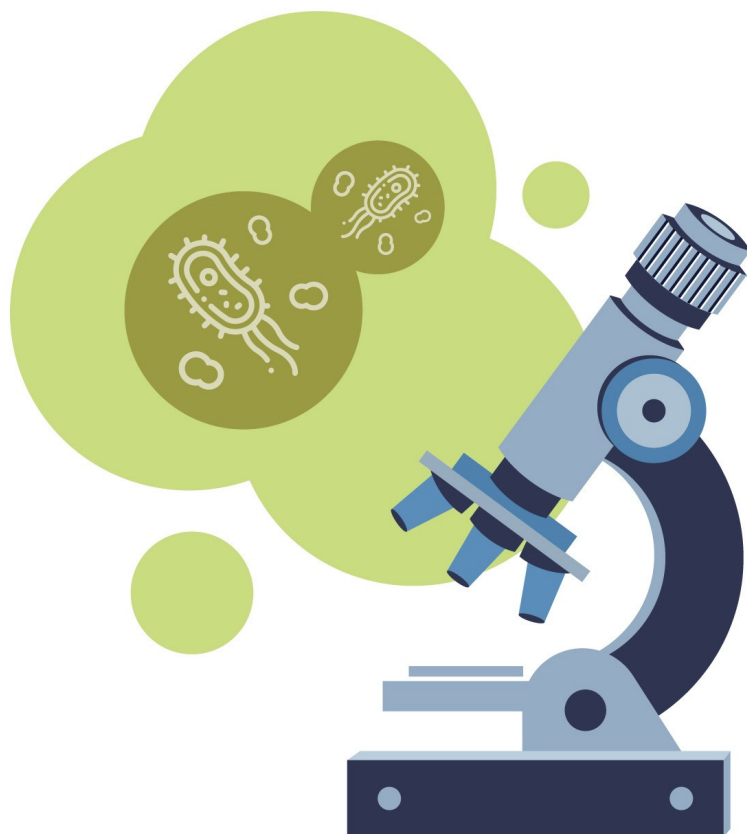


Investigación Básica y Experimental.
Casos de Cuidados y otros Trabajos Científicos

XXVIII LECCIONES EN INVESTIGACIÓN SANITARIA



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXVIII Lecciones en Investigación Sanitaria.



ciencia
sanitaria



SOCIFOSA
sociedad científica
española de
formación sanitaria

XXVIII Lecciones en Investigación Sanitaria.

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: 978-84-18472-28-2

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

Producción editorial e impresión: Ciencia Sanitaria.

Índice

1	ACTUALIZACIÓN EN EL PACIENTE CON ASCITIS QUE PRECISA DE PARACENTESIS EVACUADORA. ABORDAJE PARA ENFERMERÍA NAZARET MENA HORTELANO, JUANA MARTINEZ AMORES, NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA Y MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO	3
2	MANEJO DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA PARA ENFERMERÍA NAZARET MENA HORTELANO, JUANA MARTINEZ AMORES, NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA Y MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO	9
3	LA ICTERICIA EN EL NEONATO. TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA NAZARET MENA HORTELANO, JUANA MARTINEZ AMORES, NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ, MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA Y MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO	15
4	INGRESO INVOLUNTARIO EN PACIENTES DE ALZHEIMER NATALIA NAVARRO ZAFRA, DANIEL HERRAIZ VALLADOLID Y ANA VALLADOLID VINDEL	19
5	NARCOLEPSIA EN LA INFANCIA ANA VALLADOLID VINDEL, NATALIA NAVARRO ZAFRA Y DANIEL HERRAIZ VALLADOLID	27
6	ENFERMERÍA: MALIGNIZACIÓN DE LA LEUCOPLASIA VERRUCOSA PROLIFERATIVA ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN	31

7	ENFERMERÍA: ESQUIZOFRENIA, SE PUEDE LLEVAR UNA VIDA NORMAL	
	ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN	35
8	URINOCULTIVO PARA ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO	
	ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN	41
9	ENFERMERIA: EL SONDAJE VESICAL EN EL DOMICILIO	
	ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ, DANIEL MORA MAROTO, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ Y M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ	45
10	ENFERMERIA : LA AGONIA DEL PACIENTE TERMINAL	
	ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ, DANIEL MORA MAROTO, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ Y M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ	49
11	ENFERMERÍA EN PACIENTE COVID-19 CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO	
	ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ, DANIEL MORA MAROTO, BEATRIZ CASADO PAULINO, MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ Y M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ	53
12	CÓMO MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE	
	MARTA RODRÍGUEZ DÍAZ	57
13	ABSCESO PERIANAL, PRESENTACION DE UN CASO	
	LORENA PICAZO DEL CANTO, EVA RODRIGUEZ MIGUENS, CLARA GARCIA PERUYERO, ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA Y SUSANA GONZALEZ BLANCO	61
14	APENDICITIS AGUDA, ABORDAJE DE UN CASO	
	LORENA PICAZO DEL CANTO, EVA RODRIGUEZ MIGUENS, CLARA GARCIA PERUYERO, ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA Y SUSANA GONZALEZ BLANCO	65
15	SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA INFANCIA	
	ANA VALLADOLID VINDEL, NATALIA NAVARRO ZAFRA Y DANIEL HERRAIZ VALLADOLID	71

16 CASO CLINICO: COLECISTITIS AGUDA LORENA PICAZO DEL CANTO, EVA RODRIGUEZ MIGUENS, CLARA GARCIA PERUYERO, ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA Y SUSANA GONZALEZ BLANCO	77
17 PROTOCOLO CONTACTO PIEL CON PIEL SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA Y VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ	83
18 EL MANTENIMIENTO DEL INSOMNIO MARIA ANGELES DURAN LOS ARCOS	89
19 EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS Y CARGA ECONÓMICA RELACIONADO CON EL ICTUS EN ESPAÑA VIRGINIA GUTIÉRREZ ABRIL	93
20 CUIDADOS EN LITIASIS RENAL. CASO CLÍNICO SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA, VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ Y CRISTINA GÓMEZ AMIGO	101
21 ENFERMERÍA: PROCEDIMIENTO DE UN CATETERISMO ARTERIAL ELENA CABELLO FERNANDEZ, KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ Y MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA	107
22 DUE: TIPOS DE VENDAJES Y SUS FUNCIONES, TÉCNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ, MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA Y ELENA CABELLO FERNANDEZ	111
23 DUE: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA, ELENA CABELLO FERNANDEZ Y KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ	115
24 DUE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA, ELENA CABELLO FERNANDEZ Y KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ	119

25	EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON INGESTA DE CÁUSTICOS NURIA LÓPEZ CASTILLO	123
26	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS REGLAS DE LA ASEPSIA QUIRÚRGICA COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	127
27	EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA.GRAFICA HOSPITALARIA MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ, INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO, JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN, MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO Y ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ	131
28	EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS POST MORTEM MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ, INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO, JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN, MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO Y ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ	137
29	ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN LOCAL DE FRÍO Y DE CALOR MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ, INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO, JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN, MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO Y ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ	141
30	ESTIMULACION SENSORIAL EN DEMENCIAS AVANZADAS PALOMA SUÁREZ SANTAMARÍA	147
31	ANALISIS DE LA SITUACION DE LA LEY DE DEPENDENCIA PALOMA SUÁREZ SANTAMARÍA	153
32	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PARITORIO MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS, YOLANDA OSORIO LOZANO, SAMUEL MATIA BELTRAN, YOLANDA VENTURA CALABRIA Y MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS	159

- 33 BALÓN INTRAGÁSTRICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA**
MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS, SAMUEL MATIA BELTRAN,
YOLANDA OSORIO LOZANO, YOLANDA VENTURA CALABRIA Y
MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS 163
- 34 EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA : EL ICTUS PEDIATRICO**
MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS, SAMUEL MATIA BELTRAN,
YOLANDA OSORIO LOZANO, YOLANDA VENTURA CALABRIA Y
MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS 167
- 35 LA HIGIENE DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO, ACCIONES QUE SALVAN VIDAS**
AITOR RUBIO COBIAN, MARTA ALONSO-VILLAYERDE ROZA,
BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ, MARÍA PILAR FDEZ RONZERO Y
MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ 171
- 36 LA TÉCNICA DEL BALÓN EN EL SERVICIO DE PARTOS: PREPARACIÓN Y AYUDA POR PARTE DEL TCAE DE ESTA TÉCNICA**
MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ, MARÍA PILAR FDEZ RONZERO,
MARTA ALONSO-VILLAYERDE ROZA, AITOR RUBIO COBIAN Y
BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ 175
- 37 LA TÉCNICA DEL ELECTROCARDIOGRAMA PARA LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LAS PLANTAS DE CUIDADOS CARDIACOS**
MARÍA PILAR FDEZ RONZERO, BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ,
AITOR RUBIO COBIAN, MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ Y MARTA
ALONSO-VILLAYERDE ROZA 179
- 38 LOS DIFERENTES MÉTODOS DE RECOGIDA DE ORINA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)**
BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ, MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ,
MARÍA PILAR FDEZ RONZERO, MARTA ALONSO-VILLAYERDE
ROZA Y AITOR RUBIO COBIAN 183

39	MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MARTA ALONSO-VILLAVERDE ROZA, AITOR RUBIO COBIAN, MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ, BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ Y MARÍA PILAR FDEZ RONZERO	187
40	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SALUD MENTAL JUANA MARIA SANCHEZ BORJA, MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL, M ^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO, PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ Y MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL	191
41	EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES JUANA MARIA SANCHEZ BORJA, MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL, M ^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO, PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ Y MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL	195
42	EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA JUANA MARIA SANCHEZ BORJA, MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL, M ^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO, PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ Y MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL	199
43	CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE MOVILIDAD EN PERSONAS MAYORES LORENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ, CRISTINA CASAOS ASSOLARI, OLGA ALONSO ALBA, MARÍA DE LA O GARCÍA VEGA Y COVADONGA PILAR GUERRA MIER	203
44	PERSONAS MAYORES Y SALUD ORAL LUZDIVINA MARTÍN REDONDO, ANA DELIA PUENTE DÍAZ, EDGARDO FEDERICO RADAHOFF MONTOTO, MARÍA YOLANDA OLARREAGA GUTIERREZ Y ALEXIA PÉREZ FERNÁNDEZ	209
45	INTERVENCIÓN DEL TCAE ANTE UN PACIENTE QUE PORTA UNA SONDA NASOGÁSTRICA MARÍA DEL ROSARIO NAVES GONZÁLEZ	213

46	IMPLICACIÓN ANTE ENFERMOS CON ANOREXIA, BULIMIA, CAQUEXIA, Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN ÁMBITO HOSPITALARIO	
	MARIA GERALDINA NAVARRO GIL	217
47	PROFESIONALIDAD Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS	
	MARIA GERALDINA NAVARRO GIL	225
48	BURNOUT EN LAS PROFESIONES SANITARIAS	
	ROMÁN MIGOYA ÁLVAREZ, AROA LOBETO GARCÍA, ROSALIA CASTRO CUEVA, MARÍA DEL PILAR BURÍA GONZÁLEZ Y MARÍA DESEADA REBOLLO RODRÍGUEZ	231
49	LA PRESENCIA DEL TCAE EN EL ÁREA QUIRÚRGICA O QUIRÓFANO DENTRO DE UN HOSPITAL	
	MARÍA AMELIA HERES MENÉNDEZ	237
50	LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA ERGONOMIA EN EL TRABAJO DIARIO DEL TCAE.	
	MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA Y ROSA MARÍA MORENO RABADÁN	241
51	TCAE: ELIMINACIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS	
	MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN, FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ Y IRENE VIECO DEL OLMO	245
52	EL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. REVISION BIBLIOGRÁFICA.	
	YOLANDA ÁLVAREZ GONZÁLEZ Y ROSA MARÍA MORENO RABADÁN	249
53	TCAE: TOMA DE CONSTANTES VITALES: MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL MEDIANTE AUSCULTACIÓN	
	FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ, IRENE VIECO DEL OLMO Y MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN	253
54	TCAE: MANEJO DEL PACIENTE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS	
	IRENE VIECO DEL OLMO, MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN Y FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ	257

55	TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN SUAVE EN HIDROTERAPIA FRANCISCO JOSE VALDES PESQUERA	261
56	LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. ROSA MARÍA MORENO RABADÁN	265
57	TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA MEDIANTE TERAPIA MANUAL Y TÉCNICAS DE ACUPUNTURA SILVIA RUIZ CUESTA	269
58	ACTUALIZACIÓN EN LA PERIODONTITIS APICAL FRANCISCO RODRÍGUEZ HERRERA	277
59	CONTROL DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA DENTAL FRANCISCO RODRÍGUEZ HERRERA	281
60	CONTROL DE LA PLACA DENTAL E IMPLICACIÓN DEL HIGIENISTA BUCODENTAL SONIA MARTÍN MORENO, ELENA CARDEÑA DÍAZ, IRENE GARCÍA PAVÓN Y MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO	285
61	HIGIENISTA BUCODENTAL: PRIMEROS CUIDADOS DE SALUD BUCODENTAL DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO, IRENE GARCÍA PAVÓN, ELENA CARDEÑA DÍAZ Y SONIA MARTÍN MORENO	289
62	HIGIENISTA BUCODENTAL: LA HIGIENE BUCODENTAL EN LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA IRENE GARCÍA PAVÓN, ELENA CARDEÑA DÍAZ, SONIA MARTÍN MORENO Y MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO	293
63	HIGENISTA BUCODENTAL:BLANQUEAMIENTO DENTAL ELENA CARDEÑA DÍAZ Y IRENE GARCÍA PAVÓN	297
64	HÁBITOS TÓXICOS QUE AFECTAN A LA CAVIDAD ORAL AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	301

65	EL HIGIENISTA BUCODENTAL Y LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	307
66	LA BIOPSIA ORAL EN LA CLÍNICA DENTAL AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	311
67	LA CARIES DENTAL AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	315
68	EL HIGIENISTA DENTAL. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ	319
69	IMPORTANCIA DIAGNOSTICO TUBERCULOSIS ORAL EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA. MARIA SOL VAZQUEZ BERDASCO	323
70	VIH: FASES DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD CARIDAD ARROYO MARTIN, RAQUEL ABADIA PRADA, OMAR GONZÁLEZ DÍAZ Y CELIA ALONSO BLANCO	329
71	EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS MARÍA ÁNGELES SUÁREZ CARAMÉS	333
72	EL TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y EL CELADOR LOURDES GUTIERREZ LUCENDO, MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA, MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ Y Mª LLANOS RUBIO RUBIO	337
73	EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA. UTILIZACIÓN DE MÁQUINAS REPRODUCTORAS LOURDES GUTIERREZ LUCENDO, MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA, MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ, AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ Y Mª LLANOS RUBIO RUBIO	341
74	EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS LOURDES GUTIERREZ LUCENDO, MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA, MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ, AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ Y Mª LLANOS RUBIO RUBIO	345

- 75 EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)**
ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA, YOLANDA SORIA MARTINEZ,
MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ, JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO
Y MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ 349
- 76 FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR CON EL PACIENTE CARDÍACO**
ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA, YOLANDA SORIA MARTINEZ,
MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ, JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO
Y MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ 355
- 77 IMPORTANCIA DEL CELADOR EN MORTUORIO HOSPITALARIO Y FUNCIONES**
ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA, YOLANDA SORIA MARTINEZ,
MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ, JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO
Y MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ 359
- 78 EL CELADOR Y EL TRASLADO DE EXITUS POR COVID-19**
SONIA VAQUERO LÓPEZ, LORENZO GARCÍA CLEMENTE,
MANUELA RUIZ VILLOTE, MARIA OLGA AVILA MURILLO Y JAVIER
BETETA ROMERO 363
- 79 EL TRABAJO DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN PANDEMIA**
SONIA VAQUERO LÓPEZ, LORENZO GARCÍA CLEMENTE,
MANUELA RUIZ VILLOTE, MARIA OLGA AVILA MURILLO Y JAVIER
BETETA ROMERO 369
- 80 EL USO DE LOS GUANTES SANITARIOS EN LAS FUNCIONES DEL CELADOR**
SONIA VAQUERO LÓPEZ, LORENZO GARCÍA CLEMENTE,
MANUELA RUIZ VILLOTE, MARIA OLGA AVILA MURILLO Y JAVIER
BETETA ROMERO 373
- 81 ENFERMERDAD PROFESIONAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO**
LAURA MONTESO MIYAR 377

