpios.
 - Ordenar la sala de espera.
 - Apagar los equipos y la aparatología.
 - Cerrar las llaves de agua, aire, gas y luz del consultorio.

2 Objetivos

Exponer las funciones del TCAE en odontología, así como los conocimientos que debe tener sobre el aparataje.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

Palabra clave: Preparación, asistencia, gestión, promoción de la salud.

4 Resultados

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería son profesionales del sector sanitario que se ocupan de la atención al paciente, gestión de los materiales e

instrumental de la consulta médica y asistir al odontólogo en sus actividades diarias.

Entre sus funciones concretas destacan: publica-TFG-libro-ISBN.

Preparación de los materiales necesarios para el tratamiento.

El auxiliar de odontología es la persona encargada de preparar los materiales para la realización de empastes permanentes y temporales y de las fundas.

También se encargan de eliminar la saliva y el agua de los instrumentos.

Asistencia al dentista durante la consulta o las intervenciones.

Facilita el material necesario al odontólogo cuando lo solicita.

Facilita la tarea al dentista para que vea el interior de la boca con la máxima claridad, toma nota de las instrucciones y asiste al paciente para asegurarse de que está cómodo.

Asistir al odontólogo en la toma de radiografías de la cavidad bucal.

Limpieza de los materiales e instrumental.

Después del tratamiento, los auxiliares deben desinfectar y esterilizar el instrumental y materiales utilizados por el odontólogo.

También son responsables del control higiénico y la desinfección de la sala de cirugía, y se encargan de las ortopantomografías y radiografías.

Preparar y organizar los instrumentos y materiales necesarios.

Gestión de la sala de cirugía y la consulta.

Se aseguran de que la sala de cirugía queda limpia al final del día, mantienen al día los equipamientos y velan por su seguridad.

Gestión administrativa de los pacientes.

Trabajar en la recepción, contestar el teléfono, atender a los pacientes, realizar cobros y programar citas por teléfono o directamente con el paciente para días posteriores.

También preparan los registros que se necesitarán para el día siguiente.

Realizarán otras tareas administrativas como gestionar los pedidos de materiales.

Participar en la gestión de los insumos necesarios para el adecuado funcionamiento del consultorio o clínica dental.

Realizar acciones de promoción y prevención de la salud bucal para las familias, grupos e individuales, mediante la puesta en marcha de protocolos de atención en salud.

Proporcionar cuidados físicos y psicológicos a pacientes nerviosos.

Para que una clínica dental funcione en perfectas condiciones el TCAE tiene que tener unos conocimientos y una preparación sobre ciertos aspectos que enumeraremos a continuación:

Aparataje:

- Negatoscopio: Para visualizar radiografías.
- Equipo de rayos, realizar radiografías orales.
- Equipo de ultrasonidos, eliminar sarro.
- Equipo de esterilización, evitar infecciones.
- Lámpara de polimerización, para endurecer las resinas de los empastes.
- Cubeta de ultrasonidos, limpieza instrumental de mano.
- Autoclave, esterilización de material.
- Termo selladora, preparar los paquetes destinados al autoclave.
- esterilizador de balas, esterilizar material metálico pequeño.
- Vibrador de amalgamas, elaborar empastes.

Materiales:

- Amalgama de plata.
- Resinas compuestas (composite).
- Ionómero de vidrio.
- Preparación de los diferentes cementos (fosfato de zinc, óxido de zinc-eugenol y ionómero de vidrio).
- Materiales de impresión y vaciado.

Anatomía de los dientes:

Dentarios:

- Esmalte.
- Cemento.
- Dentina.
- Pulpa dentaria.

Peri dentarias:

- Cemento.
- Ligamento periodontal.
- Hueso alveolar.
- Encía.

Elementos arquitectónicos de los dientes:

- Cúspides.
- Tubérculos.
- Surcos.
- Fosas.
- Depresiones.
- Rebordes marginales.
- Canal radicular.
- Espacio interradicular.
- Foramen apical.

Tipos de dentición:

- Dentición temporal o dientes de leche.
- Dentición mixta.

Instrumental:

Exploración:

- Espejo.
- Sondas periodontales.
- Exploradores.
- Pinza merian o algodонера.
- Separadores comisurales o retractor de labio.

Para preparar la cavidad:

- Turbina.
- Contraángulo de micromotor.
- Fresas.
- Cucharilla de Black, escariador o excavador.
- Recortador o cincel de esmalte.

Rotatorio:

- Micromotores.
- Piezas de mano.
- De Contraángulo.
- Cabezas.
- Turbina.
- Fresas.

Mano:

- Mango.
- Cuello o tallo.
- Parte activa , extremo de trabajo u hoja.

Anestesia:

- Jeringas de anestesia.
- Aguja.
- Carpule.

Preparación de protectores dentinopulpaes y acondicionamiento de la cavidad:

- Espátula de cemento.
- Loseta de vidrio.
- Instrumento de bola.
- Matriz.
- Portamatrices

Aislamiento relativo:

- Rollos de algodón.

- Espejo intraoral.

- Pinza acodada.

Aislamiento absoluto:

- Dique de goma.

- Perforador o portaclamps.

- Grapas o clamps.

- Arco portadique.

- Hilo dental.

Obturación amalgama:

- Vaso pappen.

- Porta amalgamas.

- Atacador / condensador.

- Bruñidor.

- Conformador de surcos.

- Hollembach.

- Cleoide, discoide.

- Fresas de milhojas.

- Copas y puntas de silicona.

Obturación con composite:

- Gel ácido.

- Adhesivo.

- Píncel.

- Espátula dental.

- Composite.

- Lámpara foto polimerización.

- Copas y puntas de pulido.

- Discos y tiras de pulido.

Procedimiento endodoncia:

- Limas.

- Tope de goma.

- Fresas endodoncia.

- Regla.

- Curvador de limas.

- Puntas de papel absorbente.

- Puntas gutapercha.

- Puntas pirata gutapercha.

- Condensador o espaciador.

- Esponjara.

- Léntulo.

Procedimiento de cirugía oral:

- Mango y hojas de bisturí.

- Periosteótomo.

- Separadores.

- Pinza mosquito o hemostática.

- Tijeras de sutura.

- Portaagujas.

- Producto coagulante o hemostático.

- Hilo de sutura.

Exodoncia:

- Fórceps.

- Periostotomo.

- Elevador o botador recto.

- Botador winter.

- Cucharilla de legrado.

Periodoncia:

- Sonda periodontal.

- Sonda nabers.

- Curetas universales.

- Curetas gracey.

- Piedra de arkansas.

- Tazas y cepillos de pulido.

- Ultrasonido con puntas.

Y otro aspecto muy importante es rellenar la ficha dental del paciente. Se realizan unos registros dentales para tener una descripción precisa del estado dental llamados odontogramas:

- Anatómicos.

- Geométricos.

- Adaptables.

- Periodontograma.

5 Discusión-Conclusión

En resumen el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es quien complementa la labor del dentista en la atención del paciente, tanto dentro, ayudándole en una intervención, como fuera del gabinete recibéndole, hablando con él.

Su trato con los pacientes es estrecho y debe de ser en todo momento amable. Así mismo , ha de mantener una fluida y eficaz colaboración con el personal de la clínica.

Como se puede ver , no solo el perfil profesional juega un papel importante. También debe poseer una serie de cualidades:

- Poseer buena salud física y mental y hábitos de higiene correctos.
- Presentar un aspecto cuidado y agradable.
- Equilibrio emocional.
- Deseo de aprender.
- Saber trabajar en equipo.
- Respetar las normas éticas de la profesión, lo que se llama secreto profesional.
- Evitar la utilización excesiva de joyas.
- Vestir uniforme.
- Pelo recogido y uñas cortas.

6 Bibliografía

1. Revista médica.com
2. Manual odontología preventiva y comunitaria. E. Cuenca, C. Manau Barcelona. España 1991. 282 páginas

Capítulo 66

TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA (TCAE) EN LA UNIDAD DE FARMACIA

YAIZA ANDRÉS RODRÍGUEZ

1 Introducción

La función de la farmacia hospitalaria tiene un papel muy importante, ya que maneja un sistema de depósito, preparación y dispensación de los medicamentos sanitarios, llevando al sanitario profesional y al paciente hacia un uso adecuado para su administración y efectividad.

El equipo de farmacia está formado por un grupo de profesionales con conocimientos suficientes y adecuados para estas funciones y conseguir dichos objetivos.

El auxiliar de farmacia será el encargado de proveer, elaborar y evaluar de medicamentos a los pacientes ingresados. Será el encargado de revisar el almacenaje, stock y las caducidades de estos. Efectuará en lugares seguros y adecuados las fórmulas de quimioterapia y la manipulación de citostáticos para los pacientes con cáncer, así como la ejecución de fórmulas para la preparación de nutriciones que serán preparadas en un lugar distinto al de los citostáticos y la dispensación de medicamentos a pacientes externos que sean de uso hospitalario y que no estén disponibles en farmacia. Los propios pacientes serán los que se pasarán y recogerán dicha medicación por el hospital.

También se encargarán de hacer y revisar los pedidos para las distintas áreas del hospital, donde sean necesarios los productos de la farmacia. Se reenvasarán los medicamentos que sean necesarios para que indique su lote y caducidad.

La función del auxiliar de enfermería en farmacia es muy amplia, ya que se encarga de realizar diferentes tareas, todas ellas estarán supervisadas por el profesional farmacéutico responsable que se encargará de que se hagan de manera correcta.

2 Objetivos

Describir e indicar las distintas funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería en el ámbito del servicio farmacéutico hospitalario.

3 Metodología

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

4 Resultados

El auxiliar de farmacia dentro de sus funciones debe:

- Cubrir las necesidades requeridas por el hospital y pacientes usando correctamente los medicamentos.
- Dirigir a los pacientes en una correcta administración.
- Asegurar un adecuado recibimiento y conservación de los mismos.
- Dispensación de los medicamentos a aquellos pacientes que lo precisen.
- Preparación, conservación y seguimiento de medicamentos citostáticos.

Es necesario para el correcto funcionamiento:

- Que la farmacia esté formada en este orden de importancia por; farmacéuticos, enfermeras, auxiliares de enfermería y celadores, los cuales trabajaran en equipo.
- Para desempeñar los diferentes trabajos, el auxiliar de farmacia deberá tener los conocimientos necesarios de esta área, al igual que cada uno de los miembros que componen todo el equipo.
- La medicación a administrar, siempre será revisada por el peligro que supondría la administración de algún fármaco de manera inadecuada.

La función del auxiliar de enfermería en la farmacia:

- Preparará los fármacos para los pacientes ingresados y facilitará los diferentes productos no medicamentosos.
- Limpiará el instrumental empleado y los equipos de la farmacia hospitalaria.
- Inspeccionará la recepción y el stock de los productos recibidos.
- Examinará las caducidades en el momento de su colocación. Colocando los medicamentos con mayor caducidad siempre detrás de los de caducidad más próxima, y así seguir dispensando con caducidad más próxima.
- Controlará que los medicamentos que lo requieran estén a temperatura acorde, ya que algunos requieren permanecer en frío.
- Los medicamentos que no especifiquen bien el lote o la caducidad serán reenvasados por el auxiliar de turno.
- Se encargarán de la reposición de los medicamentos necesarios en las áreas del hospital.
- Se encargará de preparar los pedidos demandados por los diferentes servicios y los preparará para ser recogidos.
- Realizará la preparación del material necesario para la preparación de nutriciones parenterales.
- Ejecutará la preparación del material también para la preparación de citostáticos.

5 Discusión-Conclusión

El papel del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es importante en la farmacia, ya que el aportará un correcto funcionamiento en el almacenamiento, colaborando con el resto de personal (farmacéuticos y enfermeras) en trabajos de preparación, stock y caducidades.

Sobre todo en la preparación y distribución de los medicamentos en los distintos servicios del hospital.

El auxiliar debe asegurarse siempre la medicación a dispensar siempre preguntando cualquier duda a sus superiores, ya que cualquier error podría tener serias consecuencias. En el servicio de farmacia es muy importante trabajar en equipo para poder desempeñar bien las funciones, eso es una parte muy importante en la mayoría de los trabajos a realizar.

6 Bibliografía

1. Funciones del Auxiliar de Enfermería en las distintas áreas o Servicios - T.C.A.E

[Internet]. Auxiliar-enfermeria.com. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones_auxenf.htm.

2. Aprendebytuaulaonline.es. [citado el 7 de mayo de 2021]. Disponible en: HTTP: [//www.aprendebytuaulaonline.es/funciones-del-tcae-la-farmacia/](http://www.aprendebytuaulaonline.es/funciones-del-tcae-la-farmacia/)

Capítulo 67

TCAE: HIGIENE DEL PACIENTE: FUNCIONES BÁSICAS DE LA PIEL

MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

IRENE VIECO DEL OLMO

1 Introducción

La higiene mantiene la piel en buen estado, evitando al paciente complicaciones que, en algunos casos, pueden llegar a ser mortales. Esta tarea corresponde al equipo de enfermería, principalmente al técnico en cuidados auxiliares de enfermería.

La piel es el mayor órgano del cuerpo. Ocupa aproximadamente 2 m² y pesa entre 3 y 5 kilos. Su espesor varía entre los 0,5 milímetros (en los párpados) y los 4 milímetros (en el talón). Actúa como barrera protectora que aísla al organismo del medio que lo rodea, protegiéndolo y contribuyendo a mantener íntegras sus estructuras, al tiempo que actúa como sistema de comunicación con el entorno. En los orificios corporales (boca, nariz, genitales femeninos), se transforma en otra membrana más fina y rosada, llamada mucosa.

La piel es una estructura elástica y resistente, de coloración variable según la raza humana y la exposición al sol y la climatología.

Aunque a simple vista la piel parece lisa y llana, en realidad presenta pliegues, surcos, arrugas y poros.

Está compuesta por tres capas: la epidermis, la dermis y la hipodermis, cada una de ellas formada por sus propias células y con distinta disposición.

Es papel fundamental del técnico en cuidados auxiliares de enfermería revisar su estado durante la higiene diaria del paciente.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la higiene del paciente, en lo relativo a la piel, las funciones que esta tiene en el organismo, para así comprender la importancia de su preservación.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Las cifras de pacientes encamados se han disparado a nivel hospitalario, debido a que hay una gran prevalencia de determinadas patologías o situaciones que provocan un déficit en la movilidad de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización; por ello han aumentado también la aparición de úlceras por presión o lesiones en la piel a consecuencia del encamamiento, por lo que creemos importante realizar una retoma de conciencia de los profesionales acerca de la importancia de las funciones que tiene la piel en el organismo.

Este riesgo de padecer lesiones aumenta con la edad del individuo y su grado de inmovilización, incontinencia urinaria, fricción y caídas.

Las funciones básicas de la piel son:

- Protección: actúa como barrera ante ataques mecánicos, físicos, químicos o microbianos desde el exterior.

- Respuesta inmunitaria: hay diferentes tipos de células en la piel que actúan ante una agresión sobre esta. Estas células son los queranocitos, las células de Langerhans, los linfocitos T, los melanocitos, los macrófagos y los mastocitos.
- Termorregulación: mediante el aporte sanguíneo (vasodilatación y vasoconstricción), la evaporación del sudor y el aislamiento (grasa de la hipodermis y vello corporal).
- Capacidad sensitiva: a través de las terminaciones nerviosas que perciben presión, tacto leve, dolor y temperatura.
- Equilibrio hídrico: evita pérdidas de agua y electrolitos.
- Función metabólica: asegura la síntesis de vitamina D, que necesita una acción directa del sol sobre la superficie de la piel y es esencial para el crecimiento de los huesos.
- Excreción: eliminación de distintas sustancias a través del sudor y la secreción sebácea, que también protege a la piel de la sequedad y el agrietamiento.
- Depósito: es un reservorio de múltiples sustancias como minerales, sustancias grasas, sustancias orgánicas, hormonas, vitaminas.

Realizar una deficiente e incorrecta higiene o aseo de un paciente encamado incrementa las probabilidades de desarrollar UPP, por lo que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de tomar consciencia y realizar estos procedimientos de forma protocolaria.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la higiene del paciente, en lo que se refiere a la importancia de las funciones que tiene la piel para el organismo y como podemos controlar y ayudar nosotros a no lesionarla.

Queremos destacar que durante el aseo del paciente se valoran varios aspectos: la integridad de la piel, una valoración física general y además es el mejor momento para escuchar al paciente, sus sentimientos, sus miedos, etc.

Por todo ello es fundamental tener un trato humanizado del paciente durante la realización del procedimiento.

6 Bibliografía

- 1- <https://www.mheducation.es>

› ...PDF

Higiene y cuidado de la piel

2- <https://www.osakidetza.euskadi.eus>

› ...PDF

Para la prevención y cuidados de las úlceras ...

3- <https://ediciones.grupoaran.com>

› ...PDF

Cuidados básicos de enfermería

Capítulo 68

LOS CUIDADOS DEL TCAE AL PACIENTE CON SÍNDROME DEPRESIVO.

MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA

ROSA MARÍA MORENO RABADÁN

1 Introducción

La depresión es una enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas que puede ser transitorio o permanente.

La depresión puede suceder en personas de todas las edades. los niños pueden presentar síntomas distintos a los de los adultos. Vigile especialmente los cambios en el rendimiento escolar, el sueño y el comportamiento.

La depresión se caracteriza por períodos prolongados, superiores a dos semanas de ánimo bajo y apatía, pero presenta una amplia variedad de síntomas que Sánchez-Cabezudo describe:

Afectivos: tristeza, ansiedad, irritabilidad, incapacidad para disfrutar, pensamientos suicidas, desesperanza o culpa.

Cognitivos: indecisión, olvidos o pérdida de concentración.

Somáticos: fatiga, cambios en el apetito o peso, insomnio, hipersomnia, disfunción sexual, cefalea, problemas de estómago, dolor torácico, agitación.

Existen varios tipos de depresión que requieren un abordaje diferente:

La depresión mayor.

La distimia es un tipo de depresión menos grave.

El desorden bipolar.

El ciclo maniaco.

Depresión posparto.

Haber padecido una depresión aumenta el riesgo también. Existen diversos tratamientos. Uno de los más utilizados es la terapia grupal, aunque en ocasiones también es necesario tomar antidepresivos. Respecto a estos fármacos, existe cierto medio de que se puedan transmitir al niño a través de la leche.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Establecer las competencias de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias en el personal TCAE en cuanto a los cuidados que presta al paciente con síndrome depresivo.

Objetivos secundarios:

- Conocer la importancia de una realización eficaz del manejo de los cuidados del TCAE al paciente depresivo.
- Mejorar el abordaje multidisciplinar en cuanto a los cuidados del TCAE al paciente depresivo.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica de libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas.

Debido al gran número de documentos obtenidos tras la primera fase de búsqueda, en la primera acción se procedió a la eliminación de aquellos documentos duplicados, tras ello procedimos a identificar aquellos resúmenes cuyos descriptores en el título coincidían con los propuestos en nuestro estudio, posteriormente en una revisión preliminar de los resúmenes se identificaron muchos estudios no relacionados con el tema que fueron eliminados, para finalmente mediante la lectura profunda de los resultados de los artículos restantes nos llevó a eliminar aquellos en los que el número de la muestra era muy pequeño, y aquellos cuya muestra estaba basada en otro ámbito que no eran los cuidados del TCAE al paciente con síndrome depresivo. El número final de artículos seleccionados fue de 20.

4 Resultados

El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería tiene como función proporcionar el mayor bienestar posible al enfermo, tanto físico como psíquico, servirle de ayuda en los casos en que alguna de sus capacidades esté afectada y no pueda desempeñar ciertas funciones.

Respecto al bienestar psíquico el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería debe:

- Individualizar el problema.
- Dar soporte emocional.
- Evitar el aislamiento.
- Buscar objetivos concretos.
- Valorar del riesgo autolítico.
- Insistir en lo importante que no es dejar la medicación, aunque en principio no note mejoría.
- Fomentar momentos de ocio.
- No presionarle. No contestar por el y darle tiempo para responder.
- Vigilancia continua, incluso en los momentos en que aparentemente se encuentre mejor.
- No abrumarlo.
- Proporcionarle orientación.

En cuanto a las relacionadas con el bienestar físico el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería deberá:

- Ayudar a los enfermos en su aseo e higiene diaria.
- Ayudar para que el paciente pueda vestirse adecuadamente.
- Cubrir las necesidades de alimentación en caso de pacientes dependientes.

También es muy importante la prevención. Los programas de prevención reducen la depresión. Una forma de prevenir es realizar programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Los programas dirigidos a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos.

Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión.

El Técnico Auxiliar de Enfermería puede ser una figura de apoyo, ajeno a dinámicas familiares ya establecidas, puede expresarle ciertos conflictos y al que expresarle malestares y angustias sin miedo a recibir un juicio moral. En este aspecto, establecer una relación de confianza con el paciente es el primer paso.

5 Discusión-Conclusión

Se puede concluir que prevenir e identificar de manera precoz los síntomas de la depresión, cobran una gran importancia en la sociedad actual.

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería es crucial en el día a día de los pacientes. Se trata de que sus funciones hagan de unión entre todos los tratamientos y cuidados psiquiátricos proporcionados por el centro o psiquiatra asignado y los pacientes convirtiéndose así en una cara amiga y accesible para el paciente.

También es muy importante la relación con la familia del paciente para conocer más sobre el y así poder dar una mejor atención.

6 Bibliografía

1. www.enferpro.es
2. www.scielo.org.es
3. <https://medlineplus.gov.spanish>

Capítulo 69

LA RELACION ENTRE EL TCAE Y LA MEDICACION. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

YOLANDA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ROSA MARÍA MORENO RABADÁN

1 Introducción

La figura del TCAE comienza a existir a mediados de los años cuarenta por la enorme necesidad que había en los hospitales y la carencia de enfermeras tituladas.

Por tanto, el TCAE no tenía una preparación teórica, hasta que se reconoce que su labor facilita el trabajo de otros sanitarios titulados y el buen funcionamiento de los centros sanitarios.

Sobre este asunto tan delicado en algunos centros se ha escrito mucho y han llegado a los tribunales algunos casos de discrepancia de competencias entre el sector de los auxiliares de enfermería y los enfermeros.

Existen varias normativas que lo regulan las funciones del TCAE como el Estatuto del personal sanitario no facultativo de 1973, y el Estatuto Marco de 2003, Real Decreto 546/1995, de 7 de abril.

Quedan reflejadas las siguientes prohibiciones:

- La administración por vía parenteral de la medicación.
- Practicar escarificaciones, punciones y otras técnicas preventivas o diagnósticas.
- Aplicar tratamientos no medicamentosos.

- Cualquier administración que requiera instrumental o prácticas dificultosas. Tras la prescripción del médico en la hoja de tratamiento ya podemos administrar la medicación y conocer el objetivo.

Teniendo en cuenta que la DUE es la encargada de la administración de medicamento, en ocasiones el personal auxiliar se ocupa de la administración oral, rectal y tópica.

Existen varias formas de presentar una medicación según su estado físico que debemos conocer: sólido (cápsulas, polvos, supositorios), semisólidas, (pomadas, cremas) y líquido (emulsiones, jarabes, linimentos).

El conocimiento de la manipulación de la medicación tendrá como resultado una correcta administración.

2 Objetivos

- Conocer los diferentes objetivos de las medicaciones. y sus vías de administración.
- Conocer la función del personal TCAE frente a la administración de medicación.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre la relación entre el TCAE y la medicación. Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre abril y junio de 2020.

El número final de artículos seleccionados fue de 18.

4 Resultados

La medicación tendrá diferentes objetivos:

- Reponer deficiencias orgánicas.
- Prevenir enfermedades.
- Aliviar síntomas.
- Curar patologías.

En primer lugar, conoceremos las principales vías de administración.

- Vía oral. Administración por boca.
- Vía parenteral: por medio de sistemas como palomilla, aguja o catéter.
- Vía recta: administración por el recto.

- Vía tópica: a través de la piel.
 - Vía respiratoria: mediante líquidos vaporizados o sólidos pulverizados.
- La medicación oral puede presentarse en:
- Comprimidos; pequeñas dosis para tragar sin dificultad.
 - Cápsula; envase pequeño y soluble.
 - Polvo: en forma de partículas finas y secas.
 - Suspensión; líquido con partículas sólidas que se disuelven agitando o recomiendo la mezcla.
 - Jarabe; líquido viscoso.
 - Emulsión; dos líquidos que no se mezclan uno queda en gotas pequeñas.
 - Elixir; líquido más viscoso que el jarabe y contiene agua, alcohol y algún sabor.
 - Solución; se dice de una mezcla de una o más sustancias.

Medicación por vía rectal y vía vaginal; los supositorios, con forma cónica y los óvulos con forma ovoidea respectivamente.

La mediación por vía cutánea puede presentarse:

- Crema; fluido denso para piel o mucosas.
- Pomada; semisólida.
- Pasta; con base grasa y un principio activo.
- Linimento; contiene alcohol, aceites o jabón.
- Loción; líquido.

Por vía inhalatoria tenemos los aerosoles compuestos de partículas finas esta medicación sería a través de nebulizaciones.

Tras la visita médica deben quedar reflejados en la hoja de medicación todos estos datos:

- Datos del paciente.
- La fecha de la prescripción.
- El nombre y dosis del fármaco que ha de ser administrado.
- La vía de administración.
- La duración del tratamiento.

Para la administración de medicamentos se hará previamente el lavado de manos, explicaremos el procedimiento al paciente y pediremos su colaboración.

Antes de la administración haremos estas comprobaciones:

- Nombre del paciente correcto.
- Hora del tratamiento.
- Medicamento indicado.
- Dosis a administrar.
- Vía de administración.

5 Discusión-Conclusión

Importante recordar el artículo 85, 26 de abril de 1973 del Estatuto del personal sanitario no facultativo que manifiesta la prohibición de la administración de medicación vía parenteral por parte del auxiliar de enfermería.

Los medicamentos están preparados para ser administrados por una vía determinada para conseguir un resultado eficaz.

El médico es el responsable de extender la receta al paciente y el enfermero o TCAE será el encargado de su administración, siempre que el paciente no pueda hacerlo por sí solo.

El sanitario que proceda a la administración de los medicamentos comenzará con la higiene de manos y colocación de guantes, deberá informar al paciente de la técnica que va a desarrollar y verificar el nombre del paciente, vía de administración, hora del tratamiento y medicación correcta.

6 Bibliografía

1. Información académica CSI. Boe, Estatuto del personal sanitario.
2. Auxiliraenfermeria.es. Revista médica. Orión. Dependencia info.
3. Libro de Evangelina Pérez. Ilerna online.

Capítulo 70

TCAE EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN: MATERIAL DE GINECOLOGÍA

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

IRENE VIECO DEL OLMO

MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN

1 Introducción

El instrumental médico-quirúrgico debe ser resistente, inoxidable, antirreflecente, desmontable total o parcialmente, y fácil de limpiar.

Suele ser de acero inoxidable, aunque también podemos encontrar elementos de aluminio, plata, cobre, materiales plásticos (PVC, silicona, caucho, látex, silkolátex, etc.), materiales sintéticos duros, vidrio y cerámica. Las aleaciones que se utilizan deben tener propiedades específicas para hacerlos resistentes a la corrosión cuando se exponen a sangre y líquidos corporales, soluciones de limpieza, esterilización.

Según su uso, el instrumental puede ser desechable o reutilizable (con esterilización).

El TCAE es la persona encargada de realizar la esterilización de todo el material que posteriormente será utilizado para el diagnóstico o tratamiento de los pacientes, por ejemplo, en una cirugía, por lo que es de vital importancia que sepa reconocer todo el material e instrumental sanitario que llega a la central de esterilización para su correcta clasificación y devolución al servicio al que pertenece.

El servicio de esterilización es una parte fundamental en el correcto y seguro funcionamiento de un centro hospitalario, ya en este ámbito existen una amplia cantidad de microorganismos patógenos, lo que supone un riesgo de infección tanto para pacientes como para personal sanitario.

La esterilización es el proceso por el cual se obtiene un producto libre de microorganismos.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el material que pertenece a ginecología, saber identificarlo para su embolsado y etiquetado correcto en el servicio de esterilización.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

La ginecología es la ciencia que se encarga del estudio del aparato reproductivo femenino y de las patologías asociadas al mismo. Los profesionales que se encargan de esta especialidad se conocen como ginecólogos.

Material e instrumental de Ginecología:

- Legras o cucharillas para raspado uterino: se usan para eliminar los restos de abortos espontáneos y para cortar sangrados cuando no funcionan otros métodos.
- Cepillo para citología: sirve para realizar un frotis (obtención de muestras) de las células que se desprenden del cuello uterino y la vagina.
- Valvas vaginales: posee un mango para traccionar de ella y una lámina que termina en ángulo de 90°. Se utilizan para separar en profundidad (contenido

pélvico).

- Separadores: como los estudiados en el punto sobre instrumental de exposición (6.1.5.). Separan o retraen una cavidad o un órgano durante el procedimiento quirúrgico y al mismo tiempo mantienen los tejidos u órganos fuera del área donde está trabajando el cirujano, para dar una mejor visión del campo operatorio.

- Pinzas de útero o histerolabos (con extremos en forma de corazón).

- Espéculos vaginales: para mantener abierto el orificio vaginal durante exploraciones o procedimientos terapéuticos.

Puede ser metálicos o de plástico.

- Histerómetro: instrumento graduado en centímetros que se utiliza para medir en profundidad la cavidad uterina. Puede ser metálico o desechable (de plástico o teflón).

- Dilatador uterino: sirve para ensanchar el cuello del útero con fines diagnósticos y terapéuticos. También se usa en partos y procedimientos de aborto.

- Fórceps: instrumento de dos ramas, con forma de pinzas, para la presión o compresión. En obstetricia es el instrumento se usa para la extracción de la cabeza del feto en los partos distócicos, sin peligro para la vida de este.

- Espejo ginecológico: sirve para realizar exploraciones.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el material e instrumental quirúrgico empleado en ginecología, como parte de la formación profesional necesaria para trabajar en el servicio de esterilización, lugar donde se esteriliza (procedimiento para eliminar cualquier tipo de microorganismo) el material e instrumental reutilizable que se emplea en los procesos quirúrgicos o de exploración por ejemplo.

Hemos podido conocer algunos de los instrumentos más importantes: legros o cucharillas, cepillo para citología, valvas vaginales, separadores, pinzas de útero, espéculos vaginales, histerómetros, dilatadores, fórceps, espejo ginecológico, etc., así como sus características más distintivas y para qué se emplean.

6 Bibliografía

1. <https://seremosenfermeros.com>
> ins...

Instrumental quirúrgico de ginecología y obstetricia - Seremos enfermeros

2. <https://files.sld.cu>

› 2011/11PDF

Servicio de Obstetricia y Ginecología

3. <https://www.promedikal.com.ar>

› 33...

33. Instrumental para ginecología y obstetricia - Promedikal

Capítulo 71

TCAE: FISIOTERAPIA RESPIRATORIA: EJERCICIOS RESPIRATORIOS

IRENE VIECO DEL OLMO

MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

1 Introducción

Se llama respiración al proceso mediante el cual los seres vivos intercambian gases con el medio externo, este proceso consiste en la entrada de oxígeno al cuerpo de un ser vivo y la salida de dióxido de carbono del mismo.

La fisioterapia respiratoria (FTR) tiene como objetivo mejorar la ventilación pulmonar, el intercambio de gases, la función de los músculos respiratorios, la disnea, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida relacionada con la salud.

Los ejercicios respiratorios se usan para fortalecer los músculos respiratorios, movilizar de forma correcta el músculo diafragmático y los intercostales, promover el intercambio gaseoso en los pulmones y eliminar las secreciones.

Están indicados para pacientes con una expansión torácica limitada, como enfermos con EPOC, convalecientes de cirugía torácica, politraumatizados, intubados o con ventilación mecánica, o pacientes con enfermedades neuromusculares.

Los ejercicios deben realizarse una vez al día en las siguientes posiciones: Fowler, semifowler, y decúbito supino para facilitar la respiración abdominal.

Algunas técnicas se pueden combinar. Como por ejemplo en el caso de la respiración torácica y abdominal: el paciente coloca una mano en el tórax y otra en

el abdomen alternando las respiraciones torácica y abdominal. Debe notar cómo se va elevando cada mano alternativamente.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la fisioterapia respiratoria y los ejercicios respiratorios, unificando criterios y mejorando nuestros conocimientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Ejercicios respiratorios:

Respiración abdominal o diafragmática:

1. Tumbarse boca arriba, colocar las manos sobre el abdomen y flexionar las rodillas.
2. Inspirar profundamente por la nariz con la boca cerrada y distender el abdomen. Las manos tienen que notar el movimiento de expansión del abdomen elevándose.
3. Colocar los labios como si se fuese a silbar y espirar lentamente haciendo un sonido sibilante. Ir hundiendo los músculos abdominales para volver a la posición original.

Respiración costal o torácica:

1. El paciente debe sentarse, procurando que la espalda esté derecha, pero sin tensión, puesto que si la curva comprime el tórax se impide una buena respiración.
2. Colocar las manos sobre las costillas una a cada lado.
3. Expulsar a fondo el aire y tensar la musculatura del abdomen. Esto impide respirar con el vientre; es decir, con un movimiento amplio del diafragma.

4. Inspirar profundamente dejando que se expanda la zona de las costillas.
5. Retener el aire un instante y expulsar. Las costillas vuelven a su posición inicial.

Expansión pulmonar:

1. El auxiliar coloca las manos sobre el paciente en la zona del tórax a expandir, aplicando una presión moderada.
2. El paciente debe inspirar profundamente mientras empuja el tórax, para que se expanda contra la presión de las manos. Mantener unos segundos la máxima inspiración posible y comenzar a espirar el aire lentamente.
3. Al final de la espiración, las manos realizan una ligera vibración.

Labios fruncidos

1. Indicarle al paciente que realice una inspiración profunda por la nariz.
2. Animarle a relajar los músculos abdominales para la realización de la respiración abdominal.
3. Pedirle que espire con los labios fruncidos como para apagar una vela o silbar. Eso ralentiza la frecuencia respiratoria y promueve la respiración profunda. Es útil en casos de disnea en los que la frecuencia respiratoria se encuentra aumentada.
4. Aplicar resistencia en el tórax inferior, inclinando ligeramente el cuerpo hacia delante o sujetando con una almohada contra el abdomen.

Con espirometría o inspirometría incentivada:

Un espirómetro de incentivo es un dispositivo de mano que hace ejercitar los pulmones y mide la cantidad de aire inspirado. Se conecta un tubo flexible de plástico a una columna de aire con un pistón o una bola que sube al tomar aire, indicando el volumen. Puede tener otra columna para medir el flujo.

1. Explicarle el funcionamiento al paciente.
2. Colocarle sentado, situando el espirómetro en un plano horizontal a la altura de sus ojos para que vea el resultado del esfuerzo.
3. Pedirle que rodee fuertemente la boquilla con los labios para sellarla.
4. Situar la marca del espirómetro en la posición de flujo que se desee.
5. Realizar una inspiración tan profunda como sea posible para conseguir que el marcador (bola, cilindro, etc.), se eleve hasta alcanzar su tope superior y permanezca en ese lugar el máximo tiempo posible.
6. Una vez finalizada la inspiración, soltar la boquilla y expulsar el aire por la boca o nariz.
7. Repetir varias veces, sin llegar al agotamiento ni la hiperventilación.
8. Conviene que tosa después de realizar este ejercicio.

9. Ir situando la marca cada vez en valores superiores de forma paulatina.
10. Limpiar el aparato una vez finalizado su uso.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la fisioterapia respiratoria.

En muchas ocasiones por diferentes patologías como neumonía, bronquitis, asma, bronquitis o enfisemas pulmonares; el paciente tiene alterada su capacidad pulmonar y requiere de realizar una rehabilitación, es aquí donde se utilizarán los ejercicios respiratorios.

Los ejercicios deben realizarse una vez al día en diferentes posturas.

Hemos podido conocer algunos de los ejercicios respiratorios más usados: respiración abdominal o diafragmática, la respiración costal o torácica, la expansión pulmonar, los labios fruncidos, y el uso de la espirometría o inspirometría de incentivo.

6 Bibliografía

1. Enfermedades respiratorias: qué es, síntomas y tratamiento | Top Doctors- disponible en https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/enfermedades-respiratorias%3Famp%3D1&ved=2ahUKEwjhtjp57T1AhU8RmwGHWH6CQcQFnoECAQQBQ&sqi=2&usg=AOvVaw0rX7RWAbneoVLQMDExcI_h

2. <https://www.saludcastillayleon.es>

› e...

Ejercicios respiratorios | Aula de Pacientes - Sacyl.

3. <https://www.esteveteijin.com>

› plan-...

Plan de ejercicios para pacientes respiratorios para realizar en casa.

Capítulo 72

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): ATENCIÓN A LOS ACOMPAÑANTES DE PACIENTES TERMINALES

FRANCISCO JOSE VALDES PESQUERA

1 Introducción

Como pacientes terminales incluimos a aquellos que presentan:

- Enfermedad incurable avanzada: enfermedad de curso progresivo, gradual, con diverso grado de afectación de la autonomía y la calidad de vida, con respuesta variable al tratamiento específico.
- Enfermedad terminal: enfermedad avanzada, en fase evolutiva e irreversible, con síntomas múltiples, impacto emocional, pérdida de autonomía, etcétera.
- Situación de agonía: la que precede a la muerte cuando esta se produce de forma gradual.
- Enfermedades o situaciones de gravedad comparable a las anteriores.

El representante del paciente es la persona que se designa para actuar como intermediario ante el equipo sanitario.

El documento de voluntades anticipadas (DVA) o el testamento vital es un documento legal en el cual una persona mayor de edad, capaz y que actúa con total libertad, manifiesta instrucciones sobre los cuidados y tratamientos médicos que quiere recibir en el caso de que se encuentre en una situación en la que no pueda decidir por sí misma y expresar su voluntad.

Se aconseja redactar el DVA cuando se tiene plena posesión de las facultades, para garantizar que el documento recogerá todos nuestros deseos en relación con el trato que se quiere recibir al final de la vida o después de la defunción. El documento sirve como guía tanto a los profesionales médicos como a la familia para que puedan obrar de acuerdo con nuestra voluntad.

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con la atención del TCAE a los acompañantes de pacientes en situaciones terminales, mejorando nuestros conocimientos.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Tras la muerte del paciente, la familia necesita supervisión y apoyo en la elaboración del duelo. La intervención debe centrarse en una relación de ayuda y asesoramiento continuado, sin caer en la sanitización del proceso.

Es importante la detección temprana del desarrollo de las distintas formas de duelo patológico. La implicación previa en la atención del paciente y la familia de los profesionales sanitarios y la longitudinalidad de los cuidados que ejercen son factores clave que permiten el apoyo a la familia durante todo el proceso del duelo.

La notificación de una enfermedad terminal causa un fuerte impacto emocional, tanto en el paciente como en la familia. La reacción de cada persona es diferente y es una respuesta a su forma de ser y a sus características. Normalmente, reaccionan con aturdimiento y largos silencios.

El equipo terapéutico debe apoyar al paciente y también a la familia, a quien debe proporcionar una información clara sobre la enfermedad, sobre sus síntomas y sobre los tratamientos paliativos. El equipo debe motivar a los familiares a que colaboren prestando apoyo emocional al enfermo y haciéndoles partícipes de las tareas que buscan el mejor confort. Además, a los familiares no se les puede negar el tiempo; hay que concederles el que soliciten para estar al lado del paciente. Si se pide apoyo espiritual, hay que encontrar las vías para dárselo.

La familia debe tener muy claro quiénes son los integrantes del equipo terapéutico y qué funciones desempeñan. Siempre van a tener su ayuda.

Si el paciente terminal se queda en casa, se designa un responsable o cuidador principal que asuma las tareas de cuidados.

No obstante, la responsabilidad puede ocasionar desequilibrios emocionales a esta persona y es posible que acabe requiriendo apoyo psicológico.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la atención al paciente terminal, en concreto a la atención que se debe de prestar a los acompañantes de los pacientes, ya que muchas veces olvidamos que éstos están también pasando por un proceso difícil en el que ven como están perdiendo a sus familiares o personas más queridas.

Por ello el TCAE debe de acompañarlos también, incluyéndolos dentro del proceso asistencial y apoyándolos y mostrándose accesible y empatizando con su situación.

Hemos visto también que cada persona vive el duelo de una forma distinta, cosa que debemos saber detectar.

6 Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es>

› es-revista-a...

Cuidados paliativos. La atención a los últimos días | Atención Primaria.

2. <https://www.cancer.net>

› cuidados-p...

Cuidados para enfermos terminales | Cancer.Net.

3. <https://www.medigraphic.com>

› new

La atención del paciente terminal y la ética en el enfoque tanatológico.

Capítulo 73

PACIENTES CON OBESIDAD PARA EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

ROSA MARÍA MORENO RABADÁN

1 Introducción

Una persona padece obesidad cuando presenta un IMC ≥ 30 Kg/m² , y mórbida con IMC ≥ 40 Kg/m².

La obesidad supone un riesgo elevado para padecer colesterol, hipertensión, problemas cardíacos y diabetes. La calidad de vida está deteriorada y la esperanza de vida reducida. La OMS considera la obesidad como uno de los 10 problemas de salud más relevantes a nivel mundial.

La obesidad mórbida u obesidad extrema o de clase III consiste en una enfermedad de tipo crónico que aparece en el momento en el que existe un exceso de tejido adiposo, es decir, grasa en el cuerpo. Se trata de la enfermedad metabólica de tipo crónico con más prevalencia en los países desarrollados, y está asociada a una gran cantidad de enfermedades tales como la hipertensión o la diabetes.