- 82 EL CELADOR ANTE ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS O MENTALES**
ALBERTO GARCÍA MUÑOZ, MANUEL GARCÍA MUÑOZ, VERONICA
TOMAS GARCIA Y JOSE RANGEL SOLANA **383**
- 83 EL CELADOR TIPOS DE AISLAMIENTOS Y MEDIDAS LLEVADAS A
CABO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS**
MANUEL GARCÍA MUÑOZ, VERONICA TOMAS GARCIA, JOSE
RANGEL SOLANA Y ALBERTO GARCÍA MUÑOZ **387**
- 84 EL CELADOR FRENTE AL CORONAVIRUS**
JOSE RANGEL SOLANA, ALBERTO GARCÍA MUÑOZ, MANUEL
GARCÍA MUÑOZ Y VERONICA TOMAS GARCIA **393**
- 85 LA COVID: RADIOLOGÍA DE TÓRAX EN PEDIATRÍA.**
ALEJANDRO DE LA PUENTE GREGORIO, SILVIA MERINO PELÁEZ,
ALBERTO ROSSELL GARCIA Y LAURA CABRERA OVIES **397**

Capítulo 1

ACTUALIZACIÓN EN EL PACIENTE CON ASCITIS QUE PRECISA DE PARACENTESIS EVACUADORA. ABORDAJE PARA ENFERMERÍA

NAZARET MENA HORTELANO

JUANA MARTINEZ AMORES

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

1 Introducción

La ascitis consiste en la acumulación de líquido ascítico (rico en proteínas) en la cavidad peritoneal, rodeando los órganos que existen en ella. Produce un aumento progresivo del diámetro abdominal, edema en miembros inferiores, alteraciones a nivel renal y disnea, entre otros síntomas asociados a la enfermedad. Se asocia normalmente a una hepatopatía, aunque se puede presentar asociada a diferentes enfermedades como: Hipertensión portal, cirrosis hepática, esteatosis hepática, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, pancreatitis, tuberculosis y algunos tipos de cáncer.

Tipos de ascitis:

- Ascitis no refractaria.

Aquella que no presenta infección, con ausencia de síndrome hepatorenal. Según la cantidad de líquido ascítico que presente, se clasifica a su vez en:

1. Grado I o leve: presenta una cantidad mínima de líquido. El abdomen no suele presentar distensión.
2. Grado II o moderada: presenta una cantidad de líquido suficiente como para distender el abdomen y aumentar el perímetro abdominal.
3. Grado III o ascitis a tensión: presentan una cantidad de líquido muy importante, además de dolor causado por la distensión y disnea.

- Ascitis refractaria.

Aquella que es de instauración muy rápida o bien que presenta una alta recurrencia (menos de 4 semanas), a pesar de estar el paciente en tratamiento dietético y diurético.

2 Objetivos

- Realizar una actualización en conocimientos en los tipos de ascitis que existen, para optimizar tanto el diagnóstico como el tratamiento, así como las medidas preventivas que se pueden aplicar a pacientes susceptibles de padecer ascitis en un futuro.
- Realizar una actualización en la técnica de la paracentesis evacuadora, para ofrecer el mejor apoyo durante el procedimiento.

3 Metodología

El trabajo se ha centrado en una revisión bibliográfica, realizando una búsqueda de información y referencias bibliográficas para realizar y una actualización de conocimientos sobre el manejo del paciente con ascitis y soporte a la realización de paracentesis para personal de enfermería.

Búsqueda bibliográfica con las bases de datos: Pubmed, Scielo, el buscador Google Académico y la web Fisterra.

4 Resultados

Diagnóstico.

Exploración física:

En el caso de la ascitis moderada y ascitis a tensión, durante el examen, se suele apreciar matidez en flancos en la percusión abdominal, presentando además “oleada ascítica”.

En el caso de la ascitis moderada, a tensión y refractaria, llama la atención la distensión abdominal del paciente, acusándose según aumenta la acumulación del líquido ascítico.

Pruebas de imagen:

En el caso de la ascitis leve, dado que la cantidad de líquido ascítico es menor, sólo se suelen diagnosticar mediante ecografía (<100 ml).

Aunque para el paciente ascítico, a todos los niveles, es el método de elección.

También se puede solicitar un TAC abdominal.

Pruebas analíticas.

- Paracentesis diagnóstica:

Suelen efectuarse durante el primer episodio de ascitis que presenta el paciente. La técnica se realiza de manera estéril, con una aguja intramuscular y jeringa (20 ml o lo que precise), contenedores para recoger muestras.

Una vez recogida las muestras de líquido ascítico, se buscarán determinaciones como proteína total, albúmina, glucosa, amilasa, concentración LDH, gradiente albúmina / líquido ascítico, bilirrubina y triglicéridos, además de pruebas de cultivo para microbiología.

Tratamiento:

- Dieta hiposódica, favoreciendo la ingesta proteica. En el caso de que la ascitis sea producida por cirrosis, el paciente no deberá, bajo ningún concepto consumir alcohol.

- Administración de diuréticos, siendo de primera elección la espironolactona y la furosemida.

- Paracentesis evacuadora.

- Tratamiento específico para la causa subyacente de la ascitis.

- Derivación portosistémica percutánea intrahepática.

- Existe un nuevo dispositivo, que consiste en un sistema que drena el líquido ascítico que se produce, hacia la vejiga, eliminándose éste a través de la orina.

Paracentesis evacuadora.

Material:

- Antiséptico, gasas, esparadrapo.

- Catéter venoso, preferiblemente calibre 14, 16, 18 o 20.

- Material para fijación. (En algunos casos se utiliza una esponja jabonosa estéril, cortada por la mitad).
- Sistema de suero.
- Contenedores para la recogida de líquido, y si precisa de muestras.

Método:

- Antes de comenzar, se le tomará al paciente, el peso, el diámetro abdominal, tensión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.
- Al paciente, normalmente, se le coloca decúbito lateral izquierdo.
- Se traza una línea imaginaria entre el ombligo y la cresta iliaca izquierda.
- Pintamos la zona con antiséptico.
- Se realiza la punción con el catéter, éste a su vez conectado al sistema, la parte donde se encuentra la cámara la habremos desechado previamente, éste extremo del sistema lo colocaremos sobre el contenedor para recoger el líquido y contabilizarlo.
- Fijamos el catéter al paciente, para evitar su salida accidental.

Reposición de líquidos:

- Algunos autores recomiendan que, si la cantidad de líquido es inferior a 5 litros, se repone con suero salino, si la cantidad es superior a 5 litros se repondría con 8 gr/l.
- Cuando existe una ascitis elevada, dependiendo de la causa que la origine, se repone un vial (50ml) por cada 1.5-2 litros.

5 Discusión-Conclusión

Ante un paciente con ascitis que precise de una paracentesis evacuadora, el papel de la enfermera será fundamental para el diagnóstico, para el tratamiento al alta y para el apoyo durante la realización de la técnica.

Algunos pacientes después de realizarse una paracentesis evacuadora, al marcharse de alta a su domicilio, deben de llevar a cabo una dieta hiposódica, rica en proteínas, tomar diuréticos y realizarse un control de peso y de diámetro abdominal; para lo que su enfermera deberá instruirle.

La ascitis es una situación que se debe tratar de la manera más eficaz posible, para evitar la aparición de complicaciones que se pueden originar, tales como una peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal, desnutrición (debido a la hipoproteinemia), y encefalopatía hepática; algunas de las cuales pueden originar en el paciente desde una incapacidad para llevar a cabo su vida cotidiana,

en el mejor de los casos, hasta originarle complicaciones que le lleven al paciente a un riesgo vital.

6 Bibliografía

1. Plancarte, R., Guillén, M. R., Guajardo, J., & Mayer, F. (2004). Ascitis en los pacientes oncológicos: Fisiopatogenia y opciones de tratamiento. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(3), 156-162.
2. Ginès, P., Cabrera, J., Guevara, M., Morillas, R., del Árbol, L. R., Solà, R., & Soriano, G. (2004). Documento de consenso sobre el tratamiento de la ascitis, la hiponatremia dilucional y el síndrome hepatorenal en la cirrosis hepática. *Gastroenterología y hepatología*, 27(9), 535-544.
3. Civit Fraile, M. P., Abril Rodríguez, L., Ibáñez Zafón, I. A., Lechuga Zalaya, L., & Penella Imaña, N. Paracentesis evacuadora. Riesgos y medidas de seguridad.
4. Débdi, M. B., Chaves, V. M., Rodríguez, C. C., & Muñoz, J. M. (2013). Paracentesis evacuadora domiciliaria en cuidados paliativos realizada por profesionales de atención primaria. Presentación de un caso. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 39(3), 161-164.
5. García-Martínez, R. (2016). Ascitis, insuficiencia renal aguda y encefalopatía hepática. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(11), 617-626.

Capítulo 2

MANEJO DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA PARA ENFERMERÍA

NAZARET MENA HORTELANO

JUANA MARTINEZ AMORES

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

1 Introducción

Cirrosis hepática.

Consiste en una alteración en el tejido hepático, en el cual se presenta una fibrosis (irreversible) y nódulos de regeneración, lo cual se traduce en una disminución de la función hepática.

Representa el último estadio de diversas patologías hepáticas, tanto agudas como crónicas.

- Tipos de cirrosis.

1. Compensada:

Situación en la cual el paciente se encuentra asintomático. En la gran mayoría de los casos, estos pacientes, desconocen padecer la enfermedad. Se suele diagnos-

ticar de una manera casual, mediante analíticas y exámenes realizados para otro fin diagnóstico.

2. Descompensada:

Situación en la cual el paciente presenta síntomas asociados como: Ascitis, encefalopatía hepática, hemorragias por varices esofágicas, peritonitis bacteriana espontánea, síndrome hepatorenal, entre otros.

Causas.

- Consumo de alcohol. Primera causa desencadenante de cirrosis.
- Hepatitis C: existen estudios, que determinan que en torno al 20-25 % de estos pacientes presentarán cirrosis hepática.
- Hepatitis B: en torno a un 15-20% de los pacientes que presentan esta patología, desarrollarán cirrosis hepática.
- Esteatosis hepática no alcohólica: estos pacientes presentan una acumulación de grasa a nivel hepático, lo cual puede derivar en una cirrosis hepática.
- Enfermedades biliares: existe una predisposición en pacientes que presentan: Cirrosis biliar, colangitis, obstrucción en la vía biliar, entre otras.
- Producidas por hepatotoxicidad farmacológica.

2 Objetivos

- Realizar una actualización en conocimientos sobre la cirrosis hepática, así como sus síntomas.
- Realizar una actualización sobre las medidas preventivas, para así evitar la progresión de la enfermedad, en pacientes que todavía no sufren un estadio avanzado en la enfermedad y aún puede ser irreversible.

3 Metodología

El trabajo se ha centrado en una revisión bibliográfica, realizando una búsqueda de información y referencias bibliográficas para realizar y una actualización de conocimientos sobre el manejo del paciente con cirrosis hepática, enfocándolo para personal de enfermería.

Búsqueda bibliográfica con las bases de datos: Pubmed, Scielo, el buscador Google Académico y la web Fisterra.

4 Resultados

Etiología:

- Astenia.
- Anorexia y pérdida de peso.
- Náuseas y vómitos.
- Ictericia. Tanto a nivel dérmico como ocular.
- Alteraciones en la coagulación y vascularización de la sangre. Pueden producirse arañas vasculares.
- Obstrucción de la vía biliar.
- En varones, hinchazón mamaria e impotencia.
- En casos muy avanzados, se puede desarrollar hipertensión portal, con lo que además puede aparecer: Ascitis, varices esofágicas, peritonitis bacteriana, síndrome hepatorenal y encefalopatía hepática.

Diagnóstico.

Anamnesis:

Entrevista sobre hábitos alimenticios, consumo de alcohol y drogas, uso de esteroides y anabolizantes, historia de hepatitis previas, antecedentes familiares sobre patología hepática y autoinmune.

Exploración física:

- Abdomen: se busca presencia de hepatomegalia, esplenomegalia, ascitis, peritonitis bacteriana, dilatación de las venas del abdomen.
- Tórax- cuello- cara: se busca presencia de ginecomastia (varones), aumento del tamaño del paratiroides, telangiectasias aracniformes en cara.
- Extremidades: edemas en miembros inferiores, dedos en forma de palillo de tambor, enrojecimiento de la palma de las manos.
- A nivel de piel y ojos: Ictericia.

Analítica:

- Bioquímica: aumento de las transaminasas, fosfatasa alcalina y bilirrubina. Disminución de albúmina.
- Hemograma: anemia, déficit de ácido fólico.
- Coagulación: aumento del INR y niveles disminuidos del tiempo de protrombina.

Pruebas de imagen:

La ecografía es el método de elección, dado su bajo coste y su efectividad. Se consigue diagnóstico certero desde las etapas tempranas de la enfermedad. Cuando el paciente es diagnosticado, se suele solicitar tomografía axial computarizada (TAC) abdominal para poder evaluar el alcance de las lesiones hepáticas y de

los órganos secundarios que han podido verse afectados, como vesícula biliar o esófago.

Biopsia hepática:

Confirma la presencia de cirrosis, así como el posible agente causal.

Tratamiento.

Para la primera etapa de la enfermedad el tratamiento se basará en medidas preventivas, para que no aparezcan complicaciones y se pueda cronificar. Mientras que, para la etapa avanzada, el tratamiento irá encaminado a los síntomas más graves pudiendo llegar a plantearse el trasplante hepático.

Nos vamos a centrar en el tratamiento general, que es donde la enfermera adopta el papel más importante tanto en la aplicación de cuidados como en la prevención y promoción de la salud.

Tratamiento general y medidas preventivas:

- Abstinencia alcohólica.

Existen estudios que determinan, que alrededor del 60-70% de los pacientes que padecen cirrosis hepática, se debe al consumo de alcohol. La abstinencia, hace que los pacientes tengan una mejoría notable en las primeras fases de la enfermedad.

- Suplementos vitamínicos.

En la gran mayoría de estos pacientes se presenta un déficit de vitaminas, tanto liposolubles como hidrosolubles, más aún cuando el paciente debe su patología al alcoholismo. Por lo que se deben aportar suplementos vitamínicos, en especial las vitaminas del grupo B y zinc.

- Realización de ejercicio físico.

Se aconseja la realización de ejercicio físico moderado, para que los pacientes no sufran tanta pérdida muscular.

- Vacunación frente a Hepatitis B y C.

Los pacientes que están pendientes de trasplante renal se aconseja la vacunación frente a estas enfermedades, sino tuvieran vacunación previa.

- Dieta equilibrada.

Existen algunos estudios que estiman que alrededor del 25% de los pacientes cirróticos presenta malnutrición. Antiguamente se les restringía a este tipo de pacientes el aporte proteico, actualmente se aconseja que estos pacientes consuman de 1-1.5 g /kg/día de proteínas, para no sufrir riesgo de malnutrición.

Las grasas deben de estar presentes, aunque con moderación, ya que el hígado está sobrecargado.

Los hidratos de carbono deben de estar presentes en un 45-75 % de la dieta.

Se debe restringir el consumo de sal, a no ser que presenten hiponatremia.

Se recomienda una ingesta hídrica adecuada, en paciente con ascitis debemos de estar pendientes de que no realicen un balance hídrico negativo (1ml/ kcal/ día).

5 Discusión-Conclusión

En las etapas tempranas de la enfermedad, enfermería adoptará el papel de instruir al paciente en promoción y prevención de la salud, para mejorar su calidad de vida y que el paciente muestre una disposición para mejorar su propia salud, de ésta manera podemos evitar la progresión de la enfermedad.

El paciente con cirrosis necesita gran cantidad de cuidados cuando requieren hospitalización. A menudo nos encontramos con pacientes que además de necesitar dieta específica, precisan de administración de fármacos para los síntomas más graves como la encefalopatía hepática o la cirrosis. El papel de la enfermera consistirá en administración farmacología y soporte para las técnicas diagnóstica.

6 Bibliografía

1. Roesch-Dietlen, F., González-Santes, M., Sánchez-Maza, Y. J., Díaz-Roesch, F., Cano-Contreras, A. D., Amieva-Balmori, M., & Ortigoza-Gutiérrez, S. (2021). Influencia de los factores socioeconómicos y culturales en la etiología de la cirrosis hepática. *Revista de Gastroenterología de México*, 86(1), 28-35.
2. Llerena, S., Cuadrado, A., de Lope, C. R., & Crespo, J. (2020). Complicaciones de la cirrosis hepática. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(6), 316-326.
3. Santos, S. C., Blanco, M. V., & Nicó, A. C. (2020). Caracterización de pacientes con cirrosis hepática por alcoholismo. 16 de Abril, 59(277), 867.
4. Azabache Vásquez, A. V. (2020). Características epidemiológicas, clínicas y ecográficas de la cirrosis hepática en hospital regional docente de Trujillo. periodo 2012-2016.
5. Ciurea, T., Istrătoaie, O., Militaru, C., Donoiu, I., & Deliu, R. (2018). Correlaciones de la función diastólica en pacientes con cirrosis hepática alcohólica. *Cor-Salud (Revista de Enfermedades Cardiovasculares)*, 10(2), 106-112.

Capítulo 3

LA ICTERICIA EN EL NEONATO. TRATAMIENTO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

NAZARET MENA HORTELANO

JUANA MARTINEZ AMORES

NOELIA LÓPEZ MARTÍNEZ

MARIA PILAR MUÑOZ OLIVA

MARÍA ROCIO ARROYO VERDEJO

1 Introducción

La ictericia neonatal es la pigmentación de color amarillo de la piel y mucosas en el recién nacido debido al aumento de los niveles de bilirrubina en sangre por encima de los valores normales. Este aumento puede deberse a causas fisiológicas o no y en función de su desarrollo, se aplicarán diferentes tratamientos. Con el paso del tiempo tanto los diagnósticos como los tratamientos han ido evolucionando y con ello mejorando. La ictericia neonatal es un problema de elevada frecuencia, motivo por el que es conveniente conocer más acerca de este tema. Cuando el bebé está creciendo en el vientre de la madre, la placenta elimina la bilirrubina del cuerpo del bebé. La placenta es un órgano que se encarga de alimentar al bebé y que crece durante el proceso de embarazo. Después, tras el

nacimiento, el hígado del bebé comienza a hacer este trabajo. Puede pasar algún tiempo para que el hígado del bebé sea capaz de hacer esto de manera eficiente. En los cuidados hospitalarios a los neonatos con ictericia destaca el papel del personal de enfermería, pues se encargan del mantenimiento de la lactancia materna y el vínculo entre padres y recién nacido, la realización de masaje abdominal, los cuidados relacionados con la fototerapia y la administración de medicación pautada.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar la ictericia neonatal y su frecuencia de aparición.

Objetivos secundarios:

- Determinar las causas de la ictericia.
- Conocer los tratamientos.
- Detallar los cuidados de enfermería para neonatales con hiperbilirrubinemia.

3 Metodología

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

4 Resultados

La pigmentación amarilla de mucosas y piel conocida como ictericia, es una manifestación muy frecuente en los recién nacidos, tanto a término como a pretérmino durante su periodo de hospitalización ocasionada por los depósitos de bilirrubina siendo una de las causas que provocan la rehospitalización de los recién nacidos. Según estudios realizados a lo largo del tiempo, se determina que en torno a un 60% de los neonatos a término y un 80% de los neonatos pretérmino, la padecen. La mayoría de estos casos se deben a una ictericia fisiológica, que se manifiesta en las primeras 48 horas de vida, resolviéndose en las dos primeras semanas. Si esto se prolonga, se habla de patología.

La producción de bilirrubina en el neonato esta aumentada por dos motivos principales: el primero debido a la alta masa eritrocitaria del recién nacido y también a que la vida media del eritrocito es de 90 días, comparada con los 120 días del adulto. Sin un diagnóstico temprano, y un adecuado tratamiento, estos niveles tan altos de bilirrubina pueden dar lugar a secuelas graves, por la neurotoxicidad y las alteraciones neurológicas como el Kernicterus (ictericia nuclear), la pérdida de audición, la atetosis y déficits intelectuales.

Para determinar que tratamiento es necesario en los neonatales con ictericia, se debe realizar una evaluación. Esto consta de diferentes pasos.

En primer lugar, una anamnesis, como cualquier otra patología, es importante conocer los antecedentes familiares, para investigar que puede provocarlo.

También se debe realizar un examen físico del recién nacido, los datos importantes del recién nacido con ictericia son la ictericia, la palidez y la hepatoesplenomegalia. Para conocer la ictericia en la piel, se presiona con el dedo a nivel del esternón, la evolución de esta se reparte desde la cara hasta el tronco y finalmente a las extremidades. Pero otra forma de determinar en nivel de bilirrubina es mediante el bilirrubinómetro, un aparato a través del contacto con la piel del neonato, que se aproxima a los niveles plasmáticos, un cuidado que realiza enfermería.

Finalmente, en esta evaluación de la ictericia se debe realizar una analítica completa que incluya la determinación de parámetros como son el hematocrito, la hemoglobina, Rh, recuento de reticulocitos, hemoclasificación de la madre y del recién nacido y los niveles de bilirrubina.

En cuanto a los tratamientos, se puede encontrar la farmacoterapia, la fototerapia y la exanguinotransfusión, aunque este último no tan utilizado.

La fototerapia, consiste en exponer la piel del recién nacido a una luz fluorescente, esta luz degrada la bilirrubina presente en los capilares superficiales y la convierte en un isómero hidrosoluble que se elimina.

En la farmacoterapia se puede encontrar la administración de fenobarbital, quelantes, seroalbúmina o gammaglobulina endovenosa.

La exanguinotransfusión consiste en el intercambio de la sangre del recién nacido con la de un donante, eliminando así los anticuerpos antieritrocitarios y la bilirrubina. Así también se repone la hemoglobina y se mejora el volumen plasmático. Esta técnica es utilizada en casos graves de hemólisis y cuando la fototerapia no ha sido eficaz.

El papel de la enfermería es muy importante en el cuidado de los neonatales con ictericia. Deben asegurarse de que la irradiación es efectiva y exponer adecuadamente la piel del recién nacido. Además, el bebé tiene que estar desnudo, propor-

cionándole protección ocular y cuidado de los ojos y de los genitales. También se debe controlar la temperatura cada 6 horas, hidratación adecuada, promover la eliminación y controlar las deposiciones de los neonatales.

5 Discusión-Conclusión

La unidad de enfermería, como profesionales sanitarios, tienen un rol importantísimo en el cuidado del recién nacido con ictericia; pues constituye la figura principal en el manejo de las diferentes técnicas de fototerapia, administración de medicación pautaada, apoyo a los padres del neonato, control de signos y síntomas del recién nacido, previniendo y detectando precozmente las posibles complicaciones que puedan aparecer tras cualquier tipo de tratamiento que se aplique. La hiperbilirrubinemia es una enfermedad frecuente que genera ingresos hospitalarios entre los recién nacidos. Generalmente es fisiológica, con un diagnóstico precoz que incluye una evaluación del neonato, y el tratamiento adecuado se resuelve sin complicaciones.

6 Bibliografía

1. Martínez González, L. and Plaza Carmona, M., 2017. La ictericia neonatal y su abordaje desde Enfermería. Nuberos Científica, (VOL 3 NUM 21), pp.56-59.
2. Cash S. Guideline offers direction for prompt diagnosis, treatment of hyperbilirubinemia. Aap news, American Academy of Pediatrics. 2004. 12. Grupo CTO. Manual de cto de medicina y cirugía-pediatría. Madrid: CTO Editorial S.L.; 2012.
3. Aguilar-Cordero MJ, Cruz-Domínguez I. Tratado de enfermería del niño y el adolescente. cuidados pediátricos. in: Aguilar-Cordero MJ, Editor. Hiperbilirrubinemia del recién nacido enfermedad hemolítica. Barcelona: Elsevier; 2012.
4. Martínez JC. El real problema del recién nacido ictericio. Nuevas guías de la academia estadounidense de pediatría. Arch Argent Pediatr. 2005;103(6):524-32

Capítulo 4

INGRESO INVOLUNTARIO EN PACIENTES DE ALZHEIMER

NATALIA NAVARRO ZAFRA

DANIEL HERRAIZ VALLADOLID

ANA VALLADOLID VINDEL

1 Introducción

De acuerdo con los estudios realizados en España, según el ministerio de sanidad, consumo y bienestar social, en su publicación: Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023), la prevalencia de esta enfermedad ronda el 0,05% entre las personas de 40 a 65 años; 1,07% entre los 65-69 años; 3,4% en los 70-74 años; 6,9% en los 75-79 años; 12,1% en los 80-84; 20,1 en los 85-89; y 39,2% entre los mayores de 90 años.

La definición de capacidad jurídica es: las características que posee un individuo que puede disfrutar plenamente de sus derechos, así como su idoneidad para asumir sus derechos y obligaciones. Esto implica que la persona tenga inteligencia y voluntad. En términos generales la persona física tiene capacidad por naturaleza o capacidad de hecho (tener autogobierno o la aptitud necesaria para obrar por uno mismo) y capacidad para obrar o capacidad por derecho (poder ejercer los derechos estipulados en la Constitución Española y el Código Civil español). El paciente con Alzheimer puede llegar a un estadio de evolución donde no puede regirse por sí mismo. Por cultura, en España han sido los familiares quienes han asumido estos menesteres, aunque actualmente hay varios imponderables en nuestra sociedad que lo impiden como es: incorporación de la mujer

al trabajo, traslados de localidad de los familiares sin poder atenderlo, falta de familia, y también el no querer o no poder asumir de forma voluntaria este cuidado. Los individuos con déficit cognitivo pasan, de ser capaces a ser declarados incapaces mediante un proceso judicial que les aporta una sentencia por incapacitación siempre según la correspondiente ley. Esto implica una reducción en la manera para obrar que tiene una persona, despojándola de sus poderes y facultades de forma total o parcial y bajo la tutela de un tutor, para proteger al propio incapaz.

Para llegar a la sentencia de incapacitación, el juez debe llevar a cabo un examen del paciente tomando en consideración los informes médicos y forenses aportados y establecer una audiencia con los familiares próximos. De acuerdo con el artículo 759 del Código Civil, en el procedimiento de incapacitación, junto con las pruebas aportadas de forma habitual, el tribunal debe oír a los familiares más cercanos al enfermo de Alzheimer, examinarlo también a él y acordar los informes técnicos de peritaje, precisos.

En cualquier caso, jamás existirá una declaración de incapacitación sin la existencia previa del informe pericial médico, requerido por el correspondiente tribunal. La petición para la incapacitación puede solicitarla el presunto incapaz, el consoorte o pareja de hecho, descendientes, ascendientes, o los propios hermanos del afectado por Alzheimer. Cualquier individuo podría dar a conocer al Ministerio Fiscal los acontecimientos determinantes para solicitar la incapacitación. Así mismo, los mandos y trabajadores públicos que, en función de su cargo, supieran realmente una causa de incapacitación en un sujeto, deberán declarar dicha causa al Ministerio Fiscal. El deterioro corporal y dependencia funcional, no implican en absoluto un deterioro mental. Cuando una persona mayor mantiene intacta su capacidad para tomar decisiones, es él de forma personal quien tiene que asumir la permanencia en su domicilio o el ingreso en una residencia geriátrica.

Es decir, un individuo en disposición de decidir por él mismo, puede optar voluntariamente por internarse en algún lugar como una residencia para la tercera edad o una clínica, ya que los alojamientos alternativos para ancianos en España bien sea por cultura o por educación, hasta ahora adolecen de escasa implantación, estos modelos alternativos podrían ser: cooperativas de mayores, pisos tutelados, apartamentos o viviendas para ancianos.

2 Objetivos

- Determinar que cuando el anciano no es capaz de tomar decisiones por sí mismo debido a su incapacidad para ello, con independencia de existir un rechazo u

oposición al ingreso, se producirá su internamiento de manera involuntaria.

- Obtener la incapacidad total si el paciente tuviese un grado importante de deterioro cognitivo originado por la enfermedad de la demencia o Alzheimer, teniendo en cuenta que es una enfermedad progresiva e incapacitante en su evolución natural, siendo la incapacitación total la forma legislativa de proteger a la persona afectada por esta enfermedad.

3 Metodología

Para realizar la búsqueda de información 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 tanto médicos como legislativos en las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para determinar los efectos que la enfermedad del Alzheimer tiene sobre el paciente y poder acreditar su incapacidad judicial se utiliza la Escala GDS.

Es una medida que contempla como variantes síntomas cognitivos y también alteraciones funcionales. Considera el desarrollo cognitivo y el desempeño de las actividades cotidianas del individuo, partiendo del instante en que no existe deterioro alguno, hasta el último momento evolutivo en las demencias. Propone según el desarrollo del proceso, establecer siete etapas, por tanto, habría 7 grados respecto al deterioro de la cognición del enfermo. Esta escala postula que la persona demenciada perderá progresivamente la capacidad cognitiva en sentido contrario a su adquisición, de manera propia, mediante el crecimiento y la madurez del cerebro. Las fases que se contemplan son:

- Grado 1: sin deterioro cognitivo/normalidad: no refieren pérdida de memoria de manera subjetiva ni tampoco se objetiva en la entrevista clínica déficit de memoria. En esta fase no encontramos deterioro en la cognición por lo que incluso los problemas objetivos o subjetivos no existen.
- Grado 2: deterioro cognitivo muy leve/olvido benigno senil: la molestia más expresada por el paciente de forma subjetivas es pérdida de memoria, sobre todo respecto a olvidar el sitio donde habitualmente dejan sus objetos, tampoco recuerdan los nombres de sus familiares. No se evidencia objetivamente déficit de memoria durante la entrevista clínica, ni hay, tampoco, déficit objetivo laboral,

o social. Aquí incluiríamos a aquellas personas que precisamente por su edad, comienzan con dificultades de memoria de forma sutil, pero que son inherentes al envejecimiento. Normalmente, estas situaciones pasan desapercibidas en el entorno familiar o en el médico, siendo conocidas porque es el propio paciente el que las refiere. En principio, no son relevantes ni síntomas de patología.