Esta enfermedad está caracterizada por el aumento progresivo de la masa corporal hasta alcanzar un punto en el que este aumento supone un riesgo para la salud del paciente, y a día de hoy supone uno de los problemas más importantes de salud pública en el mundo.

Cuando una persona comienza a acumular grasa de forma progresiva en su cuerpo comienza a engordar, y esta grasa se puede acumular en distintos lugares del cuerpo.

Uno de ellos puede ser en la parte baja del diafragma o de la pared torácica, pudiendo esta grasa ejercer cierta presión sobre los pulmones y provocando una sensación de dificultad para respirar y cierta sensación de ahogo, incluso al hacer esfuerzos mínimos como caminar o subir las escaleras.

La respiración puede interferir de forma grave en el sueño con la llamada apnea del sueño. En este caso, se produce una parada momentánea de la respiración, un hecho que causa ciertas complicaciones.

2 Objetivos

Dar a conocer la prevalencia de la obesidad y otras características a tener en cuenta en pacientes con este tipo de patología.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre el tcae con pacientes con obesidad.

Para ello, se utilizaron las siguientes bases de datos nacionales e internacionales: Cuiden, Scielo, Cochrane, Scopus. Las búsquedas se realizaron entre septiembre y noviembre de 2020.

Se aplicó una restricción referente al idioma, incluyendo únicamente artículos en idioma español e inglés. Se acotó la búsqueda en los últimos 10 años, desde 2009 al 2019, si bien entendemos que una búsqueda de artículos de los últimos 5 años sería más apropiada, el primer barrido realizado bajo estos términos no proporcionó los suficientes resultados.

La recopilación de los artículos se hizo en base a la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

El número final de artículos seleccionados fue de 20.

4 Resultados

Un porcentaje significativo de los pacientes presenta algún trastorno alimentario primario o secundario a la obesidad. Algunos autores defienden que la obesidad debería estar incluida en “Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos”. Muchos factores etiológicos manejados en la obesidad son compartidos con los trastornos alimentarios, de naturaleza psicológica. Las personas con obesidad presentan un patrón de dificultades en la toma de decisiones, relacionadas

con la recompensa, flexibilidad mental, perseverancia y problemas en el cambio de enfoque. Se encuentran también dificultades para identificar, distinguir, describir y expresar sus propias emociones, de manera similar a lo observado en los trastornos alimentarios.

Algunos datos significativos sobre Prevalencia de la obesidad son:

- En EE. UU. (2016) un 39,8% en adultos y 18,5% en jóvenes.
- En Europa 10-35%.
- En España 39% de sobrepeso y 22% obesidad, y 35% a partir de los 65 años.

Inicio y evolución.

En las últimas décadas ha crecido la obesidad en la infancia en los países desarrollados. Se considera una enfermedad crónica. Con la edad se agrava porque se gana una media de 0,5 kg/año. Los tratamientos médicos y psicológicos solo muestran resultados a corto plazo y a largo plazo se recupera el peso o se supera. El riesgo de muerte asociado a la obesidad es mayor que el de las personas con normopeso, hasta 2,5 veces en obesidad mórbida, la principal causa de muertes por enfermedad cardiovascular.

El diagnóstico se establece en función del IMC. Hay que señalar si la persona presenta trastorno de atracones, porque podría presentar mayor psicopatología asociada y mayor comorbilidad con otros trastornos mentales. Destaca la elevada prevalencia de trastorno del estado de ánimo.

Los pacientes con obesidad presentan un riesgo 55% mayor de desarrollar depresión, mientras que los pacientes con t. emocionales tienen un riesgo del 58% de padecer obesidad. El 34% de los pacientes con trastorno bipolar presentan obesidad. Hay una elevada comorbilidad con trastorno de ansiedad, destacando el trastorno de pánico, la fobia social y la agorafobia, y con trastorno de personalidad, especialmente en obesidad mórbida. Existe también elevada comorbilidad con trastorno de la conducta alimentaria y patrones de comer alterado, como trastorno de atracones y síndrome de comer nocturno. En niños se observa comorbilidad con problemas internalizantes, externalizantes, TDAH y problemas en el sueño.

Son frecuentes también los problemas en huesos y articulaciones, con problemas de artrosis en las piernas, dolores en determinadas zonas como por ejemplo la zona lumbar.

Las personas con obesidad mórbida tienen dificultades a la hora de sudar, ya que el hecho de realizar acciones implica un mayor esfuerzo, por lo que se produce una excesiva sudoración.

5 Discusión-Conclusión

Se ha podido sacar en conclusión que los pacientes obesos tienen que luchar contra un factor de vulnerabilidad genética y biológica y que ligados a los factores psicológicos lleva a muchas personas a tener una elevada comorbilidad con otras enfermedades. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería juega un papel muy importante con estos pacientes debido a que pasan mucho tiempo con ellos debido a su elevada comorbilidad y a los continuos ingresos hospitalarios que ello supone. Por lo tanto, el personal de TCAE es una persona importante en la vida de estos pacientes debido a que se van a convertir en un gran apoyo para ellos.

6 Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad Infantil. Ginebra: OMS, 2016. Disponible en: <https://www.who.int/endchildhood-obesity/publications/echo-report/es/>. Consulta: 15 julio 2019.
2. Argentina. Ministerio de Salud. Alimentación saludable, sobrepeso y obesidad en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud, 2017. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf. Consulta: 15 julio 2019.
3. de Assis M, Rolland M, Grosseman S, de Vasconcelos F, Luna M, Calvo M, et al. Obesity, overweight and thinness in schoolchildren of the city of Florianópolis, Southern Brazil. Eur J Clin Nutr 2005; 59(9):1015-21.

Capítulo 74

LA CONTENCIÓN MECÁNICA EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

1 Introducción

Según define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la contención mecánica son los “métodos extraordinarios con finalidad terapéutica, que según todas las declaraciones sobre los derechos humanos referentes a psiquiatría, sólo resultarán tolerables ante aquellas situaciones de emergencia que comporten una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan conjurarse por otros medios terapéuticos”

En resumen, la contención mecánica es la aplicación, el control y la retirada de dispositivos de sujeción mecánica empleados como medida extrema para limitar la movilidad física con el fin de evitar daños al propio paciente, a otras personas o al entorno físico que le rodea.

Este procedimiento suele aplicarse en situaciones de urgencia y contra de la voluntad del paciente. Siempre debe estar integrada en una actuación médica coherente que evalúe tanto la situación previa como general del paciente.

Según la intensidad de la agitación o de la violencia del paciente el tipo de sujeción será:

Sujeción completa: inmovilización del tronco + 4 extremidades.

Sujeción parcial: inmovilización del tronco + 2 extremidades contralaterales.

La finalización de la contención mecánica se realizará tras valorar la necesidad de esta medida y el episodio agresivo haya cedido. Se debe intentar que la in-

movilización dure el menor tiempo posible. El tiempo máximo establecido para toda sujeción de un paciente es de 12 horas, el cual puede ser prolongable pero nunca superará las 72 horas. La retirada de los sistemas de sujeción se hará progresivamente según aumente el autocontrol del paciente, explicándole en todo momento el procedimiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar las contraindicaciones de la contención mecánica.

Objetivos secundarios:

- Exponer medidas alternativas a la contención mecánica.
- Establecer las pautas de actuación cuando se necesite la inmovilización mediante la aplicación de contención mecánica con el fin de garantizar la seguridad del paciente, de familiares y de los profesionales.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Contraindicaciones de la contención mecánica:

Indicación expresa del psiquiatra de no aplicarle al paciente contención.

Cuando exista la posibilidad de emplear otros abordajes terapéuticos.

Como castigo al paciente por una desobediencia.

En respuesta a una conducta molesta.

En respuesta al rechazo del tratamiento cuando el paciente este consciente y orientado.

Por comodidad del equipo terapéutico.

Cuando sean casos de encefalopatía y cuadros confusionales que puedan agravarse por disminuir la estimulación sensorial.

Cuando se desconozca el estado general de salud del paciente.

- Medidas alternativas a la contención mecánica:

Estas medidas se deberán adoptar cuando se detecten los primeros indicios de que el paciente está perdiendo el control y vaya en aumento. Según el historial del paciente, de sus circunstancias y de los recursos se tomarán las siguientes medidas:

Medidas ambientales y conductuales:

Proporcionar un ambiente tranquilo y silencioso que eluda reacciones de tensión o violencia.

Permitir, si fuese posible, la presencia de una persona que favorezca la relación con el paciente y limitar la presencia de aquellas personas o estímulos que le produzcan respuestas negativas.

Facilitar actividades que reduzcan la respuesta agresiva (llamar por teléfono, caminar).

Ayudar al paciente a realizar técnicas de relajación.

Orientar al paciente en tiempo y espacio. Si es necesario, dejar la luz encendida durante la noche.

Informar al paciente sobre su situación, su ubicación, procedimientos y técnicas a realizar.

Tapar la inserción de sondas gástricas, catéteres, etc. con el fin de evitar su manipulación.

Ubicar a pacientes con riesgo de agitación, desorientación, agresividad o impulsos suicidas en habitaciones cercanas al control de enfermería.

Emplear alternativas fisiológicas como reducir el dolor, comprobar la medicación, tratar el insomnio, la alteración mental, las infecciones, etc.

Siempre que sea posible, se debe empezar mediante este abordaje, tratando de calmar la situación que ha estimulado la agitación, desorientación o impulsividad del paciente. Para ello se debe hacer un acompañamiento individual al paciente, invitándole a expresar verbalmente la irritación y la hostilidad. Se le ha de transmitir, tanto de forma verbal como no verbal, que la intención del personal sanitario no es hacerle daño, sino ayudarle. Esta medida está indicada en los casos en los que la pérdida de control sea moderada y pueda ser abordado por cualquier miembro del equipo profesional. Las pautas a seguir serán:

Observar signos de alerta como tono de voz, hiperactividad motora, tensión muscular, agitación, amenazas paranoides o alucinaciones auditivas.

Mantener una distancia de seguridad permaneciendo fuera del espacio personal del paciente y garantizando una salida accesible.

Si se utiliza un despacho o habitación, dejar la puerta abierta y situarse cerca, evitando que el paciente se interponga entre ella.

Utilizar en todo momento un tono de voz bajo, neutro y calmado.

Ser respetuosos y evitar juicios de valor.

Evitar el contacto visual fijo durante mucho tiempo, puesto que el paciente lo puede percibir como amenaza.

Dejar que el paciente verbalice preocupaciones.

Mostrar empatía pero no conformidad, dejando claro los límites y normas de la institución y del personal.

No confrontar ideas, razones, etc.

Si el paciente está confuso o desorientado, orientarlo en tiempo y espacio.

Comprobar que la contención verbal es efectiva mediante las respuestas del paciente y si no es así, valorar otro tipo de medida terapéutica.

- Contención farmacológica:

Se recurre a ella cuando la alternativa del abordaje verbal no ha sido suficiente para reducir el estado de agitación.

Con esta contención no se busca la sedación profunda, sino conseguir un grado de sedación que permita el adecuado manejo de la situación, disminuyendo la ansiedad y agresividad.

Esta medida sola podrá ser indicada por el psiquiatra, puesto que consiste en la administración de psicofármacos, debiendo registrarse siempre en la historia clínica del paciente.

Cuando se realice una contención farmacológica se debe mantener el control de constantes vitales por turnos (TA, Tª y FC).

- Recursos necesarios para la contención mecánica:

Es necesario una habitación individual para la contención con elementos de seguridad. Esta habitación debe estar lo más cerca posible al control de enfermería y contar con un circuito cerrado de TV. No necesita mobiliario accesorio como mesilla o sillón auxiliar. Además, debe tener una cama con medidas específicas de seguridad, con material homologado de contención mecánica según la legislación vigente, con colchón ignífugo y estar fijada al suelo.

5 Discusión-Conclusión

La contención mecánica presenta algunas particularidades y, salvo casos excepcionales, se trata de una técnica que se aplica en situaciones de urgencia y en contra de la voluntad del paciente, lo que requiere del respeto de sus derechos fundamentales.

Partimos de la base de que existen casos vitales que precisan recurrir a la contención mecánica, pero nunca hay que olvidar que es un procedimiento explícito y estandarizado con unas pautas protocolizadas para llevarlo a cabo, las cuales deben ser revisadas y evaluadas de forma continuada.

Es necesario que los profesionales realicen un esfuerzo para autorregular una práctica controvertida, con un alto riesgo médico-legal y de un elevado coste emocional para el paciente y para todos los implicados en la misma.

6 Bibliografía

1. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7148173>

Capítulo 75

IMPORTANCIA DE LA ACTUACIÓN CORRECTA DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA HIGIENE DE UN PACIENTE ENCAMADO

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

1 Introducción

Las cifras de pacientes encamados se han disparado a nivel hospitalario, debido a que hay una gran prevalencia de determinadas situaciones que provocan un déficit en la movilidad de los pacientes ingresados en unidades de hospitalización.

El riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) está incrementado en los ancianos ya que durante la vejez el estado de la piel está más frágil y debilitado, que junto con la coexistencia de otros factores puede verse agravado. (Inmovilidad, encamamiento, incontinencia urinaria, fricción, caídas, etc.).

Por ello, el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) está incrementado en esta población ya que durante la vejez el estado de la piel está más frágil y debilitado, que junto con la coexistencia de otros factores puede verse agravado. (Inmovilidad, encamamiento, incontinencia urinaria, fricción, caídas, etc.).

El término piel procede del latín “cutis” y es considerado el órgano más extenso del cuerpo.

A través de la piel nos relacionamos con el medio externo, así como permite la percepción de estímulos, tiene funciones protectoras, de inmunidad y metabólicas.

Realizar una deficiente e incorrecta higiene o aseo de un paciente encamado incrementa las probabilidades de desarrollar UPP.

Destacar que, para realizar el lavado del cabello, es necesario colocar al paciente en decúbito supino y la cabeza en hiperextensión o también llamada posición de proetz. Será necesario el champú y lavacabezas, así como cubrir los oídos con un poco de algodón para evitar la entrada de agua y provocar infecciones.

Una vez finalizado el aseo, se procede a terminar de ayudarlo a vestir y se cambiará la ropa de la cama, dejando al paciente en la postura más cómoda posible y si es necesario con las barandillas de la cama elevadas y el timbre cerca de su alcance.

Se realizará el registro del estado de la piel, de cualquier tipo de anomalía vista, cualquier incidente durante la higiene, irritaciones en la piel, heridas, enrojecimiento o incluso UPP. Se informará al personal de enfermería.

2 Objetivos

- Definir qué es el aseo de un paciente encamado.
- Describir el procedimiento para realizar un correcto aseo de un paciente encamado.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre la importancia de la actuación correcta de TCAE en la higiene de un paciente encamado.

La recopilación de datos se ha realizado durante el mes de noviembre. Se usaron como palabras clave: paciente encamado, úlcera por presión e higiene. Consultados a los Descriptores de Ciencias de la Salud. (DeCS).

Los criterios de inclusión empleados fueron aquellos artículos que estuvieran disponibles en texto completo de forma gratuita, artículos con una antigüedad no superior a 10 años y en idioma castellano.

Se excluyen, por tanto, los artículos en otros idiomas, de pago y sin estar disponible en texto completo.

Se usaron en la búsqueda operadores booleanos: AND y NOT.

4 Resultados

El aseo de un paciente encamado (APE) es una técnica que consiste en unas acciones que se realizan con el fin de lograr, por un lado, el mantenimiento de la piel en unas condiciones óptimas, y por otro lado lograr de este modo el bienestar biopsicosocial del paciente y el mantenimiento de su salud. Con ello se logra disminuir posibles futuras complicaciones como infecciones o estados depresivos.

La frecuencia del aseo debe ser diaria y el lavado de pelo cada 2-3 días. Durante todo el procedimiento de la higiene no solamente se valora el estado de la integridad de la piel, sino que además realiza una valoración física general y es el mejor momento para escuchar al paciente, sus sentimientos, sus miedos, etc. Por ello es tan importante el trato humanizado del paciente durante la realización de la higiene, ya que supone una pérdida de intimidad en ese momento.

Un correcto aseo supone una mejora en la calidad de vida del paciente encamado, mejorar sus condiciones de salud y en los casos que sea posible incrementar su autonomía.

Procedimiento:

En primer lugar, hay que tener en cuenta:

Informar al paciente encamado del procedimiento que se va a realizar y en los casos que sea posible solicitar su colaboración para facilitar todo el proceso.

Mantener la temperatura de la habitación entre 22-24 grados. El agua será tibia y el jabón con pH neutro.

Revisar previamente los posibles dispositivos que tenga el paciente para facilitar la movilización e higiene (sondas, drenajes, goteros).

Preparación previa de todo el material necesario para evitar salir y entrar de la habitación.

Cerrar las puertas y bajar la cortinilla en caso de que haya o colocar un bambú separador. Evitar que haya corrientes de aire.

- Material necesario:

Guantes desechables.

Depresor de lengua.
Vaso desechable.
Líquido de enjuague bucal.
Recipiente para dentadura postiza si es necesario.
Palanganas (Agua templada).
Esponjas jabonosas.
Toallas grandes y pequeñas.
Toallitas.
Crema hidratante, crema de prevención de UPP.
Ácidos grasos hiperoxigenados.
Cuña y/o botella.
Pañales o compresas en caso necesario.
Empapadores.
Ropa limpia de cama (para aprovechar a hacer el cambio de ropa de la cama una vez realizada la higiene).
Ropa limpia del paciente.
Secador si es necesario.
Peine.
Contenedor con dos bolsas una para el material usado y otra para la ropa sucia.

- Secuencia:

En primer lugar, se lava la cara, seguido de brazos, manos y axilas, tórax y abdomen, piernas y pies. Se realiza a mitad procedimiento cambio de agua. Se sigue con genitales, se cambia de nuevo el agua y se termina con la espalda y la región perineal, dejando esta siempre para el final.

Se procede a frenar la cama y elevar la cama a la altura del personal TCAE más adecuada.

Cara y cuello:

Colocar al paciente en decúbito supino y en ocasiones en posición fowler dependiendo de la situación individual del paciente.

Se le retirará el camión o la parte de arriba del pijama para dejar descubierta la parte del tronco superior y evitar que pueda coger frío.

5 Discusión-Conclusión

El aseo de un paciente encamado (APE) es una técnica que consiste en unas acciones que se realizan con el fin de lograr, por un lado, el mantenimiento de la piel en unas condiciones óptimas, y por otro lado lograr de este modo el bienestar biopsicosocial del paciente y el mantenimiento de su salud.

La frecuencia del aseo debe ser diaria y el lavado de pelo cada 2-3 días.

La secuencia del aseo es por orden, en primer lugar, se lava la cara, seguido de brazos, manos y axilas, tórax y abdomen, piernas y pies. Se realiza a mitad procedimiento cambio de agua. Se sigue con genitales, se cambia de nuevo el agua y se termina con la espalda y la región perineal, dejando esta siempre para el final. El orden del realizado del lavado coincide en todos los artículos revisados. Sin embargo, en determinadas partes del cuerpo sí que hay discrepancias entre unos artículos y otros (como el uso de gasa estéril para el lavado de ojos).

Durante el aseo se valoran varios aspectos: integridad de la piel, valoración física general y además es el mejor momento para escuchar al paciente, sus sentimientos, sus miedos, etc.

Es fundamental el trato humanizado del paciente durante la realización de la higiene, ya que supone una pérdida de intimidad en ese momento.

6 Bibliografía

1. <http://www.csantantoni.com/wp-content/uploads/2015/11/PR008-Protocolo-de-Higiene-del-Paciente-Ingresado.pdf>.
2. <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST254ZI61249&id=61249>.

Capítulo 76

NUTRICIÓN ENTERAL Y EL PAPEL DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN EL PROCESO DE ADMINISTRACIÓN Y CUIDADO DEL MISMO

GUILLERMO SEVILLA MARTÍNEZ

1 Introducción

Beber y comer es una de las 14 necesidades básicas contempladas por Virginia Henderson en su modelo conceptual de los cuidados de Enfermería, siendo primordial recuperar o conservar la independencia del paciente para poder satisfacer esta necesidad básica.

Los alimentos son imprescindibles para el mantenimiento de la vida. El apoyo nutricional hace referencia a diversas técnicas que se emplean cuando el paciente no puede satisfacer sus necesidades de nutrientes por voluntad propia y el TCAE será el encargado de proporcionarle esta nutrición para ayudarlo a recuperarse o en el suministro de esta en su día a día.

La nutrición enteral es una técnica artificial mediante la cual se introducen los nutrientes directamente en el aparato digestivo para mantener y mejorar el estado nutricional de los pacientes incapaces de ingerir por boca los nutrientes adecuados a sus necesidades metabólicas.

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería colaborará tanto en su administración como en el mantenimiento con los pertinentes cuidados, además también ayudará en la colocación de los dispositivos cuando así lo requiera el personal de Enfermería.

La administración enteral es una forma agresiva de apoyo nutricional que tiene un alto coste personal y económico por lo que hay que establecer una correcta indicación, así como una adecuada elección de fórmula, vía y método de administración.

Se debe estar seguro de que el alimento a administrar sea el prescrito y que las vías de secreciones estén despejadas.

2 Objetivos

Exponer brevemente la forma de administrar la nutrición enteral y sus características, así como destacar el papel que juega el TCAE en su realización y el apoyo que presta al personal de Enfermería en su mantenimiento y cuidados.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Este tipo de nutrición está indicada para pacientes que no quieren o no pueden comer por vía oral y está contraindicada en caso de obstrucción intestinal.

Formas de administración de nutrición enteral

Existen dos formas de administración enteral que son:

1. Administración intermitente- es la más parecida a la alimentación habitual y se utiliza en pacientes con el tracto digestivo sano con un tiempo de vaciado gástrico normal.

Se infunde a través de:

Jeringa que es utilizada sobre todo en el domicilio por resultar muy un método muy cómodo y sencillo.

Gravedad, que es un sistema para infundir más lento y generalmente es mejor tolerado porque permite graduar la velocidad de administración moviendo la posición del regulador del equipo de infusión.

Administración por bomba, este método permite regular con exactitud la velocidad de infusión de la nutrición a administrar.

2. Administración continua- consiste en infundir la dieta sin dilación ni interrupción. Puede realizarse a lo largo de todo el día o durante 12-16 horas o bien durante el día o la noche en función de las necesidades del paciente.

Esta nutrición se administra además a través de las siguientes vías:

A través de técnica no quirúrgica para una alimentación a corto plazo mediante sonda donde podemos distinguir:

Sonda nasogástrica: la sonda se introduce por la nariz y llega al estómago.

Sonda nasoduodenal: se coloca a través de la nariz y llega hasta el duodeno.

Sonda nasoyeyunal: la sonda se introduce por la nariz y llega hasta el yeyuno.

A través de técnica quirúrgica para una nutrición enteral a largo plazo donde distinguimos:

Gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) o gastrostomía quirúrgica- que consiste en implantar directamente en el estómago una sonda de silicona que se fija a este y que sale al exterior a través de la pared del mismo.

Yeyunostomía endoscópica percutánea (PEJ) o implementación de una sonda quirúrgica al yeyuno- que consiste en implantar a través de una gastrostomía percutánea (PEG) o directamente al yeyuno la sonda mediante intervención quirúrgica.

Los tipos que hay de dieta a administrar son:

Las dietas preparadas que se hacen a partir de alimentos naturales, son de consistencia líquida o semilíquida como los purés y las papillas.

Dietas comerciales que son fórmulas preparadas de venta en farmacias a base de homogeneizados de alimentos naturales.

Dietas de fórmula definida que son usadas en determinados casos y según las características del paciente.

Procedimiento a seguir para la administración de la nutrición enteral

- Materiales para el procedimiento:

Guantes.

Jeringa de 50 a 100 ml.

Batea.
Toalla.
Gasas.
Servilletas de papel.
Esparadrapo hipoalergénico.
Lubricante hidrosoluble.
Vaso con agua.
Recipiente con la nutrición a administrar.

- Antes de la administración:

Revisar historia clínica del paciente para ver qué tipo de alimentación está prescrita.

Explicarle al paciente lo que se le va a hacer y pedirle su colaboración en función de su grado de dependencia.

Lavarse las manos y ponerse guantes estériles.

Colocar al paciente en semifowler.

Cubrir el pecho del paciente con una toalla.

Realizar limpieza bucal y nasal.

- Durante la alimentación:

Lavarse las manos y ponerse guantes estériles.

Comprobar que la sonda está bien colocada antes de administrar la alimentación.

Aspirar cuidadosamente el contenido gástrico antes de las tomas.

Lavar la sonda con 50 ml de agua.

Comprobar que el alimento está a temperatura ambiente y administrar.

La entrada o administración del alimento debe ser lenta (entre 15-20 minutos según la cantidad), independientemente de si es administrado por bolo, por gravedad o en bomba de infusión.

En el momento de la administración hay que tener en cuenta que la sonda debe elevarse unos 20 grados por encima del paciente.

Terminada la alimentación se administrará 50 ml de agua para evitar que la sonda se bloquee.

- Después de la administración enteral:

Dejar al paciente en semifowler de 30 a 60 minutos para que haga la digestión.

Después de la administración de cada alimentación o administración de medicación conviene esperar un tiempo prudencial y poner al paciente con la cabeza ladeada.

Efectuar la higiene de las fosas nasales y de la boca diariamente manteniendo los labios hidratados.

Retirar todos los materiales y dejar acomodado al paciente.

La alimentación que haya quedado abierta, guardar como máximo 24 horas en el refrigerador después de abrir. Una vez pasado ese tiempo se procederá a desecharla.

Retirar los residuos generados y desecharlos en los recipientes correspondientes para su almacenaje.

Comunicar cualquier observación de interés y observar la tolerancia a la dieta.

Cuidados básico de Enfermería a tener en cuenta por el TCAE en este procedimiento:

Mantener la posición de Fowler o semifowler del paciente durante la administración y digestión.

Girar la sonda una vuelta para que no quede adherida a la piel.

Controlar la ubicación de la sonda y su estado en cada turno y antes de iniciar la alimentación.

Comprobar la permeabilidad de la sonda con irrigaciones de 50 ml cada. 4-6 horas y si hay obstrucción avisar al personal de Enfermería.

Verificar si hay residuo gástrico antes de proceder a administrar alimentación o medicación.

Comprobar y mantener la bomba de infusión limpia y que funcione bien.

Valorar el estado de piel y mucosas de las fosas nasales.

Mantener una buena limpieza oral del paciente.

Cerrar los tapones cuando no se usen.

Cambiar diariamente el esparadrapo de fijación y el lugar de fijación de la sonda.

Limpiar diariamente la parte externa de la sonda y el soporte externo con gasas, agua y jabón neutro. Aclarar y secar bien.

Comprobar la piel periestomal que no esté irritada, inflamada o produzca secreción, dolor y enrojecimiento e informar de ello al personal de Enfermería.

Lavar el estoma con gasas y agua tibia los 15 primeros días, secar y echar antiséptico colocando una gasa para evitar escapes de contenido gástrico y su contacto con la piel. A la tercera semana limpiar estoma con agua y jabón diariamente.

Evitar el contacto de los sistemas de infusión con el suelo, heridas, haces, drenajes o fistulas.

Complicaciones que se pueden dar

Metabólicas, un ejemplo sería la deshidratación.

Infecciosas como puede ser una neumonía por aspiración o una diarrea.

Mecánicas tales como el acodamiento de la sonda, la dificultad para retirarla o la implantación de la sonda entre otras.

5 Discusión-Conclusión

La nutrición enteral consiste en la administración de nutrientes directamente en el interior del tracto gastrointestinal utilizando distintos medios a la alimentación oral debido a la supresión de la etapa bucal y esofágica del proceso de la digestión. Es una alternativa para los pacientes que tienen el tracto gastrointestinal funcional pero que son incapaces de ingerir por la vía oral.

Su función es restablecer el equilibrio nutricional del paciente suministrando los nutrientes directamente al paciente en el interior del tracto gastrointestinal cuando este no puede hacerlo por sí mismo.

El técnico en cuidados auxiliares de Enfermería debe ser tenaz, resolutivo y tener paciencia para ser capaz de realizar este procedimiento y si se presentase algún problema poder solventarlo sin ninguna complicación e incluso ser capaz de reemplazar un material por otro en caso justificable, pero siempre siguiendo el protocolo establecido para ello en caso de que fuese necesario.

Esta técnica puede evitar grandes complicaciones de desnutrición en el paciente.

6 Bibliografía

1. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0864-03192006000400003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400003).
2. [http://promedan.net/wp-content/uploads/2017/08/PR-04-011-SAS- Nutrici%C3%B3n-Enteral.pdf](http://promedan.net/wp-content/uploads/2017/08/PR-04-011-SAS-Nutrici%C3%B3n-Enteral.pdf).

Capítulo 77

FUNCIONES DEL TÉCNICO AUXILIAR EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA (TCAE) ANTE EL PACIENTE TERMINAL

TAMARA GAYOL FERNÁNDEZ

1 Introducción

Comenzaremos diciendo que el primer paso para tratar a un paciente terminal es perderle miedo a la muerte y verla como un ciclo natural. Además de eso, un buen profesional sanitario tiene que desarrollar una gran comunicación entre el paciente y la familia, pues eso aumentará la autoestima del enfermo.

Además, debemos añadir que los cuidados para pacientes terminales son administrados por un equipo. Este equipo puede incluir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, consejeros, ayudantes, el clero y terapeutas. El equipo trabaja mancomunadamente para brindarle al paciente y a la familia consuelo y apoyo.

Los profesionales de la salud, y en concreto los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), perciben y sufren a menudo una serie de situaciones, tanto en el ámbito profesional como en el personal, que conlleva pérdidas y situaciones de dolor continuo y proceso de duelo por pérdidas importantes de un ser allegado.

Estas circunstancias afectan en todos los aspectos y apenas se dispone del tiempo ni del lugar para conseguir la resolución beneficiosa de estas pérdidas.

La medicina actual y moderna buscan la curación de las enfermedades y el alargamiento de la vida, por lo que la muerte es considerada como una decepción y un fracaso.

Por otro lado, según los estudios, los técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería a menudo expresan que tienen impedimentos en la continua relación y comunicación con los enfermos terminales y con sus familias. Además, existen factores que influyen como la experiencia laboral del profesional y la edad del paciente.

2 Objetivos

Exponer las funciones del técnico auxiliar en cuidados de enfermería ante el paciente terminal.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de publicaciones científicas en bases de datos como Medline, Cuiden, Dialnet plus y Scopus.

La búsqueda de los artículos se realizó tanto en inglés como en español, utilizando las palabras clave: duelo, muerte, comunicación, cuidados paliativos, TCAE.

Se analizaron diversos artículos de los cuales se seleccionaron 11 por considerarlos relevantes, tanto en el contenido como en su publicación.

4 Resultados

La función del TCAE en estas situaciones representa un papel muy importante en los siguientes aspectos:

- Bienestar:

La confortabilidad del paciente es el objetivo de todo el proceso asistencial. No se trata de alargar, sino de mejorar la calidad de vida. Lo que se pretende es disminuir el sufrimiento del paciente y de sus familiares, conservar la autonomía, la dignidad de las personas y su capacidad de decisión, participando activamente en la toma de decisiones durante todo el proceso asistencial.

- Atención integral:

El paciente y su familia son considerados como unidad, proporcionándoles una atención integral e individualizada que tenga en cuenta las necesidades de los mismos a todos los niveles: físicos, emocionales y espirituales.

- Higiene:

Habitualmente el paciente en estado terminal permanece encamado, por tanto, el aseo suele ser realizado por el TCAE.

Preservaremos la intimidad del paciente en todo momento y mantendremos unas condiciones óptimas para su comodidad.

Comenzaremos por la limpieza de los ojos que se han de limpiar a menudo con gasa impregnada en solución salina para evitar acumulación de secreciones y sequedad de las córneas. A continuación, seguiremos el orden de aseo habitual dejando en último lugar la zona genital.

Es muy importante mantener la piel hidratada ayudándonos de lociones corporales hidratantes, además de mantener boca húmeda y labios hidratados en todo momento.

- Alimentación:

En primer lugar, valorar el grado de tolerancia del paciente, adecuándonos a lo que el prefiera y nunca forzando.

Disminuiremos cantidades y ofreceremos alimentos apetecibles para el paciente, lo colocaremos en posición cómoda en el momento de la ingesta.

Tras cada comida es importante realizar la higiene oral.

- Eliminación/evacuación:

Suele ser habitual en estos pacientes debido a la medicación y a la inmovilidad el estreñimiento, haremos especial hincapié en el aumento de ingesta de líquidos, laxantes bajo prescripción médica, así como en su caso la administración de enemas.

Otro problema frecuente son los vómitos y náuseas, que se intentarán disminuir o evitar con las siguientes recomendaciones:

Respirar profundamente disminuye el reflejo nauseoso.

Evitaremos olores fuertes y desagradables durante las comidas.

Evitaremos la aspiración colocando al paciente en decúbito lateral si no hay contraindicaciones, cuando se esté produciendo el vómito.

- Descanso:

Disponer de pequeñas siestas durante el día.

Realizar cambios posturales cada 2-3 horas para mejorar el descanso.

Llevar a cabo alguna serie de medidas tales como masajes para una mayor comodidad.

Manejo del dolor.

Nos aseguraremos de que el paciente recibe los cuidados analgésicos necesarios pautados por el personal facultativo.

Además, podremos enseñarle el uso de técnicas no farmacológicas que podrían ayudarle a mejorar su estado tales como la terapia musical, técnicas de relajación, etc.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE junto con el equipo de Enfermería y el Facultativo trabajarán en equipo para que el paciente terminal esté en un ambiente cómodo y agradable para conseguir su bienestar en sus últimos momentos de vida.

Además, estos profesionales deberán poseer cualidades y capacidades para enfrentarse a esta situación, ya que son los que van a pasar la mayor parte del tiempo con la familia controlando sus emociones y estados de ánimo, empatizando con ellos.

Es importante mencionar la capacidad del TCAE para reconocer el lenguaje no verbal en estos pacientes, interpretando cualquier cambio, notificándolo al personal de Enfermería o Facultativo para que posteriormente tomen las medidas oportunas.

6 Bibliografía

1. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
2. <https://medlineplus.gov/spanish/>
3. <https://www.scielo.org/es/>
4. [secpal.com/ biblioteca guía- cuidados-paliativos-1 san.gva.es/documents/246911/251004/](http://secpal.com/biblioteca/guia-cuidados-paliativos-1-san.gva.es/documents/246911/251004/)
5. [guiasap027terminal medlineplus.gov/spanish/ency/ patientinstructions/000467.htm](http://guiasap027terminal.medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000467.htm)

Capítulo 78

FISIOTERAPIA EN LAS PRINCIPALES DESALINEACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL EN ADOLESCENTES

ANDREA DE QUEVEDO ROJO

MÓNICA FERNÁNDEZ DOS SANTOS

1 Introducción

De forma fisiológica y desde un punto de vista lateral, la columna vertebral del ser humano no es recta, sino que existen cuatro tipos de curvaturas, que se suceden unas a otras alternando su concavidad de forma equilibrada.

Así, el ser humano presenta dos curvaturas lordóticas (la cervical y la lumbar) y dos curvaturas cifóticas (la torácica y la sacra).

Estas curvaturas, sin embargo, no se observan en el recién nacido, sino que en estos existe una única curvatura cifótica, que, según el niño se vaya desarrollando y adquiriendo los distintos hitos del crecimiento, se irá adaptando, dando lugar a curvaturas secundarias o compensadoras, siendo estas la lordosis cervical obtenida tras la adquisición del control de la cabeza e inicio del gateo y la lordosis lumbar, adquirida con el desarrollo de la deambulaci3n.

A medida que el niño crece, estas curvaturas fisiol3gicas pueden verse alteradas por distintos motivos, siendo destacables las edades comprendidas entre la pubertad y adolescencia ya que se producen grandes cambios en poco tiempo. En estas edades se llegan a encontrar curvaturas patol3gicas hasta en el 10-25% de ni1os en edad escolar.

Las curvaturas patológicas encontradas en el plano sagital (o desde una visión lateral) son:

- HiperCIFosis: incremento de la convexidad posterior del raquis dorsal.
- Hiperlordosis: incremento de la concavidad posterior del raquis lumbar o cervical.
- Dorso plano: disminución de las curvaturas fisiológicas.
- Inversión de curvas: aparición de cifosis lumbar/cervical o lordosis torácica.

Además de esta clasificación, cada una de estas curvaturas tienen su propia subdivisión en estructuradas y no estructuradas, dependiendo de si se pueden corregir espontáneamente o están fijadas.

Las estructuradas son deformidades que no permiten la completa corrección activa ni pasiva, presentando acúñamientos vertebrales.

Se puede hablar de irreductibilidad cuando en las comparaciones de las pruebas radiográficas en bipedestación y en corrección máxima no existe una diferencia mayor a 10°.

Las no estructuradas son las denominadas funcionales o posturales y representan el 70% de los casos, siendo corregibles casi en el 100% de estos. Estas curvaturas no presentan deformidad en las vértebras.

Hay que tener en cuenta que las curvaturas no estructuradas pueden evolucionar a estructuradas con el paso del tiempo sin las medidas de prevención adecuadas. Estos cambios en la columna vertebral pueden implicar desde la aparición de dolores de espalda y cambios en la marcha, hasta, en casos graves, insuficiencia cardiopulmonar y/o paraplejias. Por lo que no deberían tomarse a la ligera.

Es interesante señalar la importancia de estas curvaturas patológicas durante el crecimiento, ya que la posición de las vértebras favorecerá que no exista una distribución equitativa de la presión en los cuerpos y discos vertebrales.

La Ley de Delpech-Huerter-Volkmann explica que el aumento de presión sobre el cartílago de crecimiento inhibe el crecimiento óseo. Por el contrario, las presiones intermitentes sobre el hueso pueden favorecer el aumento de crecimiento.

En los adolescentes el máximo crecimiento óseo vertebral ocurre entre los 11 y 13 años en niñas y 13 y 15 años en niños. En la parte anterior de los platillos vertebrales se sitúan los núcleos de osificación, que en esas edades no se han cerrado todavía y pueden verse afectados por compresiones mantenidas provocando una inhibición del crecimiento óseo en altura en la parte anterior de la vértebra, mientras que por la parte posterior este continúa, desencadenando un acúñamiento vertebral anterior que resulta en desalineaciones y mayor facilidad de presentar hernias en un futuro.

Situaciones tan frecuentes como las malas posturas pueden favorecer el desarrollo de un desajuste en la columna vertebral, aunque también pueden ser debidas tanto como miopatías no corregidas, debilidad muscular, telarquia, mala visión, como por factores psico-fisiológicos, incluyendo el desajuste del esquema corporal y los estados emocionales del adolescente.

Como ya se mencionó anteriormente, solo existen curvaturas fisiológicas en el plano sagital. Hasta hace unos años, se creía que la escoliosis eran desviaciones de la columna en el plano frontal. Gracias a los avances médicos se empezó a ver que se trataba de una desviación mucho más compleja, presentando alteraciones de forma tridimensional.

Según la Sociedad Internacional para el Estudio de la Escoliosis, la escoliosis es una curvatura lateral de la columna vertebral superior a 10° (según método de Cobb), con traslación y rotación de vértebras que provocan una gibosidad (o deformidad en forma de hélice) característica en el examen clínico. Siendo su prevalencia es del 2-3%.

La escoliosis se puede clasificar principalmente en dos grupos:

- Escoliosis no estructurada o actitud escoliótica: la curvatura desaparece con la inclinación lateral del tronco por lo que pueden considerarse reductibles. Este tipo de escoliosis no presenta rotación en las vértebras.
- Escoliosis estructurada o verdaderas escoliosis: tienen deformidad tridimensionalmente, con rotación de las vértebras y acuñamiento lateral, además de esto son comunes que las anteriores.

Este tipo de curvaturas suelen tener una etiología idiopática (el 70% de los casos), pero pueden darse de forma congénita, por problemas neuromusculares o sindrómica o secundarias a procesos patológicos.

En el presente capítulo se realizará una revisión bibliográfica sobre la actualidad de la fisioterapia en este tipo de patologías en adolescentes.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Recoger y evaluar las principales evidencias científicas sobre la fisioterapia en las principales desviaciones de la columna vertebral.

Objetivos secundarios:

- Recoger los métodos de la fisioterapia más utilizados para mejorar las hiperCIFOSIS, escoliosis e hiperlordosis.

- Evaluar los distintos métodos de fisioterapia utilizados según la progresión de las curvaturas.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica entre los meses de septiembre y diciembre del año 2021 de dos de las principales bases de datos médicas: PubMed y Physiotherapy Evidence Database (PEDro). Se han seleccionado estudios relacionados con la fisioterapia y las deformidades de la columna vertebral juvenil y adolescente publicados en inglés, español, francés y portugués.

Para ello se han buscado las siguientes palabras clave: “fisioterapia”; “physiotherapy”; “escoliosis”; “scoliosis”; “hipercifosis”; “hyper-kyphosis”; “hiperlordosis”; “hyper-lordosis”.

Además de esto, se han filtrado todos los estudios con sujetos de entre 6 y 18 años.

4 Resultados

Todos los estudios concuerdan en que para que existan buenos resultados en el desarrollo de las desviaciones de la columna vertebral es necesario un diagnóstico precoz, un tratamiento individualizado y adecuado a la edad del paciente.

El diagnóstico precoz consiste en recoger la anamnesis tanto de la familia como del niño, proseguido de una inspección visual del paciente, valorando las posibles asimetrías a nivel del tronco y disimetrías de miembros inferiores.