- Grado 3: deterioro cognitivo leve/compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente: aparecen déficits claros y manifestaciones como perderse cuando viaja a lugares no conocidos, bajo rendimiento laboral, pérdida de palabras y nombres, incapacidad para recordar nombres de alguien a quien termina de conocer, extraviar objetos de valor, dificultad en la concentración y en la exploración y merma de su capacidad para la organización. La sintomatología les produce ansiedad o temor leve o moderado. En esta fase se produce una etapa intermedia respecto a la normalidad cognitiva y los síntomas iniciales de la presentación de la enfermedad de la demencia. En esta situación decisiva sería imprescindible poder determinar la causalidad de cara a lograr la reversión en el avance de la demencia mediante una intervención apropiada.

- Grado 4: deterioro cognitivo moderado/Demencia leve: aparición de déficits evidentes como la disminución del conocimiento de acontecimientos actuales y recientes, pérdida del recuerdo de su propia historia personal, incapacidad para mantener la concentración, disminución en la capacidad para viajar o manejar las finanzas. No existen alteraciones en la orientación témporoespacial ni personal, siguen reconociendo a las personas y las caras familiares, mantienen la capacidad para trasladarse a lugares conocidos, aunque no son capaces de realizar labores de cierta dificultad, como mecanismo defensivo utilizan principalmente la negación. Tienen un aplanamiento afectivo con respuesta emocional baja y se retraen fácilmente a la hora de expresar o sentir emociones. A partir de esta fase ya podríamos considerar que hay demencia. El déficit cognitivo hace que se alteren de forma importante las tareas que realizaba de forma cotidiana la persona afectada, por lo que les resulta más difícil realizar dichas labores a diario.

- Grado 5: deterioro cognitivo moderadamente grave/Demencia moderada: el enfermo a partir de ahora necesita ayuda para realizar algunas de sus labores cotidianas. Le resulta imposible acordarse de cosas importantes en su vida actual, como la dirección de su casa o el número telefónico que posee desde hace mucho tiempo, nombres de familiares cercanos (p. ej., sus hijos, nietos), de su colegio, instituto o universidad en los que estudió. Con frecuencia padece desorientación temporal (mes, día de la semana, estación) o espacial. Los pacientes en esta fase recuerdan un número importante de datos sobre ellos mismos y los demás. Invariablemente, recuerdan su propio nombre así como el de su cónyuge e hijos. Puede

ir solo al aseo y comer solo también, sin embargo, le supone una dificultad elegir la ropa para ponérsela. En este estadio es visible el deterioro del paciente que será moderado o grave según la sintomatología que presente en ese momento, pero ya necesitaría ayuda constante en su vida diaria.

- Grado 6: deterioro cognitivo grave/demencia moderadamente grave: a veces se olvidan del nombre de su cónyuge, o de su cuidador principal. No recuerda sucesos que le están ocurriendo en el presente aunque recuerdan hechos de su pasado pero de forma imprecisa. No está orientado en tiempo ni espacio, ya que presenta desorientación témporoespacial. Aparecen problemas para contar de 10 en 10 hacia atrás e incluso hacia delante. Necesita ayuda para las actividades a realizar en su vida diaria, precisará asistencia al desplazarse, aunque a veces puede hacerlo si los lugares son conocidos. Podría aparecer incapacidad para bañarse correctamente, o utilizar el cuarto de baño, incontinencia fecal o urinaria. Es frecuente que haya alteraciones del ritmo diurno. Suele recordar su propio nombre. Surgen alteraciones en la emoción y la personalidad como:

1. Conductas delirantes como enfermos que afirman que su cónyuge es un impostor, dialogan con personas próximas a su entorno, inexistentes, incluso con su imagen reflejada en el espejo.

2. Síntomas obsesivos compulsivos que les lleva a repetir innumerables veces tareas de limpieza sencillas.

3. Presentan síntomas ansiosos, con agitación y pueden tener crisis de violencia, ya que viven en otra realidad y todo lo interpretan como amenazas hacia ellos mismos.

4. Abulia cognitiva, consistente en la reducción del contenido del pensamiento y la iniciativa para mantenerla en el tiempo lo suficiente para producir una acción, por lo que presentan: negación al baño, y al vestido, etc. Agresividad física o verbal que puede causar daño físico o moral al cuidador o a él mismo; en esta etapa el deterioro del conocimiento es tan grave que impide realizar las actividades cotidianas del enfermo.

- Grado 7: deterioro cognitivo muy severo/Demencia grave: durante esta etapa perderán sus habilidades verbales. Primero, reduce su vocabulario a unas pocas palabras (algunas inteligibles) y frases muy concretas. Finalmente, no existe lenguaje solo gruñidos. Muestran incontinencia de orina y precisan ayuda en el aseo y alimentación. El paciente sufre una pérdida progresiva en el desarrollo de la enfermedad, en su capacidad motora básica, como la capacidad para caminar, o deambular solo, mantenerse sentado sin apoyo, incapacidad para mantener erguida la cabeza y finalmente presenta incapacidad para sonreír. El cerebro funciona de forma anómala presentando signos y sintomatología neurológica gen-

eralizada y cortical. En esta etapa el déficit cognitivo es tan importante y grave que el enfermo precisa ayuda en la realización de todas sus actividades diarias aún en las más primarias.

5 Discusión-Conclusión

Los ancianos con enfermedades neurodegenerativas presentan una alteración a nivel cognitivo y a veces también por la enfermedad o por la edad presentan igualmente un deterioro físico, por lo que son incapaces de realizar su vida con normalidad y precisan ayuda externa para sus cuidados básicos, todo ello hace que se acabe ingresando al anciano en una clínica geriátrica.

Cuando el enfermo debe ser internado, se tendrá que recurrir a la solicitud de internamiento mediante orden judicial debido a su incapacidad para gobernar su vida, siendo con frecuencia lo que sucede en los últimos grados de la Enfermedad de Alzheimer que necesitará ingreso con autorización judicial.

Previamente, hay que solicitar la Incapacitación que es la declaración de un juez por la que se priva la competencia para obrar de la persona, representa una situación absolutamente excepcional contenida con carácter general en el artículo 29 del Código Civil.

La determinación de ingresar a la persona incapaz de una institución será tomada por el juez, puesto que al implicar privación de su libertad nadie puede hacerlo sin su consentimiento sobre todo tratándose de un establecimiento cerrado. Dicha decisión nunca la tomará la familia aunque fuesen sus representantes legales.

6 Bibliografía

1. Manzano M. Fortea J, Villarejo A, Sánchez-Valle R. Guía oficial de práctica clínica en demencias. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2018. 308 p.
2. Navarro-Michel M. El ingreso voluntario en residencia geriátrica y la autorización judicial. *Rev bioética y derecho*. 2019; 45:231–51.
3. Arribas-López E. Sobre los internamientos no voluntarios por trastornos psíquicos asociados a la edad. *Revista Aranzadi Doctrin*. 2017; 1:1–12.
4. Arias-García JA. Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. In: *Boletín del Ministerio de Justicia*. 2016. p. 2697–736.
5. Arnau-Raventós L, Egea-Fernández J, Ferrer-Riba J. La guarda de fet en Comentari al llibre segon del Codi civil de Catalunya. In: *La persona física y les institucions de protecció de la persona*. Barcelona: Atelier; 2017. p. 447–67.

6. Callejo-Carrión S. ¿Qué hay que saber sobre los internamientos y la incapacitación? Ley 4518/2021 2021.

Capítulo 5

NARCOLEPSIA EN LA INFANCIA

ANA VALLADOLID VINDEL

NATALIA NAVARRO ZAFRA

DANIEL HERRAIZ VALLADOLID

1 Introducción

El sueño es un fenómeno fisiológico necesario para los seres vivos que se da de forma periódica, durante el cual se suspende la interrelación con el medio externo y se alterna cíclicamente con un estado de alerta o vigilia, constituyendo ciclos de sueño-vigilia.

Los trastornos del sueño son problemas relacionados con dificultades para conciliar el sueño o permanecer dormido. Suelen asociarse con quedarse dormido en momentos inapropiados, dormir demasiado y con conductas anormales durante el sueño.

La narcolepsia es un trastorno del sueño caracterizado por ataques de somnolencia diurna asociados a un trastorno del sueño de movimientos oculares rápidos (en inglés rapid eye movements-REM).

Fue descrita por primera vez en el siglo XIX por Westphal y Gelineau como una alteración en la generación y organización del sueño.

Según la segunda edición de la clasificación internacional de los trastornos del sueño, se engloba en el grupo de las hipersomnias de origen central y tiene relación con la alteración de los mecanismos que regulan el sueño, como es el sistema hipocretina/orexina.

Dado el elevado porcentaje de adolescentes afectados y el retraso en el diagnóstico podemos concluir que esta enfermedad ya estaba presente en la niñez manifestándose en forma de síntomas depresivos, ansiedad, hiperactividad y agresividad.

En los trastornos del sueño como la narcolepsia el papel de enfermería es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante programas de educación para la salud que contribuyen a crear desde la infancia hábitos de vida saludables.

2 Objetivos

- Conocer de qué manera afecta el trastorno de narcolepsia en niños.
- Identificar las dificultades que se presentan a la hora de diagnosticar narcolepsia durante la infancia y adolescencia.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando bases de datos como Pubmed, Google Scholar y Plinio, escogiendo los artículos que son de interés para la presente búsqueda. Para ello se han incluido artículos recientes desde el año 2010 aproximadamente hasta la actualidad.

4 Resultados

A continuación comentaremos las distintas patologías que pueden llegar a coexistir con la patología de la narcolepsia, teniendo en cuenta que los niños con narcolepsia tipo 1 padecen en un porcentaje mayor diferentes trastornos psiquiátricos como pueden ser en el caso de la depresión y los síntomas de agresividad y ansiedad frente a los niños de ese mismo grupo de edad que no suelen manifestar ningún trastorno de ansiedad ni agresividad o en un porcentaje muy bajo como en el caso de la depresión.

Los niños con narcolepsia tipo 1 tienen más probabilidad de padecer trastorno por déficit de atención e hiperactividad en un 35% frente a los niños sin esta patología donde se manifiesta solamente en un porcentaje del 5% de los casos diagnosticados.

En cuanto a la obesidad y pubertad precoz, se ha demostrado que los niños con narcolepsia tipo 1 son más propensos a padecerlas que los niños que no están diagnosticados de narcolepsia, siendo mayor el porcentaje de niños los que padecen obesidad que los que han desarrollado pubertad precoz.

Por otra parte, la obesidad es un problema principal en la infancia que se puede asociar con la aparición de narcolepsia y una mayor probabilidad de padecer esquizofrenia.

Se puede demostrar que la narcolepsia en la infancia también puede ocasionar varios trastornos de comportamiento, por lo que es importante un seguimiento de forma más temprana desde la consulta de atención primaria mediante el Programa del Niño Sano, para tener un mejor control de la patología en la población y poder disminuir los problemas que puedan ocasionar este tipo de enfermedades y más en la etapa de la infancia, debido a la repercusión que puede conllevar en la edad adulta por no tratarla desde el momento en el que se manifiesta en la niñez.

5 Discusión-Conclusión

La narcolepsia es un trastorno del sueño crónico caracterizado por la alteración del sueño REM y su conducta, que produce como síntomas sueños muy vívidos, alucinaciones al conciliar el sueño o al despertar, parálisis del sueño y sueño fragmentado, todos sus síntomas derivan en somnolencia excesiva durante el día que es el motivo de la búsqueda de atención médica.

Además de los anteriores, el síntoma más característico de esta enfermedad es la pérdida del tono muscular en la vigilia, desencadenada por emociones muy intensas, llamada cataplejía, específico de la narcolepsia tipo 1 y presente en más de la mitad de los afectados. Por todo lo expuesto hace que Identificar las dificultades que se presentan a la hora de diagnosticar narcolepsia durante la infancia y adolescencia sea dificultoso por las características poco llamativas que presenta.

Conocer de qué manera afecta el trastorno de narcolepsia en niños, es uno de los objetivos planteados a lo largo de este capítulo, ya que la narcolepsia durante la infancia es un problema potencial para los niños por lo que si no se presta suficiente atención puede considerarse por padres, compañeros y profesores que el niño o adolescente que la padece es vago, perezoso, rebelde o inquieto.

6 Bibliografía

1. Sueño: características generales. Patrones fisiológicos y fisiopatológicos en la adolescencia. 2013.
2. Flatley Brennan P. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU. [Internet]. 1988 [cited 2019 Oct 19]. Available from: [Vhttps://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000800.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000800.htm).
3. Pabón RM, García de Gurtubay I, Morales G, Urriza J, Imirizaldu L, Ramos-Argüelles F. Narcolepsia: Actualización en etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento. *An Sist Sanit Navar*. 2010;33(2):191–201.
4. Rocca FL, Pizza F, Ricci E, Plazzi G. Narcolepsy during childhood: An update. *Neuropediatrics*. 2015;46(3):181–98.
5. Correa KJ, Sara M, Gomez L, León GS, Magister R, et al. Alteración del patrón del sueño en el paciente crítico: un reto en el cuidado de enfermería. 2018.
6. Blackwell JE, Alammari HA, Weighall AR, Kellar I, Nash HM. A systematic review of cognitive function and psychosocial well-being in school-age children with narcolepsy. *Sleep Med Rev*. 2017;34:82–93.
7. Lecendreux M, Lavault S, Lopez R, Inocente CO, Konofal E, Cortese S, et al. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms in Pediatric Narcolepsy: A Cross-Sectional Study. *Sleep*. 2015;38(8):1285–95.
8. Maski K, Owens JA. Insomnia, parasomnias, and narcolepsy in children: clinical features, diagnosis, and management. *Lancet Neurol*. 2016;15(11):1170–81.
9. Poli F, Pizza F, Mignot E, Ferri R, Pagotto U, Taheri S, et al. High Prevalence of Precocious Puberty and Obesity in Childhood Narcolepsy with Cataplexy. *Sleep*. 2013;36(2):175–81.

Capítulo 6

ENFERMERÍA: MALIGNIZACIÓN DE LA LEUCOPLASIA VERRUCOSA PROLIFERATIVA

ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN

1 Introducción

La leucoplasia verrucosa proliferativa es una variante de la leucoplasia oral que se caracteriza por la aparición inicialmente de una única placa blanca de color blanco, con apariencia homogénea pero con tendencia a posteriori de ir ampliando la zona lesionada y presentar varios focos.

Se trata de una patología idiopática, tanto en el origen del inicio de la lesión como la causa desencadenante de su transformación maligna. Las causas desencadenantes que se plantean como posibles factores etiológicos de la enfermedad son el consumo de tabaco, los virus, fundamentalmente el virus del papiloma humano (VPH) y el virus de Epstein-Barr y las alteraciones genéticas, siendo atribuido básicamente a alteraciones del gen p53.

Prácticamente la podemos localizar en la mayor parte de las estructuras de la cavidad oral, aunque manifiesta predilección por las mucosas yugales, la zona gingival y los procesos alveolares.

En cuanto a la prevalencia por sexos, es mucho más común en mujeres que en hombres, presentándose entre un 75-80% en mujeres. La edad media de aparición de la enfermedad se sitúa sobre los 70 años, aunque se trata de una patología que puede afectar a partir de la tercera década de la vida.

La sintomatología en el inicio del proceso suele pasar desapercibida pudiendo llegar a ser muy dolorosa en el caso de transformación maligna.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Determinar el porcentaje de transformación en cáncer oral de la leucoplasia verrucosa proliferativa en la época actual.

Objetivos secundarios:

- Profundizar en los conocimientos de la leucoplasia verrucosa proliferativa.
- Conocer la eficacia de los tratamientos de la patología.

3 Metodología

El presente trabajo de investigación se ha realizado mediante el modelo de revisión bibliográfica de la literatura, utilizando la base de datos: Pubmed, restringiendo la búsqueda de información a las revisiones sistemáticas y los metaanálisis publicados en los últimos cinco años.