Es importante la búsqueda de puntos dolorosos mediante la palpación de apófisis espinosas, musculatura y articulaciones facetarias, entre otros.

Una vez recopilados estos datos se pueden realizar distintas pruebas, entre las que se encuentran:

- Prueba de Adams: se valora la asimetría del tronco mediante la flexión anterior, observando la aparición de gibas.
- Inclínometro: mide la inclinación del tronco desde T1 hasta 20 cm por encima de las espinas ilíacas posterosuperiores (EIPS).

Cuando alguno de estas pruebas resulta positivo es importante solicitar un estudio radiológico que abarque la zona del raquis en bipedestación y en decúbito. Las imágenes permitirán un estudio del ángulo de Cobb.

El ángulo de Cobb es el ángulo formado por la intersección de dos líneas trazadas paralelas a la parte superior de la vértebra superior de la curvatura y la parte inferior de la vértebra más inferior.

Una vez detectada la desalineación es importante realizar exploraciones cada 3 meses y pruebas radiográficas cada 6 meses.

Realizado el diagnóstico y derivado el paciente al servicio de rehabilitación se procederá a plantearse unos objetivos fisioterapéuticos individualizados. Hay que tener en cuenta la situación en la que se encuentra el individuo, ya sea que tenga una desalineación leve y solo se le recomiende fisioterapia, sea moderada y necesite la colocación de una ortesis junto con la realización de fisioterapia, o sea candidato a una intervención quirúrgica porque tiene una desviación de la columna muy importante.

Por esto, los objetivos variarán según la gravedad de la curvatura. De forma general se intentará detener la progresión de la curvatura.

En las cifosis leves se recomienda trabajar en el control de la postura y conseguir una toma de conciencia del esquema corporal, además de incidir en la corrección de la postura tanto de forma dinámica como estática utilizando entre otras cosas ejercicios de auto-elongación.

Distintos autores mencionan la importancia de la fisioterapia respiratoria y los ejercicios de expansión torácica, así como ejercicios para la flexibilización y fortalecimiento de la musculatura de la cintura escapular y el tórax.

En la rehabilitación de las cifosis moderadas no se difiere mucho de las leves, hay que tener en cuenta la posible utilización de ortesis en estos pacientes y en sus consecuencias a evitar. Por tanto, se seguirá trabajando el control postural, así como el equilibrio. Se realizarán ejercicios de flexibilización y fortalecimiento de la musculatura de la cintura escapular y el tórax. Además de esto, no se debe olvidar la importancia de la fisioterapia respiratoria y su entrenamiento mediante ejercicios torácicos y diafragmáticos.

Por último, en las cifosis graves se podrá dividir en dos partes la rehabilitación. La fase pre-operatoria en la que predominarán ejercicios de estiramiento activo, flexibilizaciones en el sentido de la corrección de la cifosis y estiramientos de la musculatura acortada. Además, se debe enseñar al paciente a realizar ejercicios de respiraciones diafragmáticas y localizadas, así como técnicas de tos dirigida y para la expectoración.

En la fase post-operatoria se empezará con maniobras de movilización progresiva de forma que primero se harán pasivas para luego seguir con las activo-asistidas para poder fortalecer la musculatura de forma gradual. Se le ayudará también mediante fisioterapia respiratoria a evitar complicaciones debidas a la inmovi-

lización.

La fisioterapia en las escoliosis no difiere mucho de la fisioterapia para la cifosis, los autores recomiendan trabajar en el control postural, haciendo consciente al paciente de la postura de su propio cuerpo para poder cambiar su esquema corporal. Esto se realizará mediante terapias con espejos, ejercicios de autoelongación, equilibrio y propiocepción.

Además de esto es importante el trabajo de fisioterapia respiratoria ya que se perturba la función respiratoria, pudiendo determinar la instauración de una insuficiencia respiratoria.

En las concavidades de las escoliosis se produce una reducción de las ampliaciones costales por bloqueo de las costillas, es decir, un bloqueo del hemitórax en posición espiratoria. Por otro lado, en el lado convexo, si esta es muy pronunciada la ventilación costal tiende a anularse debido a la disminución del desplazamiento angular ya que las costillas están más horizontalizadas.

También se recomienda la flexibilización de la columna vertebral y cinturas pélvica y escapular, el fortalecimiento muscular.

En aquellos individuos que requieran el uso de corsés como método de sostén, la fisioterapia irá encaminada a minimizar las consecuencias de dicha inmovilización que provocan. Para ello se enfatizará en el fortalecimiento muscular de los músculos erectores del tronco, cintura escapular, glúteos y abdominales. También se harán ejercicios de autoelongación en tiempo espiratorio y fisioterapia respiratoria.

Si las escoliosis han progresado de tal forma que se requiera de operación quirúrgica, la fisioterapia, así como en las cifosis, se dividirá en dos fases, una preoperatoria y otra postoperatoria:

- En la fase preoperatoria se realizará el aprendizaje de respiraciones diafragmáticas y localizada, expectoración y tos dirigida. Es importante hacer hincapié en el fortalecimiento general de la musculatura para que tras la operación no existe excesiva debilidad, además de dar consejos para el postoperatorio.
- En la fase postoperatoria se empezarán con fisioterapia respiratoria, guiando en los ejercicios aprendidos en la fase preoperatoria, movilización de miembros inferiores evitando la torsión, control postural, fortalecimiento progresivo de cintura abdominal y escapular.

Por último, y de forma general, en las hiperlordosis lumbares la fisioterapia irá dirigida al control postural, siendo importantes los ejercicios de autoelongación y retroversión pélvica para la corrección de la lordosis. Además de esto también se suele fomentar el estiramiento de la musculatura acortada y fortalecimiento de la

musculatura tanto abdominal como erectores del tronco, entre otra musculatura.

De forma conjunta, los métodos de tratamiento más utilizados son los siguientes:

- Método de cuadrupedia de Klapp: estos ejercicios se fundamentan en la movilización de la columna vertebral a partir de posiciones en cuadrupedia.
- Método de Schroth: es un método de reeducación postural que empieza con trabajo a nivel de los pies o pelvis y se enfocan en el tronco. Se utiliza sobre todo trabajo tridimensional, sensomotriz y cinestésico.
- Método de Niederhöffer: este método se fundamenta en el fortalecimiento de la musculatura transversa del lado cóncavo de la curvatura.
- Método de Mézières: este método consiste en la utilización de distintas posturas de estiramiento global, técnicas de tejido manual y movilizaciones conjuntas combinadas con trabajo diafragmático.
- Reeducción postural global (RPG): la RPG consiste en la realización de ejercicios de estiramiento de forma global que van progresando desde una posición con apenas tensión hasta una final de progresivo estiramiento.

Según la literatura consultada, el tratamiento para las desalineaciones más comunes de la columna vertebral es muy variado y dependiendo de la gravedad de la curvatura se optará más por un método u otro, incluso llegando a combinarlas entre sí para obtener mayores resultados.

Se ha visto que en curvaturas leves la acción de la fisioterapia y la enseñanza de higiene postural ha obtenido buenos resultados a la hora de mantener la progresión de estas.

Por otro lado, cuando las curvaturas van progresando la acción de la fisioterapia por sí misma se ve reducida y entran en juego el planteamiento de su uso junto con distintos tipos de ortesis o corsés.

Cuando las curvaturas evolucionan tanto que presentan un grado importante de desviación ya se empieza a hablar de intervenciones quirúrgicas, métodos de contención y rehabilitación pre y post quirúrgica.

Las desalineaciones en el plano sagital son muy frecuentes, siendo la mayoría no estructuradas pero con tendencia a la estructuración si no se tratan, habiendo además, mejores resultados con el tratamiento cuanto más temprano se haga.

5 Discusión-Conclusión

Se ha demostrado que la fisioterapia es eficaz a la hora de reducir o evitar la progresión de las curvaturas, pero no se ha demostrado la predominancia de una técnica sobre otra.

Los ejercicios de Schroth se han demostrado muy beneficiosos en los pacientes con escoliosis, sobre todo mejorando la sintomatología de aquellos niños con un ángulo de Cobb entre 10° y 30° por sobre los que tengan un ángulo mayor a 30°. El método de Klapp presenta buenos resultados a la hora de la corrección de la postura y aliviar el dolor de los pacientes.

La aplicación del método RPG presenta beneficios con respecto a la disminución del dolor y ayuda en la corrección, mayor o menor medida, las desalineaciones.

6 Bibliografía

1. Gonzales. M., Sanz. C. consenso de escoliosis idiopática del adolescente. Argentina; 2016, 114(6).
2. Antón. C. eficacia del tratamiento ortopédico y rehabilitación de la escoliosis idiopática durante el crecimiento. Soria: UVA; 2017.
3. Córdova. M. eficacia del método Schroth en el tratamiento fisioterapéutico de la escoliosis idiopática. Soria; julio 2016.
4. Rosero. S. efectividad de la técnica de Klapp vs reeducación postural global en pacientes con escoliosis en Repsol. Ecuador; marzo 2015.
5. Coello. G. aplicación d las técnicas de Klapp en la corrección de escoliosis en el IESS de bahía de Caraquez. Manabí. Ecuador; 2016.
6. Cáceres. J. método Mézières vs técnica de Klapp aplicada a estudiantes de entre 13 a 16 años con escoliosis idiopática en la unidad educativa Alberto Guerra del Cantón. Ambato, ecuador; mayo 2015.
7. Goussard. J. el método Mézières. París: revista de medicine orthopedique; 1987.
- Muñoz. P. rehabilitación pulmonar en pacientes con escoliosis. Naguanagua; marzo 2015.
- Sac. M. plan de higiene postural y tratamiento fisioterapéutico en dolor cervical y lumbar. Quetzaltenango; octubre 2013.
8. Vallejos. N., Rositto. V., Legarreta. C. detección precoz de la escoliosis. Argentina; 2015.
- Park JH, Jeon HS, Park HW. Effects of the Schroth exercise on idiopathic scoliosis: a meta-analysis. Eur J Phys Rehabil Med. 2018; 54:440-9.
9. Espinosa, Arroyo, Martín, Ruiz, Moreno. Guía Esencial de Rehabilitación Infantil. Primera edición. Ed Med Panamericana; 2010.
10. S. Negrini, J.C. De Mauroy, T.B. Grivas, P. Knott, T. Kotwicki, T. Maruyama, et al. Actual evidence in the medical approach to adolescents with idiopathic scoliosis. Eur J Phys Rehabil Med. 2014;50(1):87-92.

11. K. D. Kim, P. N. HwangBo. Effects of the Schroth exercise on the Cobb's angle and vital capacity of patients with idiopathic scoliosis that is an operative indication. *J Phys Ther Sci.* 2016;28:923-926.
12. M. Bialek. Mild angle early onset idiopathic scoliosis children avoid progression under FITS Method (Functional Individual Therapy of Scoliosis). *Medicine (Baltimore).* 2015;94(20):1-14.
13. G. Kim, P. N. HwangBo. Effects of Schroth and Pilates exercises on the Cobb angle and weight distribution of patients with scoliosis. *J Phys Ther Sci.* 2016;28:1012-1015.

Capítulo 79

SALAS DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

SILVIA RUIZ CUESTA

1 Introducción

La fisioterapia respiratoria ha cobrado gran importancia en las últimas épocas debido a la repercusión positiva que ha tenido en el tratamiento de patologías respiratorias, concretamente para el tratamiento de la Covid-Sars-2.

La fisioterapia de tipo respiratorio se ha instaurado como un mecanismo de prevención, de tratamiento y de recuperación de aquellas personas que resultan afectadas por patología respiratoria y por aquellos grupos de población sensibles al desarrollo de enfermedades.

En las siguiente líneas se hará un desarrollo acerca del material necesario en un centro o sala de Fisioterapia respiratoria, haciendo una breve descripción de utensilios, aparatos y técnicas a utilizar. Los pacientes del centro son incentivados a realizar fisioterapia respiratoria en casa varias veces al día, en algunos casos ayudados de los padres si son de edades muy cortas, o de forma autónoma si la edad lo permite.

Una vez al mes los pacientes acuden al centro para extraer exudados y cultivos de mocos para ver la evolución de las patologías.

Principalmente se utilizan técnicas de drenaje, lavados nasales, técnicas de expansión pulmonar e incentivadores. Todos los pacientes cuentan con sus propios aparatos que traen de casa para realizar la fisioterapia en el centro.

Dentro del centro se cuenta con una gran cantidad de material específico para el tratamiento de los pacientes. A continuación presento el material propio del centro.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer y profundizar en el conocimiento de la fisioterapia respiratoria.

Objetivos secundarios:

- Describir material de fisioterapia respiratoria.
- Fomentar el uso y conocimiento por parte de otros profesionales de la salud de técnicas que favorezcan el tratamiento de patologías respiratorias.

3 Metodología

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

4 Resultados

IMP2: dispositivo de presión positiva especialmente diseñado para la limpieza bronquial de secreciones. Es utilizado para el tratamiento respiratorio en el propio centro, hospital y domicilio del paciente, por el fisioterapeuta, para adultos, niños y neonatos usando una pieza bucal, traqueostomía, etc., para pacientes que sufren una enfermedad obstructiva y/o restrictiva y para enfermedades agudas o crónicas. El IMP2 no está diseñado para ningún tipo de ventilación soporte de vida.

Legendair: equipo de ventilación mecánica mixto para adultos y niños con un peso superior a 5 Kg. Se utiliza como soporte de vida.

Cough Assist: este dispositivo ayuda a los pacientes de forma no invasiva a limpiar las secreciones bronquiales cuando no pueden toser por sí mismos, como por ejemplo en caso de enfermedades neuromusculares o lesiones medulares. El Cough Assist es una manera cómoda y segura de reducir el riesgo de lesiones en las vías aéreas y de complicaciones respiratorias. La inhalación lenta/exhalación rápida del flujo aéreo simula el proceso natural de la tos, al tiempo que evita los posibles problemas asociados con procedimientos más invasivos.

Nebulizadores: contamos con tres equipos destinados a la aerosolterapia, y son los siguientes: CX3, CR-60 y e-Flow: El CX3 y el CR-60 son nebulizadores tipo Jet o neumáticos que pueden convertir un líquido en gotitas de aerosol, que hay que cargar antes de cada tratamiento. Y el e-Flow Rapid que es un nebulizador de última generación de membrana vibrante que utiliza la deformación o vibración de una membrana con agujeros cónicos para impulsar el fármaco líquido a través de éstos. El uso de la aerosolterapia con la nebulización de diferentes medicamentos inhalados permite la mejora de la inflamación y espasmo bronquial de la vía aérea, una mayor facilidad para eliminar las secreciones bronquiales, una disminución de la presencia de gérmenes en las secreciones bronquiales y una mayor humectación de todo el árbol respiratorio.

Pulsioxímetro: equipo de monitorización no invasiva y continua, que actúa aplicando un sensor sobre una zona vascularizada arterial pulsátil. Nos permite monitorizar al paciente durante toda la sesión de Fisioterapia Respiratoria, controlando los parámetros de saturación de oxígeno y pulsaciones por minuto.

Aspirador de secreciones: este equipo es una unidad de succión de vacío diseñado para recolectar fluidos y secreciones bronquiales mediante una operación confiable y portátil. Debido a su pequeño tamaño y peso ligero, este dispositivo es ideal para aplicarlo en cualquiera de nuestras instalaciones.

Concentrador de Oxígeno: suministro continuo eléctrico, con dosis de hasta 4 litros por minuto, que no requiere reposición periódica. Da una mayor seguridad al Centro; Sus ruedas permiten su movilidad a cualquier sala y posee las alarmas para el control del funcionamiento.

Alpha 200: dispositivo de I.P.P.B. (Presión Positiva intermitente) exclusivo de Fisioterapia Respiratoria.

Espirómetro portátil: el espirómetro Datospir micro mide y calcula una serie de parámetros relativos a la función respiratoria humana. Es un equipo compacto que funciona con transductores tipo turbina y se puede conectar a una impresora externa a través de USB. Puede incorporar un módulo para mediciones de Pulsioximetría.

Holter metabólico: el ArmBand (Holter metabólico) es un equipo de metabolimetría multisensorial. Nos permite medir el gasto energético y la cuantificación de la actividad física metabólica en sujetos durante su vida diaria. Se indica en pacientes en los cuales se quiere medir la tasa metabólica, dicho de otra

manera, las calorías que gasta a lo largo del día.

Tensiómetro: monitor de tensión arterial, que cuenta con el display mas grande del mercado que hace más fáciles las lecturas de las mediciones. Cuenta con una tecnología que detecta la presión de inflado necesaria en cada medición, ofreciendo mediciones cómodas, cómodas y menos dolorosa.

Peso y tallímetro: aparato de medición para niños y adultos de gran precisión y de fácil limpieza. La varilla de medición sirve para medir la longitud y así para determinar el estado de salud del paciente y también para reconocer y controlar trastornos patológicos de alimentación o de tipo fisiológico. La varilla de medición encuentra aplicación junto con una báscula de columna que sirve como estación completa de peso y medición.

Termómetro digital: este dispositivo permite tomar la temperatura corporal del paciente a una distancia de 10 centímetros, evitando posibles infecciones.

Desinfectante de salas: este dispositivo de desinfección por peróxido de hidrógeno. Tiene una acción bactericida, virucida y fungicida. También contiene unas cajas para comprobar la desinfección total de cada sala.

5 Discusión-Conclusión

Las principales intervenciones de fisioterapia respiratoria se centrarán en educación al paciente, ejercicio aeróbico, ejercicios de fuerza y entrenamiento, técnicas de drenaje de secreciones, si las manifestaciones clínicas del paciente lo requieren.

A pesar del beneficio comentado, sólo algunos países de nuestro entorno incluyen expresamente en su sistema de salud como una prestación con financiación pública. La Fisioterapia Respiratoria en España tiene una baja implementación y dedicación laboral actualmente. El nivel de formación específica de los fisioterapeutas que realizan este tipo de intervenciones es aceptable aunque limitado. Se prevé que una vez conocida su repercusión positiva en el organismo de individuos sanos y enfermos esta tendencia se invierta y comience a ser una herramienta al alcance de todos.

6 Bibliografía

1. Rous, M. R. G., Betoret, J. L. D., & Aldás, J. S. (2008). Rehabilitación respiratoria y fisioterapia respiratoria. Un buen momento para su impulso. *Archivos de bronconeumología*, 44(1), 35-40.
2. Arbillaga, A., Pardàs, M., Escudero, R., Rodríguez, R., Alcaraz, V., Llanes, S. & Ríos, A. (2020). Fisioterapia respiratoria en el manejo del paciente con COVID-19: recomendaciones generales. *Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica*.
3. Martí, J. D., Muñoz, G., Gimeno-Santos, E., Balañá, A., & Vilaró, J. (2016). Análisis descriptivo de la fisioterapia respiratoria en España. *Rehabilitación*, 50(3), 160-165.

Capítulo 80

CÓMO PUEDE LA FISIOTERAPIA AYUDAR EN EL CÓLICO DEL LACTANTE

SELENE SILVA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Se considera que un bebé sufre cólico del lactante (CL) cuando se produce un llanto inconsolable y que además se produce sin una causa evidente. Este llanto por lo general se produce por la tarde o por la noche.

El cólico del lactante suele aparecer a las dos o tres semanas de vida y desaparecer hacia el cuarto mes.

Para que se considere un llanto debido a un cólico del lactante, el llanto tiene que tener una serie de características y cumplir la “Regla de los 3” de Wessel. Esta regla determina que, para que se considere que el bebé tiene cólico del lactante, se tienen que dar tres de los síntomas principales y al menos uno de los síntomas secundarios que vamos a mencionar:

1. Síntomas principales:

- El llanto tiene un claro inicio y final. El inicio suele ser por la tarde o bien por la noche y el final se produce también de manera repentina cuando el bebé está exhausto o cansado de tanto llorar.
- El bebé suele tener los puños cerrados cuando llora.
- Las piernas suelen estar flexionadas hacia el abdomen.
- El bebé está nervioso y agitado.

2. Síntomas secundarios:

- El bebé presenta un buen estado de salud.
- El abdomen está hinchado por acumulación de gases.
- Presencia de regurgitaciones.
- El bebé no deja de llorar a pesar de los consuelos de sus padres.

Los objetivos principales de la fisioterapia para los casos de cólico del lactante van a ser:

- Mejorar los movimientos y el tránsito intestinal.
- Mejorar y disminuir la tensión muscular que presente el bebé a nivel del abdomen.
- Atenuar los reflujos y las regurgitaciones que presente el bebé.
- Favorecer la eliminación de gases.
- Mejorar la expulsión de heces, evitando con ello el estreñimiento.
- Mejorar el estado de nerviosismo que pueda presentar el bebé.

2 Objetivos

Mostrar cómo puede la fisioterapia ayudar en el cólico del lactante mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Llega a consulta una pareja con su bebé de 25 días de vida.

En la anamnesis vemos a un bebé de 3300g de peso en el momento del nacimiento y 51cm de longitud. Nació en la semana 41 de embarazo y a través de parto vaginal sin complicaciones. No hay otros antecedentes familiares de interés. Durante los primeros días de vida estuvo tomando antibiótico para una infección de causa desconocida. El bebé se alimenta exclusivamente con lactancia materna a demanda y es común que sus padres lo porteen.

Nos cuentan que desde hace una semana el niño llora desconsolado casi todos los días desde últimas horas de la tarde y hasta ya casi la hora de acostarse. No se calma con ningún tipo de atención ni poniéndolo a mamar; al contrario, en momentos de llanto rechaza el pecho. Durante los episodios de llanto el bebé hace movimientos de extensión de brazos y flexión de piernas con gestos de dolor. Las heces también se han modificado desde el nacimiento siendo raro que haga caca todos los días. Nos cuentan que tiene muchos gases y, que cuando los expulsa, son bastantes fuertes.

En la exploración encontramos:

- Buen estado general, bien hidratado, sin fiebre.
- Abdomen blando y depresible sin masa pero con mayor temperatura que el resto del cuerpo.
- Resistencia a la flexión pasiva de tronco.

Con la anamnesis y la exploración llegamos a la conclusión de que el diagnóstico es cólico de lactante y procedemos a informar a los padres y al tratamiento.

El tratamiento aplicado consiste en:

- Masaje a nivel abdominal en el sentido de las agujas del reloj.
- Presiones en el abdomen en forma de “U” invertida y en el sentido de las agujas del reloj.
- Ejercicios de flexión de rodillas y caderas hacia el abdomen.

Enseñamos a los padres cómo deben realizar los masajes y las movilizaciones en su casa. Insistir en que las técnicas estén bien realizadas ya, que de no hacerlas bien, pueden ser perjudiciales.

También informamos a los padres que hay determinadas posturas que calman un poco al bebé cuando está en crisis de llanto como tumbado boca abajo sobre nuestro antebrazo, apoyado en nuestro hombro.

Ya por último recomendamos mantener la calma en momentos de llanto porque ellos notan nuestro nerviosismo.

Después de dos semanas con el masaje en el domicilio y los cambios en la vida diaria vuelven a consulta.

El bebé presenta el llanto inconsolable durante minutos y no todos los días. Seguimos con el mismo tratamiento.

4 Discusión-Conclusión

- El cólico infantil es un trastorno común que afecta alrededor de uno de cada seis familias.
- La evidencia sugiere que la leche materna puede ser hipoalergénica y es beneficiosa para reducir los síntomas de cólico.
- No se sabe cuáles son las causas que lo provocan.
- El CL es un trastorno que no es peligroso para la vida del bebé; suele resolverse de manera natural antes de los cuatro meses de vida.

- El cólico del lactante en cierto modo puede ser realmente agotador tanto para el bebé como para los padres. Pero afortunadamente existen técnicas que los fisioterapeutas podemos utilizar para mitigar toda la sintomatología y las molestias que le pueda ocasionar a tu bebé mejorando tanto su vida como la de los padres.

5 Bibliografía

1. Hill DJ, Hudson IL, Sheffield LJ, Shelton MJ, Menahem S, Hosking CS. A low allergen diet is significant intervention in infantile colic: results of a community-based study. *J Allergy Clin Immunol*. 1995;96:886-92.
2. Romanello S, Spiri D, Marcuzzi E, Zanin A, Boizeau P, Riviere S, et al. Association between childhood migraine and history of infantile colic. *JAMA*. 2013;17;309(15):1607-12.
3. Carnes D, Plunkett A, Ellwood J, et al Manual therapy for unsettled, distressed and excessively crying infants: a systematic review and meta-analyses *BMJ Open* 2018;8: doi: 10.1136/bmjopen-2017-019040.

Capítulo 81

¿PUEDE AYUDAR LA ACUPUNTURA A LA COXIGODINIA?

SELENE SILVA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de coxigodinia nos referimos a dolor constante en la zona del coxis que aumenta al estar sentados y, en ocasiones, da dolor referido a lo largo de la pierna parecido a una ciática.

Las causas pueden ser varias:

- Trastornos funcionales u orgánicos del coxis, de la articulación con el sacro (articulación sacrocoxígea) o de las estructuras miofasciales que están cercanas.
- Traumatismos directos, fracturas, sobreesfuerzo y presión mantenida en deportes como el ciclismo.
- Esguince de los ligamentos de la región sacrocoxígea o puntos gatillo miofasciales.

Es una patología frecuente en personas con sobrepeso debido al aumento de la presión intraabdominal y la relación de ésta con el suelo pélvico.

También es frecuente en mujeres durante el embarazo por la distensión de los ligamentos provocada por los cambios hormonales (relaxina) o tras el parto.

Los síntomas de una coxigodinia son:

- Dolor al sentarse en la zona coxígea, que mejora al ponerse de pie. Es el síntoma más frecuente.
- Dolor a la palpación de la interlínea sacro-coxígea.
- Acortamiento con o sin puntos gatillo del glúteo mayor (uni o bilateral).
- Acortamiento con o sin puntos gatillo en músculos piramidales.

- Contracción de los músculos elevador del ano e isquiococcígeo.
- Dolor reflejo en la zona lumbar.

2 Objetivos

Determinar si la acupuntura puede ayudar a la recuperación de la coxigodinia mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Acude a consulta un chico de 32 años por dolor lumbar agudo de una semana de evolución.

Se trata de un hombre sano, fumador, sin alergias conocidas, no toma ningún tipo de tratamiento médico de manera continua. Operado hace dos años de una hernia inguinal.

Me comenta que la única patología anterior que ha padecido es dolor en el coxis que, a día de hoy, lo sigue padeciendo pero que después de probar con varios fisioterapeutas sin resultados ha aprendido a "vivir con ello". Actualmente está tomando AINES para el dolor lumbar como coxígeo.

En la exploración se detectan varias cosas:

- Contractura en el cuadrado lumbar derecho.
- Contractura en la zona paravertebral lumbar bilateral.
- Tendinitis en ambos glúteos siendo más importante en el lado derecho.

Le comento que, aparte de tratar todas las alteraciones que hemos observado, me gustaría hacerle una valoración del suelo pélvico y ver qué más podemos hacer en la coxigodinia. Acepta y en la exploración de SP encontramos el músculo elevador del ano sobrecargado y una banda tensa a cada lado del coxis que pertenece a los músculos piramidales. Además el coxis está muy poco móvil por la tensión de los tejidos.

Así pues, iniciamos tratamiento consisten en:

- Masoterapia de toda la espalda más centrada en zona lumbo-sacra y glútea.
- Masaje de los músculos del suelo pélvico y piramidal por vía rectal.
- Tratamiento de puntos gatillo con presión.
- Estiramientos en consulta que se le enseñan para realizar en domicilio.
- Técnicas de inducción miofascial.

Tras 3 sesiones de tratamiento (1sesión/semanal) el paciente refiere mucha mejoría en la zona lumbar y espalda en general pero sigue teniendo dolor en el coxis.

Decidimos añadir al tratamiento anterior sesiones de electroacupuntura para incidir directamente en la zona de inserción de los músculos en el coxis y liberar así la tensión que puedan estar ejerciendo sobre él.

Después de 4 sesiones de tratamiento combinado con electroacupuntura y, tras la desaparición completa de la sintomatología y la sobrecarga muscular existente, se le da el alta al paciente y se le recomiendan unos cambios posturales en sus hábitos en la vida diaria como el sentarse en el baño o en el trabajo.

4 Discusión-Conclusión

De acuerdo con la bibliografía consultada, parece que la fisioterapia puede aportar diferentes técnicas de gran ayuda para el manejo del dolor y la disfunción músculo-esquelética. Además no produce efectos secundarios y es mínimamente invasiva, por lo que puede considerarse como un tratamiento de primera elección en el abordaje de la coxigodinia.

La acupuntura ayuda a relajar la zona de estrés alrededor del coxis y, a su vez, nos puede ayudar a nutrir y reforzar los ligamentos distendidos, de esta manera la articulación sacro-coccígea podría recuperar su estabilidad.

En este caso clínico en concreto se manifiesta con claridad la mejoría a partir del momento de la utilización de la electroacupuntura en el tratamiento.

5 Bibliografía

1. Xhardez Ives. Vademecum de Kinesioterapia y de Reeducción Funcional. Barcelona: EL Ateneo; 1993.
2. Souchard P. RPG: Principios de la Reeducción Postural Global. Barcelona: Paidotribo; 2005.
3. Vázquez GJ, Solana GR. Síndrome de dolor miofascial y puntos gatillo. Liberación miofascial. Madrid: Mandala; 1998.
4. Leiserson R. Coxigodinia: semiología, diagnóstico y tratamiento. Intramed Journal.

Capítulo 82

REHABILITACIÓN POSTOPERATORIA DE ARTROSCOPIA DE RODILLA

SELENE SILVA RODRÍGUEZ

1 Introducción

La artroscopia es la cirugía en la cual se utiliza una cámara diminuta para observar dentro de la rodilla. Se hacen pequeños cortes para introducir la cámara y otros pequeños instrumentos quirúrgicos dentro de la rodilla para realizar el procedimiento.

La artroscopia se puede recomendar para las siguientes patologías de rodilla:

- Un menisco roto. El menisco es el cartílago que protege el espacio entre los huesos en la rodilla. La cirugía se hace para repararlo o extirparlo.
- Un ligamento cruzado anterior (LCA) o ligamento cruzado posterior (LCP) dañados o rotos.
- Ligamento colateral roto o dañado.
- Inflamación (hinchazón) o daño del revestimiento de la articulación. Este revestimiento se denomina membrana sinovial.
- Rótula que está fuera de su posición (desalineación).
- Pedazos pequeños de cartílago roto en la articulación de la rodilla.
- Extirpación del quiste de Baker. Esta es una hinchazón por detrás de la rodilla que se llena de líquido. Algunas veces, esto ocurre cuando hay hinchazón y dolor (inflamación) por otras causas, como la artritis.
- Reparación de un defecto en el cartílago.
- Algunas fracturas de los huesos de la rodilla.

La recuperación completa después de una artroscopia de rodilla dependerá del tipo de patología que se le trató.

La recuperación de procedimientos simples es rápida en la mayoría de los casos. La recuperación tardará más tiempo si se ha realizado un procedimiento más complejo.

En pacientes a rehabilitar tras una artroscopia de rodilla, los objetivos serán:

- Disminuir el dolor.
- Mejorar la amplitud de movimiento.
- Mejorar el estado muscular (fuerza, resistencia y elasticidad).
- Conseguir una cicatriz elástica e indolora.
- Normalizar el patrón de marcha.

2 Objetivos

Explicar el procedimiento para la rehabilitación postoperatoria de artroscopia de rodilla mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Acude a consulta un joven de 35 años derivado de traumatólogo privado para iniciar rehabilitación postoperatoria tras artroscopia de rodilla derecha en la que se ha hecho un injerto de colágeno y un recentraje patelar.

Valoración preoperatoria: subluxación patelar de un 25% y condropatía rotuliana grado III-IV a nivel de la mitad inferior de la rótula.

Las recomendaciones postoperatorias por parte del traumatólogo son:

- Caminar con muletas.
- Utilizar ortesis en extensión para desplazarse.
- Realizar ejercicios de flexión hasta 90° el primer mes.
- Iniciar rehabilitación con fisioterapia consistente en electroestimulación muscular, ejercicios isotónicos e isométricos y flexionar progresivamente la rodilla a partir de la 4ª semana hasta 120°.
- A partir de la 6ª semana el paciente puede realizar ejercicios en descarga como bicicleta pero sin resistencia.
- Se recomienda que los ejercicios que realice las primeras 6-10 semanas sean sin carga.

Llega a consulta en la 4ª semana postoperatoria y el paciente refiere que nota tirantez con los movimientos debido a la cicatriz y sobrecarga muscular, sobre todo, al final del día por mala postura en la marcha.

En la exploración encontramos:

- Adherencias en la cicatriz.
- Debilidad del cuádriceps, más importante en el vasto interno y de los isquiotibiales; no ocurre lo mismo en el tríceps sural.
- Edema en parte inferior a la rótula con signo de fóvea positivo.
- La extremidad operada se observa.

El tratamiento realizado ha sido:

- Despegamiento de la cicatriz.
- Movilizaciones de rótula.
- Drenaje manual de la rodilla hasta desaparición del edema en la semana 6.
- Kinesiotape en forma de pulpos hasta la desaparición del edema en la semana 6.
- Movilización de la articulación y movimientos articulares sin carga.
- Masoterapia.
- Ejercicios de potenciación isométricos e isotónicos de cuádriceps e isquiotibiales, haciendo más hincapié en el vasto interno.
- Electroestimulación en vasto interno.
- Ejercicios de propiocepción.

En la 12ª semana postoperatoria se le da el alta al paciente siendo la evaluación final de 125° de flexión de rodilla, ha desaparecido el edema en la 6ª semana, la cicatriz no presenta adherencias. La marcha se realiza sin muletas y con patrón normal.

4 Discusión-Conclusión

Numerosos trabajos y estudios apoyan que debe seguirse una fase de preparación preoperatoria que empezará lo antes posible tras producirse la lesión.

Con esta fase se busca principalmente mantener la fuerza muscular mediante ejercicios isométricos, para evitar la falta de activación del cuádriceps y la aparición de dolor patelofemoral. Otro objetivo es reducir el dolor y la inflamación de la zona para después poder trabajar en el mantenimiento del rango articular.

En el caso del paciente de nuestro caso clínico, tan solo se le recomendó guardar reposo desde la lesión hasta la intervención.

El restablecimiento del control neuromuscular, es clave para restaurar la estabilidad dinámica en la rodilla y evitar el riesgo de futuras lesiones. El inicio de este entrenamiento debe ser precoz y progresivo.

5 Bibliografía

1. Waterman BR, Owens BD. Arthroscopic synovectomy and posterior knee arthroscopy. In: Miller MD, Browne JA, Cole BJ, Cosgarea AJ, Owens BD, eds. *Operative Techniques: Knee Surgery*. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:chap 3.
2. Griffin JW, Hart JA, Thompson SR, Miller MD. Basics of knee arthroscopy. In: Miller MD, Thompson SR, eds. *DeLee and Drez's Orthopaedic Sports Medicine*. 4th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2015:chap 94.

Capítulo 83

CONJUNTIVITIS U OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO LAGRIMAL. RELACIÓN CON LA FISIOTERAPIA

SELENE SILVA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Algunos bebés nacen con el conducto lagrimal obstruido, lo que se denomina “obstrucción congénita del conducto lacrimal”. Aunque la obstrucción es congénita, es decir ya nacen con ella, la sintomatología clínica suele desarrollarse entre la segunda y sexta semana de vida.

En un principio, esta patología no debería suponer un problema para el bebé pues, al cabo de un año, la situación mejora por sí sola al madurar el sistema de drenaje. Sin embargo, no siempre es así y el bebé necesita fisioterapia específica para el tratamiento del conducto lagrimal, ya que, de lo contrario, podría verse afectado por infecciones, inflamación en los ojos, etc.

La obstrucción del lagrimal en bebés puede deberse al bloqueo permanente de la pequeña membrana que sella el conducto nasolagrimal del feto en el útero materno y que se abre en el momento de nacer, pero también puede estar relacionado con una infección, inflamación o lesión en los ojos, aunque no es lo más habitual en bebés recién nacidos.

La obstrucción del lagrimal puede ser parcial o completa, y afecta, normalmente, a un solo ojo.

La frecuencia de esta patología oscila, según distintos estudios, entre el 6% y el 15% de los recién nacidos a término. Esta obstrucción suele resolverse de forma

espontánea a lo largo del primer año de vida en el 90% de los casos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Ayudar a que se abra la membrana del conducto nasolagrimal.

Objetivos secundarios:

- Drenar el acúmulo de "moco" que se almacena en los conductos que finalizan en el ángulo interno de los párpados.
- Restablecer el lagrimeo normal.

3 Caso clínico

Acude a consulta una madre con su bebé de 10 semanas de vida para que le valoremos la patología que presenta en el ojo derecho.

Anamnesis: bebé de 3.5kg de peso y 54 cm en el nacimiento. La mamá sufre preeclampsia al final del embarazo y el parto fue vaginal instrumentalizado.

Actualmente, la alimentación del bebé es lactancia materna exclusiva a demanda. Hace 5 semanas acude con su hijo al pediatra y le dan tratamiento para tratar la conjuntivitis, pero no hay mejoría. No obstante, tampoco les informan sobre un diagnóstico clínico.

El bebé presenta legaña frecuente siendo más importante por las mañanas y lloro del ojo derecho continuo.

En la observación se aprecia una ligera inflamación en el ángulo interno de los párpados coincidiendo con el punto de drenaje del conducto lagrimal.

Con la información que nos ha detallado su madre junto con la valoración fisioterápica determinamos que el niño sufre "obstrucción del conducto lagrimal" e informamos a la madre sobre el tratamiento a seguir.

El tratamiento que realizamos consiste en abrir o desobstruir el conducto lacrimal.

Para ello, en primer lugar revisamos y tratamos los huesos del cráneo, ya que están directamente relacionados con el ojo y la nariz, a continuación realizamos un pequeño masaje y movilización del lacrimal del bebé de forma muy suave

e indolora. Con esto conseguimos dar elasticidad y liberar y bombear el canal lacrimal.

Además, ofrecemos a los padres información acerca de qué deben hacer para mantener la higiene de la zona en todo momento y evitar así infecciones.

Tras la primera sesión en la que se ha drenado bastante "moco" por el lagrimal le damos cita para la siguiente semana.

Ya en la segunda sesión el bebé viene sin legaña y la mamá nos cuenta que ha estado mucho mejor, solo los 2 primeros días le drenó un poco, pero ya lleva varios en los que no.

Le realizamos valoración y tratamiento y se le da el alta.

4 Discusión-Conclusión

La evaluación y tratamiento fisioterapéutico de la obstrucción del canal lagrimal mediante terapia manual evita la aparición de infecciones y las elimina si ya se han producido.

Además, mejora la visibilidad del menor y, en definitiva, su calidad de vida al combatir la continua humedad del ojo.

En este caso clínico en concreto ha quedado de manifiesto la mejoría de la obstrucción con la primera sesión empleando técnicas osteopáticas y de fisioterapia.

Es importante una detección y diagnóstico correcto para elaborar un método de tratamiento adecuado, ya que, según se ha visto en este caso, en ocasiones está mal diagnosticado de conjuntivitis.

5 Bibliografía

1. Casas E, Prat J. Obstrucción congénita del conducto nasolagrimal: actitud diagnóstica y terapéutica. *Annals d'Oftalmología*; 2004 12:22-9.
2. Moore KL, Dalley AF. Anatomía con orientación clínica. Madrid: Médica Panamericana; 2005.
3. Puertas Bordallo D, Sevilla García C M. Obstrucción congénita de la vía lagrimal. *Rev Esp Pediatría*; 2002 58:145-50.

Capítulo 84

¿LAS CESÁREAS SON MENOS LESIVAS QUE UN PARTO VAGINAL? ¿PUEDE HABER PATOLOGÍA PERINEAL DESPUÉS DE UNA CESÁREA?

SELENE SILVA RODRÍGUEZ

1 Introducción

Hay muchos mitos relacionados con el embarazo, el suelo pélvico y los partos. Uno de los más extendidos es que después de una cesárea no hace falta realizar una recuperación postparto. La justificación de este argumento viene dada porque el bebé no ha nacido por el canal vaginal, sino de forma quirúrgica por el abdomen. Sin embargo, estamos ante un claro error. Nuestros órganos y el bebé tienden a presionar hacia abajo (dirección pelvis) lo que origina una carga constante hacia la bóveda del suelo pélvico. De este modo todas las embarazadas por el hecho de estarlo, van a recibir una presión “extra” en su suelo pélvico en relación con una mujer no embarazada.

Hay factores que hacen que la presión aumente:

- Pasar mucho tiempo de pie, por ejemplo trabajos de dependientas, peluqueras, etc.
- Levantar pesos, la carga es asumida por el tronco y, por lo tanto, por nuestro suelo pélvico.
- Estar gestando un feto de gran tamaño.
- Tener una diastasis y/o hernia abdominal, lo cual impide que la faja abdominal trabaje correctamente la sujeción del útero.

- Ejercicios/movimientos de impacto como correr, saltar, abdominales precisos, etc.

En estos casos la presión puede causar que el bebé se “encaje” en la estructura pélvica días o incluso semanas antes del parto, lo cual genera un trauma a nuestro suelo pélvico.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar qué factores de riesgo estuvieron presentes en el embarazo.

Objetivos secundarios:

- Valorar el estado y tratar, si es necesario, la musculatura abdominal.
- Valorar el estado y tratar, si es necesario, la musculatura perineal.
- Valorar y tratar, es necesario, la cicatriz.

3 Caso clínico

Mujer, 38 años de edad. Acude a consulta por “sensación de pesadez” vaginal.