4 Resultados

Todos los estudios valorados coinciden en indicar que la leucoplasia verrucosa proliferativa presenta una tasa de malignización de aproximadamente un 50%, siendo el carcinoma epidermoide basal el tipo de carcinoma más frecuente con un 60% de los casos.

En casi la mitad de los pacientes en los que se ha producido la malignización, llegaron a presentar más de un tumor en la cavidad oral, en una localización distinta del tumor original.

La localización más frecuente donde se maligniza la Leucoplasia vellosa con casi el 40% de los casos en la zona gingival.

En cuanto al sexo, las mujeres presentan una mayor tasa de malignización que los hombres.

A nivel histológico, supone mayor riesgo de malignización un displasia celular moderada/severa que una displasia leve.

Por los datos obtenidos se descarta el tabaco como factor etiológico fundamental para la aparición de leucoplasia verrucosa proliferativa (a diferencia de leucoplasia oral) ya que no se ha encontrado una correlación significativa entre los pacientes que fumaban y los que desarrollaban la patología, al igual que ocurre con el consumo de alcohol de forma habitual.

En la actualidad, no disponemos todavía de ningún tipo de biomarcador que pueda ayudarnos a predecir la aparición de la enfermedad.

La tasa de supervivencia a los 4 años se sitúa en el 100%.

Ninguna de las técnicas terapéuticas utilizadas en la actualidad parecen ser completamente efectivas contra la patología. Ni la cirugía convencional, ni la escisión de la lesión con láser de CO₂, ni la instauración de un tratamiento con fármacos (tratamiento quimioterápico con el uso de bleomicina tópica) para conseguir evitar la frecuente aparición de recurrencias, ya que éstas se presentan casi en el 70% de los casos y de una forma muy rápida.

5 Discusión-Conclusión

A día de hoy la leucoplasia verrucosa proliferativa es una gran desconocida tanto en lo referido a su etiología como en lo referente a su tratamiento efectivo.

En la consultas odontológicas debemos esforzarnos en realizar un examen lo mas riguroso de nuestros paciente a fin de poder identificar los signos clínicos de la enfermedad con el objetivo de poder identificarlos lo más tempranamente posible.

Se necesitan muchos más estudios sobre el tema para poder llegar a conocer mejor la enfermedad y las posibles alternativas efectivas del tratamiento para llegar a poder prevenir tanto la aparición de la enfermedad, la malignización de la misma y las frecuentes recurrencias

6 Bibliografía

1. Torrejón-Moya A, Jané-Salas E, López-López J. Clinical manifestations of oral proliferative verrucous leukoplakia: A systematic review. J Oral Pathol Med Off. Publ Int Assoc Oral Pathol Am Acad Oral Pathol. mayo de 2020;49(5):404-8.
2. Ramos-García P, González-Moles MÁ, Mello FW, Bagan JV, Warnakulasuriya S. Malignant transformation of oral proliferative verrucous leukoplakia: A systematic review and meta-analysis. Oral Dis. noviembre de 2021;27(8):1896-907.

Capítulo 7

ENFERMERÍA: ESQUIZOFRENIA, SE PUEDE LLEVAR UNA VIDA NORMAL

ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN

1 Introducción

La esquizofrenia es un trastorno mental grave en el que las personas interpretan la realidad de forma anormal. La esquizofrenia puede causar una variedad de alucinaciones, delirios y alteraciones graves en el pensamiento y el comportamiento que afectan el funcionamiento diario y pueden ser incapacitantes.

Los síntomas de la esquizofrenia generalmente comienzan en adultos jóvenes y aproximadamente el 1% de la población se ve afectada. El diagnóstico se basa en la experiencia informada por el médico, el propio paciente y los comportamientos observados por el examinador. Generalmente se asume que cualquier tipo de prueba o prueba psicométrica o psicométrica requiere información detallada sobre su alcance y objetivos y antes de obtener el consentimiento del paciente. Actualmente no existe una prueba de laboratorio de diagnóstico para la esquizofrenia, y ningún síntoma es predictivo o excluido, lo que dificulta un diagnóstico verdadero.

Los síntomas más característicos son:

- Pensamientos confusos.
- Creencias falsas, conocidas como delirios.
- Alucinaciones.
- Cambios afectivos y de percepción.
- Cambios de conducta. Presenta conductas distintas a las que acostumbran a tener. En algunos casos, se vuelven extremadamente activas, o bien les sobreviene un gran letargo que les hace estar sin hacer nada durante todo el día.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave. Sus manifestaciones primarias consisten en una combinación característica de signos y síntomas. Los síntomas afectan una serie de procesos psicológicos, como la percepción (alucinaciones), los ideales, la verificación de la realidad (delirios), los procesos de pensamiento (vagamente relacionados), las sensaciones (imágenes), el afecto inapropiado, la atención, el enfoque, la motivación y el juicio. No hay síntomas patológicos inherentes a la esquizofrenia. Estas características psicológicas y de comportamiento están asociadas con muchas formas diferentes de discapacidad. No todos los síntomas descritos están presentes en todos los pacientes con esquizofrenia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Enumerar los signos y síntomas más frecuentes de la enfermedad.

Objetivos secundarios:

- Describir los tipos de esquizofrenia que existen.
- Indicar la prevalencia de la enfermedad.
- Describir los métodos de tratamiento de la esquizofrenia, tanto los farmacológicos como los no farmacológicos.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica para encontrar temas incluidos en el contenido relacionados con: esquizofrenia, psicosis y alucinaciones.

El tipo de literatura en la que se realizó el trabajo fue estudios prospectivos y retrospectivos, metaanálisis, casos controles y ensayos clínicos aleatorizados.

Para la realización de este estudio se utilizó un método de búsqueda bibliográfica, utilizando fuentes de datos: Scielo, Medline, Pubmed y Cuiden.

Para realizar esta revisión bibliográfica se tuvieron en cuenta varios criterios de inclusión, a excepción de los documentos sin evidencia científica para poder realizar el trabajo con la mayor fiabilidad posible.

4 Resultados

Signos, síntomas y diagnósticos:

El diagnóstico de esquizofrenia es fenomenológico y se basa en la observación y la descripción del paciente.

- Cognición: deteriorada (falta de atención, deterioro del procesamiento de la información).
- Contenido del pensamiento: anormal (delirios, pobreza del contenido).
- Forma de pensamiento: ilógico (disgregación de asociaciones, incoherencia).
- Comportamiento psicomotor: anormal o cambiado (agitación, retraimiento, rituales, catatonia).
- Percepción: distorsionada (alucinaciones visuales, olfativas, táctiles y auditivas).
- Afecto: anormal (aplanado, embotado, lábil, inapropiado).
- Sentido de sí mismo: deteriorado (incapacidad para diferenciar la realidad interna de la externa).
- Funcionamiento interpersonal: deteriorado (retraimiento social y desapego emocional, agresividad).
- Funcionamiento global: el rendimiento del sujeto.

Para evaluar esta enfermedad, es necesario comprender cómo el cerebro procesa la información de los sentidos y las respuestas conductuales resultantes (percepción, emoción, socialización y cognición).

Percepciones:

Las alucinaciones son percepciones falsas. No hay desencadenantes externos o internos identificables.

La percepción es la identificación e interpretación inicial de los estímulos a partir de la información recibida por la vista, el oído, el tacto, el olfato y el gusto.

Emoción:

Los sentimientos pueden sobre expresarse o sub expresarse. Las personas con esquizofrenia a menudo tienen síntomas de hipo expresión, y los problemas comunes que suelen observarse son alexitimia (dificultad para nombrar y describir sentimientos), anhedonia (ausencia o disminución de la capacidad para experimentar placer, intimidad y cercanía) y apatía (disminución de sentimientos, emociones, intereses o miedos).

Socialización:

Los problemas sociales pueden ser causados por una enfermedad directa o indirecta. Los comportamientos que causan directamente estos problemas son la incapacidad para comunicarse de manera coherente, la falta de iniciativa y ansiedad, las habilidades sociales deficientes, la falta de higiene personal y la paranoia. Los problemas específicos en el desarrollo de relaciones son el odio social, la falta de interés en las actividades de ocio, el comportamiento social inadecuado: y el alejamiento de amigos, familiares y compañeros tal y como se entiende en la sociedad.

Cognición:

Las personas con esquizofrenia a menudo no pueden generar ideas lógicas complejas y expresar oraciones coherentes porque la transmisión neuronal del sistema de procesamiento de información no funciona correctamente.

- Tipos de esquizofrenia.

Paranoide:

Inicio tardío y mejor pronóstico en comparación con los tipos catatónico y desorganizado.

Ausencia de cualquiera de las siguientes características: incoherencia, disgregación de las asociaciones, afecto aplanado o notoriamente inapropiado, comportamiento catatónico, comportamiento groseramente desorganizado. Delirios sistematizados, alucinaciones auditivas, persecutorias.

Catatónico:

Puede necesitar atención médica por desnutrición o hiperpirexia asociadas.

Estupor o mutismo.

Negativismo, rigidez.

Excitación carente de propósito con riesgo de lesiones a sí mismo o a otras personas.

Adopción de posturas.

Ecolalia o ecopraxia.

Desorganizado:

No cumple los criterios del tipo catatónico, Inicio temprano, apariencia dilapidada.

Afecto aplanado o groseramente inapropiado, Incoherencia, marcada disgregación de las asociaciones o conducta groseramente desorganizada.

Indiferenciado:

No cumple los criterios del tipo paranoide, catatónico ni desorganizado.

Delirios, alucinaciones e incoherencia notorios, o comportamiento groseramente desorganizado.

Residual:

Evidencia persistente de alteración a través de dos o más de los síntomas residuales (embotamiento emocional, retraimiento social).

Ausencia de delirios, alucinaciones e incoherencia notorios, o de comportamiento groseramente desorganizado.

Epidemiología y tratamiento.

Incidencia y Prevalencia: la prevalencia de por vida es de aproximadamente 1 a 1,5% y las manifestaciones son mayores en las zonas rurales, es más alta en

grupos de bajo nivel socioeconómico. La incidencia, incidencia y gravedad de las manifestaciones fue mayor en las zonas urbanas que en las rurales.

Se estima que cada año ocurren 2 millones de casos nuevos en todo el mundo.

La relación hombre-mujer es 1:

La edad de comienzo más frecuente es entre los 15 y los 35 años, raramente se presenta antes de los 10 y después de los 40, el comienzo es más temprano en los hombres que en las mujeres.

Es menos frecuente entre los judíos que entre los protestantes y católicos.

La incidencia estacional es más alta en invierno y principios de primavera.

Tratamiento: la atención clínica para pacientes con esquizofrenia puede incluir hospitalización y medicación antipsicótica, así como terapias psicosociales como terapia y rehabilitación conductual, familiar, grupal, individual y social.

Medicamentos: antipsicóticos típicos (antagonistas del receptor dopaminérgico) y antipsicóticos atípicos (antagonistas de la serotonina-dopamina y algunos antagonistas de la dopamina). Estos, se toleran generalmente mejor que los típicos y tienen menos efectos colaterales extrapiramidales. No elevan los niveles de prolactina y son más efectivos en el tratamiento de los síntomas negativos.

Mantenimiento: la esquizofrenia suele ser una enfermedad crónica y, a menudo, es necesario un tratamiento a largo plazo con antipsicóticos para reducir el riesgo de recaída.

La dosis podría empezar a disminuirse gradualmente al año de permanecer estable, instruyendo para reconocer e informar de signos que puedan sugerir recaídas.

Terapia electroconvulsiva: los pacientes que mejor responden son los que llevan menos de un año de evolución de la enfermedad. Puede ser eficaz en psicosis agudas y el el subtipo catatónico.

Psicosocial: terapia conductista (reforzar positivamente el comportamiento deseado), terapia grupal (apoyo y adquisición de aptitudes sociales cotidianas, disminuyendo el aislamiento social, terapia familiar (ayuda a reducir las recaídas), psicoterapia de apoyo (lograr que el paciente adquiera conciencia de la enfermedad, y reforzar el juicio de la realidad con consejos, educación, confianza, etc.), entrenamiento en aptitudes sociales (para mejorar el déficit en aptitudes sociales).

5 Discusión-Conclusión

La esquizofrenia es un trastorno psicótico grave que se caracteriza por manifestaciones clínicas y algunas modificaciones específicas de los estudios de imagen

como la TC y la RM.

La enfermedad causa importantes trastornos personales, sociales y ocupacionales, lo que convierte al paciente en un ser dependiente e incapaz de desempeñarse y realizarse por si solo sin un tratamiento adecuado.

La detección precoz y el inicio del tratamiento en el primer episodio psicótico mejora el pronóstico.

El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de estos pacientes son fundamentales para reducir el daño de la enfermedad y facilitar su integración en la sociedad, y ayudarles a llevar una vida relativamente normal.

6 Bibliografía

1. Seikkula, J., y Olson, M. E. (2013). The open dialogue approach to acute psychosis: its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42(3), 403-418.
2. López-Ibor, J.J. (Coord.): CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 2009.
3. Gladsjo JA, McAdams LA, Palmer BW, Moore DJ, Jeste D V, Heaton RK. A six-factor model of cognition in schizophrenia and related psychotic disorders: Relationships with clinical symptoms and functional capacity. *Schizophr Bulln*2004; 30(4):739–754.
4. Rosenbloom M. Chlorpromazine and the psychopharmacologic revolution, *JAMA*: 2012 Apr 10; Vol. 287 (14), pp. 1860-1.

Capítulo 8

URINOCULTIVO PARA ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO

ARANTXA MUÑOZ GUILLÉN

1 Introducción

El urinocultivo se trata de una prueba diagnóstica que se realiza examinando una muestra de orina, dicha muestra llega a detectar la presencia de microorganismos y la presencia de bacterias en la orina de la gestante.

El parto prematuro es la principal complicación asociada a la infección de orina, por eso se debe realizar como mínimo un urinocultivo al principio del primer trimestre de embarazo. El urinocultivo es una prueba que aporta una información útil y necesaria y que permite descubrir posibles infecciones de las vías urinarias y, principalmente, diagnosticar o descartar dos de las principales patologías obstétricas: la diabetes gestacional y la preeclampsia. Esta última es una enfermedad grave del embarazo, y se detecta a través de la presencia de proteínas en la orina, concretamente, albúmina.

La diabetes gestacional, que también se detecta a través del análisis de sangre, es una patología problemática durante la gestación, ya que puede tener numerosas consecuencias negativas para el feto, por lo que es muy importante detectarla a tiempo y tomar las medidas oportunas, siempre bajo criterio médico. Los principales factores que influyen son la progesterona que dilata los músculos de los uréteres y provocando que el flujo de orina se haga más lento, lo que aumenta el riesgo de que las bacterias se reproduzcan. Otro factor es el pH de la orina que también se modifica, se vuelve menos ácido y eleva el riesgo de presencia de gérmenes.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia que tiene el urinocultivo en el embarazo para descartar y evitar problemas debido a una infección urinaria.
- Conocer cuándo está indicado y como son los cuidados de enfermería para recogerlo.

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 ha consultado artículos de las principales bases de datos: Pubmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Antes de descubrir para qué son útiles los urinocultivos, principalmente durante el embarazo, debemos conocer un poco más acerca de los análisis de orina. El análisis de orina es una prueba muy común durante el embarazo, el cual se lleva a cabo, en condiciones normales, en cada trimestre, al mismo tiempo que también se realiza el análisis de sangre correspondiente. Tal y como ocurre con el análisis de orina rutinario, para la realización del urinocultivo es imprescindible obtener una muestra de orina de la embarazada, es preferible que la orina que se recoja sea la primera de la mañana por que al estar más concentrada, permite detectar más fácilmente cualquier anomalía.