Anamnesis:

- Ocupación: farmacéutica (suele trabajar de pie).
- Patologías previas: epilepsia, endometriosis, varices.
- Cirugías: cesárea (hace 17 meses).
- Fármacos: para el tratamiento de la epilepsia.
- Dolor lumbar con frecuencia que ha aumentado después de la cesárea.

La paciente refiere que, tras la cesárea y en los últimos 6 meses, tiene una sensación de pesadez vaginal o desprendimiento. Nos cuenta que su bebé pesó al nacer 4 kg siendo esto un factor de riesgo para el suelo pélvico.

Es un problema que le afecta mucho psicológicamente y en su vida diaria siendo la valoración de 10/10. Tiene dolor en las relaciones sexuales.

En la exploración se encuentra:

- Tensión basal de la musculatura abdominal reducida.
- La contracción de la musculatura profunda del abdomen es débil y realiza también contracción de los oblicuos externos.

- Durante la tos se produce abombamiento del abdomen que no se corrige con la anticipación a la tos.
- Diastasis abdominal.
- Hipertonía del diafragma del lado derecho.
- Introito vaginal anormalmente cerrado.
- No se observa ningún bulto en el introito vaginal.
- La inspección durante las maniobras de Valsalva es normal, se observa un ligero movimiento descendente.
- Durante la contracción voluntaria de los músculos del suelo pélvico se observan contracciones parásitas de otros músculos como glúteos y aductores y cierre del introito vaginal.
- La exploración bi digital es dolorosa del lado derecho y se aprecia una excesiva resistencia al estiramiento siendo este doloroso.
- Durante las maniobras de Valsalva se produce un descenso interno del útero.
- La fuerza de contracción es débil siendo diferentes un lado de otro. No es capaz de mantener la contracción durante 10 segundos.
- El control sobre la relajación del SP es parcial.

Ante este caso proponemos el siguiente tratamiento:

- Liberar cicatriz que está con adherencias.
- Gimnasia abdominal hipopresiva.
- Masaje perineal y estiramiento de musculatura de suelo pélvico.
- Epino.
- Le pauto ejercicios para el domicilio además de los hipopresivos.

Realizamos una sesión semanal durante mes y medio. En la valoración de esa sesión se observa un aumento notable de la fuerza muscular del suelo pélvico así como un control más completo de la relajación.

Ya tiene relaciones sexuales sin dolor y la sensación de pesadez ha desaparecido. Sigue con trabajo en domicilio y una sesión cada dos semanas.

Después de 14 sesiones la paciente ha sido dada de alta.

4 Discusión-Conclusión

El embarazo en sí mismo supone un daño para la musculatura pélvica aunque no hayamos dado a luz por el canal natural. Por esta razón las mamás de cesárea también tienen que realizar una recuperación del suelo pélvico al finalizar la

gestación, sobre todo si quieren tener más hijos. Eso sí, la programación de entrenamiento no debe comenzar hasta que no haya una buena cicatrización (normalmente pasados los 2 meses del nacimiento).

En este caso clínico en concreto se ha visto que aunque haya dado a luz por cesárea, la paciente presentaba varias patologías en el postparto y que se han conseguido remediar con tratamiento de fisioterapia.

5 Bibliografía

1. Bø K, Hilde G, Stær-Jensen J, Siafarikas F, Tennfjord MK, Engh ME. Postpartum pelvic floor muscle training and pelvic organ prolapse: a randomized trial of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(1):38.e1-7.
2. Barbosa AMP, Carvalho LR, Martins AMVC, Calderon IMP, Rudge MVC. Efeito da via de parto sobre a força muscular do assoalho pélvico. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2005;27(18):677-82.

Capítulo 85

ENFERMEDAD DE PARKINSON Y EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

MÓNICA FERNÁNDEZ DOS SANTOS

ANDREA DE QUEVEDO ROJO

1 Introducción

El Síndrome Parkinsoniano conocido también como Enfermedad de Parkinson (EP) es un trastorno del sistema nervioso central con una entidad clínica caracterizado por 4 signos (t.r.a.p): temblor de reposo, rigidez, acinesia y alteraciones posturales. La combinación de estas señales produce en la persona, fases de bloque on/off, una marcha festinante con pérdida de reflejos posturales obteniendo como resultado un aumento en el número de caídas, patrones anormales respiratorios, y una serie de trastornos emocionales.

El médico francés Jean Martin Charcot definió el Parkinson en 1877 con su actual denominación, “como una enfermedad neurodegenerativa, de presentación esporádica, de carácter crónico y progresivo que afecta a las zonas del cerebro encargadas del control, coordinación del movimiento, tono muscular y de la postura, aunque también afecta a las funciones no motoras como las vegetativas, la emoción y la cognición”.

Puede aparecer en cualquier segmento de la edad adulta, aunque siempre es más frecuente en la segunda etapa de la vida, excepcionalmente en menores de 30 años y poco frecuente entre los 30 y 40. En jóvenes suele ser una variante genética precoz de EP. Influye en cualquier etnia y principalmente en los varones.

La etiopatogenia de esta enfermedad esporádica es desconocida, aunque los estudios hacen pensar que tiene un origen multifactorial con un punto común en

donde convergen. La característica más específica de EP es la presencia de cuerpos de Lewy en determinadas zonas del sistema nervioso, y la pérdida de neuronas en la porción compacta de la sustancia negra que hará disminuir la cantidad de dopamina. Estas alteraciones son las responsables de la mayoría de signos que se observan en esta enfermedad.

Para determinar el progreso evolutivo de la enfermedad se utilizan varias escalas, pero la más usada es la clasificación de Hoehn y Yahr (H-Y) que divide el progreso de la enfermedad en 5 estadios, pero la modificada establece estadios intermedios.

- Fase I: síntomas en hemicuerpo.
- Fase II: afectación bilateral sin alteración del equilibrio.
- Fase III: tiene alteración del equilibrio y son pacientes moderadamente afectados.
- Fase IV: incapacidad grave.
- Fase V: permanece encamado o silla de ruedas, son pacientes severamente afectados. Para tratar estos síntomas, existen tratamientos médicos y/o quirúrgicos eficaces como la cirugía de estimulación cerebral profunda, la palidotomía (núcleo pálido) y trasplante de células nigricas fetales (en experimentación). En cuanto al tratamiento farmacológico, se utiliza la selegilina y la levodopa prescritos por los neurólogos, además de tratamientos complementarios como la terapia ocupacional, logopedia, centros de día, fisioterapia y asociaciones de afectados y familias.

En este capítulo, se desarrollarán una serie de actuaciones que el equipo multidisciplinar coordinado aplica, con el fin de afrontar o superar las dificultades tanto físicas como psíquicas en las distintas fases de la enfermedad.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con estos pacientes son:

- Mantener activa a la persona dentro de sus posibilidades el mayor grado posible.
- Ayudar a lograr una movilidad más fácil para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD) con unos patrones motores correctos que eviten el bloqueo y promover la relajación con el fin de aliviar el dolor si existiera.
- Reeducar y enseñar entrenamientos de enderezamiento, equilibrio, coordinación, fuerza, estabilidad, estimulación, relajación, respiratorios, lenguaje, cognitivos, ocupacionales, a través de un modelo de tratamiento multidisciplinar.

2 Objetivos

Describir la enfermedad de Parkinson y el papel del equipo multidisciplinar en el tratamiento de la misma.

3 Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de las principales bases de datos medicas Pubmed, PEDro, Medline. Se han seleccionado estudios y consultados artículos científicos de publicaciones académicas revisadas relacionadas con el Parkinson, publicados en inglés por su mayor difusión en interdisciplinaridad, español y portugués.

4 Resultados

En la Enfermedad de Parkinson la inespecificidad de los síntomas, junto a factores naturales del envejecimiento como la edad de aparición más habitual, hacen que se achaquen a la vejez o depresión e incluso a procesos reumáticos (cambios de carácter, dolor y rigidez de extremidades, dolores musculares, lentitud) en lugar de identificar la Enfermedad de Parkinson sobre todo en las fases iniciales ya que puede darse una ausencia de temblor en un 30% de los pacientes, lo que retrasa el diagnóstico.

Los síntomas motores característicos son los que orientan el diagnóstico médico. Según la bibliografía consultada, estos síntomas cardinales son temblor, rigidez, acinesia/bradicinesia, e inestabilidad postural (t.r.a.p), además de una serie de síntomas no motores como los trastornos del sueño, problemas neuropsiquiátricos, deterioro cognitivo y disautonomías.

Algunos estudios, también hablan de síntomas fundamentales como la fatigabilidad, bloqueos motores, distonías o acatisias, además de otros síntomas secundarios como la hipomimia facial, disartria, disfagia, sialorrea.

La investigación científica, muestra que el diagnóstico de la enfermedad de Parkinson sigue siendo a día de hoy eminentemente clínico, a través de signos y síntomas característicos como la bradicinesia (lentitud de inicio de movimientos), rigidez muscular, temblor de reposo e inestabilidad postural, validados por el Banco de Cerebros de la Sociedad de Enfermedad de Parkinson del Reino Unido (UK PSDSBB) siendo el diagnóstico definitivo siempre post-mortem, al comprobarse la despigmentación y degeneración de la sustancia negra con presencia de cuerpos de Lewy en el interior de las células fabricantes de dopamina.

La levodopa es el tratamiento farmacológico por excelencia en la variedad idiopática de la EP ya que tiene un mantenimiento de respuesta durante 5 años o más. Existen tratamientos medico/quirúrgicos eficaces, pero todos ellos actúan sobre los síntomas. En la actualidad se utiliza la rehabilitación (terapia ocupa-

cional, logopedia, fisioterapia) como complemento para enlentecer la progresión neurodegenerativa.

Desde la fisioterapia se intentará mantener los patrones y secuencias de movimientos, la postura, la coordinación. Intentará evitar retracciones y atrofas. Desde el punto de la terapia ocupacional, se procurará modificar algunos hábitos de conducta, con el fin de conseguir un máximo de autonomía en su entorno.

Desde la logopedia se mejorará la inteligibilidad del discurso y los trastornos de la disfagia.

Desde las intervenciones de enfermería, se debe vigilar los posibles limitaciones y manifestaciones descritas, para comunicarlas al equipo multidisciplinar y así poder actuar o mejorar el tratamiento pautado a la persona con Enfermedad de Parkinson.

En pacientes en fases avanzadas, las sesiones deben realizarse en fase on, es decir cuando el enfermo está bajo los efectos de la medicación.

5 Discusión-Conclusión

Cada paciente tiene unas características particulares, por lo que el diseño de tratamientos debe de estar enfocados de forma individualizada.

Cada una de las terapias o tratamientos deben garantizar la independencia de la persona mejorando su calidad de vida, a través de una atención y cuidados personalizados, eficaces y de calidad, desarrollados por una labor conjunta y multidisciplinar.

El equipo multidisciplinar debe estar atento a todos estos síntomas para poder identificar la Enfermedad de Parkinson lo más precoz posible, y así poder diseñar una serie de estrategias como enseñar o reeducar una serie de ejercicios y técnicas cuyo objetivo común será el de retrasar el avance de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de las personas.

6 Bibliografía

1. Hinnel C, Hurt CS et al. Síntomas no motores versus motores ¿Cuánto importan para el estado de salud en la Enfermedad de Parkinson? epubmed; sep 2011. [citado 21 dic 2021].

Disponible: Síntomas no motores versus motores: ¿Cuánto importan para el estado de salud en la enfermedad de Parkinson? - PubMed (nih.gov).

2. Rodríguez Mañas L, Abizanda soler P. Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2ª edición. Barcelona: Elsevier; mayo 2020.
3. Santos García D, de Deus Fonticoba et al. Predictores de deterioro clínicamente significativo de la calidad de vida en la Enfermedad de Parkinson. npj parkinsons dis; diciembre 2021.
4. Stokes M, Stack E. Fisioterapia de rehabilitación neurológica, 3ª edición. Elsevier; 2013.
5. UK Parkinsons Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic (UK PDSBB) [citado 27 dic 2021].
Disponible: Parkinson's Disease Society Brain Bank, Londres: visión general e investigación - PubMed (nih.gov).

Capítulo 86

LA BRONQUIOLITIS EN LA EDAD PEDIÁTRICA

MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ

SANDRA VILLA SÁNCHEZ

ALFREDO DOPACIO GARCIA

NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ

1 Introducción

La bronquiolitis es una infección respiratoria aguda, muy frecuente en niños menores de dos años y que afecta a las vías respiratorias inferiores, siendo su pico de máxima incidencia entre los meses de noviembre y febrero.

Su etiología más común es el virus respiratorio sincitial (VRS), que representa un 70/80% de las bronquiolitis, aunque hay muchos más como el adenovirus, rinovirus, virus de la gripe, etcétera.

Se caracteriza por inflamación aguda, edema y necrosis de células epiteliales de vías aéreas de pequeño calibre, con aumento de moco y broncoespasmo.

Hay unos criterios clínicos útiles para su definición, como son la disnea espiratoria, la existencia de pródromos catarrales y un episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 24 meses.

Sus signos y síntomas típicos son rinitis, sibilancias, tos, taquipnea, crepitantes, uso de músculos respiratorios accesorios y aleteo nasal.

La bronquiolitis es una enfermedad de diagnóstico clínico que no requiere de la realización de ninguna otra prueba complementaria (radiografía de tórax, analítica de sangre).

Es la principal causa de hospitalización infantil, suponiendo un 18% de los ingresos hospitalarios pediátricos, aunque la mortalidad referida es menor del 0,5% de los casos ingresados. La infección por VRS, no genera inmunidad por lo que son frecuentes las reinfecciones a lo largo de toda la vida.

2 Objetivos

Describir la intervención sanitaria en la prevención y manejo de bronquiolitis pediátrica.

3 Metodología

Para la realización del presente capítulo se ha realizado una búsqueda y revisión bibliográfica en libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos: PubMed, Medline y Google Académico. He utilizado las siguientes palabras claves como descriptores: Bronquiolitis, VRS, sobre infección.

4 Resultados

Lo primero que debemos realizar es identificar signos y síntomas de la bronquiolitis lo antes posible. Observar si hay presencia de un catarro con mocos, tos y febrícula o fiebre aunque ésta última no siempre está presente. Identificar sibilancias por el broncoespasmo, tos, dificultad respiratoria e incluso apneas. Entre el cuarto y el séptimo día de la infección existe un pico donde suelen encontrarse peor por lo que debemos estar atentos a tirajes y esfuerzos respiratorios de musculatura torácica accesoria de estos niños pequeños, ya que puede ser necesario un ingreso hospitalario.

Ante la presencia de la enfermedad procedemos a su tratamiento. Éste consta de técnicas de manejo de las secrecciones y de higiene bronquial (respiración abdómino-diafragmática, expansiones costales, drenaje postural, incentivos)

de flujo, etc.), ayudando de esta manera al niño a expulsar toda esa mucosidad presente en el transcurso de la infección. Es importante ayudar a la familia con el manejo de los broncodilatadores, las nebulizaciones y la medicación pautada por el pediatra del niño.

Debemos realizar una buena educación sobre la enfermedad y dar las recomendaciones oportunas para prevenir la aparición de la misma. Instruiremos a la familia con pautas para un correcto lavado de las manos así como de los juguetes del niño y de otros objetos que se compartan, evitar la interacción social con hermanos o personas adultas que puedan estar acatarradas. Así mismo es muy importante que los niños no sean fumadores pasivos. No compartir besos, abrazos ni tampoco juguetes sin un lavado exhaustivo durante la existencia de la patología.

Con unas buenas pautas clínicas, y la comunicación entre personal sanitario y las familias es posible manejar de una manera mucho más liviana dicha patología a pesar de su frecuencia y recurrencia.

La intervención sanitaria en estos casos persigue alcanzar los siguientes objetivos:

- Identificar de manera lo más precoz posible la existencia de signos y síntomas compatibles con la enfermedad.
- Aliviar dichos síntomas con el tratamiento adecuado.
- Enseñar a las familias las diferentes técnicas posibles que existen para el abordaje de la bronquiolitis así como sobre su prevención.

5 Discusión-Conclusión

- La bronquiolitis es una condición respiratoria frecuente y recurrente en niños menores de dos años, que representa la principal causa de hospitalización infantil y que se caracteriza principalmente por sibilancias y una infección respiratoria alta.
- El diagnóstico de esta patología es clínico y su tratamiento de soporte, con hidratación, oxigenoterapia en casos más complicados, broncodilatadores y técnicas de fisioterapia respiratoria para la higiene bronquial y la expulsión más fácil de las secreciones.
- La educación al personal sanitario y a la familia sobre prevención, son fundamentales para sobrellevar una patología tan sumamente frecuente a lo largo de la vida de nuestros pequeños.

6 Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Diagnosis and Management of Bronchiolitis. Pediatrics. 2006;118:1774-93.
2. Hammond S, Chenever E, Durbin JE. Respiratory virus infection in infants and children. Pediatr Dev Pathol. 2007;10:172-80.
3. Calvo Rey C, García García ML, Casas Flecha I, Pérez Breña P. Infecciones respiratorias virales. Protoc diagn ter pediatr. 2011;2:189-204.
4. Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. N Engl J Med. 2016;374:62-72.
5. García- García ML, Calvo Rey C, del Rosal Rabes T. Pediatric asthma and viral infection. Arch Bronconeumol. 2016;52;269-73.

Capítulo 87

UTILIZACION DE NINTENDO WII BALANCE BOARD PARA EL ABORDAJE DEL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ

ALFREDO DOPACIO GARCIA

SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ

SANDRA VILLA SÁNCHEZ

MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

El accidente cerebrovascular (ACV) o ictus en la actualidad es un gran problema de salud, siendo más prevalente en países desarrollados. Se trata una de las primeras causas de muerte, sólo por debajo de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. Es además la primera causa de discapacidad permanente en adultos, tanto física como intelectual.

Los síntomas tempranos para reconocer la aparición del ictus suelen ser las cefaleas con inicio brusco, la pérdida de la capacidad del habla y la pérdida de fuerza y movilidad de un lado del cuerpo.

Principalmente se diferencian dos tipos de ictus: ictus hemorrágico e ictus isquémico.

Los secuelas más habituales que pueden verse tras un accidente cerebrovascular, y que son prioridad en un principio en un tratamiento, son:

- Espasticidad (hipertonía muscular)/ flacidez (hipotonía muscular).
- Ataxia (problemas de equilibrio).
- Hemiparesia/hemiplejia.
- Limitación de la funcionalidad tanto de miembro superior como inferior.
- Disfagia (dificultades en la deglución).
- Disartria (dificultad en el habla, en la palabra articulada).
- Afasia o disfasia (problemas en la comprensión del lenguaje y en la capacidad de expresarse).
- Alteraciones de la marcha.

Rehabilitación del ictus mediante fisioterapia:

La propiedad del cerebro que puede ser más aprovechada por la fisioterapia es la plasticidad, siendo la capacidad que posee el tejido neural para experimentar cambios y modificaciones a largo de la vida.

Con los estímulos adecuados, la fisioterapia es crucial para la rehabilitación de enfermedades neurológicas.

Conforme pasan los años, se intenta fomentar la práctica regular del ejercicio físico, ya que están de sobra demostrados sus efectos beneficiosos para la salud. Quizás en ocasiones sea necesario añadir algún elemento para que resulte más fácil y apetecible realizar ejercicio regularmente, como puede ser hacerlo en compañía de otras personas o camuflar el ejercicio físico con juegos.

La opción de utilizar videoconsolas como tratamiento para pacientes con ACV es atractivo. Un ejemplo claro lo tenemos con la Nintendo Wii Balance Board que, gracias a su sensor de movimiento es posible visualizar y relacionar el movimiento con gestos corporales, desplazamientos, coordinación y equilibrio para interactuar con el juego que se haya elegido.

Las características que más se pueden aprovechar desde el campo de la neurorehabilitación y la fisioterapia que ofrece la Nintendo Wii balance board son:

- Desplazamiento antero-posterior del centro gravedad.
- Desplazamientos laterales del mismo.
- Velocidad en la ejecución de movimientos.
- Toma de conciencia del paciente sobre su postura y distribución de cargas.
- Afán de superación del paciente, queriendo mejorar sus marcas en los diversos juegos.
- Adherencia al tratamiento y entretenimiento.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Describir la efectividad de un programa de ejercicios con Nintendo Wii Balance board como tratamiento para el ictus.

Objetivos secundarios:

- Reconocer los beneficios que pueda ofrecer este método de tratamiento a través de los videojuegos.
- Mostrar la eficacia de introducir la realidad virtual en el tratamiento de pacientes con ictus.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha recurrido a la revisión bibliográfica de artículos científicos y revistas especializadas, en diversas bases de datos tales como PubMed, Cochrane, Fisterra, usando como términos de búsqueda los siguientes: accidente cerebrovascular, neurorrehabilitación, realidad virtual, equilibrio.

4 Resultados

Lo que puede marcar la diferencia entre el tratamiento convencional para una enfermedad neurológica como lo es el ictus, que tiene una evolución larga y tediosa en muchas ocasiones, es la adhesión, compromiso y entusiasmo que puede promoverse en el paciente con el uso de la Nintendo Wii.

Con la interacción de la persona y la consola se consigue ejecutar una rehabilitación en un ambiente más distendido, poniéndose nuevas marcas y nuevos retos día a día, tomándose la terapia como un juego, en el que la diversión está por encima de los objetivos y resultados a corto y largo plazo.

Otro aspecto a señalar es el reducido coste del equipo necesario: una Nintendo Wii, una Wii Balance Board, y una pantalla de televisión de unas 42". El presupuesto para obtener estos artículos podría ser de unos 300 euros, un precio razonable para añadir al material del que dispondría una clínica de fisioterapia. A la par que el precio está el poco espacio que ocuparía este equipo (dimensiones de los aparatos) y la fácil portabilidad del mismo (peso).

De manera inconsciente, al hacer uso de la Wii Balance Board, el cuerpo del paciente experimenta cambios de peso, estimulación del equilibrio en bi-

pedestación, trabajo de propiocepción y desplazamientos del centro de gravedad, ítems que se abordan a lo largo del tratamiento convencional de fisioterapia en enfermedades neurológicas; por lo cual el uso de la Wii Balance Board puede verse como un complemento a añadir en un tratamiento de fisioterapia, sin que se den efectos adversos y sin que se retrase la evolución del paciente.

Puede darse el caso de que los pacientes tengan una Nintendo Wii en sus domicilios; siendo así podría añadirse su uso como parte de las recomendaciones que se prescriben tras recibir el alta de rehabilitación.

El juego Wii Fit consta de 4 grandes apartados, que son yoga, aeróbic, tonificación y equilibrio. Los 3 primeros requieren un estado de forma que puede que los pacientes de ictus tengan comprometida, por lo que no sería recomendable su uso terapéutico, ya que el paciente podría ser incapaz de realizarlos y esto conllevaría a una menor adherencia o incluso a una negativa de realizar la rehabilitación.

El apartado más interesante para la rehabilitación del ictus será Equilibrio.

5 Discusión-Conclusión

Podemos concluir que la inclusión de técnicas con nuevas tecnologías en los tratamientos de neurorrehabilitación, como son los videojuegos; favorecen tanto en la motivación, implicación y adherencia del paciente a la terapia en como los resultados positivos que se obtienen tras su uso, ya sea a corto o largo plazo.

Los beneficios más importantes que se consiguen con su trabajo son: mejoras en la coordinación, marcha, equilibrio, propiocepción, resistencia, en el fortalecimiento de los músculos y entrenamiento de habilidades cognitivas.

Sería un buen complemento a la terapia convencional, sobre todo en pacientes con patologías neurológicas, cuyo objetivo primordial es conseguir una mayor autonomía en las actividades básicas de la vida diaria.

6 Bibliografía

1. España Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategias del ictus del Sistema Nacional de Salud [en línea]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
2. Díez-Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez-Sabín J, Muñoz M, Abiusi G. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. REV NEUROL 2001; 33 (5): 455-464.
3. Navarrete P, Pino F, Rodríguez R, Murillo F, Jiménez M.D. Manejo inicial del ictus isquémico agudo. Med Intensiva. 2008; 32(9):431-43.

4. Medrano M.J, Boix R, Cerrato E, Ramírez M. Incidencia y prevalencia de la cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular en España: revisión sistemática de la literatura. *RevEsp Salud Pública* 2006; 80: 5-15.
5. Doussoulin A. Cómo se fundamenta la neurorrehabilitación desde el punto de vista de la neuroplasticidad. *Arch Neurocién (Mex)* Vol. 16, No. 4: 216-222; 2011 ©INNN, 2011.
6. Flórez M.T. Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus. *Rehabilitación (Madrid)* 2000; 34(6):423-437.
7. Murie M, Irimia P, Martínez E, Meyer M.J, R. Neurorrehabilitación tras el ictus. *Neurología*, Volumen 25, Issue 3, Páginas 189-196.
8. Bonafé A.A, Martínez M.A. Aplicación de la realidad virtual en la rehabilitación motora de los pacientes tras un Ictus: Una revisión Bibliográfica. *RevFisioter (Guadalupe)*. 2013.
9. Deutsch J.E, Brettler A, Smith C, Welsh J, John R, Guarrera P, Kafri M. Nintendo Wii Sports and Wii Fit Game Analysis, Validation, and Application to Stroke Rehabilitation. *Top Stroke Rehabil.* 2011 Nov-Dec; 18(6):701-19. doi: 10.1310/tsr1806-70.
10. Abujaber S, Gillipie G, Marmon A, Zeni Jr J. Validity of the Nintendo Wii Balance Board to assess weight bearing asymmetry during sit-to-stand and return-to-sit task. *Gait Posture*. 2015 Feb; 41(2): 676–68.
11. Gil, J.A, Llorens, R., Alcaniz, M. & Colomer, C. (2011): 'Effectiveness of a Wii balance board-based system (eBaVIR) for balance rehabilitation: a pilot randomized clinical trial in patients with acquired brain injury', *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 8:30.

Capítulo 88

EFICACIA DEL KINESIOTAPE COMO TRATAMIENTO DE LOS ESGUINCES CRÓNICOS DE TOBILLO EN BALONMANO

SANDRA VILLA SÁNCHEZ

NOELIA FERNANDEZ GÓMEZ

ALFREDO DOPACIO GARCIA

MARIA DEL ROCIO FERNANDEZ MENENDEZ

SILVIA FERNANDEZ MENENDEZ

1 Introducción

El balonmano es un deporte de equipo que implica mucho contacto con el equipo rival, además es un deporte de continuos cambios de dirección y en el que se genera gran impacto en las articulaciones de los miembros inferiores, especialmente en los tobillos y las rodillas.

Entre las lesiones más frecuentes del miembro inferior en balonmano, destaca la rotura del ligamento cruzado anterior y el esguince del ligamento lateral externo de tobillo. En la primera, el tiempo de recuperación y return to play es largo, elevándose hasta los 7 meses post-cirugía; en la segunda, puede variar en función

del grado del esguince, estimándose la vuelta a la competición en un periodo que va desde 15 hasta 45 días.

Una de las cuestiones más interesantes a trabajar en el esguince de tobillo, es la estabilidad de la articulación tras el periodo de recuperación. Para ello, influye de manera notable la confianza del deportista a la hora de repetir el gesto lesional sin miedo de recaída. Una vez superado el tiempo de reposo deportivo, cuando pasamos al trabajo de readaptación, una de las herramientas que puede ayudarnos a acortar los tiempos de retorno, es el kinesiotape.

El kinesiotape es una venda elástica muy fina de algodón, que puede estirarse un 130-140% respecto a su longitud original. Es autoadhesiva, por lo que se adhiere directamente a la piel. En función de la tensión con la que peguemos el vendaje, tendrá un objetivo u otro. En el caso del ligamento, trabajaremos siempre con la máxima tensión posible, buscando así la función de sostén. Debido a su capacidad elástica, el kinesiotape es un vendaje que no va a limitar en absoluto la movilidad, permitiendo un rango articular completo; sin embargo, debido al estímulo que transmite a los mecanorreceptores, éstos enviarán información de "soporte" y "sostén", aportando mayor seguridad a nuestro deportista.

2 Objetivos

- Comprobar la eficacia del kinesiotape en la vuelta la competición tras esguince crónico de tobillo.
- Conocer la técnica de aplicación del kinesiotape.

3 Metodología

Para la elaboración del presente artículo he realizado una revisión bibliográfica de PubMed, Medline y Google Académico, utilizando las palabras clave como descriptores para encontrar las publicaciones relacionadas con el kinesiotape como tratamiento para los esguinces crónicos de tobillo en deportes de impacto.

4 Resultados

Los resultados obtenidos parecen demostrar la eficacia del tratamiento con kinesiotape en el esguince crónico del ligamento lateral externo de tobillo. Como se

ha comentado anteriormente, la técnica de aplicación para ligamento con máxima tensión del vendaje, resulta favorable en los siguientes niveles:

- Mejora de la estabilidad articular.
- Disminución del dolor.
- Mejora del rango de amplitud articular sin dolor.
- Mejora de la confianza del deportista para volver a la competición.

Atendiendo a lo anteriormente descrito, parece interesante la aplicación de kinesiotape como medida para acelerar la vuelta a la competición de los deportistas. Para ello, es necesario una correcta aplicación de la técnica por parte del fisioterapeuta.

En la técnica para el ligamento, el vendaje ha de aplicarse con la máxima tensión, en una posición de corrección articular (en contra del movimiento lesivo). De esta manera, el estímulo transmitido a los mecanorreceptores del ligamento, enviará una información de "estabilidad" y "sujeción" al cerebro, lo que permitirá al deportista volver a la competición con más seguridad.

Además de la aplicación del kinesiotape, será muy interesante combinar el vendaje con diferentes técnicas encaminadas a la reeducación y a la readaptación deportiva. En el caso del esguince crónico de tobillo, cobrarían más importancia:

- Trabajo con gomas para potenciar peroneos, tibial anterior y tríceps sural.
- Trabajo progresivo de propiocepción, empezando por superficie estable, avanzando hacia superficie inestable y recepción de salto según el deportista vaya ganando fuerza y confianza.
- Reeducación progresiva de la marcha, carrera y salto, añadiendo diferentes circuitos con multisaltos, cambios de dirección y trabajo de velocidad de reacción.

Por último, cobra vital importancia la educación al paciente, haciéndolo partícipe de su lesión e indicándole las pautas que deberá seguir en los calentamientos previos a las sesiones de entrenamiento y a los partidos de competición. Crear una buena alianza terapéutica es clave para conseguir los mejores resultados.

5 Discusión-Conclusión

En definitiva, podemos concluir que el uso de la técnica de ligamento con kinesiotape para el tratamiento de esguince crónico de tobillo en jugadores de balonmano, tiene unos resultados positivos para su vuelta a la competición. De esta

forma, ganamos confianza por parte del deportista sin mermar la movilidad articular y sin favorecer la debilidad de partes blandas, como podría ocurrir con un vendaje funcional o una ortesis estabilizadora.

Los resultados dependerán de la gravedad de cada caso, del tiempo de evolución de la lesión y de las diferentes técnicas que se apliquen en conjunto para buscar los resultados óptimos. El objetivo ha de ser siempre el retorno a la competición en las mejores condiciones físicas y psicológicas.

6 Bibliografía

1. Wliams. I., Whatman. C., Hume. P., Sheerin. K. Kinesio Taping in Treatment and Prevention of Sports Injuries. *Sports Medicine*. 42 (2): 153-64. (2012).
2. Morris. D., Jones. D., Ryan.H., Ryan. C. The clinical effects of Kinesio® Tex taping: A systematic review. *Physiother Theory Pract*. May;29 (4):259-70. (2013)
3. Asociación Española de Vendaje Neuromuscular (AEVNM).
4. Fisioterapia del deporte y el ejercicio [Internet]. Elsevier España; 2004 [cited 2014 Feb 23].

Capítulo 89

ACTUACIÓN DEL HIGIENISTA DENTAL Y DEL PROFESIONAL SANITARIO ANTE UN PACIENTE INFECTOCONTAGIOSO

SONIA MARTÍN MORENO

ELENA CARDEÑA DÍAZ

IRENE GARCÍA PAVÓN

MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO

1 Introducción

Definiremos a las enfermedades infectocontagiosas como aquellas las cuales puedan ser transmitidas mediante contacto directo con pacientes infectados por dichas enfermedades o bien aquellas las cuales se transmitan cuando entramos en contacto directo bien con la sangre o mucosas de dicho paciente.

Entre las enfermedades infectocontagiosas más comunes o conocidas por la gran inmensa mayoría de la población encontramos el SIDA o también conocido como VIH; aunque también existen muchas otras que pueden ser igual de peligrosas entre la que encontramos las siguientes: tuberculosis o la sífilis.

En concreto en el caso del VIH o conocido mayoritariamente por la población como SIDA, con el paso del tiempo y gracias a las múltiples investigaciones y

la ayuda de la ciencia se han logrado grandes avances en dicho campo haciendo que esta enfermedad no sea mortal ni causa tanto daño entre la población como ocurría hace muchos años. Dichos avances en concreto en el caso del SIDA se encuentran orientados o enfocados básicamente en el tratamiento y la prevención consiguiendo en el primer caso que la enfermedad avance y se desarrolle más rápidamente aunque, hasta la actualidad, no se ha conseguido una vacuna eficaz, pero se sigue trabajando en ello.

2 Objetivos

Describir unas pautas básicas de actuación por parte del higienista dental y personal sanitario ante un paciente infecto contagioso.

3 Metodología

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

4 Resultados

Para realizar cualquier tipo de tratamiento a este tipo de paciente deberemos de tomar una serie de medidas básicas como son:

- Realización previa de un buen lavado de manos al empezar el tratamiento del paciente.
- Utilización de guantes cuando se entre en contacto con el paciente.
- Utilización de protección ocular bien gafas o pantallas lo que nos resulte más cómodo siempre y cuando exista el riesgo de salpicaduras.
- El lavado de manos el cual se realizará también posteriormente al quitar los guantes cuando haya finalizado el tratamiento.
- Cambio de guantes al tratar al siguiente paciente así como.
- Utilización de una bata desechable si existe riesgo de salpicaduras o cualquier sustancia .

No obstante siempre que se está en contacto con sangre, secreciones, o bien mucosas de este tipo de pacientes es recomendable que se acuda bien al centro de salud pertinente o donde nos indique el Servicio de Riesgos Laborales en el caso de accidente laboral. Según se indique, las personas susceptibles de haber sido infectadas, deberán realizarse las pruebas oportunas o tomar medicación profiláctica si está indicado. Todo esto, con el objetivo de disminuir en la medida de los posibles los accidentes laborales que tienen grandes repercusiones sobre las personas que los sufren. Todo trabajador y toda personas debe tener conocimiento pleno del protocolo de actuación.

Con el paso del tiempo y los resultados observados en este tipo de pacientes que padecen las enfermedades que estamos tratando durante este trabajo no debemos de olvidar lo siguiente: no necesariamente cuando una persona está en contacto bien con secreciones, sangre o mucosas de pacientes infecto-contagiosos implica que esa persona padezca posteriormente la enfermedad, puesto que, en el caso de la sangre no resulta tan fácil que sea transmitida cuando se produce contacto. Depende mucho de la carga viral o de la replicación del microorganismo en ese momento.

5 Discusión-Conclusión

Las medidas básicas de protección no solo se deben de utilizar en estos casos descritos, sino que, siempre hay que tener unas medidas básicas de higiene y de prevención porque en muchas ocasiones los pacientes pueden mentir u ocultar información por miedo a los prejuicios u otras razones de índole personal.

Estas medidas serán utilización de guantes, lavado de manos previo a tratar al paciente. También se precisa el lavado de manos después de quitar los guantes. Estas medidas no solo deben de ser utilizadas por el higienista dental sino por todos aquellos profesionales que vayan a tratar al paciente durante su visita al dentista.

Es importante resaltar la necesidad de evitar la transmisión de dicha enfermedad al personal que lo trata y al resto de pacientes ingresados.

6 Bibliografía

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

4. www.wikipedia.org.

Capítulo 90

ESTERILIZACIÓN DEL MATERIAL ODONTOLÓGICO POR PARTE DEL HIGIENISTA DENTAL Y LA SALUD BUCODENTAL

SONIA MARTÍN MORENO

ELENA CARDEÑA DÍAZ

IRENE GARCÍA PAVÓN

MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO

1 Introducción

Definiremos el proceso de esterilización como el conjunto de procesos que destruyen todo tipo de vida incluidas las esporas. Este proceso se podrá realizar de varias formas, bien mediante medios físicos o químicos los cuales se utilizarán en función de las necesidades del momento y del material a esterilizar, puesto que no todos sirven para todo tipo de material.

Definiremos como higienista dental al técnico superior en higiene bucodental como un terapeuta sanitario experto en la prevención de enfermedades bucodentales. De esta forma, en la higiene oral de los pacientes se encargará de tratamientos dentales que tienen un enfoque terapéutico o preventivo. Entre los tratamientos preventivos encontraremos: floraciones dentales en embarazadas, sellado de fisuras sobre todo, en niños (aunque también se realizan en adultos,

pero en peor proporción) propensos a padecer un alto riesgo de presentar caries dentales en un futuro. Además, son importantes las limpiezas dentales, con el fin de eliminar el sarro acumulado.

A lo largo de este capítulo nombraremos los principales procedimientos tanto físicos como químicos para lograr la esterilización del material, describiendo con más detalle el procedimiento del calor húmedo.

Los objetivos de este tipo de procesos esterilizantes son:

- Eliminar cualquier tipo de virus o microorganismo potencialmente patógeno que se pueda encontrar en la zona bucodental.
- Participar en la conservación de la salud del paciente.
- Evitar la transmisión de virus entre pacientes.

2 Objetivos

Nombrar los procedimientos físicos y químicos de esterilización de material odontológico, detallando el procedimiento de esterilización por calor húmedo.

3 Metodología

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

4 Resultados

- Entre los medios físicos encontramos los siguientes: tanto calor seco como húmedo; tanto radiaciones ionizantes como no ionizantes.
- Entre los medios químicos encontraremos los siguientes: óxido de etileno el cual se presenta en forma de gas, peróxido de hidrógeno, ácido glutaraldehído en este caso se presenta en forma líquida y por último, encontraremos el peróxido de hidrógeno.

Tras observar todos los medios de esterilización que existen de todos los medios utilizados hasta ahora a nuestro alcance, el más usado hasta el momento es el calor húmedo utilizando. Para ello, se recurre al autoclave de vapor, puesto que,

se ha observado que este ofrece múltiples ventajas en comparación con los inconvenientes que podemos encontrar u observar.

Entre las ventajas encontramos las siguientes: es un método económico, rápido y seguro. Además, presenta una fácil monitorización así como, un fácil uso a la hora de manejarlo. Destacar también, que no contamina ni deja residuos. Entre los inconvenientes encontraremos los mencionados a continuación: no es válido para todo tipo de material como ocurre con aquel que es especialmente sensible a altas temperaturas, destruye el filo del material cortante produciendo tanto deterioro como desgaste al material y no admite aceites ni tampoco grasas. Este tipo de dispositivos presentan diversos tamaños por lo que no solo se utilizan en clínicas dentales, sino que, también los podemos encontrar en hospitales o en centros sanitarios de atención primaria, es decir centros de salud y otras consultas sanitarias como pueden ser: ginecológicas, oftalmológicas, digestiva o neurológica.

El procedimiento a seguir consiste en lo siguiente: enjuagar, limpiar y secar con el objetivo de eliminar resto de sangre incrustada o reseca; desinfectar posteriormente, pudiendo así, realizar finamente el proceso de esterilización eliminando cualquier tipo de virus (incluidas las esporas) los cuales puedan transmitirse a otra persona.

Aunque sea el dispositivo más utilizado, no deberemos de olvidar que existen otros dispositivos que se pueden utilizar para este proceso, puesto que, deberemos de tener en cuenta el material a esterilizar así como, las necesidades que se nos presenten en ese momento sin olvidar que el autoclave se puede combinar con otros medios de esterilización. Entre los otros métodos mencionados anteriormente encontraremos los siguientes: poupinel al cual se corresponde con el calor seco, rayos Beta y gamma que se corresponden con las radiaciones ionizantes y rayos ultravioleta las cuales se corresponden con las radiaciones no ultravioleta.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que al realizar este tipo de proceso se elimina cualquier virus para que sea efectivo será necesario realizar un procedimiento preciso, puesto que si no no será cien por cien efectivo, resultando el proceso realizado relativamente incompleto. Si no se sigue el protocolo y no se usa el material pertinente, es posible que queden patógenos potencialmente peligrosos tanto para la salud bu-

codental como para la salud general de los pacientes. No debemos olvidarnos de que, una buena higiene bucodental es un factor protector frente al desarrollo de endocarditis infecciosa.

6 Bibliografía

1. www.coema.org.
2095
2. www.wikipedia.org.

Capítulo 91

LAS FUNCIONES DEL HIGIENISTA DENTAL DURANTE LA CIRUGÍA DE IMPLANTES

SONIA MARTÍN MORENO

ELENA CARDEÑA DÍAZ

IRENE GARCÍA PAVÓN

MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO

1 Introducción

Para abordar este tema será necesario conocer el significado previamente de los siguientes tres conceptos:

1. Cirugía: se puede definir como la rama de la medicina la cual se dedica a curar o tratar enfermedades a través de intervenciones quirúrgicas.
2. Implantes: se define como un dispositivo médico creado para reemplazar una pieza dental.
3. Higienista dental que se define como aquel terapeuta sanitario experto tanto en la prevención de enfermedades bucodental es como en la higiene dental.

En la actualidad este tipo de cirugías es una de las intervenciones más realizadas por los implantólogos en las consultas dentales para sustituir una o varias piezas dentales en función de las necesidades del paciente, siempre y cuando, este pueda sujetarse bien a nuestra encía.

Este tipo de cirugía se realizará bien en una sola intervención o en varias dependiendo en primer lugar como todos los tratamientos del paciente y de si es posible o no, ya que no siempre ocurre así. Para saber si es posible realizar este tipo de intervención, se realizarán una serie de pruebas previas entre la que encontramos una radiografía, que determinará si nuestro paciente es candidato a la operación. Su duración puede variar y deberemos de informar al paciente en todo momento de lo que se va a realizar, puesto que así nos será más fácil trabajar .

Los principales objetivos que tiene la higienista dental o técnico superior en higiene bucodental durante la realización de la intervención quirúrgica serán los siguientes:

- Asistir al odontólogo.
- Preparar el material necesario.
- Facilitar la visualización de la zona sobre la que se está trabajando.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar las funciones del higienista dental en el proceso de la cirugía de implantes.

Objetivos secundarios:

- Exponer brevemente las ventajas e inconvenientes de los implantes dentales.
- Objetivar la implantología desde una visión multidisciplinar.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente una revisión bibliográfica sistemática sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Los estudios acerca de este tema se han enfocado principalmente en dos puntos muy importantes como son: el material del que estará hecho el implantes y el porcentaje de rechazo que puede producir el implante en el paciente que se va a

realizar la intervención. De dichos estudios se ha obtenido una serie de resultados o evidencias que mencionaremos a continuación con más detalle.

En primer lugar, acerca del material del que se encuentran hechos la gran inmensa mayoría de los implantes y el que prefieren los profesionales se ha visto que el mejor material para realizar en estas intervenciones es el tirando, ya que es el que mejor se integra con el hueso haciendo que se fije con gran firmeza durante mucho tiempo.

En cuanto al rechazo por los pacientes de los implantes dentales se ha demostrado que apenas en un dos por ciento de los casos el implante fracasa ocasionado que este sea expulsado de manera natural por nuestro propio cuerpo. En este caso no deberemos de olvidar que siempre existe un mínimo riesgo en cualquier intervención que realizamos tanto si se realiza en la boca como en otras partes de nuestro cuerpo. Sin embargo, para evitar esto existen una serie de pautas básicas que nos pueden ayudar para evitarlo como son: realizar las revisiones que nos indique nuestro implantólogo, realizar una buena higiene bucal, observar cualquier cambio o anomalía que detectamos acudiendo rápido evitando así consecuencias mayores.

Además de lo determinado a partir de los estudios realizados también, se ha demostrado que es uno de los métodos mejores y el más recomendado si es necesario sustituir una o varias piezas dentales de nuestra boca haciendo que se convierta en una intervención habitual para las clínicas dentales.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de que mucha gente crea que el técnico superior en higiene bucodental o más conocido popularmente como higienista comúnmente mayoritariamente su función se centra en asistir al odontólogo este realiza otras muchas funciones convirtiéndose así en una profesión multidisciplinar.

En el caso de la cirugía de implantes desempeña un papel fundamental, puesto que enseñara al paciente cómo realizar una correcta limpieza dental siendo esta fundamental para que los implantes no fracasen. Además, durante el proceso tranquilizará al paciente y se encargará de que una vez tomadas las muestras para realizar la pieza artificial que sustituirá a la que falte están lleguen al laboratorio convirtiéndose en la conexión entre dentista y laboratorio.

6 Bibliografía

1. Www.wikipedia.org .

2. [Www.mayoclinic.org](http://www.mayoclinic.org).

Capítulo 92

ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRATADOS CON HEMODIALISIS.

MARIA SOL VAZQUEZ BERDASCO

1 Introducción

El riñón es un órgano fundamental para mantener el volumen normal de fluidos en el organismo. Entre sus funciones están:

- Excreción de productos metabólicos de desecho, regular electrolitos, excreción de agua y homeostasis ácido-base.
- Regulación endocrina: eicosanoides (tromboxanos, prostaciclina, prostaglandinas) y eritropoyetina.
- Control Hipertensión arterial con el sistema renina-angiotensina-aldosterona.
- Metabolismo Vitamina D.

Cuando existe una enfermedad renal crónica hay una pérdida irreversible en la función renal, consecuencia de un deterioro progresivo asociado a una disminución en la Tasa de Filtración Glomerular. Entre las causas más frecuentes de las enfermedades renales crónicas están: Diabetes Mellitus, glomerulonefritis e Hipertensión arterial. También se asocian otras como: lupus eritematoso sistémico, nefropatía obstructiva, pielonefritis, amiloidosis, neoplasias, abuso de fármacos.

Los síntomas y signos clínicos son denominados "uremia" o "síndrome urémico" y se manifiestan en los distintos órganos o sistemas del organismo. Dependiendo

de lo avanzada que esté la insuficiencia renal, en mayor o menor grado, puede afectar a los sistemas: hematológico o linfohemático, cardiovascular, neurológico, gastrointestinal, dermatológico, respiratorio, endocrino.

El tratamiento incluye cambios dietéticos, restricción en ingesta de líquidos y tratamiento de las complicaciones sistémicas. En estados avanzados, cuando se produce un deterioro crónico de la función renal que no ha respondido al tratamiento conservador, el paciente dependerá de forma permanente de una terapia de reemplazo renal que abarca desde la diálisis al trasplante renal.

La diálisis es un mecanismo artificial que limpia o filtra la sangre de residuos y productos tóxicos para eliminar las toxinas y productos de desecho metabólicos. Existen 2 tipos de diálisis:

- Diálisis peritoneal, en la que se introduce una solución glucosada hipertónica por la cavidad peritoneal a través de un catéter flexible. La sangre, cargada de toxinas, se depura por osmosis a través de los capilares de la membrana peritoneal que transfiere las toxinas al líquido de la diálisis, que se evacuará al exterior.
- La hemodiálisis (La más común). La filtración de la sangre se lleva a cabo en el exterior del organismo con una máquina que posee una membrana semipermeable o filtro que permite el paso del exceso de productos de desecho y líquidos. En este riñón artificial, circulan por separado la sangre del paciente (previamente anticoagulada con heparina) y el líquido de la diálisis, que posee una composición similar a la del plasma. La sangre arterial del paciente, se extrae a través del acceso vascular (bien sea a través de una fístula intravenosa o a través de un catéter colocado en una vena de gran calibre) que, con el impulso de una bomba mecánica, llega a la máquina dializadora que la filtra y la devuelve filtrada al sistema circulatorio del paciente. Este proceso puede durar entre 3 y 4 horas y se debe de repetir, al menos, 3 veces a la semana.

La cavidad oral no queda exenta de patología derivada tanto de la Insuficiencia Renal Crónica, como de los tratamientos y terapias que la acompañan. El 90% de los pacientes sufren signos y síntomas bucales, no determinantes de la enfermedad, que pueden afectar desde los tejidos blandos de la cavidad oral al hueso. Entre las manifestaciones orales se destacan: disgeusia, cacogeusia, xerostomía, palidez en la mucosa oral, estomatitis urémica, sangrado gingival, petequias y equimosis, inflamación gingival, hiperplasia gingival por fármacos, erosiones dentales, calcificaciones pulpaes, osteodistrofia renal.

El grado de higiene oral en este tipo de pacientes debe de ser alto y requiere también de un seguimiento por parte de la unidad de odontología para evitar efectos adversos sobre el resultado de los tratamientos y terapias que se aplican a este tipo de pacientes.

2 Objetivos

Resaltar la importancia de las revisiones dentales en los pacientes con Insuficiencia Renal crónica para controlar el nivel de higiene oral del paciente y prevenir cualquier tipo de infección oral que pueda entorpecer el éxito de cualquier terapia que se aplique a este tipo de pacientes.

3 Metodología

Para la elaboración de este trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha hecho una búsqueda bibliográfica a través de Internet, se han consultado libros y también se han consultado artículos en las principales bases de datos.

4 Resultados

En el paciente con Insuficiencia Renal Crónica y diálisis pueden aparecer una serie de manifestaciones a nivel oral:

- Alteraciones en las mucosas: estomatitis urémica (consecuencia de la xerostomía), reacciones liquenoides (causadas por el tratamiento farmacológico), leucoplasia vellosa (como consecuencia de la uremia), lengua saburral, petequias y equimosis (por la alteración de las plaquetas y el uso de heparina y otros anticoagulantes) y palidez en las encías (producida por la anemia).
- Alteraciones a nivel dental: erosiones, caries de cuello (favorecidas por la sequedad bucal), retraso eruptivo, hipoplasia de esmalte, estrechamiento y calcificación de la cámara pulpar, discoloraciones.
- Alteraciones periodontales: movilidad dental, ensanchamiento del ligamento periodontal, apiñamiento dental o destrucción periodontal severa, pérdida de lámina dura.
- Alteraciones óseas (como reflejo del hiperparatiroidismo secundario que sufren los pacientes hemodializados): calcificaciones en tejidos blandos orales, fractura mandibular por trauma, hueso como vidrio esmirilado, alteración cicatrización ósea tras exodoncia, desmineralización ósea, tumores pardos de los maxilares, disminución de la trabeculación y del grosor de la cortical ósea.
- Infecciones orales: mayor riesgo de contraer VIH, VHB y VHC, Candidiasis, sialodentitis bacterianas (causadas por la xerostomía).
- Otras alteraciones: xerostomía e hiposialia (consecuencia de la restricción de líquidos y como efecto secundario de la medicación y respiración por la boca),

halitosis, alteración del gusto, pobre higiene oral.

Ante cualquier tratamiento odontológico que se realice a un paciente hemodializado, se debe de tener en cuenta:

- Los pacientes hemodializados pueden padecer endocarditis infecciosa aunque no presenten antecedentes cardiacos. Se recomienda profilaxis antibiótica previa a procedimientos dentales.
- Son pacientes propensos a infecciones orales por lo que se han de eliminar los focos sépticos.
- Existe riesgo de sangrado, debido a los anticoagulantes y a la disfunción plaquetar. Estos efectos se minimizan realizando el tratamiento el día posterior a la diálisis.
- Puede presentar complicaciones con algunos fármacos. En este caso, se sustituirán o se ajustará la dosis.
- Para evitar el riesgo de una crisis adrenal en pacientes que han tomado elevadas dosis de corticoides y a los que se les debe de realizar un procedimiento invasivo, se les debe de administrar una cobertura adecuada de corticoides preoperatoriamente.
- Son pacientes que suelen sufrir un hiperparatiroidismo secundario a la terapia con el riesgo de posibles fracturas óseas durante las exodoncias.
- En este tipo de pacientes, hay una disminución del número de linfocitos. Es primordial prevenir las infecciones. Para ello se han de eliminar todos los focos sépticos de la cavidad oral. Se recomiendan tratamientos periodontales periódicos no quirúrgicos.
- Se ha de tener muy en cuenta que una buena higiene oral disminuye el riesgo de infección oral y, por tanto, el de septicemia, endocarditis y endarteritis. Las revisiones orales periódicas son fundamentales en pacientes con hemodiálisis.

5 Discusión-Conclusión

La Insuficiencia Renal Crónica se trata de un problema de salud pública mundial en ascenso y con una incidencia que se incrementa con la edad. Los tratamientos y terapias que se aplican a estos pacientes tienen su repercusión sobre su salud oral. Cualquier foco infeccioso en la cavidad oral puede perjudicar el éxito de los tratamientos y terapias que se les aplican. Son pacientes que deben de mantener una higiene oral estricta y deben de mantener la cavidad oral libre de focos sépticos para prevenir las infecciones. Para ello, es fundamental la realización de revisiones odontológicas periódicas. También se han de seguir una serie de

pautas con este tipo de pacientes antes de cualquier tratamiento en la consulta dental.

6 Bibliografía

1. Manejo odontológico del paciente con enfermedad renal crónica terminal. <https://www.actaodontologica.com/ediciones2013/1/art-24>.
2. Salud oral en pacientes con enfermedad renal crónica hemodializados... <https://scielo.isciii.es>.
3. Complicaciones odontológicas en la insuficiencia renal crónica. <https://www.intramed.net>.
4. Manejo básico odontológico en pacientes con insuficiencia renal crónica. <https://132.248.9.195>

Capítulo 93

ACTUALIZACIÓN DE BIOSEGURIDAD: PLANES DE CUIDADOS EN PREVENCIÓN, LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN EN LA CONSULTA ODONTOLÓGICA

PATRICIA GONZALEZ ACERO

EVA RODRÍGUEZ BLANCO

1 Introducción

La OMS, Organización Mundial de la Salud decretó el 11 de marzo del 2020 el estado de pandemia por infección por SARS-CoV-2, tras los primeros casos declarado en diciembre del 2019, en Wuhan.

Cada microorganismo tiene su forma de propagación y tenemos que comprender la naturaleza de cada amenaza biológica para implementar nuevas medidas, que sumadas a las anteriores, complementen nuestras medidas de protección universal y minimicen el riesgo de contaminación cruzada en nuestros espacios de trabajo y que permitan que éstos continúen siendo espacios bioseguros.

Los virus son los microorganismos con capacidad infecciosa más pequeños conocidos, su clasificación atiende tanto a su forma, su cápside, su material genético, y la presencia de membrana viral, el huésped al que infectan y qué efecto producen sobre él.

El SARS-CoV-2 es un virus RNA de cadena simple, pertenece a la familia de los coronavirus que produce la enfermedad bautizada como la Covid-19.

A raíz de la exposición al virus Covid-19, ha sido necesario revisar y modificar tanto protocolos de actuación como los productos utilizados para cumplir con el proceso de limpieza y desinfección para realizar una práctica clínica segura tanto para el operador como para el paciente.

La Covid-19 es un virus que su contagio se produce por transmisión aérea, por lo que debemos prestar especial atención a los aerosoles. Dado que en la actividad odontológica, la proximidad a boca del paciente es de unos escasos 20 centímetros en el mejor de los casos, en donde el paciente no porta mascarilla, es imprescindible que todo el equipo que forma parte del departamento de salud bucodental (odontólogos, higienistas y TCAEs), conozca los nuevos procesos de protección y bioseguridad y los mantenga actualizados.

2 Objetivos

Exponer actualización de bioseguridad: planes de cuidados en prevención, limpieza y desinfección en la consulta odontológica para la prevención de la Covid-19.

3 Metodología

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

4 Resultados

En primer lugar, debemos hablar del equipo de protección individual que cada trabajador del departamento de salud bucodental debe portar para operar de manera segura para sí y para con el paciente, minimizando el riesgo de contagio:

- Lavado de manos previo a colocación de EPI, puede usarse una solución hidroalcohólica, y antes/después de cada paciente.
- Mascarilla FFP2 sin válvula de exhalación.

- Mascarilla quirúrgica encima de la FFP2.
- Gorro.
- Bata impermeable.
- Guantes.
- Pantalla protectora que cubra por debajo del cuello y por encima de la frente.

Retiraremos todo el material que no sea necesario para el tratamiento del paciente previsto, cubriendo con protectores desechables aquella aparatología que no pueda ser desmontada de los equipos, armarios o carritos. y sea susceptible de contaminación por aerosoles. Se conoce que los aerosoles alcanzan una distancia de hasta 2,5 metros y se mantienen en suspensión periodos de hasta 2 horas de duración.

Prepararemos una solución de enjuague para que el paciente mantenga durante un minuto en la boca, a fin de reducir los microorganismos patógenos existentes en la cavidad oral del paciente:

Peróxido de hidrógeno al 1%.

Povidona yodada al 0,2%.

Colutorio al 0,07% de CPC. El Cloruro de Cetilpiridinio (CPC) permite la degradación de la bicapa lipídica de la envuelta de varias cepas de Influenza virus, está demostrada su efectividad frente a otros virus con envoltura similar, como son los coronavirus.

Una vez concluido el tratamiento con el paciente:

Procederemos a retirar todo el instrumental y depositar en los cubos indicados para ellos, aquel material desechable, cortante o punzante, para su posterior eliminación. En este caso, se recomienda preparar una cuba estática con una solución desinfectante “testada en condiciones de suciedad”, que nos garantice la disminución de la carga patógena para un posterior tratamiento del material en limpieza y desinfección seguro para el operador, es lo que se conoce como proceso de “decontaminación”, que de ninguna manera sustituye a la limpieza y desinfección que se deben realizar con posterioridad.

Si no se dispone de este tipo de desinfectantes, se recomienda una solución con detergente enzimático en una cuba estática para el material utilizado.

Las cubas deben permanecer con su tapa cerrada, y el material no se limpiará hasta el final de la jornada para evitar deambular con material “sospechoso” de estar contaminado y correr el riesgo de propagar el contagio.

Retiraremos todos los cubremangueras, plásticos, paños que hayamos colocado para proteger las superficies adyacentes de aerosoles.

Pulverizaremos todas las superficies con aquellas soluciones que certifiquen son efectivas frente al Covid-19, siguiendo las instrucciones del fabricante en cuanto a tiempos de exposición (cloruro de benzalconio + gluconato de clorhexidina; cloruro de decildimetilamonio; virkon®; aquilamina + sales de amonio cuaternario, Z1ULTRA®). Estas soluciones no se aclaran, ya que pierden su poder desinfectante.

Retiramos los acoples de las mangueras de aspiración estándar y de alto flujo si hemos empleado algún dispositivo preventivo de aerosoles, procederemos al igual que con el resto de material para su posterior proceso de limpieza, desinfección y esterilización.

Entre los sistemas más novedosos a la hora de prevención de transmisiones de enfermedades nosocomiales por aerosoles para el personal de la consulta odontológica, tenemos los siguientes dispositivos de aspiración de alto flujo que evitan la dispersión de las partículas de aerosoles producidos en los procedimientos dentales:

Perioral: Oral Biofilter®. Este sistema consiste en un dispositivo que acopla en la mucosa perioral del paciente, y a la aspiración de alto flujo evitando la dispersión de aerosoles producidos en los tratamientos dentales.

Extraoral: Bell Flex System®. Al igual el anterior, se conecta a la manguera de aspiración de alto flujo del equipo dental. Viene provisto de un brazo articulado que finaliza en una “campana” que evita la dispersión de aerosoles.

Intraoral: Purevac®. Se trata de una cánula ancha mejorada, respecto a las anteriores, mucho más flexible con espejo integrado que permite un giro de 180 grados, y conectado a la manguera de aspiración de alto flujo del equipo dental, que evita la dispersión de los aerosoles producidos en los rutinarios procedimientos dentales.

En caso de no tener un sistema de ventilación con filtro HEPA, según el estándar europeo EN 1822-1:2009, en función de su grado de retención el filtro recomendado para instalaciones sanitaria es el filtro HEPA 14, se procederá a una ventilación (abrir las ventanas y cerrar la puerta de la consulta), entre paciente y paciente de unos 10 minutos.

Al finalizar el turno es importante se proceda a la correcta limpieza, desinfección

y esterilización del material almacenado en la cuba durante toda la jornada, así como la limpieza de las mangueras de aspiración, filtros y todos aquellos dispositivos susceptibles de contaminación de la consulta dental.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de contagio de enfermedades nosocomiales en el personal de la consulta dental es 5 veces mayor debido a la proximidad de trabajo a boca con el paciente y la imposibilidad de uso de mascarilla de este en los procedimientos, además de los propiamente dichos aerosoles derivados de la práctica normal dental.

La importancia de Equipo de protección individual (EPI) adecuados, mascarilla FFP2 y pantalla, conforman una primera barrera de prevención frente al contagio y la enfermedad, pero en sí, no son suficientes.

Los estudios de los dispositivos de aspiración de alto flujo antes mencionados, ponen de manifiesto una reducción prácticamente del 97% de los aerosoles emitidos por los aparatos utilizados en los procedimientos dentales.

Las nuevas actualizaciones en desinfectantes de alto nivel para superficies y testados “bajo condiciones de suciedad”, permiten manipular material susceptible de estar contaminado con total seguridad para el operador (higienistas, TCAE).

Todas estas nuevas tecnologías, sumadas a un refuerzo de los protocolos preexistentes en bioseguridad, garantizan una práctica normalizada y segura durante la nueva situación con la Covid-19.

La OMS sostiene que hablar de salud, es hablar de ausencia de enfermedad, por ello, una persona con alguna patología oral no podría ser encuadrada dentro de “salud”, volver a paralizar la actividad asistencial odontológica por minimizar los riesgos de contagio no es una opción cuando contamos con dispositivos de barrera apropiados y tecnología que nos garantiza una protección frente aerosoles tan alta.

Es obligación de cualquier sanitario, mantenerse actualizado no solo en conocimientos técnicos sino en todos aquellos procedimientos que garanticen una calidad asistencial y una eficiencia óptima del uso y gestión de los recursos sanitarios a su alcance.

La implementación de las nuevas tecnologías y avances en productos desinfect-

tantes, así como los nuevos protocolos, sumados a los anteriores, garantizan un desempeño del trabajo en el departamento de salud dental eficiente y seguro para todo el personal que lo compone y para los pacientes.

La coordinación del equipo del departamento de salud bucodental es necesaria y pone de manifiesto una colaboración multidisciplinar que aseguren que los estándares de calidad asistencial y prevención de cumplen de la forma más efectiva posible tanto para el paciente como para los trabajadores de los centros que dispongan de una unidad de salud bucodental.

6 Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings, 2003. MMWR 2003; 52 (No. RR-17): [inclusive page numbers].
2. Systematic review of adherence to infection control guidelines in dentistry. J Dent 2001 Nov; 29(8):509-16. Gordon BL, Burke FJ, Marlgorough HS, McHugh ES.) Ciesselski C, Marianos D, Chin-Yih OU, et al. Transmission of human immunodeficiency virus in a dental practice. Ann Intern Med 1992;116:798-805.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Infection control: severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/infection-control/control-recommendations.html>. Accessed 9 March, 2020.
4. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Listado_virucidas.pdf.
5. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Listado_virucidas.pdf.
6. Marui VC, Souto MLS, Rovai ES, Romito GA, Chambrone L, Pannuti CM. Efficacy of preprocedural mouthrinses in the reduction of microorganisms in aerosol: A systematic review. J Am Dent Assoc. 2019;150(12):1015-1026.e1. doi:10.1016/j.adaj.2019.06.024.
7. Ministerio de Sanidad. Directrices de buenas prácticas en los Centros de trabajo, Medidas para la prevención de contagios de Covid-19.
8. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. J Hosp Infect. 2020; 104:246-251. doi:10.1016/j.jhin.2020.01.022.
9. P. Zunino, La disinfezione in ambito odontoiatrico A. Abbinante, G. Miragliotta, La disinfezione in ambito odontoiatrico G. Finzi, U. L. Aparo et al., Linee guida

per il corretto utilizzo degli antisettici - disinfettanti, p.63.

10. Perioral Aerosol Sequestration Suction Device Effectively Reduces Biological Cross-Contamination in Dental Procedures. Victor Lloro , Maria Laura Giovannoni , Vicente Lozano-de Luaces, Maria Cristina Manzanares. 2021 May;15(2):340-346. doi: 10.1055/s-0041-1724152. Epub 2021 Mar 12.

11. Can extraoral suction units minimize droplet spatter during a simulated dental procedure?. Sydnee E. Chavis, DMD; Stella E. Hines, MD, MSPH; Donita Dyalram, DDS, MD, FACS; Nicholas Cole Wilken, DDS, MD ;Richard N. Dalby, PhD. 2021 Feb; 152(2): 157–165. Published online 2021 Jan 22. doi: 10.1016/j.adaj.2020.10.010.

12. Aerosols and splatter in dentistry: a brief review of the literature and infection control implications. Harrel SK, Molinari J. J Am Dent Assoc 2004, 135, 429-437

13. Optimum Travel Distance of Dental Aerosols in the Dental Hygiene Practice. J Dent Hyg. Milejczak CB. 2005 October;81(4):20-21.

14. Ensayo clínico aleatorizado para valorar el impacto de la intervención oral con Cloruro de Cetilpiridinio para disminuir la carga viral del SARS-CoV-2. Tarragó Gil, R; et al...25-27 nov 2021. Sepa 2021, Sevilla.

Capítulo 94

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE: CLASIFICACIÓN

CARIDAD ARROYO MARTIN

DAVINIA BRAVO ALVAREZ

CELIA ALONSO BLANCO

DESIRÉE SÁNCHEZ GONZÁLEZ

1 Introducción

Las anemias hemolíticas autoinmunes, cuya abreviatura es AHAI, son resultado de la reducción de la vida del eritrocito debido a la reacción inmunológica adquirida, de los autoanticuerpos frente a los antígenos de membrana de los eritrocitos propios. Esto causa un aumento de la hemólisis, que en condiciones normales es del 1%.

No siempre se presenta un cuadro anémico (disminución de la concentración de hemoglobina), ya que la médula ósea funciona correctamente y puede llevar a cabo la eritropoyesis logrando compensar la destrucción y dando como consecuencia una hemólisis sin enfermedad.

Los mecanismos fisiopatológicos de la destrucción en sí son diferentes dependiendo del anticuerpo o inmunoglobulina implicada, que puede ser de tipo IgG o IgM, causando hemólisis, extra o intravascular, respectivamente.

El reconocimiento de las formas más comunes de AHAI se llevó a cabo gracias al test de Coombs directo, cuyo resultado para esta patología, entre muchas otras, es positivo. En la AHAI el paciente produce anticuerpos (alo o autoanticuerpos)

que están dirigidos contra los antígenos eritrocitarios. Cuando ambos se unen de manera específica, se forma un complejo inmune y se desencadena la cascada del complemento. El complemento se activa hasta el factor C3 o C9 en función del anticuerpo involucrado. Si la hemólisis producida es intravascular, la hemoglobina liberada pasará a formar parte del torrente sanguíneo; si, en cambio, la hemólisis es extravascular, los eritrocitos serán reconocidos y atrapados por los agentes del sistema mononuclear fagocítico (SMF).

2 Objetivos

Nos planteamos como objetivo al realizar este trabajo abordando las distintas formas por las que un paciente puede sufrir este tipo de patología.

3 Metodología

Para su elaboración, hemos realizado una amplia revisión bibliográfica en páginas específicas y especializadas en la materia, utilizando en Google como motor de búsqueda algunos conceptos como “AHAI”, “anticuerpos” “hemólisis” o “anemia”, dando lugar a los resultados que a continuación exponemos.

4 Resultados

En función de los anticuerpos que reaccionen, podemos establecer la siguiente clasificación:

- AHAI producidas por anticuerpos calientes: Representando estas el 60% de los casos y pudiendo aparecer a cualquier edad, aunque siendo más frecuente en mujeres y en la franja de edad alrededor de los 30 y 40 años de vida, además predomina a partir de los 45 años. Los cuadros idiopáticos (cuyo origen es desconocido) constituyen aproximadamente el 50 % del total.
- AHAI producidas por anticuerpos fríos: La reactividad del autoanticuerpo es máxima a temperaturas inferiores a 37°C. Típicamente son causadas por IgM.
- AHAI producidas por anticuerpos bifásicos: Podemos encontrarlos relacionados con una patología muy significativa como es la patología Hemoglobinuria paroxística a frigore. El anticuerpo se une específicamente al antígeno de la membrana eritrocitaria en frío, pero sin embargo, la hemólisis se produce a la temperatura corporal, a 37°C. Esta característica es muy importante para observarlos en el

laboratorio. Están denominados como anticuerpos de Donath- Landsteiner. Este tipo es el menos frecuente de los tres, ya que las estadísticas muestran que únicamente se produce en el 2% de los casos y de forma general, suele presentarse en niños después de infecciones virales. Su curso clínico es difícil y torpe. La hemólisis desencadenada es de carácter intravascular y aguda.

-AHAI inducida (o adquirida) por drogas: En este grupo no todos los casos pueden aceptarse como autoinmunes por el mecanismo de producción, pero, sin embargo, se estudian conjuntamente. Hay cuatro mecanismos de producción (adsorción de droga o mecanismo tipo hapteno, mecanismo de tipo complejo inmunitario, mecanismo de formación de anticuerpos y mecanismo de adherencia no inmunológica) y en cada uno de ellos se han descrito las drogas prototipo. Es vital comprender estos mecanismos para poder estudiarlas de forma correcta en el laboratorio.

5 Discusión-Conclusión

La anemia hemolítica autoinmune, dentro de las anemias, no se caracteriza por ser una patología con una prevalencia muy elevada, sino más bien, todo lo contrario. Sin embargo, los mecanismos de acción a través de los que se produce son complejos y diversos. Mediante este trabajo se ha pretendido dar a conocer, sin entrar demasiado a fondo la clasificación de este tipo de anemia y las enfermedades en las que puede aparecer asociadas.

El objetivo de todo ello es investigar y analizar con precisión los mecanismos por los cuales se origina esta enfermedad y las pruebas diagnósticas que se pueden llevar a cabo en el laboratorio.

6 Bibliografía

1. Abordaje del laboratorio de anemia hemolítica autoinmune (AHAI). José Luis Alcaraz López. Asociación Mexicana de Medicina Transfusional, A.C. Volumen 2, suplemento 1. Mayo-agosto 2009. <http://www.medigraphic.com/pdfs/transfusional/mt-2009/mts091q.pdf>
2. Anemias hemolíticas por autoinmunidad y por mecanismos inmunes inducidos por medicamentos. Marcio Chaves, Bruno Lomonte, Germán F. y Óscar Agüero. <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rccm/v2n2/art7.pdf>
3. http://www.basesmedicina.cl/hematologia/15_3_anemia_mega/contenidos.htm
<http://www.medigraphic.com/pdfs/transfusional/mt-2014/mt141d.pdf>

Capítulo 95

CANCER DE MAMA POR MAMOGRAFIA

CARMEN JULIA LLERENA LLORET

1 Introducción

El cáncer de mama se forma en la célula de la mama, es más frecuente en mujeres que en hombres, pero se puede desarrollar en ambos sexos. En las mujeres, el cáncer de mama es el segundo tipo de cáncer más común, seguido por el cáncer de piel. Hay distintos tipos de cáncer de mama que va a depender de que células se vuelven cancerosas.

Los tipos más comunes son:

- Carcinoma ductal infiltrante: este tipo se origina en los conductos para después salir de ellos y multiplicarse en otros tejidos de la mama.
- Carcinoma lobulillar infiltrante: se origina en los lobulillos y posteriormente se disemina a los tejidos mamarios más cercanos, pudiendo diseminarse a otras partes del cuerpo.

Se pueden encontrar otros tipos de cáncer menos usuales como la enfermedad de Paget, el cáncer de mama medular, el cáncer de mama mucinoso y el cáncer de mama inflamatorio.

El cáncer de mama puede extenderse fuera de la mamá, a través de los vasos sanguíneos y los vasos linfáticos, cuando ocurre esto se llama metástasis.

La mamografía es un tipo de estudio mediante el cual se toma imágenes de la mamá con la utilización de los RX de baja intensidad.

2 Objetivos

- Detectar, diagnosticar y orientar el tratamiento de una gran variedad de enfermedades de la mama, especialmente el cáncer.
- Obtener imágenes que aporten la máxima visibilidad de la anatomía la mama y de los signos de enfermedad sin someter a la paciente a una exposición innecesaria a la radiación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo de libro se ha hecho una búsqueda de resultados a través de navegadores de internet, contrastando la información obtenida y así pudiendo desarrollar el tema sobre la mamografía a través del diagnóstico por imagen.

4 Resultados

Realizarse una mamografía con regularidad es el mejor método de detección principal para detectar el cáncer de mama en una etapa temprana, ya que puede mostrar crecimientos en el seno u otros signos de cáncer de mama cuando son demasiado pequeños.

Existen factores de riesgo que incrementan la probabilidad de que usted presente cáncer de mama:

- Edad avanzada.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o enfermedad benigna de la mama (no cancerosa).
- Riesgo heredado de cáncer de mama.
- Tejido de la mama denso.
- Mayor exposición al estrógeno como consecuencia de los antecedentes de reproducción.
- Terapia hormonal para los síntomas de menopausia.
- Radioterapia dirigida a la mama o el pecho.
- Obesidad.
- Consumo de bebidas alcohólicas.

Hay mucha confusión sobre cuándo y con qué frecuencia se debe hacer una mamografía. Por ahora, la recomendación es que las mujeres se hagan una mamografía una vez por año, a partir de los 40 años de edad. Si tienes alto riesgo de

cáncer de mama por antecedentes familiares de cáncer de mama u ovario, o has recibido un tratamiento con radiación en el pecho anteriormente, es recomendable realizarla anualmente a una edad más temprana (por lo general alrededor de los 30 años). No obstante el médico será el encargado de establecer la pauta.

Durante la mamografía, el técnico en radiología especialmente calificado posiciona la mama en la unidad de mamografía. La mama será colocada en una plataforma especial y comprimida con una paleta transparente de plástico. El técnico comprimirá la mama gradualmente.

La finalidad de comprimir la mama es:

- Aplanar el grosor de la mama de manera que todos los tejidos puedan visualizarse.
- Extender el tejido para que sea menos probable que las anormalidades pequeñas queden ocultas debido ha tejido de la mama superpuesto.
- Permitir el uso de una dosis más baja de rayos X.
- Reducir movimiento.
- Reducir la dispersión de rayos X para aumentar la agudeza de la imagen.

Hay tres tipos de mamografías:

- La mamografía con película es una imagen de la mama obtenida mediante rayos X.
- La mamografía digital es una imagen de la mama creada mediante computadora.
- La tomosíntesis digital de mama (TDM) es un procedimiento en el que se usan rayos X para tomar una serie de imágenes de la mama desde ángulos diferentes. Se utiliza un ordenador para generar imágenes tridimensionales de la mama a partir de las imágenes obtenidas mediante rayos X.

5 Discusión-Conclusión

La clara conclusión que podemos sacar de este tema, es que la mamografía salva vidas, una detección temprana de cáncer de mama puede llevar a un tratamiento adecuado y a su curación.

Beneficios:

- Reducción de riesgo de muerte.
- Mejor diagnóstico por parte del facultativo para detectar pequeños tumores que pasan desapercibido.
- Después del examen no queda radiación en el cuerpo.

- Los RX en este tipo de estudios es muy raro que causen efectos secundarios.
- Riesgos:
- Leve probabilidad de tener cáncer como consecuencia de la exposición a la radiación, no obstante el beneficio de un diagnóstico exacto supera ampliamente el riesgo asociado.
 - Falso positivos, Del 5 al 15 por ciento de los estudios de exploración requieren de mayor evaluación.
 - Contraindicado en el embarazo.

6 Bibliografía

1. https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm
2. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/breast-cancer/symptoms-causes/syc-20352470>
3. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>
4. <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno/paciente/prevencion-seno-pdq>
5. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/mammo>
6. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/mammo>

Capítulo 96

HISTEROSALPINGOGRAFÍA

CARMEN JULIA LLERENA LLORET

1 Introducción

Los órganos reproductores internos de la mujer son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

El aparato reproductor femenino permite que una mujer:

- Produzca óvulos.
- Tenga relaciones sexuales.
- Proteja y nutra al óvulo fertilizado hasta que se desarrolle completamente.
- Dé a luz.

En ocasiones una mujer que desea quedar embarazada no consigue realizarlo, desconociendo el motivo, se recomienda pedir ayuda a un especialista cuando lleva unos seis meses intentándolo y sin obtener resultado. Una de las opciones que nos puede dar nuestro especialista para estudiar el motivo por el cual no se consigue el embarazo es la histerosalpingografía.

La histerosalpingografía a pesar de ser una prueba ginecológica es una técnica de imagen radiológica que usa radiación X y una solución de medio de contraste para evaluar la permeabilidad de las trompas de Falopio, dado que estas se pueden encontrar obstruidas, además permite valorar la morfología del útero.

En resumen este tipo de prueba permite diagnosticar el motivo de infertilidad en el caso de la mujer y así poder decidir la técnica de reproducción asistida más adecuada para cada caso, con mayores probabilidades de éxito para el embarazo, ya sea mediante inseminación artificial o la fecundación in vitro.

2 Objetivos

Explicar para qué sirve la histerosalpingografía y cómo se realiza.

3 Metodología

La elaboración de este capítulo de libro se ha hecho mediante la recopilación de información en buscadores de internet que han sido detallados en el apartado de bibliografía, que se han ido contrastando y detallando para el desarrollo del mismo.

4 Resultados

La histerosalpingografía sirve para:

- Detectar posible bloqueo de las trompas de Falopio.
- Descartar una posible salpingitis, hidrosalpinx, endometriosis.
- Obtener información sobre infección de este órgano u otros cercanos.
- Observar anomalías o malformaciones de útero.

Este tipo de pruebas es de fácil realización, por lo general suele durar unos 30 minutos, y no requiere de estancia hospitalaria, si no que es ambulatoria.

El momento más adecuado para su realización es en los días no fértiles de la mujer cuando haya terminado el ciclo menstrual para asegurarnos de que no hay embarazo, aun así se realizara una prueba de embarazo antes de realizarla dado que si el test fuera positivo habría gran posibilidad de aborto.

La preparación previa al paciente no es necesaria, la única recomendación es la administración de antibioterapia vía oral antes y después de la realización de la prueba para prevenir posibles infecciones.

Por lo general no es una prueba dolorosa eso si, dependerá del grado de sensibilidad del paciente, pero la similitud es a la de la menstruación.

Para la realización de la misma se colocara a la paciente en posición ginecológica y se realizara una radiografía para asegurarnos que estamos en la zona a estudiar. Posteriormente se introduce un especulo vaginal para ver el cuello uterino que se limpiara y se introduce un catéter con balón, una vez colocado el catéter se saca el especulo. Este catéter lo usaremos para introducir el medio de contraste ,

y una vez introducido comenzaremos a tomar imágenes para la visualización de las trompas.

Un útero normal cuando se rellena de contraste tiene forma triangular si no se ve así existe anomalía, además una vez este se halla relleno empezarán a rellenarse las trompas si esto no ocurre es por que posiblemente nos encontremos con una obstrucción de las trompas. Es curioso datos que se encuentran en estudios donde las trompas se encontraban obstruidas y al realizar esta prueba quitaron el tapón.

5 Discusión-Conclusión

La histerosalpingografía es un estudio de gran utilidad diagnostica y como toda prueba tiene sus beneficios y sus desventajas:

1. Beneficios:

- Es mínimamente invasivo.
- Valiosa información respecto a problemas de fertilidad femenina.
- Puede abrir las trompas permitiendo el embarazo.
- No hay depósitos de radiación después del examen.
- Mínimo riesgo de efectos secundarios por la radiación.

2. Riesgos:

- Pequeña posibilidad de contraer cáncer por la exposición a los RX.
- Infección vaginal tras la realización de la prueba.
- Posibilidad de aborto en caso de no detectar embarazo en la paciente.

No obstante será el médico peticionario quien valore los riesgos sobre los beneficios que sean acordes a su paciente.

6 Bibliografía

1. <https://www.reproduccionasistida.org/histerosalpingografia/>
2. <https://kidshealth.org/es/teens/female-repro.html>
3. <https://www.juanacrespo.es/histerosalpingografia/>
4. <https://www.radiologyinfo.org/es/info/hysterosp>
5. <https://aisafiv.com/es/la-histerosalpingografia/>

Capítulo 97

LA FIGURA DEL TCAE Y EL CELADOR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

PALOMA BLANCO BENDITO

1 Introducción

Servicio destinado para recibir, estabilizar y atender al paciente que requiera de atención médica inmediata, que ponga en peligro la vida de la persona o la función de un órgano; el cual está ubicado en las Clínicas Regionales, Hospitales Regionales y Hospitales de tercer Nivel.

Las áreas funcionales se reparten siguiendo el siguiente esquema: Recepción de pacientes, área médica, área de especialidades (Ojos, ORL, Psiquiatría) área quirúrgica y área de Observación.

Entendemos tres ÁREAS bien diferenciados en el Servicio de Urgencias: el área de triaje, el área de consultas y el área de observación. Todos los pacientes que acudan al Servicio de Urgencia Hospitalario accederán a la asistencia previo triaje.

Las urgencias surgen a partir de 1991 el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) inicia la residencia de especialización en Urgencias Médico-Quirúrgicas, con el nombre de Urgencias Médicas y posteriormente Medicina de Urgencias, en cinco Hospitales en el Distrito Federal: Hospital General Regional No.

La principal diferencia entre emergencia y urgencia es que en situaciones de emergencia existe una amenaza inmediata para la vida y la salud; mientras que en una urgencia, no existe peligro o amenaza inmediata para el paciente, pero si no se atiende en un período de tiempo determinado.

2 Objetivos

- Identificar situaciones de riesgo vital o emergencia.
- Identificar situaciones que requieran una atención urgente, asignando la prioridad y ubicando a los pacientes en la zona adecuada, aplicando el protocolo de Triage/RAC.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Algunas de las funciones que puede realizar el TCAE en el servicio de urgencias pueden ser las siguientes:

Algunas de las funciones a realizar por el TCAE en el servicio de urgencias son las siguientes: transportar al paciente, inmovilizarle si es necesario y prepararle para la exploración que lleve a cabo el doctor. Medir las constantes vitales. Limpiar y mantener correctamente el equipo hospitalario.

Generalmente, el TCAE es la primera persona que recibe al paciente en urgencias, una vez admitido y triado. Le ha de identificar y acomodar, ayudando, si precisa, a vestirse y desvestirse (tanto en este momento como en el momento del alta) proporcionándole todo lo necesario y reservando en todo momento su intimidad. Algunas de las funciones que puede realizar un celador en este servicio de urgencias en el hospital pueden ser las siguientes:

- Transportarán a los pacientes en silla de ruedas, cama, camilla o por su propio pie.
- Avisarán al personal sanitario cuando sea preciso.
- Vigilarán las entradas al área de urgencias, permitiendo el acceso solo a las personas autorizadas para ello.
- Ayudar al personal sanitario.
- Acomodar a los pacientes.
- Movilizar a los pacientes.
- Informar sobre desperfectos.