Antes de recoger la muestra, es fundamental que la embarazada se lave bien las manos y los genitales, y utilizar el recipiente estéril de recogida de muestras de orina.

Los análisis de orina como el propio urinocultivo durante el embarazo, como ocurre también con el análisis de sangre y otras pruebas rutinarias, no representan ningún riesgo para la futura mamá y el bebé, su finalidad es asegurarse de que tanto la mamá como el bebé dispongan de buena salud.

La detección de bacterias, glucosa, cetonas o proteínas en la orina puede ser muy útil a la hora de detectar cualquier problema relacionado con el embarazo, y es por este motivo por lo que se recomienda realizar pruebas tempranas y tomar las medidas oportunas y adecuadas para prevenir cualquier tipo de enfermedad.

Las principales medidas para la recogida de la muestra de orina son; recoger la primera orina de la mañana. Antes de orinar, importante lavarse los genitales externos y las manos para evitar contaminar la muestra.

Cuando recojas la orina, desecha las primeras gotas y las últimas. La muestra más fiable se obtiene con la cantidad de orina intermedia. Comprueba que el recipiente de recogida está bien cerrado, antes de entregarlo en tu centro de salud.

5 Discusión-Conclusión

Las infecciones del tracto urinario suelen ser favorecidas por los cambios morfológicos y funcionales del embarazo. Es importante detectarlas mediante urinocultivos e intentar tratar precozmente.

Para iniciar un antibiótico se debe valorar los riesgos y la eficacia de las distintas pautas ya que pone en riesgo la vida fetal y la materna. Actualmente muchas veces se realiza el tratamiento a nivel ambulatorio y es importante un adecuado seguimiento de las gestantes.

Se ha visto que los principales factores de riesgo a padecerlas es tener antecedentes de ITU previas al embarazo y en segundo lugar, las pacientes con malas condiciones socioeconómicas presentan una incidencia mayor durante la gestación. Las patologías previas que más predisponen su aparición son la diabetes mellitus en la que incluimos la diabetes gestacional, las trasplantadas renales y pacientes con lesiones medulares (vejiga neurógena), etc.

La infección urinaria es una de las patologías más comunes en el embarazo y esto está directamente relacionado con los cambios que ocurren en tu cuerpo a nivel anatómico y hormonal.

6 Bibliografía

1. Inatal.org
2. mibebeyyo.elmundo.es
3. serpadres.es
4. elsevier.es

Capítulo 9

ENFERMERIA: EL SONDAJE VESICAL EN EL DOMICILIO

ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ

DANIEL MORA MAROTO

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ

M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ

1 Introducción

El sondaje vesical es una técnica aséptica que consiste en extraer la orina de la vejiga mediante la inserción de un catéter (sonda) a través de la uretra. Esta técnica está indicada en varias situaciones como en retención urinaria, intervención quirúrgica, control diuresis, tto terapéutico, recogida de muestra estéril, determinación orina postmiccional, introducir medicación y exploración vesical o uretral entre otras.

Esta técnica del sondaje vesical está contraindicada relativamente en ciertas situaciones como son traumatismos uretrales, prostatitis aguda, lesiones uretrales o vesicales o en incontinencia urinaria. Para realizar un sondaje a un paciente en estas situaciones, debe ser vigilado o realizado por un urólogo experto que guíe la técnica.

El daño neurológico es uno de los problemas fundamentales que provocan una retención urinaria, ya que se ven afectados los nervios que controlan la micción

y precisan un sondaje vesical. Para favorecer a estos pacientes y disminuir el número de visitas al centro de salud y/o hospital para realizar esta técnica, hay que enseñarles a realizarla adecuadamente, al propio paciente si es independiente o a su cuidador principal.

Para que esta técnica sea llevada a cabo por alguien que no es profesional de la salud, debemos enseñar adecuadamente la técnica y saber reconocer los errores más comunes.

2 Objetivos

- Describir el procedimiento de sondaje vesical en domicilio.
- Describir funciones de Enfermería tanto para el sondaje vesical como para la educación para salud para los familiares y/o paciente.

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 sondaje vesical puede ser de dos tipos, el sondaje intermitente que es la introducción momentánea de la sonda por la uretra para vaciar la vejiga e inmediatamente ser retirada y el sondaje permanente que la sonda se queda introducida durante un tiempo determinado.

El sondaje que se realizará en el domicilio está enfocado en pacientes que necesiten en un momento determinado un sondaje intermitente para poder evacuar la vejiga y así evitar la retención urinaria.

Para ello debemos saber que existen varios tipos de sondas vesicales. Las de látex que tiene una duración de hasta 45 días, de silicona con duración hasta 90 días y por último de PVC que son las indicadas en estos tipos de sondajes intermitentes. Hay sondas de distintos tipos de calibres y de varios números de luces. Para el sondaje intermitente en el que formaremos a nuestro paciente, se utilizará del calibre más adecuado, es decir, el necesario para la evacuación de la orina y de

una sola luz, ya que al vaciar la vejiga no lo vamos a dejar introducida dentro y la vamos a retirar.

Para realizar la técnica en el domicilio, vamos a seguir los siguientes pasos:

1. Material físico.

- Fase no estéril (limpieza y desinfección de la zona): guantes no estériles, cuña, toalla, clorhexidina 0.2%, agua y jabón.
- Fase estéril (preparar la zona aséptica para la realización): guantes estériles, paño estéril, lubricante urológico, sonda estéril adecuada para el sondaje que vamos a realizar y sistema colector.

2. Fase no estéril.

En primer lugar nos encargaremos como cuidador o paciente estar en una zona de intimidad y con un ambiente tranquilo y relajado. Colocaremos al paciente, en el caso de que sea el cuidador y a continuación pasaremos al lavado de manos y colocación de guantes no estériles. Una vez preparados con guantes no estériles procederemos a limpiar los genitales rigurosamente.

3. Fase estéril.

Se colocará el campo estéril, utilizando el paño estéril y echaremos en el paño todo el material estéril que vamos a utilizar a continuación. Una vez listo todo, nos pondremos los guantes estériles y procederemos a sujetar el pene en caso del hombre, en posición vertical y retraeremos el prepucio junto a una tracción, introduciremos el lubricante urológico y con una respiración lenta y suave por parte del paciente introduciremos la sonda vesical hasta que salga orina. En el caso de que sea mujer, separaremos labios mayores y localizaremos uretra e introduciremos de la misma manera la sonda. Una vez que haya terminado de evacuar toda la orina, retiraremos con cuidado la sonda y limpiaremos la zona.

5 Discusión-Conclusión

Es muy importante educar y enseñar bien el procedimiento y todas las pautas para poder realizar esta técnica en el domicilio sin la supervisión de un profesional de enfermería. Para ello se deben conocer los errores más comunes como son no guardar la intimidad como se debería, no lavarse las manos antes del sondaje o no poner el paño estéril. Con estos errores podemos aumentar el riesgo de infecciones y aumentar así los desplazamientos hacia el centro de salud o el hospital.

Explicar esta técnica al paciente y/o al cuidador principal tiene como principal objetivo optimizar y ahorrar las visitas del paciente al centro médico. Para ello como profesionales de enfermería debemos asegurarnos de dar una adecuada

formación y resolver cualquier tipo de duda que pueda surgir. Además tenemos el papel fundamental de poder reconocer y acatar los principales problemas que se puedan encontrar al realizar esta técnica.

6 Bibliografía

1. Denia Cortés A, González Fernández A, López Oliver AI, Velasco Sánchez EM, Castillo García MD. Protocolo de inserción, mantenimiento y retirada del sondaje vesical. SESCAM. Complejo Hospitalario Universitario Albacete. 2011.
2. Jiménez Mayorga I, Soto Sánchez M, Vergara Carrasco L, Cordero Morales J, Rubio Hidalgo L, Coll Carreño R et al. Protocolo de sondaje vesical. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0509.php>
3. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Hospital Virgen de la Salud de Toledo. 4º Ed. 2014.
4. Manual de protocolos de enfermería. Sondaje vesical. Cuidados de inserción. SESCAM. 2009.

Capítulo 10

ENFERMERIA : LA AGONIA DEL PACIENTE TERMINAL

ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ

DANIEL MORA MAROTO

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ

M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ

1 Introducción

El término agonía define una situación en la que la muerte del paciente está próxima. Puede durar unas horas o varios días.

En el estado de agonía la proximidad de la muerte es inminente. En esta etapa surgen nuevas necesidades tanto para el paciente como para su familia debido a la presencia de síntomas que se intensifican en esta etapa, debido a otros factores asociados como la ansiedad y la angustia que afecta tanto al paciente como a su familia.

Es importante una adecuada atención en esta etapa para producir así una mejora en la calidad asistencial.

La presencia cercana de la muerte remueve actitudes que pueden influir positiva o negativamente en el proceso terminal de paciente al que se está asistiendo y en sus familiares. Cuando estas actitudes en el personal de enfermería son las

correctas, contribuimos con nuestros cuidados y apoyo a una mejora en la calidad de vida de los enfermos terminales.

Síntomas más frecuentes:

El periodo precedente a la muerte generalmente viene acompañado de síntomas preagonizantes entre los que destacaremos:

- Deterioro del estado general y agravamiento de los síntomas.
- Dependencia absoluta del paciente para su cuidado.
- Boca seca.
- Disnea.
- Dificultad para la deglución.
- Astenia.
- Anorexia.
- Dolor.
- Inquietud.
- Agitación.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Confusión.
- Somnolencia.
- Estertores.

La intervención desde enfermería con pacientes en la fase de agonía persigue alcanzar los siguientes objetivos:

- Potenciar el bienestar y confort físico, emocional y espiritual del paciente en la última etapa de su vida con la finalidad de conseguir una muerte digna.
- Apoyar a familiares y cuidadores, intentando en la medida de lo posible evitar la aparición del duelo patológico.

2 Objetivos

Describir los cuidados desde enfermería al paciente en fase de agonía.

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 Google académico, Pubmed, Dialnet, Scielo y

Medline, usando los términos de búsqueda agonía, cuidados paliativos, enfermo terminal.

4 Resultados

Se tomarán las siguientes medidas con tal de favorecer la comodidad del paciente.

Medidas generales:

- Suspender analíticas, Rayos X.
- Retirada de fármacos no imprescindibles dejando solo aquellos que produzcan alivio y confort al paciente.
- Utilizar la vía subcutánea como la mejor alternativa ante una imposibilidad de vía oral.
- Utiliza todos los medios posibles para aliviar el sufrimiento.
- Conocer los miedos del paciente y de la familia, así como sus expectativas y aportarles tranquilidad y serenidad.
- Ofrecer la posibilidad de recibir apoyo religioso.
- Informar a la familia de los trámites a seguir cuando el paciente fallezca.

Control de síntomas:

- Marcar unas pautas fijas y otras condicionadas al estado del paciente.
- Además de la vía de administración a la situación del paciente, utilizar la vía oral siempre que sea posible.
- Evitar la poli-medicación manteniendo solo aquellos fármacos necesarios.
- Mantener informado al paciente y a la familia de la situación clínica y las posibilidades de tratamiento de los distintos síntomas de forma real.

Cuidados de enfermería;

1. Cuidado de la boca:

- Mantener la boca limpia y con la humedad adecuada.
- Limpiar la boca con un cepillo de dientes suave o con gasas impregnadas en una solución antiséptica.
- Hidratación de labios con cremas labiales.

2. Cuidados de la piel:

- Mantener la piel limpia e hidratada. En el caso de que el aseo provoque dolor, se administrará analgesia antes de su inicio.
- Mantener la especial atención al almohadillado de zonas de riesgo para evitar la aparición de úlceras por presión.
- Aumentar la periodicidad de los cambios posturales, en estos últimos momentos éstos van más encaminados a aumentar el confort que a la estricta prevención de

úlceras.

- En el caso de existencia de heridas, mantenerlas limpias, evitando que las curas sean excesivamente minuciosas y molestas.

3. Cuidados respiratorios:

La disnea y los estertores suelen estar presentes en la mayoría de los enfermos agónicos provocando gran ansiedad en el paciente y en la familia.

- Potenciar un ambiente tranquilo.

- Ventilación adecuada de la habitación.

- Mantener al paciente en decúbito lateral con la cabeza inclinada hacia abajo para facilitar el drenaje de secreciones.

4. Cuidados de alteraciones centrales con la agitación y el síndrome confusional.

- Mantener un ambiente tranquilo y seguro para el paciente.

5 Discusión-Conclusión

La enfermera ante un paciente terminal debe ser la encargada de asegurar el bienestar y procurar el confort del paciente en sus últimos días, es importante que se establezca una buena comunicación de la enfermera hacia el paciente y la familia, ya que no solamente somos los responsables de atender los síntomas físicos sino también los psicológicos como la ansiedad, el temor y la depresión.

Esto solo lo conseguiremos con escucha activa, respeto y empatía.

La enfermera debe saber cómo proporcionar apoyo al paciente, paliando así su miedo y ansiedad. El papel de enfermería es fundamental para mejorar la calidad de vida del enfermo y de la familia en esta última etapa de su vida.

6 Bibliografía

1. Cuidados paliativos domiciliarios: Atención integral al paciente y su familia.

Junta de Andalucía 2003.

2. www.revista-portalesmedicos.com

3. www.cancer.org

4. www.medlineplus.gob

5. www.scielo.es

Capítulo 11

ENFERMERÍA EN PACIENTE COVID-19 CON HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

ANA MARÍA LÓPEZ MUÑOZ

DANIEL MORA MAROTO

BEATRIZ CASADO PAULINO

MARIA ELENA MARTIN MUÑOZ

M. CARMEN ALFAGEME GÓMEZ

1 Introducción

La hospitalización a domicilio se define como una alternativa a permanecer en el hospital que permite que recibas en tu propia casa cuidados, así como tratamientos y otras atenciones iguales, tanto en cantidad como en calidad, a los que puedes tener en el hospital. Se proporciona por profesionales sanitarios cuando el paciente ingresado ya no precisa de la infraestructura hospitalaria, pero sí de un seguimiento activo y frecuente durante un periodo de tiempo limitado.

En la actualidad con el estado de alerta sanitaria producida por la covid-19, se ha producido una saturación de los centros hospitalarios llegando a plantearse nuevos sistemas asistenciales para descongestionar dichos centros y clasificar a los pacientes según la gravedad.

La Hospitalización a domicilio es un asistencia sanitaria eficiente que con profesionales sanitarios entrenados actúan en el domicilio y teniendo como referencia el centro hospitalario para realizar pruebas concretas como Rx, Escáner y siempre con un circuito creado previamente para evitar contagios tienen todos los recursos a su disposición.

El paciente Covid al encontrarse en su entorno tiene una mejor adaptación al proceso infeccioso reduciendo el estrés propio de la enfermedad, aislamiento familiar, miedo ante una enfermedad que ha generado tanto desconocimiento por parte de la comisión científica.

La atención a domicilio persigue alcanzar los siguientes objetivos:

- Favorecer el bienestar, intimidad y comodidad del paciente en su domicilio.
- Descongestionar los centros hospitalarios.
- Evitar hospitalizaciones innecesarias.
- Disminuir el riesgo de infecciones hospitalarias.
- Mejorar la utilización de los recursos hospitalarios disponibles

2 Objetivos

Exponer las ventajas y la actuación de enfermería en la hospitalización a domicilio para los pacientes Covid.

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

El paciente con Covid-19 puede acceder a Hospitalización a domicilio por varias vías, desde Atención Primaria, consultas externas, planta de hospitalización y urgencias. El médico responsable del paciente realiza una interconsulta no presencial al facultativo de la unidad de Hospitalización a domicilio, esta hace la valoración y determina si el paciente puede ser candidato para ingresar con dicha unidad.