- Labor de vigilancia.
- Trasladar objetos y documentos.
- Prestar servicios de guardia.
- Prestar servicios de ascensorista.

Las funciones de los Celadores vienen recogidas en el artículo 14, punto 2, del Estatuto de Personal No Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Dicho estatuto se plasmó en una Orden del Ministerio de Trabajo de 5 de Julio de 1971 (publicado en el B.O.E. del 22 de Julio de 1971). los celadores deberán «abstenerse de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los enfermos sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos, y mucho menos informar sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar a las familias.

5 Discusión-Conclusión

El servicio de urgencias de un hospital es el área responsable de dar atención médica y quirúrgica a los pacientes que requieren de una atención inmediata. A diferencia de un consultorio médico, no requiere de cita y se puede acudir en cualquier momento.

Este servicio se rige por el principio de que la atención a los pacientes no está estipulada por el orden de llegada, sino por la prioridad asignada en el triaje. De hecho, es fundamental la importancia del diagnóstico, ya que un mal diagnóstico puede tener consecuencias legales para el profesional sanitario.

Los datos obtenidos son similares a los de otros estudios de España que han utilizado este mismo cuestionario, obteniendo en ocasiones mejor puntuación en algunas de las dimensiones y peor en otras.

6 Bibliografía

1. Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos. La Habana, 1999-2001. ACIMED [online]. 2005, vol.13, n.6 [citado 2022-01-16]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1024-9435.

Capítulo 98

EL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS

MARÍA ÁNGELES SUÁREZ CARAMÉS

1 Introducción

El derecho a la asistencia de los extranjeros es un deber de la sanidad pública española que crea demasiadas dudas tanto a los usuarios como a los auxiliares administrativos que, en una primera instancia, deben atenderles.

Si partimos de la base que todos los nacionales de otros países tienen derecho a la protección, amparo y atención de la sanidad pública española, deberían existir unos criterios claros a la hora de gestionar la atención de estos pacientes.

No es baladí el número de extranjeros que son pacientes de la sanidad pública. Dos factores parecen fundamentales para que los flujos migratorios hacia nuestro país se hayan incrementado en las últimas décadas, la emigración desde los países iberoamericanos por dos factores fundamentales: los convenios que España tiene con esos países y la lengua común; otro factor es la libre circulación de personas en la Unión Europea que llegan a nuestro país bien como residentes, bien como turistas.

Este aumento de extranjeros incide directamente sobre el sistema sanitario al ser la salud una prioridad básica de toda persona y, obviamente, esta circunstancia repercute sobre el trabajo del profesional administrativo.

La legislación española es muy amplia en este tema, comenzando por la misma Constitución, y aunque a la hora de aplicarla, de establecer los derechos, no hay dudas, sí hay un déficit en la gestión de este tema de cara al usuario extranjero.

2 Objetivos

Intentar aclarar algunas cuestiones sobre un tema que es de primordial importancia tanto para los extranjeros usuarios de la sanidad como para el profesional, preferentemente auxiliar administrativo, que tiene que hacer las gestiones pertinentes y corroborar los datos necesarios para que el paciente extranjero pueda ser atendido.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de leyes que recogen este derecho, tanto españolas como comunitarias. Interesantes algunas páginas de revistas jurídicas que también desarrollan esta temática y, desde luego, las páginas del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, de la Seguridad Social y de la Comisión Europea que aportan datos técnicos y una buena ayuda a los interesados. Algunos estudios de universidades también analizan y profundizan en el derecho de los extranjeros a la sanidad.

4 Resultados

Es la propia Constitución la que ampara el derecho a la sanidad de los ciudadanos extranjeros pero es la LO 4/2000 de 11 de enero, “sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social” (Ley de extranjería) la encargada de desarrollarlos; así en el art. 12, “Derecho a la asistencia sanitaria”:

- “1. Los extranjeros que se encuentren en España, inscritos en el padrón del municipio en el que tengan su domicilio habitual, tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
2. Los extranjeros que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública de urgencia por enfermedad grave o accidente cualquiera que sea su causa, y a la continuidad de dicha atención hasta la situación de alta médica.
3. Los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.
4. Las extranjeras embarazadas que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria durante el embarazo, parto y postparto.”

Pese a toda la legislación existente sobre el derecho sanitario de los extranjeros hasta hace relativamente poco tiempo éstos tenían que cumplir unos requisitos, poseer la tarjeta sanitaria por ejemplo, a los que a veces era difícil acceder y

que mermaban ese derecho a la asistencia. Es a partir de la entrada en vigor del Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio que no hay necesidad de poseer la tarjeta sanitaria o estar empadronado para beneficiarse de la sanidad; esto incluye a los españoles que nunca han trabajado y a los que les favorece esta norma.

Hay una divergencia importante a la hora de juzgar este decreto y es su punto 3 que dice “Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.” porque los 17 sistemas sanitarios autónomos establecen requisitos diferentes. Existen voces que reclaman una modificación o un añadido en este punto donde se aluda a una coordinación de las prácticas a través del Consejo Interregional del Servicio Nacional de Salud.

5 Discusión-Conclusión

Todas las leyes desarrolladas para proteger a los extranjeros en nuestro país en materia sanitaria son importantes pero el punto de inflexión lo marca el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Y ha sido la propia comunidad médica la que dio la voz de alarma al constatar que los emigrantes tienen un nivel de salud inferior al de los nacionales porque, aparte de las condiciones de vida, les falta información sobre el sistema de salud.

Es en ese Decreto donde, sin trabas, se establece que todas las personas extranjeras tienen derecho a la protección de la salud en iguales condiciones que los nacionales españoles. Señala expresamente que esa protección es más importante en “colectivos de una especial vulnerabilidad, amenazados por la exclusión social, como es el caso de la población extranjera no registrada ni autorizada a residir en España”.

Añade que “se establece la aportación farmacéutica para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, por el necesario acceso a la prestación farmacéutica en igualdad de condiciones.”

Para finalizar una frase del Decreto para realzar la importancia de la universalidad de la sanidad: “Además, más allá de atender a una exigencia ética como es la protección de la salud, la universalidad de la atención no solo redundará en la mejora de la salud individual, sino también en la salud colectiva de toda la

población.”

6 Bibliografía

1. Universidad de Valladolid: “Mitos sobre la asistencia sanitaria a inmigrantes en los profesionales de enfermería” autor: Alfonso Iglesias Kirsten.
2. Web de Mapfre.
3. Web cernigracions.org:
4. “La necesidad de reforzar la universalidad del derecho a la asistencia sanitaria en España en tiempos de Covid-19”, autor: Juan Ruiz Ramos.

Capítulo 99

LA ESTRUCTURA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO SEGÚN LA LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD

SONIA BLANCO MARTÍNEZ

1 Introducción

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad fue publicada en el BOE número 102, de 29 de abril de 1986 y consta de ciento dieciséis artículos divididos en un preámbulo, un título preliminar y siete títulos, además también la componen diez disposiciones adicionales, seis disposiciones transitorias, dos disposiciones derogatorias y dieciséis disposiciones finales. Esta Ley es una norma básica y hace referencia a lo regulado en el artículo 149.1.16 de la Constitución Española.

El objetivo de esta Ley es garantizar el artículo 43 de la Constitución Española, que trata sobre el derecho a la protección de la Salud.

Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que vivan en el territorio nacional; este derecho también lo podrán disfrutar según estén pactados los convenios internacionales, los españoles que vivan fuera del territorio nacional y los extranjeros que no residan en España. El acceso a la asistencia sanitaria pública y las prestaciones sanitarias se darán en condiciones de igualdad.

El sistema sanitario dará importancia a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades; las Comunidades Autónomas según sus Estatutos de Au-

tonomía pueden desarrollar y dictar normas complementarias a esta Ley General de Sanidad.

2 Objetivos

- Conocer el Sistema Nacional de Salud y cómo las Comunidades Autónomas organizan sus servicios de salud.
- Aprender qué son las áreas de salud, cómo se delimitan, qué órganos las forman y cómo se dividen en zonas básicas de salud.

3 Metodología

Para elaborar este capítulo se realiza una revisión bibliográfica de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se lee y se completa, posteriormente se estudia el Título III de esta Ley y con la información obtenida se elabora el capítulo.

4 Resultados

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de los servicios de salud de la administración del estado y de los servicios de salud de las comunidades autónomas, todos los servicios públicos de salud forman parte de él y satisface todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos para que se efectúe el derecho a la protección de la salud.

El Sistema Nacional de Salud debe de prestar sus servicios de atención integral a la salud a toda la población, teniendo en cuenta la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación, intentando obtener altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados.

El Sistema Nacional de Salud tiene que ser coordinado e incorporar en un dispositivo único todos los recursos sanitarios públicos y la financiación tendrá lugar mediante cotizaciones y tasas por la prestación a determinados servicios y mediante recursos de las administraciones públicas.

Se creará un Servicio de Salud en cada Comunidad Autónoma, gestionado por ella y formado por todos los centros y servicios de la comunidad, diputaciones, ayuntamientos y otras administraciones territoriales intracomunitarias.

Las Comunidades Autónomas son las responsables de ordenar el territorio dividiéndolo en demarcaciones geográficas denominadas Áreas de Salud y regulan

su organización, sus funciones y lo que se destina en medios materiales y personales a cada servicio de salud.

Las Comunidades Autónomas cumplen en temas sanitarios con la participación democrática de todos los interesados, de representantes sindicales y de organizaciones empresariales formando el consejo de salud y en cada área formando órganos de participación en los servicios sanitarios.

Cada Comunidad Autónoma crea un plan de salud en el que se engloban todas las acciones sanitarias necesarias, adaptándose a los criterios generales de coordinación aprobados por el gobierno y que incluye los planes de las diferentes áreas de salud.

El Área de Salud es la organización principal del sistema sanitario, siendo la encargada de la gestión unificada de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma en su territorio y de elaborar los programas sanitarios y las prestaciones sanitarias.

Las Áreas de Salud se delimitan según factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, laborales, climatológicos, epidemiológicos, culturales, de cómo sean las vías y medios de comunicación para desplazarse y de las instalaciones sanitarias que tenga el área. Por norma general cada Área de Salud abarca una población de entre 200.000 y 250.000 habitantes, teniendo cada provincia como mínimo un área de salud.

Las Áreas de Salud están formadas por los siguientes órganos:

1. De participación: el consejo de salud de área.

El consejo de salud de área está formado en un 50% por ciudadanos a través de las corporaciones locales, en una proporción no inferior al 25% por las organizaciones sindicales más representativas a través de los profesionales sanitarios titulados y el resto por la administración sanitaria del área de salud.

El consejo de salud tiene como misión comprobar que las actuaciones en el área de salud se adapten a las normas de política sanitaria y económica, guiar las indicaciones sanitarias del área, impulsar la participación comunitaria, proponer algunas medidas para conocer los problemas sanitarios específicos del área y sus prioridades, conocer e informar el anteproyecto del plan de salud del área y la memoria anual del Área de Salud.

2. De dirección: el consejo de dirección de área.

El consejo de dirección está formado en un 60% por representantes de la comunidad autónoma y el resto por los representantes de las corporaciones locales.

El consejo de dirección se encarga de proponer y cesar al gerente del área de salud, aprobar el anteproyecto y el proyecto del plan de salud del área, la memoria

anual y las prioridades específicas del área de salud; además tiene que crear el reglamento del consejo de dirección y del consejo de salud del área.

3. De gestión: el gerente de área.

El gerente del área de salud es nombrado y cesado por la dirección del servicio de salud previa propuesta del consejo de dirección y puede asistir con voz pero sin voto a las reuniones del consejo de dirección.

El gerente del área de salud es el encargado de presentar los anteproyectos del plan de salud y el proyecto de memoria anual del área de salud.

Las Áreas de Salud se dividen en zonas básicas de salud, siendo el lugar del territorio de atención primaria en el que los centros de salud realizan su trabajo para promocionar, prevenir, curar y rehabilitar la salud individual y colectiva de los habitantes de la zona, de forma integrada y haciendo el trabajo en equipo; para realizar la actividad preventiva disponen de un laboratorio de salud.

En la delimitación de las zonas básicas de salud hay que tener en cuenta el grado de concentración o dispersión de la población, las características epidemiológicas de la zona, la distancia entre la población más alejada y los servicios, el tiempo en hacer el recorrido con medios ordinarios y las instalaciones y recursos sanitarios que tiene la zona.

Cada Área de Salud está asociada a un hospital general en el que se pueda ingresar al paciente y darle asistencia especializada y complementaria.

5 Discusión-Conclusión

El Estado junto a las Comunidades Autónomas puede fijar planes de salud y puede formar comités técnicos para hacer convenios y desarrollar programas en comisión.

Las Áreas de Salud en atención primaria llevan a cabo programas en los que se promociona la salud, se previene, se cura y se rehabilita a las personas y a la comunidad cuidando de ellas.

El centro de salud es la estructura física en que se sitúan las consultas y los servicios asistenciales y está dotado con los materiales necesarios para explorar al paciente, además favorece el trabajo en equipo entre los profesionales sanitarios de la zona y se puede utilizar como centro de reunión entre la sociedad y los sanitarios.

En las Áreas de Salud en atención especializada se presta atención a problemas

de salud más complicados y se realizan las funciones hospitalarias entre las que se encuentran labores asistenciales y tareas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, investigación y docencia.

6 Bibliografía

1. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Capítulo 100

LA IMPORTANCIA DEL CELADOR EN ALMACENES DE LOS HOSPITALES

MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA

MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ

AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ

M^a LLANOS RUBIO RUBIO

LOURDES GUTIERREZ LUCENDO

1 Introducción

Un almacén es la zona o sitio de un edificio donde se reciben productos de distintas clases sobre todo mercancías y tiene que estar dividido y preparado para recibir, preparar y almacenar cualquier tipo de material que se haya recibido.

En un hospital o centro sanitario, las mercancías recibidas, las revisará el celador de almacén, también será el encargado de revisarlas, distribuirlas en las distintas secciones y sus estanterías, comprobar que los albaranes de lo recibido venga bien y más tarde mirar si las hojas de pedido de las distintas unidades del hospital están bien cumplimentadas para a continuación preparar los pedidos y servirlos a las unidades mencionadas, también asistirá al inventario general, e informará al responsable de la entrada de nuevos productos.

El responsable del servicio, será el encargado de firmar el formulario oficial, contendrá los siguientes datos:

- Denominación del material solicitado.

- Cantidad de dicho material solicitado.
- Código del material solicitado.
- Servicio que hace el pedido, tipo de almacén que se solicita, fecha y firma.

Clasificación del material dentro del almacén, también es importante:

1. Según características y duración, el material puede ser:

- Fungible.
- Inventariable.

2. Según su capacidad infectiva, el material puede ser:

- Crítico.
- Semicrítico.
- No crítico.

2 Objetivos

Exponer e indicar las principales tareas que los celadores deben saber realizar de manera eficaz en los almacenes de los centros sanitarios.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y se han consultado artículos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline, y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

El celador en el almacén realiza unas funciones donde se encarga de estudiar el aprovisionamiento, que consiste en conocer las necesidades de las mercancías precisas y necesarias para que la institución funcione correctamente, después procederá a gestionar la compra de materiales a proveedores mediante procedimientos reglados.

En resumen, se puede decir que estas funciones son:

- Garantizar que los productos estén bien distribuidos.
- Reducir a mínimos las pérdidas o deterioros de productos en inventario.
- Reducir los costes.

- El perfeccionamiento a la hora de realizar las operaciones tanto de manipulación, despacho y transporte de mercancías.

El aprovisionamiento de mercancías es una de las partes fundamentales dentro de la gestión del almacén ya que siendo el almacén un lugar destinado a almacenar mercancías estas deben estar bien organizadas para su posterior distribución entre las distintas secciones hospitalarias.

Cuando se reciben las mercancías, se deben colocar en lugares o sitios vacíos donde se almacenan hasta llenar al máximo. Con lo cual hay que llevar un sistema de control de stock para saber en cada momento la cantidad de producto que hay y que queda y a su vez la que se tiene que pedir para que no quede desabastecido. Suele haber una zona donde se preparan los pedidos compuesta por, estanterías de almacenaje y la preparación de pedidos en estanterías puede ser de forma manual o mecánica.

La preparación de forma mecánica se hace con carretillas recoge-pedidos o también llamadas maquinas elevadoras. Donde un operario conduce la maquina donde va subido y recoge los pedidos que se encuentran en las estanterías para poder realizar cada pedido para abastecer a las distintas zonas hospitalarias, esta forma de preparación tiene ventajas porque se pueden recoger pedidos que están a una altura donde un operario sin maquina no podría realizarlo.

De forma manual el operario recoge los pedidos que están a una altura considerable media o baja donde solo utilizara medios mecánicos como transpaletas para desplazar de un lugar a otro la mercancía.

En un almacén de hospital o centro de salud nos podemos encontrar como mínimo dos almacenes, donde uno será de farmacia y el otro de almacén general, este a su vez se puede dividir en almacenes de material clínico fungible, almacén de material de mantenimiento, almacén de material quirúrgico, almacén de aparataje, de lencería, papelería, etc.

5 Discusión-Conclusión

Para un buen funcionamiento de un almacén hospitalario es necesario que haya un buen sistema directivo de almacén, destacando también la función del celador y la importante labor que tiene a la hora de conseguir una gestión y distribución optima y eficaz en la distribución del almacén. El celador debe ser resolutivo, rápido y eficaz para que todo funcione correctamente.

Es importante una buena organización, no sólo del personal, también de los materiales.

En la organización de los almacenes en centros hospitalarios se utiliza el método :
FIFO "First in, First out ". Sale primero, el material que entró primero al almacén.

6 Bibliografía

1. Página web del Hospital Universitario Agustín.
2. Celadoresonline. [blogspot. com/almacén-hospitalario](http://blogspot.com/almacén-hospitalario).
3. Centro de Estudios ADAMS: "Celadores. Insalud. Temario".
4. Libro de oposiciones de celador para Asturias, (editorial Cep, 2018).

Capítulo 101

EL CELADOR: PAUTAS EN PACIENTES CON ALERGIAS AL LATEX

MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA

MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ

AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ

M^a LLANOS RUBIO RUBIO

LOURDES GUTIERREZ LUCENDO

1 Introducción

El látex o caucho natural es un producto vegetal procesado, lechoso y fluido que se extrae del árbol tropical *hevea brasiliensis*, aunque se puede extraer de otras especies vegetales. Gracias a sus propiedades elásticas se usa para numerosos productos médicos y de uso cotidiano.

El aumento de la prevalencia en la sensibilización al látex desde los años 80 ha sido constante, hasta convertirse en la segunda causa más frecuente de anafilaxia en el entorno del área quirúrgico-anestésica. La vía de sensibilización más frecuente es la piel y mucosas, pero también hay otras vías como la inhalatoria y la hematógena.

Todos los hospitales deben tener un protocolo de actuación para pacientes alérgicos al látex, pero es en el quirófano donde el paciente está más expuesto, pues es donde más concentración al látex hay, por ello se deben de seguir estrictamente todas las recomendaciones.

Por desgracia es algo muy típico y es muy normal encontrarnos con pacientes que ni si quiera sabían que tenia este tipo de alergia y de las cuales empeoran por no tener conocimiento de esto.

Los centros sanitarios son las unidades que mas látex utilizan, aunque a causa de esto, están elaborando material desechable hecho de otros tipos de materiales antialérgicos para que el personal no tenga problemas de este tipo.

2 Objetivos

- Exponer los protocolos de actuación a realizar en el área quirúrgica ante un paciente con alergia al látex.
- Saber identificar qué material con el que trabajamos tiene o no látex.

3 Metodología

Revisión bibliográfica en diferentes páginas web, libros y bases de datos científicas como Scielo, Medline, Google académico con los siguientes descriptores: alergia, látex, quirófano.

Se emplearon como criterios de inclusión textos gratuitos en castellano e inglés, y de exclusión aquellos publicados previamente al año 1992.

4 Resultados

Las alergias al látex se clasifican normalmente en tres tipos:

1. Dermatitis de contacto irritante: es la reacción más famosa a causa de los guantes de látex y se trata de una reacción no alérgica de la piel ante un irritante.
2. Dermatitis de contacto alérgica o hipersensibilidad retardada (tipo IV): es una reacción inmunitaria retardada que se produce entre 24 y 48 horas después del contacto inicial.
3. Hipersensibilidad mediada por IgE (tipo I): es la reacción menos dada, pero la más peligrosa. Suele producirse a los 30-60 minutos del contacto inicial. Los síntomas pueden ser bajos (por ejemplo, prurito, erupciones cutáneas, urticaria, edema de los ojos, rinitis, conjuntivitis, hipotensión leve y taquicardia) o incluso reacciones anafilácticas mortales.

Es muy importante conocer cómo actuar cuando tenemos un paciente con alergia al látex, se seguirán las siguientes indicaciones:

- Avisar a todo el personal de quirófano que vaya a estar en contacto con el paciente para que adopten todas las medidas necesarias.
- Identificar al paciente con una pulsera en la que aparezca una alerta.
- Convertir el quirófano en un espacio libre de látex:
 Programar al paciente a primera hora de la mañana y en un quirófano que haya estado libre de látex como mínimo durante 2 horas.
 Eliminar todos los artículos que contengan látex.
 Identificar el quirófano mediante carteles.
 Si no es posible retirar todos los objetos, se aislarán.
 Usar guantes sin látex y sin polvo.
 Puertas del quirófano cerradas durante la intervención todo lo posible.
- Limpieza exhaustiva del quirófano 12 horas antes y sobre 1 hora antes de la intervención, donde el personal de limpieza usará guantes sin látex, y no introducirán ningún objeto que tenga látex durante la limpieza.
- La administración preoperatoria de profilaxis con fármacos está recomendada para disminuir la histaminoliberación en pacientes predispuestos. Su uso está discutido, pues no está totalmente demostrada su eficacia. Se administran antihistamínicos y corticoides.
- Consentimiento informado con especificación de que el paciente es alérgico al látex.
- Usar medicamentos anestésicos con baja capacidad histaminoliberadora.
- Tener medicación preparada para una posible anafilaxia y controlar en todo momento cualquier signo de reacción alérgica.
- Solicitar a todas las marcas comerciales una adecuada identificación de sus productos, donde se especifique que son libres de látex.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante conocer a la perfección los protocolos de actuación ante un paciente con alergia al látex, para evitar cualquier tipo de reacción alérgica. La mejor precaución a tomar será siempre el evitar la exposición al látex al paciente, y esto se consigue siguiendo todas las recomendaciones, donde todo el personal debe saber su cometido, debe conocer bien el material con el que trabaja, evitando así que ningún producto con látex llegue a tomar contacto con el paciente. También se debe estar preparado en caso de que la reacción anafiláctica se produjera, teniendo todo el material, medicación, etc. cerca del paciente para actuar con rapidez.

6 Bibliografía

1. Andreu, J.M; Pallardó, M.A.; Herranz, A. Rodríguez, J.M. Protocolo de adecuación hospitalaria al paciente alérgico al látex. Valencia: Hospital general universitario de Valencia. 2006.
2. Navarrete, M.A.; Salas, A.; Palacios, L. ; Marín, J.F. Quiralte, J. Alergia al látex. Farmacia Hospitalaria. 2006. 30(30): 177-186.
3. Blanco, R. T.; Jiménez, S.P. Creación de un ambiente seguro en quirófanos a pacientes alérgicos al látex. Revista ENE de enfermería. 2012.

Capítulo 102

EL CELADOR/A EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN

MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA

MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ

AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ

M^a LLANOS RUBIO RUBIO

LOURDES GUTIERREZ LUCENDO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la rehabilitación como “el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posibles”.

Dentro del Servicio de Rehabilitación de un Hospital, aparecen las figuras de distintas profesionales, entre ellos el médico rehabilitador, el fisioterapeuta, auxiliar de enfermería, logopeda, terapeuta ocupacional y celador; todos ellos han de trabajar de forma coordinada con el objetivo de conseguir un óptimo tratamiento del paciente.

En la rehabilitación existen distintas especialidades médicas, todas ellas orientadas a diagnosticar, evaluar, prevenir y tratar la incapacidad con el único objetivo de devolverle al paciente el mayor grado de independencia funcional que sea posible.

El celador en esta unidad Hospitalaria es un fuerte apoyo a los fisioterapeutas a la hora de movilizar a los pacientes para colocarlos de manera adecuada y que se pueda trabajar bien sobre ellos. Sin duda cabe resaltar la importancia por parte del celador en el conocimiento de los cambios posturales y posiciones básicas del paciente.

Es importante que el celador tenga, tanto una correcta comunicación verbal con los pacientes que acuden al servicio de Rehabilitación como un extremo conocimiento de las posiciones básicas del paciente para poder asistir de la mejor manera al fisioterapeuta como al paciente.

2 Objetivos

- Demostrar la importancia de la figura del celador en el servicio de rehabilitación, quizás la tarea más destacada sea la de ayudar al fisioterapeuta con el enfermo durante su tratamiento.
- Conocer cuál es la forma de manejar al paciente según su patología, sus características físicas y cuáles son los instrumentos y materiales más comunes utilizados en la sala de rehabilitación.

3 Metodología

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

4 Resultados

Las tareas que les corresponden a los celadores en las áreas de rehabilitación serán las siguientes:

- Se encontrarán siempre localizables durante lo que dura toda su jornada de trabajo, ya que podrán ser requeridos en cualquier momento para realizar alguna de las funciones que les pertenecen.
- Al igual que ocurre en otras áreas de los centros sanitarios u hospitales, serán los que se encargarán de que exista el máximo silencio posible en las dependencias, procurando que todo se encuentre en orden.

- Podrán encargarse de la limpieza de las zonas que les sean encomendadas excepcionalmente, siempre teniendo en cuenta la zona en concreto, la dificultad del manejo, el peso de los objetos.
- Al igual que los demás celadores de otras áreas, también se encargarán de transportar la documentación que les dejen a su cargo, así como también trasladarán las comunicaciones verbales que les confíen con la mayor brevedad que sea posible.
- Tendrán como función el traslado de determinados materiales de una zona a otra, como pueden ser algunos muebles o algún aparato que se requiera en otra zona.
- Cuidarán de que los pacientes y el resto de personas que se encuentren visitando a estos cuiden de todas las instalaciones y de los objetos que se encuentren en ellas, para evitar el deterioro de los mismos. Informarán del uso de los objetos que estos puedan usar para que así su manejo no produzca deterioro o rotura.
- Cuando se encuentren con algún desperfecto en las instalaciones o en el mobiliario que lo componen, serán los que se encargarán de avisar a sus inmediatos superiores para que quede constancia de los mismos. También informarán acerca de las anomalías que puedan encontrarse en la zona en cuanto a la limpieza para que esta sea solucionada en la mayor brevedad posible.
- Una de las funciones más específicas de esta zona es la de ayudar a los fisioterapeutas y demás personal que trabaje en la zona a movilizar a los pacientes para colocarlos de la forma adecuada. También ayudarán a la sujeción de los enfermos.
- En caso de conflicto con algún visitante o intruso, requerirán la presencia del personal de seguridad.
- Siempre tendrán en cuenta, como sucede en las demás secciones donde pueden trabajar, que no se les permitirá informar a ningún paciente ni familiar de estos, sobre ningún proceso relacionado con su enfermedad como puede ser su diagnóstico, el tratamiento y mucho menos se les dará información acerca de su pronóstico.
- Se les podrá asignar otras tareas que les puedan mandar sus superiores y que no se encuentren descritas anteriormente.

Existen multitud de materiales utilizados en las unidades de fisioterapia y rehabilitación, los celadores deberán conocerlos y así integrarse dentro del equipo multidisciplinar de dichos servicios.

Cabe destacar la importancia de la comprobación del buen estado de los diferentes equipos de ayudas a la marcha, como por ejemplo:

- Bastones, muletas y andadores: las conteras han de ser anchas y cóncavas para permitir una buena fijación al suelo, también ha de comprobarse el estado de la

empuñadura y su higiene, dado que es una zona que se halla en contacto con la piel del paciente.

- Sillas de ruedas: ha de comprobar el buen estado de las ruedas y los frenos que han de trabar correctamente el giro de las ruedas. También los apoyabrazos y apoyapiés.

Funciones del celador en la puerta de rehabilitación:

Se trata de un conjunto de tareas que realizarán los celadores que se encuentren encargados de trabajar en la puerta del servicio de rehabilitación.

Entre estas nos podemos encontrar:

Los celadores de la puerta de urgencia van a encargarse de vigilar el acceso a estas dependencias permitiendo solo el paso de las personas que se encuentren con autorización para poder acceder al interior y, por lo tanto, impedirán el paso a las demás personas.

- Se encargarán de llamar al personal de seguridad cuando lo necesiten como puede ser, cuando alguna persona quiera entrar sin autorización a la zona. También se requiere la presencia de las personas de seguridad cuando exista algún tipo de conflicto.

- Entre sus tareas principales se encuentra la de recoger a los pacientes de rehabilitación que vienen desde la ambulancia o desde cualquier otro medio de transporte.

- No deberán abandonar nunca la vigilancia de la puerta de entrada a rehabilitación.

Además de todas estas funciones, se encargarán de hacer las propias de los celadores que realizan en todas las áreas como son las de avisar a sus inmediatos superiores de cualquier desperfecto, abstenerse de comunicar a pacientes o familiares información relacionada con su proceso diagnóstico, evitar que las personas introduzcan objetos o comida al interior de las zonas. En casos excepcionales, pueden ser llamados para realizar alguna otra tarea por sus superiores.

5 Discusión-Conclusión

El porcentaje de pacientes que tienen movilidad limitada o reducida es elevado con respecto a otras áreas por lo que, aunque los celadores no sean en última instancia los responsables del tratamiento rehabilitador, su colaboración en la movilización, acomodo y sujeción de los pacientes sometidos a este tipo de terapias es fundamental.

Las funciones relacionadas con la rehabilitación van a requerir que el celador posea unas condiciones físicas aptas dado el esfuerzo que va a realizar. Son fun-

ciones en las que se ayudará al personal requerido para ello como son los fisioterapeutas a realizar los movimientos de los enfermos en los ejercicios de rehabilitación.

6 Bibliografía

1. Temario de celador, editorial MAD.
2. “Funciones del celador en el área de rehabilitación de pacientes”, Marcos Antonio Fernández Suárez, Revista Ocronos.
3. “Manual de actuación del celador en los distintos ámbitos sanitarios” <https://elblogdelcelador.files.wordpress.com/2012/07/manual-deactuac3b3ndel-celador-en-los-distintos-c3a1mbitos-sanitarios.pdf>

Capítulo 103

EL CELADOR DE PLANTA Y SUS FUNCIONES EN ESTA

YOLANDA SORIA MARTINEZ

ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA

MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ

JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

1 Introducción

Las plantas de hospitalización están compuestas por un equipo de trabajo liderado por un supervisor, donde hay personal de enfermería, técnicos auxiliares de enfermería y celadores etc. Todos estos equipos seguirán la orientación del médico y brindarán a los pacientes atención continua todo el tiempo que sea necesario para así sanar lo antes posible.

Los pacientes ingresados llegan a la sala del hospital en diferentes formas a situaciones de emergencia, consultas en el hospital o en la consulta externa de atención primaria para determinadas pruebas u operaciones de forma planificada, y también pueden ser trasladados desde otros hospitales.

El personal de enfermería es parte del personal responsable del cuidado y bienestar del paciente y cooperará para asegurar el normal funcionamiento del área,

con ellas los celadores ayudarán en cualquier tarea que se les encomiende en cuanto a traslados, movilizaciones, etc.

Los celadores de planta son otra figura, en este caso personal no sanitario, que forma parte del equipo multidisciplinar que atiende al paciente. Su labor es fundamental para asegurar el normal funcionamiento de estos centros.

El trabajo del celador de planta es actuar como un asistente multidisciplinario, capaz de realizar diversas tareas sin ningún conocimiento profesional.

Se sabe poco o nada sobre cómo los celadores comenzaron a realizar sus funciones en los establecimientos de salud y hay pocos escritos que hagan referencia a este tema.

Además de la formación, el celador también debe ser una persona empática y comprensiva con los pacientes para que estos se sientan comprendidos y en términos generales bien.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario (celador de planta) en dicha área del hospital.
- Destacar el papel fundamental que el celador de planta realiza y ensalzar la importancia de sus funciones en esta.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Funciones que realiza el celador en la planta de hospitalización:

El celador es una parte de la plantilla imprescindible e importante en cualquier equipo de trabajo en la planta del hospital, ayudando a las movilizaciones necesarias y al traslado de los enfermos, además de encargarse del transporte del mo-

biliario de un sitio a otro, por ejemplo, sillas de ruedas, camas, aparatos médicos, camillas, ecógrafos, RX portátiles etc. También se encargará de entregar muestras y recados lo más rápido que le sea posible.

Cuando el paciente llegue, lo atenderá, lo instalará en la habitación correspondiente al paciente, y ayudará a los técnicos a realizar cuidados auxiliares, incluyendo cambio de ropa, limpieza y tendido de ropa de cama u otras cosas que el paciente necesite.

Ayudará al personal médico a movilizar y transferir pacientes cuando sea necesario.

Es el responsable de trasladar a los pacientes a otros servicios o consultas que designe el médico correspondiente.

Seguirá las órdenes del médico o enfermero correspondiente.

Él es responsable de manipular el equipo y los materiales con cuidado para no dañarlos.

Supervisará la adecuada conservación de los materiales y bienes de la institución para evitar que los pacientes y sus acompañantes hagan un mal uso de la misma.

Será el encargado de controlar el acceso de visitantes.

Invitará a todos los visitantes que permanezcan en la institución sin una razón válida a salir de la institución y recibir siempre educación y buenos modales.

Excepcionalmente, realizarán las tareas de limpieza que les sean encomendadas según sus propias condiciones, ubicación, dificultad de manipulación, peso de los objetos a limpiar o peso.

Realizará el transporte el cilindro de oxígeno bajo la supervisión de la enfermera y lo colocará junto a la cama.

Ayudará a los técnicos de atención asistida al amortajamiento, y se encargará de trasladarlos de la habitación al mortuario.

El celador realiza otras muchas funciones, pero nos hemos centrado en las más habituales. Como características personales para desarrollar este trabajo se destaca la empatía, paciencia y don de gentes.

5 Discusión-Conclusión

El celador y sus funciones en el área hospitalaria son muy poco reconocidas, siendo muy injusto que este personal por así llamarlo "multifunción", no se le reconozca su importancia. Cada día se exige más a estos profesionales ya sea en formación la cual constantemente se le pide, como la suma de tareas, ya que la tarea que parece ser que no es de nadie termina siendo absorbida por este personal. En general se trata de una lucha sistémica y perpetúa, aunque cada día parece que se van consiguiendo pequeños avances Hoy día el celador empieza a organizarse como un profesional más relacionado con la sanidad y está demostrando que sabe organizarse y defender su profesionalidad.

6 Bibliografía

1. http://www.cgtsanidadlpa.org/f/opes/celador/temas/tema_2.pdf
2. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/funciones-celador.Htm#:text=celador%20DE%20PLANTA&text=Se%20hace%20cargo%20de%20designado%20por%20el%20m%C3%A9dico>.
3. <https://www.euroinnova.edu.es/el-celador-en-unidades-de-hospitalización>
4. <https://celadores2014.files.wordpress.com/2015/04/tema-11-especc3adfico.pdf>

Capítulo 104

FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR EN UCI

YOLANDA SORIA MARTINEZ

ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA

MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ

JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

1 Introducción

Los celadores que trabajan en este servicio debido a la gravedad y las propias particularidades de estos enfermos encamados deberán tener una preparación eficiente sobre movilidad de estos, agilidad y efectividad, estar correctamente uniformados y saber perfectamente cuáles, son sus funciones y colaboración con el resto del personal. El celador de la UCI como tal, ejercerá un refuerzo al personal de la unidad y es el nexo de unión con otros servicios del hospital.

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio sumamente especializado y equipado a pacientes con graves enfermedades o dolencias que no pueden ser atendidas en planta hospitalaria, ya que estos pacientes precisan de un cuidado y tratamiento especial por su situación.

Se trata de un área polivalente de acceso restringido donde se da una atención durante todo el día a pacientes que se encuentran en estado de gravedad.

El que un hospital tenga una unidad de cuidados intensivos proporciona a este de la posibilidad de dar unos cuidados de calidad a los pacientes.

La UCI está conformada por médicos especializados en atender dichos tipos de pacientes graves con amplia experiencia en manejo de todo tipo de pacientes críticos, desde cardiólogos hasta politraumatizados y post-operados complicados.

2 Objetivos

- Exponer las funciones que realiza este personal no sanitario (celador de Unidad de cuidados intensivos) en dicha área del hospital.
- Destacar el papel fundamental que el celador de Unidad de cuidados intensivos realiza y ensalzar la importancia de sus funciones en esta.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Los pacientes que se trasladen tendrán que ir correctamente monitorizados, con controles constantes de signos vitales. El celador tiene que transmitir tranquilidad tanto al paciente como a los familiares, ser riguroso, eficaz y resolutivo, ya que este es un servicio de alta complejidad que debe brindar un cuidado integral a aquellas personas críticas en salud. Será importante su ayuda en las labores de movilización y traslado y su colaboración estrecha con el resto del personal y esencial su labor como nexo con el resto de servicios.

Por ejemplo, en el turno de mañana deberá establecer unos objetivos claros junto con el resto de personal en cuanto a las altas y las pruebas a efectuar. Tendrá que trasladar las muestras si es preciso y se encargará también de poner en los boxes el material desechable en caso de aislamiento. Serán los encargados de la entrada de familiares en hora de visita, así como de avisar de su finalización y observar el correcto funcionamiento con la obligatoriedad del uso de bata y calzas. También recogerán los cubos llenos para su sustitución.

En el turno de tarde se efectuarán las mismas labores y en el de noche además colaborarán con las auxiliares de enfermería en movilización, vaciado de bolsas, etc.

En esta unidad el celador procurará no realizar ruidos innecesarios y será una persona con amplia formación en la movilización dado que las características de los pacientes, encamados y muchas veces inconscientes hace necesaria esta capacidad.

Por lo tanto, el celador al igual que el resto del personal debe conocer perfectamente las diferentes posiciones sanitarias como decúbito supino, decúbito prono, lateral.

Los celadores en esta unidad permanecerán uniformados con batas asépticas cada vez que entren o salgan dado el estado de los pacientes. La atención que se le proporciona al paciente en esta unidad ha de ser vista de forma integral, por lo tanto, ha de existir una correcta coordinación con todo el equipo y toda la infraestructura necesaria. El celador no es la persona encargada de salvar vidas, pero si pasa mucho tiempo en contacto con los pacientes y saber hablar, tranquilizar y acompañar en esta situación puede ser una de las responsabilidades más satisfactorias.

5 Discusión-Conclusión

Al ser una de las áreas más específicas tendremos que realizar formación para cumplir efectivamente con nuestras funciones y orientarnos bien. Tener conocimientos adecuados y específicos contrastados y en colaboración con el resto de los compañeros para hacer un buen equipo y ayudarnos eficazmente consiguiendo que el tiempo de permanencia del paciente sea menos traumático. La experiencia de trabajar en esta unidad donde el paciente se aísla. temporalmente de su grupo familiar para ser observado quedando al cuidado de personal desconocido para él conduce a reflexionar acerca de sus necesidades de carácter emocional, sensitivo y de confort. Esta atención permanente, el estrés de no saber que, va a pasar y el poco descanso del paciente produce una desorientación que debemos tener en cuenta a la hora de realizar nuestra labor en la unidad.

6 Bibliografía

1. El celador en la Uci. Juan Tomás Giménez Casos.
2. Ana Owen. Monitorización en Cuidados Intensivos. McGraw- Hill Interamericana de España. 1993.

3. A. Esteban; C. Martín. Manual de Cuidados Intensivos para Enfermería. Springer-verlag Ibérica 1994.
4. M. Urden; M.E. Lough, K.M. Stacy. Cuidados Intensivos de Enfermería. Harcourt Brace de España.

Capítulo 105

PAPEL Y FUNCIONES DEL CELADOR EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA O DE SALUD

YOLANDA SORIA MARTINEZ

ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA

MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ

JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

1 Introducción

El centro de salud es el centro sanitario dedicado a la asistencia y tratamiento de los pacientes que no están hospitalizados, suele estar destinado a la atención primaria y a una base de urgencias mínimas como, por ejemplo, ante una picadura de un insecto o una caída y provoca una fisura pequeña. El ambulatorio cuenta con los siguientes trabajadores: Médicos de familia, médico pediatra, enfermero y técnicos en cuidados de enfermería, celador y personal administrativo, fisioterapeutas, que están ampliando los servicios ofrecidos en los centros de salud. También es un centro de salud lo conocido como consultorio médico solo que hace referencia a una estructura más pequeña y con menos sanitarios.

En un Centro de Salud de Atención Primaria conocido como CAP existen consultas o despachos para los diferentes profesionales o servicios, cuenta con una

zona de extracción de sangre para analíticas, área de atención de urgencias con equipamientos apropiados (carros de curas, electrocardiógrafo, material para oxigenoterapia, desfibrilador y medicación de urgencia).

Una Zona Básica de Salud es el territorio de actuación de un Equipo de Atención Primaria. Con demarcación poblacional y geográfica. Accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente. Atiende entre unos 5.000 y 25.000 habitantes.

2 Objetivos

Desarrollar las diferentes funciones que realiza un celador en Centros de Salud o Centros de Atención Primaria (CAP) y resaltar la importancia de estos trabajadores no sanitarios dentro de las estructuras de dichos centros de atención primaria o centros de salud.

3 Metodología

Para la confección de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda e investigación constante y reiterada en revisiones bibliográficas sobre artículos y libros publicados, como también páginas web en los que se han basado sobre el tema a tratar.

4 Resultados

Debido a que el celador va a ser la primera persona con la que el paciente se encuentre a su llegada en el centro de atención primaria, este se encargará de explicarle amablemente cuáles van a ser las directrices del centro.

El celador se encarga de darle la petición para las consultas, la explicará donde se encuentran la ubicación de las dependencias. Siempre de forma amable, extrovertida y paciencia.

Tendrá a su cargo el reparto de correspondencia dentro del centro con cartas, revistas, impresos, así como correo externo e interno. También se encargará del franqueo (poner sellos) de la correspondencia que se envíe al exterior del centro. Se encargará de trasladar objetos, documentos, sin dar a conocer a nadie lo referido a dichos documentos.

Otro de los cometidos, será el traslado de materiales de unas dependencias a otras como pueden ser camas, colchones o cualquier otro equipo y lo hacen según las prioridades que se establezcan, evitando en lo posible mostrar molestias al resto de la institución.

Deberá de cuidar el orden en las dependencias, así como vigilar el comportamiento que manifiesten los enfermos y los familiares. Velará por el silencio. Tendrá que trasladar al paciente que no pueda valerse por sí mismo, al igual que ayudar al personal sanitario en las pequeñas intervenciones quirúrgicas.

Será necesario que muestre una buena facilidad de palabra, siempre con amabilidad, paciencia y buen talante, para atender cualquier consulta que le hagan los pacientes o los familiares, siempre dentro de sus competencias.

El celador está en la obligación de saber dónde se encuentra cada consulta.

Otro de sus cargos, será la de colaborar con la esterilización junto con el personal auxiliar, para meter el instrumental utilizado en el autoclave o en la estufa Poupinel.

Otro de sus cometidos, será el traslado de las balas de oxígeno, así como de los productos de farmacia, al igual que la retirada y traslado de las muestras biológicas.

Muchas de estas funciones, son similares a las que puede desarrollar en una planta hospitalaria.

Debido a que en todo momento se debe de mantener en contacto directo con los pacientes, ya que se trata de la primera persona que recibe a los pacientes al acceder al centro de atención primaria, será fundamental que se muestre cordial y amable con ellos, para así poder orientar al paciente de la mejor manera posible. Otro aspecto importante va a ser el compañerismo, porque va a influir sobre la atención prestada y así se va a volcar en la eficacia que se pretenda alcanzar.

Otro aspecto importante será lo relacionado con lo que se refiera a aspectos éticos, sabiendo la ambigüedad que presenta este término, y que puede presentar múltiples interpretaciones, según la persona que lo pueda utilizar en determinados contextos.

Todos aquellos aspectos éticos serán siempre enfocados para conseguir el máximo bienestar del paciente, mostrando calidez, profesionalidad, para que de esta

manera se sienta seguro y cómodo, ya que van a intervenir en el estado de ánimo del paciente, buscando una conjunción entre la atención clínica y la atención psicológica, para hacer una atención efectiva.

Será de vital importancia mostrarse con empatía, aun sabiendo lo difícil que es ponerse en el lugar del paciente, pero así nos ponemos a su misma altura y es la única forma de conocer y entender sus emociones.

Otra de las características a tener en cuenta es la congruencia, racionalidad y comprensión de todos los problemas que el enfermo nos manifieste, sin hacer ningún juicio de valor y así actuar de forma correcta en el momento concreto y decisivo.

5 Discusión-Conclusión

El poder contar con los celadores hace que los pacientes se sientan seguros, y puedan estar tranquilos, además del buen trato que les dan a los enfermos consiguen mediante su trabajo mantener la tranquilidad y el orden, siendo muy difícil de controlar.

Conociendo y sabiendo aplicar las maneras de actuar dará lugar a conseguir los objetivos para conseguir que la confianza y el optimismo de los pacientes y hace que aumente la confianza en cada de las situaciones.

El poder contar con los centros de salud es una gran medida y un avance muy importante para así evitar que se acuda innecesariamente a urgencias por cosas sin importancia.

6 Bibliografía

1. https://es.wikipedia.org/wiki/Centro_de_salud.
2. <https://essaeformacion.com/blog/posts-enfermeria/funciones-del-celador-en-atencion-primaria>.
3. <http://www.revistamedica.com/las-funciones-del-celador-en-actenci3n-primaria/>.

Capítulo 106

PALIATIVOS Y EL CELADOR

MARIA OLGA AVILA MURILLO

JAVIER BETETA ROMERO

SONIA VAQUERO LÓPEZ

LORENZO GARCÍA CLEMENTE

MANUELA RUIZ VILLOTE

1 Introducción

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Sociedad española de cuidados paliativos, enfermedad en fase terminal es aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses); es progresiva; provoca síntomas intensos, multifactoriales, cambiantes y conlleva un gran sufrimiento (físico y psicológico) en la familia y el paciente.

En las situaciones terminales el objetivo de la atención médica no es “el curar” sino “cuidar” al paciente, a pesar de la persistencia y progresión irreversible de la enfermedad. Se trata de proporcionar la máxima calidad de vida hasta que acontezca la muerte. Con esta finalidad surgió una nueva forma de atención médica integral que se denominó cuidados paliativos.

El papel del celador ante el paciente terminal es muy importante, así como su actitud, ya que forma parte del equipo (junto con médicos/as, enfermeros/as, auxiliares/as, psicólogos/as, etc.) que proporciona los cuidados paliativos y de confort

al paciente y allegados. Es muy importante en estos casos resaltar las cualidades que debe de tener el celador que deben de ser, físicas, intelectuales, psíquicas y personales. Así como ciertas habilidades que debe de tener en la relación interpersonal.

2 Objetivos

Poner de manifiesto la importancia de los cuidados paliativos y la actuación del celador para procurar el confort del paciente, empatizando (poniéndose en el lugar del enfermo para ofrecer los mejores cuidados).

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente. Se han consultado diferentes temarios de oposiciones, libros especializados, páginas web sanitarias y Google Académico. Todo ello en relación al capítulo en cuestión. Por ello y debido a que los cuidados paliativos requieren de un equipo multidisciplinar, también se ha entrevistado a varios profesionales en activo actualmente.

4 Resultados

El papel del celador al tratar este tipo de pacientes se enfoca en mejorar su calidad de vida, proporcionando un cuidado orientado a mejorar no solo los síntomas sino también los aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Es muy importante el trabajo en equipo de todos los profesionales para estar bien coordinados y así prestar una asistencia integral ya sea en el hospital o en el domicilio.

Se le procurará una atención continua e individualizada, fomentando la dignidad del paciente, manteniendo una higiene diaria y continua tanto del enfermo como de la unidad del paciente (conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en el centro hospitalario).

El celador deberá ser muy prudente con todo lo que diga ya que debe de tener en cuenta al paciente y sus familiares. Deberá desarrollar su empatía (capacidad de ponernos en el lugar de alguien y comprender lo que siente o piensa) y atender las necesidades psicológicas del paciente escuchando y hablando con él.

El estado terminal también genera ansiedad y cambios de actitud en los familiares, amigos y allegados, por lo que hay tener en cuenta el proceso de duelo que están viviendo.

La psiquiatra suizo-estadounidense Kùbler Ross (1926-2004) describe la aceptación de la muerte en 5 etapas:

- Negación: imposibilidad de aceptar y reconocer como un hecho real que se padezca la enfermedad.
 - Ira: fase de desaprobación, rabia, disgusto, resentimiento y hostilidad por haber perdido la salud.
 - Negociación: (pacto) el paciente va aceptando la idea de la muerte, pero a la vez intenta de alguna manera aplazarla o retrasarla.
 - Depresión: fase de desaliento y desánimo. Claudicación ante la enfermedad.
 - Aceptación: reconocimiento de la enfermedad y situación que el paciente vive.
- Las personas sufren el duelo de distinta manera, el celador deberá de tratar a cada una de forma individual y distinta respetando siempre sus creencias y necesidades sociales, religiosas, etc.

5 Discusión-Conclusión

La comodidad y el confort del paciente son el objetivo de celador en cuanto a cuidados paliativos se refiere.

Tanto los cuidados físicos como los emocionales. Mantenerlo en posturas cómodas, a buena temperatura y con buena higiene es tan importante como el hecho de que no se sienta solo en ningún momento, o que pueda tener con quien desahogarse.

Los familiares y allegados requerirán atención casi tanto como el enfermo, a veces incluso sin ellos saberlo. Pasarán por etapas de duelo, y por un cúmulo de emociones que no siempre sabrán gestionar. El celador debe ser extremadamente cuidadoso con sus palabras y gestos. Las funciones en este caso se centran más en la empatía, aunque el resto no dejan de ser importantes nunca.

6 Bibliografía

1. <http://www.san.gva.es>.
2. El celador en cuidados paliativos, formación continuada Logoss.
3. Google Académico.

4. Sonsoles. (2018). Tema 23. Actuación del Celador con el Paciente Terminal y Fallecido. 27/01/2020, de Celadores online Sitio web: <http://celadoresonline.blogspot.com>.

Capítulo 107

SOPORTE VITAL BÁSICO (SVB) PARA EL CELADOR EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA OLGA AVILA MURILLO

JAVIER BETETA ROMERO

SONIA VAQUERO LÓPEZ

LORENZO GARCÍA CLEMENTE

MANUELA RUIZ VILLOTE

1 Introducción

El Soporte Vital Básico es un conjunto de maniobras que permiten identificar si una persona está sufriendo una parada cardiorrespiratoria y aplicar en ella una sustitución temporal de las funciones respiratorias mediante dichas maniobras hasta que la víctima pueda recibir atención médica.

El SVB se recomienda iniciarlo lo antes posible, ya que, cada minuto que pasa la víctima puede llegar a sufrir más riesgo de muerte. El principal objetivo de un Soporte Vital Básico es el de restablecer las funciones vitales básicas consiguiendo la oxigenación de los tejidos.

La importancia de un Soporte Vital Básico:

La mayor parte de la población reconoce no tener un conocimiento suficiente para poder aplicar un SVB de forma correcta. Es un error muy común en la may-

oría de sociedades, ya que un conocimiento de estas maniobras permite dar más tranquilidad a la persona que está sufriendo una parada cardiorrespiratoria. Controlar los nervios frente una situación así es la clave para llevar a cabo de forma correcta el SVB, ya que este carece de complejidad a la hora de ejecutarlo. Como contrapartida estamos hablando de una acción decisiva que declina entre la vida y la muerte de una persona. Aquí es donde es importante que un celador conozca estas técnicas que permiten salvar vidas.

2 Objetivos

Conocer el papel del celador en las maniobras de Soporte Vital Básico.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sobre literatura científica existente. Se han consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, así como Google académico, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

La importancia de un Soporte Vital Básico:

La mayor parte de la población reconoce no tener un conocimiento suficiente para poder aplicar un SVB de forma correcta. Es un error muy común en la mayoría de sociedades, ya que un conocimiento de estas maniobras permite dar más tranquilidad a la persona que está sufriendo una parada cardiorrespiratoria. Controlar los nervios frente una situación así es la clave para llevar a cabo de forma correcta el SVB, ya que este carece de complejidad a la hora de ejecutarlo. Como contrapartida estamos hablando de una acción decisiva que declina entre la vida y la muerte de una persona.

¿Cómo aplicar una maniobra de Soporte Vital Básico?:

Garantizar la seguridad.

Nos acercaremos a la víctima vigilando que no haya peligros, como puede ser el tráfico de vehículos, escombros, etc. Aseguraremos la zona, si bien nos encontramos en una carretera, haremos uso de los triángulos de emergencia para

señalar o si nos encontramos en una vía pública, trataremos de dar espacio al perímetro donde se encuentre la víctima.

Activaremos el sistema de emergencias:

Explicaremos claramente el lugar donde nos encontramos y la situación en la que nos hemos visto envueltos. Si estamos acompañados pediremos que llame al 112 y le enviaremos a buscar un DEA. Si estamos solos llamaremos al 112 (si es necesario dejando sola a la víctima). Activaremos el manos libres del móvil para facilitar la comunicación con el operador del 112.

Este es uno de los primeros pasos a seguir, ya que mientras acuden los servicios médicos profesionales nosotros podemos aplicar los mecanismos de Soporte Vital Básico para mantenerla con vida.

Comprobar si la víctima responde:

Si consideraremos que está consciente y respirando, seguiremos los siguientes pasos:

Dejaremos a la víctima en la posición que la hemos encontrado.

Valoraremos las lesiones o problemas médicos que pueda tener.

Si es necesario, activaremos el sistema de emergencias médicas llamando al 112.

Revaloraremos a la víctima regularmente.

Si consideraremos que está inconsciente, seguiremos los siguientes pasos:

Colocaremos a la víctima boca arriba.

Abriremos la vía aérea realizando la maniobra frente-mentón, con una mano en la frente y los dedos índice y medio de la otra mano en el mentón.

Comprobaremos si respira con normalidad.

Manteniendo la maniobra frente-mentón y mirando hacia los pies de la víctima, acercaremos nuestra mejilla a su boca observando si la víctima respira con normalidad durante un máximo de 10 segundos.

Si respira con normalidad colocaremos a la víctima en posición lateral de seguridad (PLS) y después activaremos el sistema de emergencias médicas llamando al 112. Hasta que no llegue la ambulancia seguiremos controlando que la víctima respire.

Si no respira con normalidad o no respira consideraremos que tiene una respiración anormal o agónica cuando la víctima hace bocanadas sin desplazamiento del tórax. Se entenderá como que la víctima no respira. Colocaremos a la víctima en una superficie firme (ejemplo: el suelo) y boca arriba.

Iniciaremos las compresiones torácicas:

Toda víctima que sufre una parada cardiorrespiratoria necesita que la sangre fluya por los órganos vitales, esto lo conseguiremos realizando unas compresiones en medio del pecho.

Después de las 30 compresiones realizaremos 2 insuflaciones. Inmediatamente después, volveremos a realizar 30 compresiones, siguiendo la secuencia 30:2. En caso de haber más de un reanimador, se relevarán cada 2 minutos evitando la interrupción de las compresiones entre los relevos.

5 Discusión-Conclusión

A partir del instante en que una persona entra en parada cardiorrespiratoria, su supervivencia desciende un 10 % por cada minuto que continúa en este estado. La diferencia de actuar desde el primer minuto y hacerlo a partir del tercero desciende la supervivencia del 90 al 70%. Aunque los servicios de emergencias reducen año a año su tiempo de llegada, esos primeros minutos de atención son los que realmente pueden marcar la diferencia entre salvar una vida o no; y hay que destacar que cualquier persona se puede ver inmersa en una situación así. En la labor de un celador es esencial conocer estas técnicas ya que permiten salvar vidas, primando la rapidez y la velocidad de comenzar cuanto antes esta intervención.

6 Bibliografía

1. <https://esforem.es/soporte-vital-basico-conceptos-basicos-y-relevancia>.
2. <https://neosalus.com/soporte-vital-basico-svb/>.

Capítulo 108

EL CELADOR Y EL TRANSPORTE DE MUESTRAS

MARIA OLGA AVILA MURILLO

JAVIER BETETA ROMERO

SONIA VAQUERO LÓPEZ

LORENZO GARCÍA CLEMENTE

MANUELA RUIZ VILLOTE

1 Introducción

Una muestra biológica es una determinada cantidad de cualquier sustancia o material cuyo origen es un organismo.

Al acto de obtener una muestra se le denomina muestreo y normalmente son analizadas y tomadas en los laboratorios.

Ésta puede proceder de órganos completos, tejidos, ADN,ARN, proteínas, células o fluidos corporales como la orina, heces, saliva, sangre, sudor, humor vítreo, líquido cefalorraquídeo, etc.

Este material extraído es usado para poder estudiar las enfermedades, estructurar los genotipos de cada individuo, realizar pruebas de paternidad, pruebas de compatibilidad ante donaciones de órganos etc.

Un laboratorio es aquél lugar que dispone de los medios, equipos, personal cualificado y utensilios necesarios para realizar técnicas de carácter científico, con

unas condiciones ambientales controladas de temperatura, presión, humedad y luz.

Cada tipo de estudio o cada ciencia necesita tener un tipo de laboratorio adaptado a su naturaleza y a sus requerimientos.

Por ello existen varios tipos de laboratorios: Laboratorio clínico, Laboratorio de microbiología, Laboratorio de genética, Laboratorio de biología molecular, Laboratorio de química, Laboratorio de física, Laboratorio de metrología, Laboratorio de suelos, Laboratorio analítico, Laboratorio de bioseguridad, Laboratorio de incubadora y Laboratorio de Investigación y Desarrollo.

El celador es el profesional no sanitario encargado de trasladar las muestras desde donde se toman hasta el laboratorio correspondiente.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que desempeña sus funciones en un centro hospitalario como celador algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte de muestras biológicas.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre la literatura científica existente.

Se ha realizado una búsqueda sistemática en libros y artículos especializados en las principales bases de datos: Medline, Pubmed, Scielo, donde se han seleccionado aquellos trabajos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Para que los resultados que arrojan los laboratorios tras analizar las muestras sean precisos, veraces, significativos y clínicamente relevantes, es necesario que todas las muestras biológicas que llegan al laboratorio sean correctamente seleccionadas, recogidas y transportadas.

Por ello es muy importante que conozcamos como celadores los protocolos y procedimientos relacionadas con el transporte de muestras.

Una vez que se obtiene la muestra, es importante que se haga llegar al laboratorio a la mayor brevedad posible para no alterar sus características.

Normas básicas para el transporte de muestras:

- La muestra debe estar en todo momento correctamente identificada, con el nombre y apellidos completos del paciente, el número de cama, servicio o consulta y el número de historia clínica.
- Debe aparecer también la fecha y hora de extracción de la muestra.
- El volante de petición de la muestra debe recoger como debe conservarse la muestra: Rojo: en estufa, Azul: en nevera, Amarillo: a temperatura ambiente.
- El transporte de muestras biológicas será llevado a cabo con un envasado triple: Envase primario (de material absorbente, evita el derrame de las muestras biológicas en caso de rotura), envase secundario (impermeable, estanco y duradero, encerrará el primer recipiente o varios de ellos), envase terciario o exterior (protege la carga de golpes o daños durante el transporte mediante un material amortiguador).
- El recipiente en el que se transporta la muestra debe ser el adecuado para su conservación (con los aditivos, anticoagulantes o conservantes necesarios).
- Normalmente el transporte de las muestras refrigeradas se hace en neveras portátiles, éstas se disponen en un carro para su transporte de forma ordenada.
- Al entregar las muestras a cada servicio, el responsable debe de firmar la recogida de las mismas.
- Normalmente los circuitos de recogida están estandarizados y controlados por un horario, que establecerá cada hospital según sus necesidades.
- Los vales de entrega una vez firmados se entregarán por parte del celador al supervisor.
- En el último circuito se recogen las gradillas y neveras vacías para devolverlas al servicio correspondiente.
- Deben prevenirse los vuelcos o roturas de los recipientes contenedores, evitando choques, golpes o caídas.
- Verificar y controlar la temperatura de las neveras, para guardar la cadena de frío.
- Las muestras peligrosas deben llevar un etiquetado especial reconocible por parte de los profesionales.
- Evitar distracciones y transitar por las partes del hospital menos llenas, para reducir los posibles riesgos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario que trabaja como celador en un hospital algunas cuestiones básicas relacionadas con el transporte de muestras biológicas dentro de un centro hospitalario.

Hemos podido conocer que es una muestra, que puede contener la misma, que las muestras son analizadas en un laboratorio y que existen diversos tipos según el tipo de muestra y los requerimientos para su análisis: laboratorio clínico, de microbiología, de genética, biología molecular, de física, de química, etc.

Hemos podido conocer la importancia del correcto transporte de una muestra, ya que de ello depende que el resultado del análisis de la misma se corresponda con la realidad y pueda ayudar a diagnosticar enfermedades o anomalías.

Hemos podido conocer algunas consideraciones básicas sobre el transporte de muestras que nos van a ayudar al correcto desarrollo de nuestras funciones.

Es importante el conocimiento y la correcta formación del celador respecto al transporte de muestras biológicas.

6 Bibliografía

1. <https://www.sanac.org>
› site PDF Proceso de los laboratorios clínicos - SANAC
2. <https://www.mscbs.gob.es>.
Toma y transporte de muestras para diagnóstico de SARS-CoV-2.
3. <https://www.precintia.com>
› blog › Transporte de muestras biológicas: ¿Cómo garantizar la seguridad? - Precintia.
4. <https://www.deltalab.es>
› productos. Transporte de muestras - Deltalab Products.

Capítulo 109

LA HIGIENE DE MANOS COMO MODO DE EVITAR LOS CONTAGIOS

ANTONIO FERNÁNDEZ ANTUÑA

1 Introducción

Las infecciones asociadas con la atención sanitaria (IAAS) afectan cada año a cientos de millones de pacientes en todo el mundo. Son consecuencia involuntaria no deseada de dicha atención, y a su vez ocasionan una alta morbilidad y mortalidad para los pacientes y sus familias, y una enorme carga económica adicional para el sistema sanitario.

Existen estudios de alta calidad de evidencia en la literatura científica que describen que la frecuencia de IAAS puede ser reducida hasta en un 50% cuando los profesionales sanitarios se lavan las manos regularmente. La realidad es que se lavan las manos menos de la mitad que lo que deberían. Entre las causas de este pobre cumplimiento están: el desconocimiento de este problema, el exceso de trabajo, la escasa disponibilidad de puntos de lavado, la no apariencia (o no conciencia) de manos sucias, irritaciones de la piel producidas por los productos de lavado, etc.

Para evitar las IAAS y garantizar a los pacientes unos cuidados de calidad es necesaria la implicación y participación activa en el cumplimiento de las recomendaciones sobre higiene de manos de todos los profesionales implicados en la atención del paciente (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, celadores, técnicos de servicios y personal en formación), así como todo el personal que de una manera u otra mantiene una relación estrecha, aunque menos directa, con los pacientes (personal de lavandería y plancha, cocina, etc.)

2 Objetivos

Resaltar la importancia de la higiene de manos como modo de evitar los contagios, exponiendo algunas pautas para el lavado y antisepsia de las manos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El lavado social es aquel que se realiza de forma convencional mediante la acción del agua y el jabón neutro, tiene efecto por arrastre y por la acción del jabón. La duración total del procedimiento es de 40-60 segundos y no es eficaz en la eliminación de diversos microorganismos patógenos. La clorhexidina al 4% o la povidona yodada al 7,5% son los productos que se emplean para realizar el lavado de manos con jabón antiséptico. Esta técnica de lavado permite eliminar la suciedad, la materia orgánica, la flora transitoria y parte de la residente de las manos, consiguiendo cierta actividad antimicrobiana residual. La duración es de 40-60 segundos. La antisepsia con solución alcohólica para la desinfección está compuesta por alcohol etílico o isopropílico como agentes desinfectantes, o pueden encontrarse como agentes tensoactivos con acciones humidificantes, emulsionantes, espumantes, emolientes o dermoprotectores. Se recomienda aplicar una dosis de la preparación a base de alcohol, cubrir ambas manos y frotarlas hasta que estén secas. Este procedimiento permite eliminar la flora transitoria y parte de la residente.

Las directrices de cómo realizar la higiene de manos de la OMS pueden dividirse en cómo lavarse las manos o cómo desinfectárselas. El lavado de manos con agua y jabón está indicado cuando están visiblemente sucias, manchadas de sangre u otros fluidos corporales, después de usar el inodoro, cuando se sospecha o se tiene constancia de haber estado expuesto a patógenos que liberan esporas y en particular a brotes de *Clostridium difficile*.

El procedimiento de desinfección comienza frotando las manos con un desinfectante a base de alcohol como medio habitual preferente para desinfectarlas cuando no están visiblemente sucias. Es más rápido, más eficaz y mejor tolerado que lavarlas con agua y jabón.

Indicaciones para el lavado y la antisepsia de las manos:

Lavarse las manos con agua y jabón cuando estén visiblemente sucias o contaminadas, o visiblemente manchadas con sangre u otros líquidos corporales, así como después de ir al baño.

Proceder a la higiene de las manos: antes y después del contacto directo con pacientes, después de quitarse los guantes, antes de manipular un dispositivo invasivo (se usen guantes o no) como parte de la asistencia al paciente, después de entrar en contacto con líquidos o excreciones corporales, mucosas, piel no intacta o vendajes de heridas, al atender al paciente, cuando se pase de un área del cuerpo contaminada a otra limpia, después de entrar en contacto con objetos inanimados (incluso equipo médico)

Lavarse las manos con agua y un jabón simple o antimicrobiano, o frotárselas con una preparación alcohólica antes de manipular medicamentos o preparar alimentos.

No utilizar jabones antimicrobianos cuando ya se haya utilizado una preparación alcohólica para la fricción de las manos.

5 Discusión-Conclusión

Es importante el conocimiento y la correcta formación del personal sanitario respecto a la correcta la técnica de higiene de manos.

Como se ha reflejado a lo largo de este capítulo, es fundamental la implicación y participación de los profesionales sanitarios para evitar las infecciones asociadas con la atención sanitaria, y garantizar de este modo a los pacientes unos cuidados de calidad. Destacamos la importancia conocer la importancia de las infecciones relacionadas con la atención sanitaria, sus principales factores de riesgo y sus mecanismos de transmisión, así como de entender la importancia de la higiene de manos como técnica “clave” para la prevención.

6 Bibliografía

1 Guía de Higiene de Manos para Profesionales Sanitarios. OSAKIDETZA COMISIÓN INOZ 2009

2 Importancia de la higiene de manos en el ámbito sanitario. Alba Simón Melchor, Lucía Simón Melchor, Gema Naranjo Soriano, Rebeca Gil Salvador, Javier Solano Castán, María Luisa Jiménez Sesma

3 Directrices de la OMS sobre higiene de las manos en la atención sanitaria. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

Capítulo 110

TRABAJO EN EQUIPO EN LOS SERVICIOS DEL ÁMBITO HOSPITALARIO

ANTONIO FERNÁNDEZ ANTUÑA

1 Introducción

El trabajo en equipo implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto. El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente. Cada miembro está especializado en un área determinada que afecta al proyecto, y cada uno de ellos es responsable de un cometido y sólo si todos ellos cumplen su función será posible sacar el proyecto adelante.

La colaboración interprofesional se entiende como el trabajo en el que interactúan diferentes profesionales del campo de la salud y ámbito social para conseguir unos cuidados de calidad. Puede entenderse también como trabajo en equipo o práctica colaborativa.

Para poder llevar a cabo el trabajo en equipo es necesario recibir una formación en habilidades personales y comunicación, conocer las funciones de cada profesional junto con sus competencias.

Varios estudios realizados en diferentes unidades de hospitales y centros de salud afirman que el trabajo en equipo entre los trabajadores sanitarios produce beneficios a los pacientes, disminuyendo la estancia hospitalaria y los costes generados y aumentando la seguridad de los procesos y técnicas realizadas.

También contribuye a mejorar la satisfacción de los profesionales, ayuda a manejar el estrés y mejora la comunicación entre ellos. El trabajo en equipo en el hospital suele darse más en unidades específicas como son el área quirúrgica y unidades de cuidados intensivos. Y en cuanto a los centros de atención primaria se han llevado a cabo estrategias que ayudan a mejorar el trabajo en equipo.

2 Objetivos

Definir de forma clara los patrones de relación que han de seguir los miembros de un equipo para que gracias al trabajo conjunto se llegue a alcanzar más fácilmente los objetivos propuestos y, al mismo tiempo, desarrollen un concepto de integración, estimación e implicación en el sistema sanitario.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una de las condiciones de trabajo de tipo psicológico que más influye en los trabajadores de forma positiva es aquella que permite que haya compañerismo y trabajo en equipo en la empresa donde preste sus servicios, porque el trabajo en equipo puede dar muy buenos resultados; ya que normalmente genera el entusiasmo para que el resultado sea satisfactorio en las tareas encomendadas.

Las empresas que fomentan entre los trabajadores un ambiente de armonía obtienen resultados beneficiosos. La empresa en efectividad y los trabajadores en sus relaciones sociales. El compañerismo se logra cuando hay trabajo y amistad.

En los equipos de trabajo se elaboran unas reglas que se deben respetar por todos los miembros del grupo. Son reglas de comportamiento establecidas por los miembros del equipo. Estas reglas proporcionan a cada individuo una base para predecir el comportamiento de los demás y preparar una respuesta apropiada. Incluyen los procedimientos empleados para interactuar con los demás.

La función de las normas en un grupo es regular su situación como unidad organizada, así como las funciones de los miembros individuales. La fuerza que integra al grupo y su cohesión se expresa en la solidaridad y el sentido de pertenencia al grupo que manifiestan sus componentes.

Cuanta más cohesión existe, más probable es que el grupo comparta valores, actitudes y normas de conducta comunes. El trabajar en equipo resulta provechoso no solo para una persona sino para todo el equipo involucrado. El trabajar en equipo nos traerá más satisfacción y nos hará más sociables. También nos enseñará a respetar las ideas de los demás y ayudar a los compañeros si es que necesitan nuestra ayuda.

Trabajar en equipo implica compromiso, no es sólo la estrategia y el procedimiento que la empresa lleva a cabo para alcanzar metas comunes. También es necesario que exista liderazgo, armonía, responsabilidad, creatividad, voluntad, organización y cooperación entre cada uno de los miembros

5 Discusión-Conclusión

Cuando unas personas se reúnen para formar un equipo, cada uno de ellos aporta conocimientos, habilidades, actitudes, valores y motivaciones. El modo en que estas personas se relacionan entre sí influirá decisivamente en la consecución de los resultados esperados. Así es posible que, en algunos casos, los miembros se neutralicen unos a otros. En otros casos, sus esfuerzos se sumarán total o parcialmente. Pero también, existe la posibilidad de que la interacción de los participantes del equipo provoque la obtención de unos resultados que sobrepasen la contribución de cualquier miembro y la suma de todos ellos. Cuando sucede esto el equipo ha logrado lo que se llama sinergia. El resultado del equipo ha superado la suma de las contribuciones individuales.

6 Bibliografía

1. La importancia del trabajo en equipo para los trabajadores de centros sanitarios. Silvia Nikole Arcoiza Pato, Ignacio Pérez García, Francisco José Herrero León y Manuel Díaz del Blanco.
2. Liderazgo y trabajo en equipo. Bitácora Enfermera. 2017.
3. Practica colaborativa entre los profesionales del sistema de salud. Universitat de les Illes Balears. Esther González Requena. 2015.

4. Monografías sobre trabajo en equipo. Guía de Estudio para el Examen de Capacidades Gerenciales. Luis Arturo Rivas Tovar. 2010.

Capítulo 111

ACOSO LABORAL EN EL ÁMBITO SANITARIO. EL MOBBING

ANTONIO FERNÁNDEZ ANTUÑA

1 Introducción

El acoso laboral o también llamado “mobbing” consiste en una serie de conductas que una persona o grupo de personas ejercen contra otra en el lugar de trabajo. Este tipo de conductas suelen hacer referencia al abuso psicológico, a la intimidación o al trauma.

También se podría definir como el proceso mediante el cual una persona o grupo de personas ejercen una violencia psicológica de manera sistemática y de forma prolongada en el tiempo sobre otra persona o personas, en el lugar de trabajo o como consecuencia del mismo, con el fin de perjudicar o deteriorar su estatus profesional, personal o expulsarle de la organización.

El acoso laboral es mucho más que un simple conflicto entre dos personas. Se trata de un fenómeno más complejo que solamente puede ser comprendido a través de un estudio de los factores sociales, individuales y organizacionales. Es probable que afecte a la salud tanto física como psicológica de las víctimas que lo sufren, así como a su desempeño en el trabajo, viéndose disminuida su productividad. En el ámbito de la salud y los cuidados es muy recomendable la preparación de los profesionales, dotándoles de estrategias de afrontamiento del estrés. Estas conductas de intimidación tienen graves consecuencias tanto para los individuos como para la propia institución.

2 Objetivos

- Conocer las causas relacionadas con la aparición del Mobbing.
- Evaluar las consecuencias del fenómeno del Mobbing.

3 Metodología

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

4 Resultados

Existen muchas causas por las que se puede dar el acoso laboral, pero las más frecuentes son los celos y la envidia que sienten los acosadores hacia sus víctimas.

La víctima, por lo general, es envidiada por tener alguna cualidad o rasgo que los hace destacar del resto de personas que trabajan en la empresa.

El acoso psicológico laboral se puede desencadenar cuando la víctima no es parte del grupo que dirige la organización y no permite ser manipulado por otro u otros miembros del grupo.

Hay factores ambientales en las organizaciones que pueden generar conflictos interpersonales, es decir, futuros casos de acoso laboral, igual que factores a nivel individual, que hacen énfasis en el sujeto, como la percepción que tienen los demás, la clase social y la edad, entre otros.

Esta problemática puede traer consecuencias individuales, sociales y organizacionales. En cuanto al entorno social y familiar, se comienzan a presentar tensiones y conflictos, retraimiento de la víctima hacia sus familiares, abandono de sus vínculos sociales (amigos o pareja), estigmatización social, aislamiento social, inadaptación social, entre otras consecuencias.

En el ámbito organizacional, las principales consecuencias son la disminución de la productividad, compromiso y motivación, absentismo por enfermedad, insatisfacción en el trabajo, mayor rotación del personal, ganas de dejar su puesto

de trabajo, costos de producción más elevados y reducción forzada de la jornada laboral.

Además, el mobbing también puede tener consecuencias legales y económicas por parte del victimario; si es comprobada la situación, despido de la empresa, proceso psicológico para los dos y afectación en la hoja de vida para un nuevo empleo. Las consecuencias del acoso laboral, aparte de dificultar el rendimiento laboral pueden ser muy graves ya que el objetivo del acosador es derrumbar psicológicamente a su víctima.

Por consiguiente, el acoso laboral conlleva a un daño psíquico. Provoca a quien lo padece un trastorno funcional de su existencia debido a la alteración del rendimiento, al vincular todas las implicaciones que genera las agresiones.

5 Discusión-Conclusión

El mobbing o acoso laboral causa enormes sufrimientos a las personas que lo padecen y merma la competitividad potencial de las empresas.

El 7,9% de las personas en activo se muestra totalmente de acuerdo con la afirmación de que en su lugar de trabajo el acoso laboral generalizado reduce mucho la eficacia.

Se considera el mobbing como un factor de riesgo psicosocial en el lugar de trabajo, responsabilizando así, ciertas características de la organización que promocionan y facilitan la aparición del fenómeno del hostigamiento psicológico en el mismo.

Los riesgos psicosociales serían responsables de un tercio de los accidentes y enfermedades relacionados con el trabajo y sus consecuentes bajas médicas, sumándose el coste económico que de ello se desprende.

6 Bibliografía

1. El acoso laboral en el ámbito sanitario. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2020.
2. Perspectiva médico legal del mobbing en el ejercicio de la medicina y la enfermería en el ámbito hospitalario. María del Pilar Paciencia Bañares. 2018.

3. ¿Cuáles son las causas y consecuencias del acoso laboral o mobbing? Adriana Ávila Cadavid, Valentina Bernal Toro y Laura Alzate.
4. Violencia contra las mujeres en el trabajo, ¡Hablemos de ello! Violencia contra las mujeres en el trabajo, ¡Hablemos de ello! La repercusión sobre la salud mental de la violencia y el acoso contra las mujeres en el trabajo. Salud Mental Europa (Mental Health Europe, MHE).

Capítulo 112

ACTUACIÓN DEL CELADOR PARA TRASLADAR DOCUMENTOS Y OBJETOS

JOSE CARLOS URBANOS MARTINEZ

1 Introducción

El archivo es el lugar donde quedan almacenadas y ordenadas todas las Historias Clínicas de los pacientes que son atendidos por un centro sanitario.

Las funciones generales del archivo son la conservación de los documentos, acceso a la documentación, sistematización del archivo, información, educación, etc.

Las historias se ordenan según el número que se les asignó cuando se abrieron.

El celador es el responsable del traslado de las Historias Clínicas y documentación complementaria desde la unidad hospitalaria correspondiente al archivo central.

La periodicidad en la recogida de Historias Clínicas por el celador será fijada por el Jefe del Archivo Central de Historias Clínicas.

La información clínica de un paciente puede quedar almacenada de la siguiente manera:

- En un fichero. En él van a quedar archivados únicamente los datos esenciales del enfermo. Este fichero podemos encontrarlo en todas las consultas y salas de un centro sanitario.
- En el archivo de consulta o de planta. En él permanece guardada la Historia. Clínica del enfermo mientras está siendo tratado de su enfermedad. En el caso de que el paciente fuera ingresado dicha ficha pasaría a planta.

Las funciones de los celadores relacionadas con la documentación clínica se traducen en la tramitación o traslado sin tardanza de las comunicaciones verbales, documentos, correspondencia u objetos que le sean confiados por sus superiores, así como el traslado de aparatos o mobiliario de unos servicios a otros.

2 Objetivos

Conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con las actuaciones del celador para el traslado de documentos y objetos.

3 Metodología

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

4 Resultados

El traslado de documentos y objetos debe hacerse con rapidez, diligencia, orden y seguridad, adoptando las medidas adecuadas para que los documentos u objetos confiados lleguen a su destino sin deterioro.

- Tramitación comunicaciones verbales:

Se entiende por comunicación verbal, los mensajes instrucciones o información de cualquier tipo que el celador hace llegar a su destinatario. El celador será discreto y no divulgará el contenido de las comunicaciones verbales.

Los celadores han de transmitir a sus compañeros, superiores, subordinados o público las comunicaciones verbales

3428

(instrucciones, mensajes, información, etc.) que les indiquen sus superiores o profesionales autorizados por delegación de estos.

- Traslado de documentación clínica y documentos:

Se entiende por traslado de documentación sanitaria el envío justificado a su lugar de destino de la documentación clínica que le sea confiada por sus superiores.

Se entiende por documentación clínica el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Se entiende como historia clínica (HC) el conjunto de documentos que contiene datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Circulación de las historias clínicas: la atención correcta a los pacientes precisa que el personal sanitario del centro tenga a su disposición las historias clínicas de los enfermos. Se anotarán todas las entradas y salidas de las historias clínicas y el servicio destinatario o remitente de esta. El objetivo es conocer en todo momento la ubicación del expediente en el hospital y fuera de él. Acabada la asistencia, la historia debe volver al archivo con el fin de tenerla disponible para la próxima recuperación.

El celador se ocupará del traslado de las historias clínicas, no solo en caso de traslado de un paciente para que le sometan a pruebas complementarias sino también del traslado de las HC y documentación complementaria entre el Archivo Central de HC y la unidad hospitalaria peticionaria y viceversa, teniendo que cumplir el orden de prioridades y los horarios establecidos por el jefe del archivo central, a quien le corresponde fijar la periodicidad en la recogida de las historias clínicas.

El celador no entregará las Historias Clínicas a las personas no autorizadas y deberá cooperar en el mantenimiento de la documentación de la que se hace entrega para su transporte y evitar su pérdida accidental. Igual que el resto del personal, el celador atenderá el deber de reserva y sigilo respecto de la información de las

HC y documentación complementaria de los pacientes. El precepto de reserva es inviolable. La no observancia de lo establecido anteriormente será motivo de sanción disciplinaria.

El celador solo deberá acceder a los datos de la HC que le sean imprescindibles para realizar las funciones encomendadas (nombre, habitación, cama, etc.). El celador no está autorizado para facilitar el acceso a una HC, si alguien se lo solicita se indicará los pasos a seguir para solicitarlo.

- Traslado de aparatos o mobiliario de unos servicios a otros:

Para el traslado de los muebles, equipos y material, el celador se personará en la unidad peticionaria una vez recibida la solicitud de traslado y efectuará el porte. Una vez realizado pedirá conformidad del mismo.

También retirará las camas o colchones en mal estado para su restauración o almacenaje, cumpliendo siempre el horario, rutas y prioridades establecidas, evitando en lo posible cualquier tipo de molestias que altere el orden normal o la

actividad de la Institución.

- Transporte de balas de oxígeno:

Es tarea del celador el traslado de las balas de oxígeno y su reposición cuando se agoten, así como tenerlas preparadas para el uso, y se encargará de suministrarla cuando realice el transporte de un paciente en tratamiento con oxigenoterapia.

Una vez recibida la solicitud de recambio de bombonas de oxígeno, el celador se preparará para el inicio del transporte desde el almacén correspondiente hasta la unidad peticionaria. Después recogerá y trasladará las balas de oxígeno vacías al almacén correspondiente.

- Traslado de muestras biológicas:

Cuando ya se han obtenido las muestras que posteriormente hay que analizar, es importante que estas lleguen al laboratorio en condiciones adecuadas, para no alterar los resultados de los análisis.

Los celadores se encargarán de trasladar las muestras a los laboratorios correspondientes y recoger los resultados de las mismas.

Todas las muestras deben llevar adjunta la hoja de solicitud o volante de petición de pruebas prescrito por el médico.

- Distribución de los productos de farmacia:

Diariamente, el celador, distribuye medicamentos y demás productos de farmacia a las unidades del hospital, cumpliendo siempre el horario, rutas, prioridades establecidas y retira las peticiones de farmacia en los servicios del hospital y los hace entrega en farmacia.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal no sanitario que trabaja en un centro hospitalario algunas cuestiones básicas relacionadas con el traslado de documentos y objetos por parte del celador.

Hemos visto que es el archivo y sus funciones generales, así como puede ser almacenada la información clínica de un paciente.

Este traslado debe realizarse de forma rápida, ordenada y segura.