Criterios del paciente para ingresar:

- Pacientes con neumonía leve o moderada.
- Pacientes con buena evolución clínica.
- FC < 100x.
- FR < 24x.
- Descenso de fiebre y defervescencia clínica.
- Saturación basal > 90%.
- No deterioro de la conciencia.
- Mejora de analítica (linfopenia, PCR, biología hepática).

Requisitos mínimos que debe reunir la vivienda:

- La vivienda debe disponer de una estancia con buena ventilación.
- Disponibilidad por parte del caso de un terminal telefónico que garantice la comunicación permanente.
- Acompañamiento familiar 24h.

Material para domicilio:

- Pulsioxímetro.
- Concentrador de O₂.
- Kit de material (kit de acceso a vía periférica, gasas, contenedor de agujas, guantes, jeringas de suero precargadas).

Actuación en el domicilio:

Una vez ingresado en Hospitalización a domicilio, el equipo se trasladará diariamente.

Antes de realizar cada actuación sanitaria el profesional sanitario realizará desinfección de manos y posterior puesta de EPI.

Se procede a poner el EPI en la puerta del domicilio y la familia proporcionará una bolsa de basura en el exterior para desechar los trajes EPI al abandonar el domicilio. También en la puerta se pone un empapador, gasas impregnadas en spray desinfectante y spray desinfectante.

El paciente se tomará constantes con aparato propio y si no dispusiera de uno se procedería a la desinfección en dicho punto.

No se introducirá al interior del domicilio ningún papel, material innecesario.

Todo material como fonendoscopio, aparato tensión arterial, tubos analítica de sangre deben ser desinfectados en el punto asignado.

Todo registro de datos se realiza en el exterior del domicilio tras retirada de EPI y desinfección de manos.

Las actuaciones realizadas en el domicilio son:

- Toma de constantes, auscultación.
- Administración de tratamiento antibiótico.
- Administración de tratamiento corticoide.
- Administración de anticoagulantes.
- Extracción de Analítica de sangre.
- Canalización de vía periférica.
- Valoración signos y síntomas.

Si el paciente requiere realizar Rx se pondrá en marcha el circuito para pacientes Covid-19 habilitado en cada centro hospitalario.

Alta:

Al alta del paciente se procederá a la retirada de los aparatos antes aportados como pulsioxímetro, concentrador de O2, por la empresa subsidiaria con todas las medidas de seguridad.

5 Discusión-Conclusión

La Hospitalización a domicilio es un recurso disponible en todas las comunidades la cual se va diversificando ante nuevas situaciones sanitarias, reduce el contagio del personal sanitario, ya que los profesionales que tienen contacto con el paciente son pocos en comparación con el personal del hospital.

También importante destacar el trato más personalizado que proporciona mayor intimidad, comodidad y bienestar al estar cerca de sus seres queridos así como la liberación de camas hospitalarias para atender a los pacientes más graves, disminuyendo los costes de ingresos hospitalarios y material de aislamiento.

También es importante la reducción de sufrir infecciones nosocomiales, síndromes confusionales y deterioro funcional de personas de edad avanzada.

6 Bibliografía

1. <https://www.msdsalud.es/informacion-practica/hospitalizacion-domiciliaria.html>.
2. <https://www.sehad.org>

Capítulo 12

CÓMO MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE

MARTA RODRÍGUEZ DÍAZ

1 Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad asistencial es "la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, protectoras y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa, y destina los recursos necesarios (humanos y de otros tipos) a estas necesidades de manera oportuna y tan efectiva como el resultado actual del conocimiento lo permite".

Según reconoce el Ministerio de Sanidad hay dos dimensiones que están incluidas en todas las definiciones posibles de calidad asistencial, y son:

- Efectividad: cuando la intervención en cuestión produce los efectos deseados para mejorar la salud en las personas que son tratadas.
- Eficiencia: existe una relación coste-resultado. Se busca minimizar la inversión para un nivel de rendimiento determinado, o a la inversa, maximizar el rendimiento de una inversión realizada.

Donadebian definió como los pilares de la calidad a los siete atributos en los que se basa la calidad asistencial: eficacia, eficiencia, optimización, aceptabilidad, accesibilidad, equidad y legitimidad.

A estas dimensiones clásicas se les pueden añadir otras más actuales, como es la seguridad clínica de los pacientes, pues constituyen un problema de primer orden para los sistemas sanitarios.

La calidad se gestiona mediante tres actividades:

- Planificación:

Conocer las necesidades del paciente.

Fijar objetivos de calidades según esas necesidades.

Desarrollar el proceso para cumplir los objetivos.

Asignar los recursos necesarios para realizar el proceso.

- Control:

Evaluar al consecución de los objetivos.

Identificar los problemas y sus causas.

Tomar decisiones para la resolución de los problemas.

- Mejora: planificar la mejora continua.

2 Objetivos

Explicar la importancia de la calidad en los servicios de salud y su control mediante las normas de calidad existentes para mejorar la atención al paciente.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de la documentación científica disponible y más actual. El material bibliográfico se ha seleccionado a través de buscadores especializados en materia de salud y utilizando diferentes publicaciones digitales procedentes de fuentes fiables de información.

4 Resultados

La calidad asistencial es uno de los elementos claves a desarrollar por los equipos directivos y por los profesionales sanitarios con el objetivo de mejora de forma continua la práctica asistencial y conseguir la mayor satisfacción del paciente y su familia.

La calidad en el ámbito de la salud tiene que considerarse una prioridad. El objetivo de todo centro sanitario debe basarse en orientar sus estrategias y actuaciones para garantizar una asistencia sanitaria donde la humanización esté muy presente para mejorar el conjunto de las atenciones que el profesional de enfermería ofrece.

El objetivo es que los centros sanitarios puedan tener controlado el nivel de calidad de su asistencia y la seguridad de los pacientes, algo que frecuentemente se ve dificultado por la falta de medios.

Se alcanzará la calidad máxima si el personal que realiza la asistencia sanitaria al paciente tienen los conocimientos adecuados y permanentemente actualizados, si esos conocimientos son aplicados de forma correcta y lo hacen poniendo al paciente como centro de toda actuación.

La enfermera desempeña un papel fundamental, pues es responsable de reducir los riesgos y daños. Todo ello es posible utilizando las mejores prácticas en materia de salud y el uso de indicadores de calidad de enfermería que ayuden en la efectividad de la atención.

La seguridad de los pacientes es una de las dimensiones importantes de la calidad asistencial, ya que afecta a la organización y a sus miembros.

El rol de enfermería en la seguridad de los pacientes es relevante, pues en la mayoría de las estrategias y evaluaciones se contemplan indicadores y actuaciones que inciden directamente en los cuidados de enfermería.

Se han definido una serie de modelos o normas de calidad, que constituyen las referencias para las organizaciones que quieren ser excelentes:

- Normas ISO 9000: es una entidad internacional cuyo objetivo es establecer normas, patrones o modelos que sirvan de referencia para todo el mundo. En cada país existen oficinas de normalización, por ejemplo, en España está AENOR.
- Modelo de excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management) que es un modelo de calidad aplicable a todo tipo de organizaciones sanitarias o no.
- Modelo Joint Commission que se basa en la obtención de acreditaciones de estándares de calidad sanitarios.

5 Discusión-Conclusión

Todo hospital o centro sanitario debe tener un Plan de Calidad con la finalidad de optimizar la asistencia de las personas. Debe evaluar los aspectos científicos y técnicos de la actuación, los cuidados humanos recibidos, la seguridad del enfermo y la eficacia en la atención prestada.

El objetivo final es la mejora continua de la atención al paciente y a la familia y, el perfeccionamiento profesional con su participación activa en la mejora continua

como eje esencial de la actuación en la gestión de calidad de un centro hospitalario, orientando siempre el trabajo a la mejora continua de la calidad asistencial.

6 Bibliografía

1. Calidad asistencial/Gestión hospitalaria 5e/AcessMedicina, a través de <https://acessmedicina.mhmedical.com>.
- 2.La importancia de la calidad asistencial en el tratamiento de los pacientes, en <https://www.unir.net>.
3. Gestión de la calidad. Curso intensivo EIR Asturias.
- 4.calidad asistencial. Hospital Universitario Virgen del Rocío, en <https://www.hospitaluvroci.es>.

Capítulo 13

ABSCESO PERIANAL, PRESENTACION DE UN CASO

LORENA PICAZO DEL CANTO

EVA RODRIGUEZ MIGUENS

CLARA GARCIA PERUYERO

ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA

SUSANA GONZALEZ BLANCO

1 Introducción

Un absceso perianal es una colección de material purulento que se localiza en el espacio contiguo a la región ano-rectal como la zona perianal (subanodérmico), isquiorrectal (isquioanal), interesfintérico y supraelevador.

Es el inicio de una infección que puede evolucionar a un proceso supurativo y así mismo cronificar. Los abscesos perianales son más frecuentes en varones.

El 90% de las infecciones son producidas por la obstrucción de las glándulas denominadas criptas anales localizadas en el canal del ano pero deben descartarse otras causas como la enfermedad inflamatoria intestinal, tratamientos quimio-radioterápicos, tuberculosis u otras enfermedades sistémicas (leucemia, SIDA o diabetes). También pueden producirse debido a un quiste pilonidal, tumor, cuerpos extraños o traumatismos e incluso por malos hábitos higiénicos.

Los síntomas más frecuentes son:

- La aparición de una tumoración inflamatoria con hiperemia local, hipertermia y enrojecimiento de la zona cercana al ano.
- Dolor intenso de tipo punzante e incapacitante.
- Fiebre.
- Edema e inflamación variable debida al absceso.
- Supuración purulenta.
- Irritación de la piel circundante debido a las secreciones o heces ocasionando prurito y escozor.

El diagnóstico principal se efectúa con la sintomatología del paciente, pero debe realizarse:

- Una anamnesis y exploración física completa.
- Inspección y tacto rectal para localizar la lesión.
- La exploración bajo anestesia de la zona lo que además permite la realización del tratamiento quirúrgico y la toma de muestras.
- Una resonancia magnética de la pelvis, la ecografía anal o los ultrasonidos endoanales y endorrectales que nos permiten evaluar la profundidad y extensión de los abscesos.
- Exámenes de laboratorio: analítica completa y estudios microbiológicos, cultivos y antibiograma del pus.

El tratamiento debe ser rápido para evitar la progresión de la infección. Es un tratamiento quirúrgico que consiste en el drenaje de la zona, siendo conservador con la piel circundante.

Se introduce una pinza o el dedo en la cavidad para romper los septos y posteriormente se lava la zona con suero salino y solución antiséptica. A continuación se coloca un drenaje tipo penrose para prevenir la acumulación de fluidos y un apósito para proteger la zona.

Durante el postoperatorio se administrarán antibióticos de amplio espectro (Metronidazol y/o Ciprofloxacino) y antiinflamatorios. Se realizarán curas diarias para evitar el cierre primario y se podrán realizar medidas de alivio local como los baños de asiento con agua templada.

2 Objetivos

El objeto principal de este trabajo es dar a conocer las características que posee la patología del absceso perianal, dicho de otro modo, explicar sus manifestaciones clínicas, el diagnóstico y posterior tratamiento a partir de un caso clínico.

3 Caso clínico

A continuación vamos a comentar un caso clínico que acude a nuestro servicio de urgencias por dolor en la zona anal de varios días de evolución.

Motivo de consulta: dolor anal.

Antecedentes personales: no posee alergias medicamentosas conocidas. No refiere enfermedades sistémicas crónicas en tratamiento actualmente o en el pasado.

Intervenciones quirúrgicas previas: drenaje absceso perianal.

Enfermedad actual: paciente que acude por dolor anal de 3 semanas de evolución que le dificulta de manera importante la marcha y presenta una tumoración en el glúteo izquierdo que ha ido progresivamente aumentando de tamaño. Intentó por cuenta propia drenarlo hace 2 semanas sin éxito. No presenta sensación febril, ni náuseas o vómitos.

Exploración física: estado general regular, está consciente, orientado y colaborador, normohidratado, con coloración normal, normoperfundido, eupnéico en reposo, su abdomen es blando, no está distendido, ni es doloroso a la palpación, sin signos de peritonismo ni defensa. A la exploración visual se aprecia una tumoración glútea izquierda de aproximadamente 7cm de longitud, empastada y muy dolorosa al tacto, que se continua hacia región inguinal. El tacto rectal es doloroso, palpándose un abultamiento de la cara lateral izquierda del canal anal. El dedo sale limpio tras la exploración anal.

Pruebas complementarias:

- Analítica urgente: Hemoglobina 14.2, plaquetas 246, leucocitos 13.37 con N 75%, TP 101%, INR 0.99, PCR 29.
- PCR SARS-Cov2: indetectable.

Impresión diagnóstica: absceso perianal.

PLAN: se explica al paciente la necesidad de la realización de una intervención quirúrgica urgente, que dice comprender y acepta.

Se procede a la realización del ingreso en la unidad de cirugía general de nuestro hospital. Se le entregan y explican los consentimientos informados pertinentes para este tipo de intervención que comprende y firma. A continuación se le traslada al quirófano de urgencias para la realización del drenaje del absceso. Una vez terminada la intervención pasa a la unidad de reanimación hasta que finalicen los efectos de la anestesia y después pasará a la planta para la realización de las curas y seguimiento postoperatorio.

4 Discusión-Conclusión

La identificación temprana, por parte de los especialistas, de la existencia del absceso perianal debe ser un objetivo prioritario para no posponer su tratamiento. La realización de una correcta exploración física, rectoscopia y de las pruebas de imagen complementarias son fundamentales para su correcto diagnóstico.

Si se identifica un absceso perianal se debe drenar inmediatamente de manera quirúrgica para a continuación seguir con un tratamiento de antibiótico adecuado.

En la actualidad existe un importante cambio en el tratamiento, con la incorporación de nuevos fármacos como los inmunosupresores (Azatioprina, 6-Mercaptopurina, Metotrexate y ciclosporina) y desde hace poco el Infliximab. Sin embargo, no existen suficientes estudios que justifiquen otro tipo de abordaje y tratamiento para esta patología que implique un aumento de su mejoría.

La principal complicación del drenaje de un absceso anorrectal es la formación de una fístula, que se presenta en 60% de los casos.

5 Bibliografía

1. Villanueva Herrero J.A, Rivas Cajina A, Jiménez-Bobadilla B. El tipo de absceso anal afecta a la complejidad de la fístula anal. *Cirujano General*. 2014; 36 (1): 15-19. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-articulo-el-tipo-absceso-anal-afecta-X1405009914551947>
2. García Gutiérrez A, Villasana Roldós L. Abscesos fistulosos anorrectales. Concepto, clasificación, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Cir*. 2008; 47(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932008000100018
3. Phillips RKS. Anal fistula: evaluation and management. In: *Colorrectal Surgery*. 2nd ed. London: WB Saunders Company Limited; 2002, p. 299-328
4. Rodríguez-Wong U .Enfermedades anorrectales. En: Campos SF. Gutiérrez-Arrubarena Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo. 4a. Ed. El Manual Moderno; 2012, p. 529-40
5. Astiz JM, Beraudo M , Tinghitella G, Chiurco L, Kushinacayó M. Abscesos y fístulas anorrectales. *Rev Argent Cirug* 2007; 92 (3-4): 146-54.

Capítulo 14

APENDICITIS AGUDA, ABORDAJE DE UN CASO

LORENA PICAZO DEL CANTO

EVA RODRIGUEZ MIGUENS

CLARA GARCIA PERUYERO

ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA

SUSANA GONZALEZ BLANCO

1 Introducción

La apendicitis (A) aguda es un cuadro abdominal provocado por un proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal, comprometiéndolo en parte o en su totalidad.