Hemos visto el protocolo de tramitación de comunicaciones verbales, el traslado de documentos y documentación clínica, el traslado de aparatos o mobiliario de un servicio a otro, el transporte de balas de oxígeno, la distribución de productos de farmacia y el traslado de muestras biológicas.

6 Bibliografía

1. <http://www.cgtsanidadlpa.org>

>... PDF Resultados web.

Tema 8: El Traslado de Documentos y Objetos - CGT Sanidad.

2. <https://formacurae.es>

12. El traslado de documentos y objetos. Manejo y traslado de - Formacurae 3-

<https://dioposiciones.com>

> E... PDF las funciones de celador relacionadas con la documentación clínica
-Oposiciones

Capítulo 113

ACTUACIÓN DEL CELADOR EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES CON MATERIALES Y DISPOSITIVOS DE AYUDA

JOSE CARLOS URBANOS MARTINEZ

1 Introducción

Cuando hablamos de movilización nos referimos a las técnicas y habilidades en el manejo de los pacientes a la hora de moverlos de la silla de ruedas a la camilla y/o a la cama.

Los celadores deberán tener conocimientos sobre la movilización, las posiciones anatómicas, los cambios posturales, la mecánica corporal, la higiene postural, etc. De hecho, conocerán la utilización de los diferentes materiales y dispositivos de ayuda en la movilización de pacientes.

La actuación del celador previamente ante el paciente en la movilización será informarle de la actuación a realizar y le pedirá su colaboración en dicha acción, de hecho, al conocer el proceso a realizar, el paciente se sentirá más seguro en el movimiento, hasta favoreciéndolo.

Las habilidades técnicas serán de gran rigor en la figura del celador. Por lo tanto, adoptará todas las posturas correctas para la movilización y el traslado de pacientes, de este modo evitará lesiones corporales futuras.

En el equipo multidisciplinar el celador es una pieza de gran importancia, en el acomodo de pacientes, dado que es el encargado de movilizar tanto a pacientes, como aparatajes y objetos de grandes dimensiones y grandes pesos.

La figura del celador es de gran polivalencia en el medio hospitalario por sus múltiples funciones.

2 Objetivos

Analizar la figura del celador ante la movilización de los pacientes, actuando de forma correcta sobre el manejo de higiene postural y los materiales y dispositivos de ayuda que existen.

3 Metodología

Revisión bibliográfica de diferentes artículos y lectura de diversos manuales de los cuales se han elegido los más apropiados con el tema desarrollar, así como la búsqueda en diferentes buscadores de internet con la palabra clave: movilización, higiene postural, mecánica corporal, posiciones anatómicas, cambios posturales y materiales y dispositivos de ayuda.

4 Resultados

El conjunto de técnicas es la movilización frente a los pacientes que tiene que realizar el celador para moverlos y colocarlos correctamente. Para ello, tiene que realizarlas en colaboración de otro profesional (celador) en pacientes no colaboradores o pesados, y/o con materiales o dispositivos de ayuda.

Estos materiales o dispositivos de ayuda, se utilizarán para hacer más sencilla y segura la movilización, los pacientes estarán seguros y no sufrirán ningún tipo de molestia y el personal hospitalario (celadores) les supondrá menos esfuerzo y más segura la movilización.

Estos materiales y dispositivos de ayuda son los siguientes:

- Sabanas.
- Rolón.
- Transfer.
- Trapecio.
- Discos.
- Escabel o taburete.
- Grúas (existen de 3 tipos: eléctrica, mecánica e hidráulica).

La higiene postural:

Es adoptar una correcta postura tanto en un ejercicio estático como dinámico, es decir, repartir correctamente el peso de un objeto a la hora de moverlo o transportarlo, para minimizar la carga en la columna vertebral.

- Postura correcta: no dolerá la espalda, se cansará menos y aumentará la seguridad en el paciente.
- Postura incorrecta: levantamiento incorrecto con carga excesiva, número escaso de profesionales o realizar tareas en espacios limitados, postura incorrecta y utilización de equipos obsoletos.

En el medio hospitalario el celador es muy propenso a padecer trastornos músculo-esqueléticos (zona dorso lumbar), debido a la mala ergonomía o higiene postural.

La mecánica corporal:

El celador deberá acatar unas normas al realizar el transporte o movilización del peso de un paciente u objeto, es decir, deberá mantener su posición alineada para evitar sufrir lesiones. Por ello es tan importante una buena mecánica corporal, teniendo siempre en mente una buena postura, coordinado movimiento del cuerpo y equilibrio, ya que puede desencadenar no hacer este proceso bien, problema al paciente, también al profesional.

5 Discusión-Conclusión

Tras haber analizado la postura del celador ante la movilización concluimos, en la serie de habilidades y de técnicas que tiene que aplicar el celador en la movilización de pacientes, así como en la mecánica corporal e higiene postural. Si el profesional no aplicara estas técnicas, podría ocasionarle el trabajo un problema, ya que estaría expuesto al riesgo de las lesiones lumbares, perjudiciales para su salud. Es fundamental, que todos los profesionales de la salud sigan unas normas de buena mecánica corporal. El celador es una pieza muy importante en hospitalización, debido a que gracias a ellos se pueden movilizar a los pacientes, para los aseos, sentarse en el sillón, trasladar alguna prueba, etc.

6 Bibliografía

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

Capítulo 114

EL CELADOR Y LAS TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN Y TRANSFERENCIA DE PACIENTES

ALBERTO GARCÍA MUÑOZ

MANUEL GARCÍA MUÑOZ

VERONICA TOMAS GARCIA

JOSE RANGEL SOLANA

1 Introducción

s normal encontrarse frecuentemente con pacientes que tienen menores capacidades físicas o psíquicas, debido a una enfermedad o por su avanzada edad, por lo que necesitan ayuda para llevar a cabo ciertos movimientos, cambiar de postura o de lugar.

Una de las funciones más habituales del celador es la movilización y transferencia de pacientes:

- La movilización es el movimiento que se hace sobre una misma superficie que conlleva cambios de posición o de situación (giros en la cama).
- La movilización puede ser activa o pasiva, la movilización activa es la que puede realizar el paciente por sí mismo, con la supervisión de un profesional sanitario; la movilización pasiva es realizada por el profesional sanitario.
- La transferencia es el movimiento que se efectúa de una superficie a otra o de un plano a otro, supone más riesgo que la movilización, debido a que hay

que cambiar de plano y de superficie de apoyo; se debe de prestar atención a la seguridad, tanto del paciente como del trabajador.

Hay varios materiales y aparatos que se pueden utilizar para favorecer el trabajo de movilización y transferencia, entre ellos podemos encontrar:

- Grúas y arneses: las grúas pueden ser de 3 tipos (mecánica, hidráulica, o eléctrica), tienen ruedas en la base y se une a un arnés. Se utiliza para movilizar a pacientes sin esfuerzo, con mayor seguridad y menor riesgo de lesiones para el paciente y para el personal que lo mueve.
- Transfer o tabla deslizante: consiste en una plancha rígida forrada con material antideslizante, el cual gira sobre la tela. Sirve para trasladar al paciente desde la cama a la mesa de operaciones o viceversa, mesa de rayos X, etc., evitando movimientos dolorosos para el paciente y realizando un menor esfuerzo físico el personal que lo realiza. Sábanas (entremetida): es una sábana que se dobla por la mitad, se coloca por debajo del paciente encamado desde los hombros hasta los muslos.
- Trapecio de cama: es un accesorio de cama, consiste en un agarre en forma de trapecio que queda suspendido a una altura adecuada, para que nos permita cogernos a él, favoreciendo la movilidad de los pacientes encamados y dándoles más autonomía y seguridad.
- Discos giratorios: el disco giratorio para el suelo suele ser fuerte y ligero, con rotación en ambos sentidos que facilita el giro de las personas cuando están de pie o sentadas, para ayudar en el traslado de la cama a la silla o viceversa.

2 Objetivos

- Exponer e indicar distintas técnicas de movilización y de transferencia de los pacientes.
- Conocer la mecánica corporal y sus principios.

3 Metodología

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

4 Resultados

Una de las funciones del celador es ayudar en la movilización del paciente, cuando sea necesario, entre otras cosas para acomodarlo. Los cambios posturales frecuentes evitan las úlceras por presión. Antes de movilizar al paciente encamado debemos de conocer su estado y saber si puede colaborar.

Hay distintas técnicas de movilización de pacientes, entre todas ellas, vamos a destacar las siguientes:

1. Movilización del paciente encamado hacia la cabecera de la cama:

1.1. Cuando el paciente colabora: es suficiente una persona, que se coloca al lado de la cama, frente a él y a la altura de la cadera; se le pide que flexione sus rodillas, apoyando la planta del pie sobre la superficie de la cama y que se agarre a la cabecera de la cama (si el paciente estuviese en una cama que tuviera un triángulo de balkan o trapecio, se cogería a él). El celador coloca los brazos por debajo de las caderas del paciente, ayudando al enfermo a subir hacia arriba, a la vez que él se impulsa con sus pies y brazos. Hay que tener cuidado que no se golpee en la cabeza contra el cabecero.

1.2. Cuando el paciente no colabora: son necesarias dos personas y hay dos maneras de hacerlo:

- Colocándose una a cada lado de la cama del enfermo, frente a él; apartando la almohada y la ropa superior de la cama. Los celadores colocan los pies separados y las rodillas ligeramente flexionadas, meten un brazo por debajo del hombro del paciente y el otro por debajo del muslo, levantando al paciente con cuidado y colocándolo en la posición adecuada.

- Se sitúan las dos personas al mismo lado de la cama, introduciendo una de ellas un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro brazo por debajo del tórax; mientras que la otra persona coloca los brazos por debajo de los glúteos, levantando simultáneamente al paciente y dejándolo en la posición correcta.

2. Movilización del paciente hacia un lateral de la cama:

2.1. Sin la ayuda de la entremetida: el celador se sitúa en el lado de la cama hacia el que se quiere colocar al enfermo; frenando la cama, apartando la almohada y la ropa que lo tapa. Se coloca un brazo por debajo del cuello del paciente hasta agarrar el hombro más lejano, el otro brazo se pone por debajo de la zona lumbar, tirando con ambos brazos a la vez; una vez desplazada esa parte del cuerpo, colocamos los brazos bajo los glúteos y tiramos simultáneamente para mover la otra parte del cuerpo del paciente. Si el paciente es una persona fuerte tendrán que moverlo entre dos personas.

2.2. Con la ayuda de la entremetida: se lleva a cabo entre dos personas, se dobla la

sábana en su largo a la mitad, se la metemos al paciente por debajo, de manera que llegue desde los hombros hasta los muslos. A continuación se enrolla la sábana por los laterales, se sujeta con fuerza y se mueve al paciente hacia cualquier lado de la cama.

3. Giro del paciente encamado de decúbito supino a decúbito lateral:

El celador se sitúa en el lado de la cama hacia el que se va a girar al enfermo. Lo primero que se hace es comprobar que el paciente no esté cerca del borde de la cama, si estuviera hay que moverlo para el otro lado. Después estiramos el brazo del paciente del lado hacia el que lo queremos girar y el otro brazo se lo doblamos sobre el pecho; a continuación le flexionamos por la rodilla la pierna más alejada. Por último colocamos nuestros pies uno delante del otro, nuestras manos una en el hombro y la otra en la cadera más alejada del paciente y procedemos a girarlo hacia nosotros.

4. Sentar o incorporar a un paciente en la cama:

En la mayoría de los hospitales existen camas articuladas que nos permiten levantar el cabecero para que el paciente quede sentado en la cama, pueden ser mecánicas que elevan con manivela, o eléctricas que lo hacen con mando.

En caso de que la cama no sea articulada, que no suele ser habitual, para sentar al paciente nos ponemos al lado de la cama a la altura de su tórax, metemos un brazo por debajo de los hombros del paciente y el otro por la axila, aguantándolo por detrás de ella, a la altura del omóplato y lo incorporamos.

5. Sentar al paciente en el borde de la cama:

Se pone al paciente en la cama en posición de Fowler, el celador se sitúa al lado de la cama y con el brazo más cercano a la cabecera rodea los hombros del enfermo, el otro brazo en la cadera del enfermo que le queda más alejada.

En un solo movimiento se deben elevar sus hombros y girar su cuerpo, moviendo con nuestro brazo sus piernas y rodillas hasta colocarlo sentado en la cama con las piernas colgando.

6. Transferencia del paciente de la cama a la silla de ruedas:

6.1. Cuando el enfermo colabora: es suficiente la ayuda de un celador.

Se coloca la silla de ruedas frenada junto a la cama y paralela a ella, con el respaldo en los pies de la cama y los soportes de los pies levantados. Se sienta al paciente en el borde de la cama y se le pone la bata y las zapatillas; el celador se sitúa frente al paciente y le pide que coloque sus manos en sus hombros, al mismo tiempo el celador lo sujeta por la cintura y le ayuda a ponerse de pie; deben girar los dos hasta que el paciente se coloca de espaldas a la silla y le ayuda a sentarse, le colocamos los pies en los soportes y lo tapamos con una manta.

6.2. Cuando el enfermo no colabora: son necesarias dos personas. Se debe de

colocar la silla igual que en el apartado anterior y una vez que tenemos al paciente sentado en el borde de la cama, con la bata y las zapatillas puestas, se coloca un celador a cada lado del paciente, pasando los dos un brazo por debajo de la axila del paciente y el otro por debajo del muslo; levantan al paciente, lo colocan en la silla y lo tapan con una manta.

7. Transferencia del paciente de plano a plano:

Puede ser de cama a camilla, de cama a cama, de cama a mesa quirúrgica, de camilla a mesa de rayos X, etc.

7.1. Si el paciente colabora: puede ser suficiente una persona. Se colocan los dos planos paralelos y frenados, a la misma altura siempre que sea posible.

El celador se coloca del lado hacia el que se va a mover al paciente, ayudándole a realizar el cambio de plano.

7.2. Cuando el paciente no colabora:

- Con dos personas: Se colocan los dos planos paralelos y frenados, a la misma altura siempre que sea posible.

Se sitúa una persona a cada lado del plano y cogen la sábana lo más cerca que pueden del paciente. Los dos al mismo tiempo desplazan al paciente.

- Con tres personas (movilización en bloque): los planos se colocan perpendiculares en ángulo recto, de forma que el cabecero de uno se coloca en el piecero del otro, ambos frenados.

Los celadores se sitúan del lado por el que se va a realizar el movimiento, doblan las rodillas e introducen sus brazos por debajo del paciente de la siguiente manera: el primero un brazo bajo la nuca y los hombros y el otro en la zona lumbar; el segundo, un brazo por debajo de la zona lumbar y el otro por debajo de las caderas; el tercero, uno por debajo de las caderas y el otro por debajo de las piernas.

Una vez colocados levantan al paciente, manteniendo los brazos pegados al cuerpo, una vez levantado, avanzan hacia el plano hacia el que se quiere colocar, doblan las rodillas y apoyan los brazos despacio, dejando al paciente en el nuevo plano.

La mecánica corporal es muy importante tanto para pacientes como para trabajadores, ya que podemos prevenir lesiones. La mecánica corporal consta de 3 componentes:

1. La postura: consiste en tener el cuerpo bien alineado y en equilibrio.
2. El equilibrio: se alcanza cuando nuestro cuerpo está estable.
3. El movimiento coordinado del cuerpo: quiere decir que funcionan sincronizados el sistema muscular, el sistema nervioso y la movilidad articular.

Existen una serie de principios en la mecánica corporal:

- Intentar mantener la espalda recta.
- Buscar el equilibrio de nuestro cuerpo, manteniendo los pies separados a una distancia aproximada de 50 cm.
- Sujetar con fuerza el objeto y aguantar la carga lo más cerca que se pueda del cuerpo.
- Levantar los objetos flexionando las piernas, doblar la cadera y las rodillas, no la cintura; deslizar o empujar mejor que levantar.
- No levantar una carga pesada por encima de la cintura en un solo movimiento y evitar girar el tronco del cuerpo mientras se aguenta la carga.
- Utilizar calzado adecuado, pedir ayuda cuando se considere necesario, tanto de personas como de medios técnicos, como el uso de grúas.
- De manera orientativa, manejar una carga entre 2 personas cuando el objeto sea largo y difícil de trasladar, de forma estable por una persona, y cuando el peso del objeto a levantar sea superior a 25 kg.

5 Discusión-Conclusión

Siempre que podamos es mejor usar medios mecánicos, los cuales escogeremos en función del estado y de las características del paciente, en casos necesarios colocar elementos de seguridad y apoyo. Antes de empezar debemos observar el lugar de trabajo, apartando todo lo que pueda estorbar, hablar con el paciente a movilizar para explicarle lo que vamos a hacer, conocer su estado y saber si puede colaborar en la movilización.

Es importante mover al paciente de forma gradual, con suavidad y sin lastimarlo. Adoptar una postura correcta en la movilización y traslado de pacientes será beneficioso para nuestra espalda y para la seguridad del paciente.

6 Bibliografía

1. <https://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-10-movilizacion-delpaciente.html>.
2. [https://fisiostar.com/celador/dispositivos-y-materiales-para-ayudar-en-la-movilización-de-pacientes](https://fisiostar.com/celador/dispositivos-y-materiales-para-ayudar-en-la-movilizacion-de-pacientes).
3. <https://blog.opositatest.com/la-movilizacion-de-pacientes-principios-generales-mecánica-corporal/>.
4. <http://www.auxiliar-enfermeria.com/movilizaciones.htm>

Capítulo 115

EL CELADOR EN ZONA DE QUIRÓFANOS

ALBERTO GARCÍA MUÑOZ

MANUEL GARCÍA MUÑOZ

VERONICA TOMAS GARCIA

JOSE RANGEL SOLANA

1 Introducción

Según el diccionario de la Real Academia Española, el significado de celador es:

1. Que cela o vigila.

2. Persona destinada por la autoridad para ejercer la vigilancia.

El celador es un componente más del equipo que trabaja en un quirófano. En el quirófano el celador cumple una función complementaria y de ayuda al personal sanitario como: enfermeros, anestesistas, cirujanos, etc. Además de estas, también realizan funciones similares a las que les corresponden a otro tipo de celadores.

El quirófano es la sala donde se realizan operaciones quirúrgicas; los hospitales disponen de varios quirófanos, cada uno de ellos está diseñado para un tipo específico de cirugía, es lo que llamamos bloque quirúrgico o área quirúrgica; debe estar ubicado lo más cerca posible de la unidad de vigilancia intensiva o de cuidados críticos.

El celador se encarga de llevar a los pacientes de su habitación al preoperatorio, hasta llegar al quirófano, cuando finaliza la operación lo tiene que llevar a rean-

imación para después devolverlo a su habitación, a la vez que lleva la historia clínica y documentación del paciente. La documentación del paciente la recoge en planta de la mano de enfermería y se dirigirá acompañado del paciente en camilla al quirófano.

Son funciones del celador:

- Trasladar a los pacientes desde la unidad donde se encuentran hasta el quirófano, sala de reanimación y viceversa.
- Movilizar e inmovilizar correctamente al paciente sin causarle ningún tipo de lesión o agravarle las que padezca.
- Colocar al paciente en la posición correcta a la hora de ser intervenido quirúrgicamente.

2 Objetivos

- Explicar las funciones del celador en la unidad de quirófano.
- Explicar e indicar el procedimiento del rasurado de pacientes a operar.

3 Metodología

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

4 Resultados

1. En los quirófanos auxiliarán en todas aquellas labores propias del Celador destinado en estos servicios, así como en las que les sean ordenadas por los médicos, supervisoras o enfermeras.
2. Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad donde se encuentren hasta el quirófano, sala de reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe su historia clínica, entregada al celador por la enfermera de la unidad de procedencia.
3. Ayudarán al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones -a la enfermera circulante, que es la encargada del paciente-.
4. Colaboran con el anestesista en posicionar al enfermo en la posición adecuada.

Primero se coloca al paciente para ser anestesiado, y cuando el anestesta indque, se procederá a la colocación adecuada para la cirugía del paciente.

5. Ayudarán a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran, siempre que el médico, supervisora o enfermera encargada lo solicite.

6. Trasladarán los aparatos o mobiliario precisos para la intervención. Moverán dentro del quirófano el aparato de RX, ecógrafo, arco de anestesia, torre de laparoscopia, etc.

7. Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el ante quirófano por si precisaran de sus servicios.

8. Transportarán documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención, al laboratorio, al banco de sangre (concentrado de hematíes y plaquetas), al servicio de anatomía patológica (biopsias), etc.

9. Al igual que en todas las unidades de la Institución Sanitaria, el celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia.

10. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

11. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontrarán en la limpieza y conservación del edificio y material.

12. Trasladarán al mortuario a los pacientes fallecidos durante la intervención.

En caso de amputación de algún miembro al paciente, el celador transportará dicho miembro al mortuario, siempre con la autorización del cirujano.

13. En el traslado del paciente del quirófano a la sala de reanimación, este irá con la cabeza lateralizada para evitar que los vómitos le ahoguen si no está despierto, los brazos y los codos irán por encima del cuerpo, nunca deben sobresalir de la cama, la cama la deslizará con suavidad.

14. También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

15. Una de las funciones específicas del celador es la de rasurar: en caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento, rasurarán a los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas en aquellas zonas de su cuerpo que lo requieran.

Rasurado:

Protocolo de actuación:

1. Colocación de guantes.

2. Se limita la zona a rasurar, que comprende el espacio donde se va a producir la incisión y la zona adyacente.

3. Se prepara todo el material necesario.

4. Se coloca al paciente en la posición adecuada.
5. Explicar al paciente lo que se le va a hacer.
6. Evitar rasurar sobre lunares, verrugas o cualquier otra irregularidad de la piel, en caso de que la zona a rasurar tuviera algún tipo de herida, será la enfermera quien deba realizar el rasurado al paciente.
7. En intervenciones de neurocirugía, será preciso cortar el pelo con unas tijeras antes de proceder al rasurado.
8. El rasurado debe realizarse en el sentido del crecimiento del vello, y siempre de zona limpia a zona sucia.
9. Se elimina el vello rasurado con un esparadrapo o apósito adhesivo.
10. Lavarse las manos antes y después del rasurado.

Material necesario a para el rasurado:

- Guantes desechables.
- Batea.
- Jabón.
- Esponja – esponja jabonosa.
- Maquinilla desechable (una maquinilla para un solo paciente).
- Toallas.
- Esparadrapo.
- Tijeras.

5 Discusión-Conclusión

El celador es un eslabón más dentro del sistema hospitalario, pero es una de las personas más importantes e imprescindibles en el equipo de profesionales que atiende a los usuarios en los centros sanitarios.

El celador tiene que conocer correctamente la técnica y manera de actuar en la movilización e inmovilización del paciente de la camilla a la mesa de operaciones así como la colocación del mismo para evitar posibles lesiones así como evitar el agravamiento de las diferentes patologías que pueda padecer. Además, debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica relacionadas con la higiene o asepsia.

6 Bibliografía

1. [https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-celador-en-quiroyfano#:text=Pero%2C%20%C2%BFqu%C3%A9%20hace%20un%20celador%20en%](https://www.euroinnova.edu.es/que-hace-un-celador-en-quiroyfano#:text=Pero%2C%20%C2%BFqu%C3%A9%20hace%20un%20celador%20en%20)

20quir%C3%B3fano%3F&text=Trasladar%20a%20los%20pacientes%20hasta,
colocarlo%20en%20la%20posici%C3%B3n%20adecuada.

2. <http://celadoresonline.blogspot.com/p/tema-14.html>

Capítulo 116

EL CELADOR Y LA CLASIFICACION-TRIAJE DE URGENCIAS

ALBERTO GARCÍA MUÑOZ

MANUEL GARCÍA MUÑOZ

VERONICA TOMAS GARCIA

JOSE RANGEL SOLANA

1 Introducción

Hay que distinguir lo que es una urgencia y una emergencia a la hora de reconocer a las personas que acuden instando el servicio de asistencia médica urgente, motivada por diversas causas:

- Emergencia es una circunstancia crítica que implica un peligro vital para el paciente y requiere atención inmediata y urgencia es una situación que implica un riesgo para el paciente cuya atención no se debe dilatar más de 24-48 horas.
- Según la OMS la urgencia es “la aparición casual en cualquier lugar o actividad de un problema (imprevisto o inesperado), de causa diversa y gravedad inestable, que genera el conocimiento de una necesidad apremiante de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. También la detalla como toda aquella patología cuya evolución es lenta y no precisamente mortal, pero cuya atención no debe retrasarse más de 6 horas.

El servicio de urgencias desempeña todos los días del año las 24 horas del día en atención especializada y en atención primaria. Cuando el enfermo llega al servicio de urgencias del hospital y después de la recogida de datos del paciente en el servicio de admisión de urgencias, será estimado por el personal médico o de enfermería estimando la gravedad de la patología del paciente estableciendo al enfermo un lugar de atención y un nivel de prioridad, lo que se denomina triaje. El servicio de urgencias está diseñado dependiendo del nivel de atención asistencial de cada hospital, adoptando los espacios de recepción, acceso y clasificación de los usuarios, debe estar bien comunicado con la unidad de cuidados intensivos, quirófano, con los laboratorios, etc. Se definirá claramente la zona no asistencial y la zona asistencial.

2 Objetivos

Puntualizar las tareas del celador en el Servicio de Urgencias tanto en el centro de salud como en el hospital para conocer el trabajo que realizan los celadores, además de presentar las características del servicio, así como las formas de acceso y la estructura de esta área.

3 Metodología

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

4 Resultados

El Servicio de Urgencias es un área que forma parte del hospital y del centro de salud, ubicado próximo a la puerta de acceso de los mismos, puede ser un anexo al hospital teniendo su propia entrada fácilmente diferenciada del resto de áreas del hospital, facilitando la llegada de pacientes que precisan atención inmediata. El Servicio de Urgencias es un espacio que forma parte del hospital y del centro de salud, emplazado próximo a la puerta de acceso de los mismos puede ser un anexo del hospital teniendo su oportuna entrada fácilmente distinguida del resto

de áreas del hospital, agilizando la llegada de pacientes que precisan de atención inmediata.

El servicio de Urgencias de cada hospital, sigue una distribución basada en la funcionalidad y la operatividad. No desconozcamos que uno de los lugares por donde el paciente acostumbra a ingresar, es el servicio de urgencias, debiendo para ello tener una organización adaptada y funcional, con unas zonas definidas y delimitadas para una correcta aplicación y que no se produzcan retrasos en la atención al enfermo o una desorganización en cuanto a la atención del mismo.

Ya dentro del servicio, están unos boxes específicos para una atención puntualizada, entre ellos: quirofanillo, (lugar de cirugía menor, sutura y limpieza de heridas) sala de yesos (colocación de vendajes y yesos) Box vital o de RCP (box acondicionado para reanimaciones, y cuidados vitales de urgencia extrema).

Triage es el protocolo de recepción, acogida y clasificación de los usuarios que acuden al servicio de urgencias. El celador saldrá siempre a recibir a los pacientes, ya asistan en ambulancia o en vehículos particulares.

El celador destinará y orientará al enfermo al servicio de admisión, siempre que la situación lo admita, o directamente lo llevará a la zona de triaje, mientras que un miembro de la familia proporciona los datos administrativos, trasladaran a los pacientes en silla de ruedas, cama, camilla o por su propio pie. Avisarán al personal sanitario cuando sea preciso. Mantendrán las entradas de urgencias provistas de sillas de ruedas y camillas.

Guardarán que los familiares y visitantes no merodeen por los pasillos y dependencias del servicio de urgencias, más de lo necesario para llegar al lugar donde restringidamente se destinan, guiándolos hasta el lugar si fuese preciso. Anunciarán siempre a los familiares de los pacientes que se localizan en la sala de espera cuando se efectúe un traslado del enfermo, ya sea para la realización de pruebas fuera del servicio de urgencias como cuando se formalice el ingreso en una planta hospitalaria.

Se abstendrán de hacer observaciones con los familiares de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén efectuando a los mismos, no informarán sobre pronósticos de la enfermedad del paciente, debiendo siempre orientar las consultas al médico encargado de la asistencia del enfermo.

En el antiguo estatuto de Personal No sanitario, se establecía que los celadores “tendrán a su cargo el traslado de enfermos, tanto dentro de la institución como en el servicio de ambulancias”. Este punto comprende también el hecho de pasar al paciente desde la camilla del hospital hasta la camilla de la ambulancia (esta maniobra se ha de realizar simultáneamente entre varios profesionales): se colocan las camillas juntas, se sujeta la sábana sobre la que descansa el paciente por

varios puntos y todos a la vez alzan la sábana pasando al enfermo hacia la otra camilla.

5 Discusión-Conclusión

El celador es la primera persona que recepta a los pacientes y su aptitud y predisposición es elemental para los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En el servicio de urgencias es muy importante el trabajo de los celadores, ya que realiza tareas diversas y de apoyo al resto de personal sanitario, para así conseguir que la atención a los pacientes y sus familiares sea de calidad y la actividad se desenvuelva en el servicio de forma adecuada.

En esta pandemia ha sido muy complicada esta labor por parte del celador, pues al ser el profesional en recibir al paciente se hacía difícil.

6 Bibliografía

1. <http://www.celadoresonline.blogspot.com/> Actuación del celador en el Servicio de Urgencias.
2. Jiménez, M. R. O., Velencoso, G. J., López, M. D. R., García, M. V. R., Paños.
3. M. R. T., López, E. G., & Berbegal, J. P. Organización y funcionamiento del sistema de triaje y circuitos asistenciales del servicio de urgencias del Chua.
4. Suárez, L. V., Castellano, C. H., & Montesdeoca, O. D. (2019). Triaje, historia y perspectiva actual. *Egle*, 6(13), 39-52.
- Déniz Montesdeoca, O., Verona Suárez, L., & Hernández-Castellano, C. J. (2019). Triaje en Atención Primaria ¿Mito o realidad?.

Capítulo 117

TÉCNICA CORRECTA DEL LAVADO DE MANOS

MONICA CONEJO ALMENDRO

JOSE IGNACIO DEL HOYO MORENO

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica las técnicas de Higiene de manos para que se tome conciencia de lo importante que es prevenir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Una mala higiene de manos, ocasiona fácilmente la transmisión de infecciones.

¿Qué es necesario?

- Agua y jabón antiséptico.
- Toallitas de papel desechable.
- Solución hidroalcohólica.

Hay dos formas de hacer una buena higiene de manos. Una frotando las manos con hidroalcohol y la otra lavado de manos con agua y jabón antiséptico.

Una higiene de manos óptima y efectiva es una fricción de manos con una base de solución hidroalcohólica que se usa para la antisepsia de forma rutinaria de manos. Ventajas:

- Elimina los virus y gérmenes.
- Se necesita de 20 a 30 segundos solo.
- Está el producto disponible en cualquier lugar de atención al paciente ya que es la zona de mayor tránsito y con más probabilidad de coger gérmenes.
- Se suele tolerar bien en la piel.
- No necesita toalla, jabón, agua ni lavabo.

Los microbios se propagan de una persona a otra por lo que el lavarse las manos, puede mantener sana a la persona y prevenirla de infecciones respiratorias y diarreas. La propagación de microbios se hace si se toca la boca, la nariz y los ojos sin lavar las manos, al consumir o preparar alimentos con las manos sin lavar, al tocar una superficie o un objeto que está contaminado, etc.

2 Objetivos

Describir los procedimientos para realizar una adecuada desinfección y lavado de manos.

3 Metodología

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros así como en el buscador Google Académico, introduciendo los términos de búsqueda combinados con filtros como: “higiene de manos”, “lavado de manos”. También se han consultado en la Organización Mundial de la Salud.

4 Resultados

- Desinfección de manos:

El procedimiento completo:

1. Duración de 20 a 30 segundos.
2. Se depositará en la palma una suficiente dosis de producto para cubrir toda la superficie.
3. Frotamiento entre sí las palmas de las manos.
4. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la izquierda y entrelazar los dedos y viceversa.
5. Frotamiento de las palmas con los dedos entrelazados entre sí.
6. Frotar el dorso de los dedos (agarrados) de una mano con la palma de la opuesta.
7. Frotar con movimiento de rotación el dedo pulgar izquierdo, y con la palma de la mano derecha agarrarlo y viceversa.
8. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la izquierda en movimiento rotatorio y viceversa.
9. Secar las dos manos.
10. Ya están con seguridad limpias.

Lavado de manos:

1. Mojar las manos con agua.
2. Cubrir toda la superficie de la palma de la mano con jabón.
3. Frotamiento entre sí de las palmas.
4. Con la palma de la mano derecha, frotar el dorso de la izquierda con los dedos entrelazados y viceversa.
5. Frotamiento de las palmas de la mano entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Agarrando los dedos, frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la otra.
7. Haciendo un movimiento de rotación, frotar la punta de los dedos de la derecha contra la palma de la izquierda.
8. Enjuagar muy bien la manos.
9. Secar las manos con toallas desechables.
10. Coger una toallita para cerrar el grifo.
11. Ya hay seguridad que las manos están bien lavadas.

5 Discusión-Conclusión

Las enfermedades respiratorias se transmiten por las microgotas que expulsamos cuando tosemos, hablamos, estornudamos, etc., y los virus pueden sobrevivir horas o incluso días y con un gesto tan fácil como es lavarse bien las manos con agua o jabón o un desinfectante de manos a base de alcohol puede ayudar a prevenir y controlar la propagación del virus y otras enfermedades.

Es de vital importancia tener una buena higiene de manos y saber cómo hacer para prevenir la propagación de enfermedades contagiosas y es llevando una buena y correcta educación sobre el lavado de manos, donde reportará grandes beneficios al resto de personas.

6 Bibliografía

1. Manual del Celador de Instituciones Sanitarias. MAD https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_medica/medicina_preventiva/poe_higiene_manos_v2_1.pdf

Capítulo 118

LAS DIFERENTES TECNICAS RADIOGRÁFICAS PARA DIAGNÓSTICAR LA PANCREATITIS CRÓNICA

ALEJANDRO DE LA PUENTE GREGORIO

SILVIA MERINO PELÁEZ

ALBERTO ROSSELL GARCIA

LAURA CABRERA OVIES

1 Introducción

La pancreatitis crónica (PC) se define como una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por producir cambios morfológicos irreversibles en la glándula, consistentes en la destrucción del tejido sano y aparición de tejido fibroso y cicatricial.

La principal causa de PC es el consumo excesivo de alcohol. La obstrucción post-traumática debido a estenosis ductales, pseudoquistes o cambios estructurales en el conducto pancreático también han sido propuestos como posibles etiologías. Entre el 30 y 40 % de los pacientes con PC subyacente no se encuentra causa aparente.

La pérdida gradual se va perdiendo de una manera paulatina las funciones metabólicas que llegan a producir alteraciones clínicas como esteatorrea, dolor

abdominal y diabetes. Suele aparecer el dolor abdominal como principal causa clínica, llevando a un manejo difícil de estos pacientes, en la mayoría de los casos conllevan tratamientos con narcóticos. esta enfermedad puede llevar a la adicción de narcóticos llegando a ser un problema social.

Brotos de pancreatitis aguda, pseudoquistes o masas inflamatorias forma parte de la enfermedad. También podemos tener una serie de complicaciones; la estenosis de vía biliar, duodeno o colon; la trombosis venosa (esplénica, mesentérica-portal); los pseudoaneurismas; las fístulas internas o externas; la ascitis, el cáncer de páncreas.

Por todo ello se requiere de pruebas diagnósticas capaces de detectarla, en la actualidad no hay ninguna prueba radiológica que nos dé un diagnóstico seguro, empeorando en las fases precoces.

2 Objetivos

Intentaremos ver todas las técnicas diagnósticas que tenemos a nuestra disposición para el poder ver los patrones radiográficos de la pancreatitis crónica.

3 Metodología

Hablaremos de las distintas técnicas en radiología para estudiar y diagnosticar la pancreatitis crónica, evaluando los inconvenientes y las ventajas que tenemos a nuestra disposición en el servicio de radiología, aunque ninguna de las técnicas sea muy eficaz para su detección.

4 Resultados

- Tomografía computerizada (TC):

Es muy buen estudio para la morfología del páncreas. Los descubrimientos en los TC de la pancreatitis crónica suelen ser: presencia de calcificaciones, atrofia y dilatación de la vía pancreática.

La dilatación del conducto pancreático es el hallazgo más frecuentemente encontrado, el problema es que no es específico de la PC sino que también puede asociarse a tumores pancreáticos, colangiocarcinomas y muchas otras complicaciones referidas al páncreas. Otro hallazgo es la atrofia pero tampoco es muy específico y sensible, se puede ver en ancianos con mucha frecuencia.

Algo más específico pero que se visualiza con poca frecuencia son las calcificaciones intraductales. Los cambios anatómicos suelen presentarse en los últimos estudios de la enfermedad, pudiendo aparecer en la mayoría de los casos insuficiencia exocrina severa con una imagen en el TC normal.

El TC es una buena herramienta para el seguimiento de las complicaciones que se refieren de la PC, aunque para los estudios iniciales no es muy útil.

- Ecografía abdominal:

Es la técnica de elección en este tipo de enfermedades, el problema que esta muy limitada por varios factores factores (hábitos del paciente, gas intestinal). Detecta signos clásicos y de gran ayuda para valoraciones posteriores y complicaciones asociadas, muy parecido al TC.

Resonancia magnética (RM), Colangiopancreatografía RM (CPRM) y CPRM tras inyección de secretina (CPRMs).

Se esta convirtiendo en la prueba de elección para el diagnóstico y evolución de la PC, debido a su alta sensibilidad mucho mayor que la del TC, llegando a mostrar hallazgos donde el TC no.

La CPRM valora el conducto pancreático de una manera similar a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) siendo una modalidad de imagen no invasiva. Permite una magnífica visualización del conducto pancreático principal siendo menos precisa en la valoración de los conductos secundarios. Muy buena para hallar los cambios precoces de la PC, por una pérdida de señal en las secuencias T1 con supresión grasa y tras la administración de contraste el realce es heterogéneo, disminuye el realce en la fase arterial y progresivo en las fases tardías. Estas alteraciones pueden ser debidas a cambios morfológicos que van a suceder, debido a una mala vascularización de la glándula, inflamación crónica y fibrosis.

Otra técnica es consiste en administrar secretina estimulando la secreción de fluidos por parte del sistema ductal y durante 5 min mas o menos también conseguimos aumentar el tono del esfínter de Oddi, complicando a la papila de Vater su secreción, valorando posibles estenosis en el conducto principal y pudiendo valorar los conductos secundarios. También nos es muy útil para la cuantificación del relleno y distensión duodenal.

Uno de la problemas de la Rm es que no es muy precisa para visualización de las calcificaciones intraductales, se visualizan mucho mejor en el TC. las litiasis intraductales se observan como vacíos de señal envueltos por secreción pancreática hipertensa dentro de los conductos.

La RM es muy precisa en la valoración de la PC(obstructiva vs no obstructiva), muy buena para la evaluación de complicaciones de la PC.

5 Discusión-Conclusión

Para el diagnóstico de la pancreatitis crónica por medio de imágenes radiológicas es muy complicado, más en estadios precoces. Son muy útiles para el seguimiento, evolución y búsqueda de hallazgos clásicos y la detección del carcinoma pancreático.

Esta demostrando que ninguna de las técnicas que hemos evaluado sea la mejor para su diagnóstico, pero sí que son una buena herramienta como prueba complementaria de pruebas clínicas para el hallazgo precoz y su seguimiento.

La mayoría de los pacientes con pancreatitis crónica se les controla periódicamente para reevaluar su tratamiento, se puede llegar a proponer estudios funcionales para un tratamiento quirúrgico.

6 Bibliografía

1. Conwell D, Lee L, Yadav D, Longnecker D, Miller F, Mortele K et al. American Pancreatic Association Practice Guidelines in Chronic Pancreatitis. *Pancreas*. 2014;43(8):1143-1162.
2. Duggan SN, Ní Chonchubhair HM, Lawal O, O'Connor DB, Conlon KC. Chronic pancreatitis: A diagnostic dilemma. *World J Gastroenterol* 2016;22(7):2304-2313.
3. Siddiqi A, Miller F. Chronic Pancreatitis: Ultrasound, Computed Tomography, and Magnetic Resonance Imaging Features. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. 2007;28(5):384-394.
4. Schreyer A, Jung M, Riemann J, Niessen C, Pregler B, Grenacher L et al. S3 Guideline for Chronic Pancreatitis Diagnosis, Classification and Therapy for the Radiologist. *RöFo - Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren*. 2014;186(11):1002-1008.
5. Sato T, Ito K, Tamada T, Sone T, Noda Y, Higaki A et al. Age-related changes in normal adult pancreas: MR imaging evaluation. *European Journal of Radiology*. 2012;81(9):2093-2098.

6. Shanbhogue A, Fasih N, Surabhi V, Doherty G, Shanbhogue D, Sethi S. A Clinical and Radiologic Review of Uncommon Types and Causes of Pancreatitis1. *RadioGraphics*. 2009;29(4):1003-1026.
7. Blasbalg R, Baroni R, Costa D, Machado M. MRI Features of Groove Pancreatitis. *American Journal of Roentgenology*. 2007;189(1):73-80.
8. Fukukura Y, Fujiyoshi F, Sasaki M, Nakajo M. Pancreatic Duct: Morphologic Evaluation with MR Cholangiopancreatography after Secretin Stimulation1. *Radiology*. 2002;222(3):674-680.
9. Türkvatan A, Erden A, Türkoglu M, Yener Ö. Congenital Variants and Anomalies of the Pancreas and Pancreatic Duct: Imaging by Magnetic Resonance Cholangiopancreaticography and Multidetector Computed Tomography. *Korean J Radiol*. 2013;14(6):905.