Es el cuadro agudo de abdomen quirúrgico más frecuente porque su diagnóstico es clínico y su posible rápida evolución patológica con las consecuencias que conlleva. Su resolución es quirúrgica y su morbi-mortalidad es baja con un diagnóstico y tratamiento precoz.

Se puede presentar a lo largo de toda la vida pero su incidencia máxima se da entre los 10-30 años con un mínimo predominio en el sexo masculino 3:2.

No existe una correlación clínico-patológica exacta .

Existen 4 estadios anatomopatológicos:

- A. Edematosa: secreción y acumulación de mucus.

- A. Flemonosa o supurativa: infiltrado de PMN, exudado purulento hacia la luz, aspecto engrosado, tumefacto, friable, recubierto de pseudomonas.
- A: Gangrenosa: áreas gruesas de ulceración hemorrágica en la mucosa, necrosis gangrenosa, afectación de todas las capas.
- A. Perforada: presenta zonas de necrosis supurativa, abscesos intramurales con perforación parietal.

Existe un cuadro típico de presentación conocido como tríada de Murphy, pero existen casos de presentaciones bizarras. El síntoma mas común es el dolor abdominal, presente en el 100% de los casos. Inicialmente es la zona epigástrica y evoluciona hacia la fosa iliaca derecha, suele ceder parcialmente con analgesia pero siempre se mantiene en el examen físico. La anorexia acompaña al dolor abdominal y pueden aparecer náuseas y vómitos. También se produce fiebre no elevada.

Pueden existir elementos clínicos que nos orienten hacia una tipología en concreto.

Al examen abdominal los hallazgos clínicos varían desde dolor a la palpación profunda de la fosa iliaca derecha hasta signos de reperitoneal localizada como dolor a la descompresión y defensa. Se han descrito múltiples signos:

1. Dolor en el punto de Mc Burney, que se encuentra en un punto que se topografía en la unión del 1/3 distal con los 2/3 proximales de una línea que va de la espina iliaca anterosuperior al ombligo.
2. Al inicio del cuadro se puede observar resistencia parietal voluntaria por dolor; en la evolución se vuelve involuntaria o refleja (defensa) como signo de reacción peritoneal localizada. Por último, el grado máximo de expresión es el denominado “vientre en tabla” característico de las peritonitis difusas. La ley de Stokes explica la parálisis del músculo liso (íleo) y contractura del músculo estriado por el contacto con una serosa inflamada. Es fundamental tener presente que los “signos peritoneales” pueden no estar presentes o ser tardíos cuando la localización del apéndice no contacta con el peritoneo parietal (retrocecal, retromesentérica).
3. El Signo de Rovsing es un dolor que aparece en el cuadrante abdominal inferior derecho, cuando se palpa en el cuadrante abdominal inferior izquierdo.
4. El Singo de Blumberg es la descompresión brusca dolorosa del abdomen y tiene gran importancia en revelar irritación peritoneal. También se conoce como signo del rebote.
5. Aparece una masa dolorosa en FID, en los casos de plastrón o absceso apendicular.
6. Tacto rectal doloroso a derecha.

A efectos de reducir el margen de error se han propuesto distintos scores diag-

nósticos para la AA, evaluando la presencia de los síntomas y signos que se han descrito con anterioridad. El más reconocido es el score de Alvarado. Es utilizado como guía para el médico general y consta de la asignación de puntaje a los signos presentes en el paciente, separando tres grupos: un score inferior a 3-4 aleja el planteo de apendicitis con una sensibilidad de 96%, un score entre 4 y 6 sugiere una sospecha clínica razonable y recomienda la realización de una tomografía computada, y un score de 7 o más permite establecer con elevada sensibilidad el planteo de apendicitis aguda, por lo que se recomienda la consulta con el cirujano.

En conclusión, los pacientes que presentan un esquema de Murphy típico son diagnosticados clínicamente como AA, pero considerando que existen diagnósticos diferenciales de cuadros no quirúrgicos, este diagnóstico puede requerir de estudios de imagen.

2 Objetivos

Mostrar la actuación ante una paciente que se presenta en nuestro servicio de urgencias por un posible caso de Apendicitis Aguda.

3 Caso clínico

Acude al servicio de urgencias de nuestro hospital una paciente de 15 años por dolor abdominal.

Se le realiza una exploración exhaustiva:

1. Antecedentes personales: NAMC. No hábitos tóxicos. No antecedentes de interés. No intervenciones quirúrgicas previas.
2. Medicación previa: No tratamientos crónicos.
3. Historia actual: Paciente que consulta por dolor abdominal de aproximadamente 48 horas de evolución, localización en hipogastrio y FID. Valorada hace 24 horas en urgencias. No presenta fiebre ni sensación distérmica. Niega náuseas o vómitos. Sin otra sintomatología acompañante.
4. Exploración física:
 - T^a: 36.6°C
 - TA: 99/58
 - FC: 84 lpm.
 - Esta consciente, orientada y colaboradora. Con buen estado general. Eupneica en reposo, sin trabajo respiratorio. Normocoloreada, bien hidratada y perfundida. Afectada por el dolor.

- Auscultación cardiopulmonar: ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: blando, depresible, con dolor a la palpación de hipogastrio y FID, con defensa.
- Blumberg positivo.
- Peristaltismo conservado.
- Presión pulmonar sistólica bilateral negativa.
- EEII: sin edemas ni signos de TVP.

5. Pruebas complementarias

- Analítica: Hb: 13.4 gr/dl. Leucocitos: 9780/microl. Tasa protrombina: 84%. PCR: 27.3 mg/l.
- PCR Covid 19: Indetectable.
- ECO abdominal: en la fosa iliaca derecha se aprecia una estructura tubular alargada con un diámetro máximo de unos 9 mm con cambios inflamatorios parietales e importante hiperecogenicidad y cambios inflamatorios en la grasa del meso adyacente, no logrando ver claramente dependencia del ciego, sugestiva de apendicitis aguda/Divertículo de Meckel complicado. Pequeñas adenopatías mesentéricas en FID. No hay líquido libre intraperitoneal.

El resto del estudio es normal.

6. Diagnóstico principal: sospecha de patología apendicular aguda.

Tras la revisión de las pruebas se decide su ingreso para intervención quirúrgica urgente.

Se informa a la abuela que es la que acompaña a la paciente. Firma ella los consentimientos.

A su ingreso en planta se la preparara para la intervención y se le traslada al quirófano de cirugía.

Debido a la estructura corporal de la paciente (es muy menuda y delgada) se decide realizar una Apendicectomía abierta debido a la imposibilidad del manejo de los puertos de la cirugía laparoscópica.

Diagnóstico final tras la cirugía: apendicitis aguda flemonosa (gangrenada en la punta).

Tratamiento: mantener tratamiento antibiótico 3 días.

Se realiza la intervención bajo anestesia general balanceada:

- Inducción sin incidencias. Dificultad IOT: No.
- Estable hemodinamicamente, buena adaptación a la ventilación mecánica.
- Sangrado habitual. Transfusiones sanguíneas: No.
- Se pasan 500 cc cristaloides.
- Extubación en quirófano: Si.

- Reversión BNM con Sugammadex: Si.

4 Discusión-Conclusión

La apendicitis Aguda es todo un reto diagnóstico en los servicios de urgencias, se debe realizar una adecuada y precisa evaluación para así disminuir su morbilidad y mortalidad. Todo paciente con sospecha de Apendicitis debe recibir una exploración ordenada, dirigida y completa, debido a la gran cantidad de patologías que pueden simular la misma. No existe un cuadro clínico generalizado o una presentación típica para todos los pacientes con Apendicitis Aguda. Debido a esta razón se deben tener en cuenta las principales consideraciones anatómicas, fisiológicas y características clínicas. Lo cual es fundamental para lograr un adecuado abordaje, diagnóstico y manejo de un paciente que se presente en el servicio de urgencias con dolor abdominal y sospecha de Apendicitis Aguda.

5 Bibliografía

1. Terasawa T, Blackmore C, Bent S, Kohlwes RJ. Systematic Review: Computed tomography and ultrasonography to detect acute appendicitis in adults and adolescents. *Ann Intern Med.* 2004;141:537.
2. Peranteau W, Smink D. Acute appendicitis. En Maingot's Abdominal Operations. 12th Edition. Ch V, pag. 623.
3. Carr, N. J. (2000). The pathology of acute appendicitis. *Ann Diag Pathol*, 4, 46–58.
4. Dominguez, E. P., Sweeney, J. F. y Y. U. Choi. (2006). Diagnosis and Management of Diverticulitis and Appendicitis. *Gastroenterol Clin N Am*, 35, 367–391.
5. Temple, C., Huchcroft, S. y W. Temple. (1995). The natural history of appendicitis in adults, a prospective study. *Ann Surg*, 221, 279–82.

Capítulo 15

SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA INFANCIA

ANA VALLADOLID VINDEL

NATALIA NAVARRO ZAFRA

DANIEL HERRAIZ VALLADOLID

1 Introducción

La presente publicación está realizada sobre el problema que suponen la obesidad y el sobrepeso en edad escolar en España, en niños y adolescentes de 5-17 años de edad y sobre las recomendaciones de actividad física más adecuadas como principal estrategia contra esta epidemia.

La obesidad es una acumulación excesiva de grasa, que como resultado provoca un aumento del peso corporal en relación al que sería adecuado considerando el sexo, la talla y la edad de la persona.

Diferentes estudios realizados en nuestro país coinciden en que cerca del 30% de la población infantil padece exceso de peso.

Esta enfermedad compleja y multifactorial afecta prácticamente a todos nuestros órganos y sistemas de una forma negativa, provocando graves consecuencias tanto a corto como a largo plazo, siendo claramente la obesidad infantil un factor predictor de la obesidad en edad adulta.

La actividad física, la alimentación y el patrón del sueño son elementos importantes que dependiendo de si son adecuados o por el contrario no cumplen con las recomendaciones, podrán actuar como factores protectores o favorecedores de la obesidad.

La actividad física combinada con una alimentación saludable produce que ambas se potencien entre ellas, a pesar de ello recientemente se ha demostrado que es más sencillo reducir la obesidad en niños y adolescentes mediante la actividad física vigorosa que mediante la reducción de la ingesta calórica.

La actividad física se define como todo movimiento producido mediante la contracción muscular provocando un incremento del gasto energético.

La palabra sedentarismo podemos definirla como sinónimo de inactividad física o como falta de actividad física y también la utilizamos para describir un estilo de vida.

Nuestro trabajo trata sobre las recomendaciones de actividad física más adecuadas para combatir la obesidad infantil, ya que un nivel bajo de condición física y un estilo de vida sedentario están directamente relacionados con el sobrepeso y la obesidad infanto-juvenil.

2 Objetivos

Exponer las recomendaciones más eficientes en el abordaje del sobrepeso y la obesidad infantil.

3 Metodología

La revisión bibliográfica se ha realizado en bases de datos tanto nacionales como internacionales, como Dialnet, Pubmed, Medline, Enfispo, Redlyc, Elsevier, Scielo y Google académico y páginas web de organismos oficiales como la AEP (Asociación Española de Pediatría), OMS (Organización Mundial de la Salud), MSSSI (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) o el INE (Instituto Nacional de Estadística).

4 Resultados

El sobrepeso y la obesidad es el principal problema de salud que se manifiesta en niños y adolescentes en España, problema del cual no se conoce realmente la prevalencia que tiene debido a la disparidad de criterios utilizados, tanto en la recogida de muestras como en su posterior análisis de los datos recogidos en las muestras, por lo cual es necesario la unificación de los criterios a la hora de definir los conceptos sobrepeso y obesidad.

Alimentación y actividad física se potencian mutuamente. La actividad física es la herramienta principal para la lucha contra el sobrepeso y la obesidad, más efectiva incluso que la reducción calórica.

La obesidad afecta de forma negativa a la totalidad de nuestro organismo, por el contrario la actividad física produce innumerables beneficios, no sólo contrarrestando los efectos negativos que se dan en la obesidad, sino que produciendo beneficios adicionales.

La educación para la salud (EpS) es imprescindible para la adquisición de hábitos de vida saludables, donde el papel de la enfermería será muy útil para orientar a padres, niños y adolescentes, proporcionando los conocimientos e información necesaria para el seguimiento de un estilo de vida adecuado para crecer y desarrollarse en las más óptimas condiciones de salud.

El joven colectivo que ha sido objeto de estudio se ve condicionado por diversas variables, la influencia de la familia, el entorno, la edad, el género, el autoconcepto y la práctica de actividades sedentarias influirán fuertemente promoviendo la práctica de actividad física o por el contrario haciéndola menos probable.

Las recomendaciones más adecuadas para niños y adolescentes de 5-17 años son las dadas por la OMS, un total de 60 minutos diarios que pueden realizarse en varias tandas serían suficientes para prevenir las enfermedades no transmisibles y promover un estado óptimo de salud.

5 Discusión-Conclusión

Para el tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes sanos es primordial la actuación sobre los hábitos de vida modificables que estén relacionados con esta afección ya que es la infancia un periodo de aprendizaje de las conductas alimentarias, de tal manera que se cumpliría nuestro primer objetivo que consiste en estudiar los problemas que suceden para que se diagnostique a un niño con sobrepeso u obesidad.

Así mismo, pese a los indiscutibles beneficios de la actividad física, en España las recomendaciones dadas por la OMS no son seguidas normalmente ni por niños y adolescentes, ni por los documentos que tratan sobre actividad física de la mayoría de las comunidades autónomas, con lo que nuestro objetivo de conocer la influencia del ejercicio físico en términos de salud de la población infanto-juvenil, se vería logrado si se proporcionan documentos al niño y sus familiares sobre pautas de dieta y pautas de actividad física que tendrán repercusiones a lo largo de toda la edad adulta, configurando el estilo de vida de cada persona., lo que conseguimos con EpS.

Al haberse demostrado el coste-efectividad de programas de ejercicio con el fin de promover la salud y reducir la obesidad, uno de los objetivos a lograr más eficientes en el abordaje del sobrepeso y la obesidad infantil sería remitir dicho programa desde la consulta de enfermería de atención primaria a niños obesos para conseguir realizar los programas de actividad ofertados por las comunidades autónomas sería una forma ideal de combatir la epidemia del siglo XXI, la obesidad.

6 Bibliografía

1. Champion J, Milagro FI, Martinez JA. Individuality and epigenetics in obesity. *Obes Rev.* 2009;10:383-392.
2. Sánchez-Cruz JJ, Jimenez-Moleón JJ, Fernández-Quesada F, Sánchez MJ. Prevalence of Child and Youth Obesity in Spain in 2012. *Rev Esp Cardiol.* 2013;66(5):371-337.
3. Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012 (ENSE 2011/2012), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de Estadística. [Acceso 7 de Noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi>.
4. Daniels SR. Complications of obesity in children and adolescents. *Int J Obes (Lond).* 2009;33(1):60-65.
5. Biro FM, Wien M. Childhood obesity and adult morbidities. *Am J Clin Nutr.* 2010;91:1499-1505.
6. Villagrán Pérez S, Rodríguez-Martín A, Novalbos Ruiz JP, Martínez Nieto JM, Lechuga Campoy JL. Hábitos y estilos de vida modificables en niños con sobrepeso y obesidad. *Nutr Hosp.* 2010; 25(5):823-831.
7. González Sandoval CE, Díaz Burke Y, Mendizabal-Ruiz A, Medina Díaz E, Morales JA. Prevalence of obesity and altered lipid profile in university students. *Nutr Hosp.* 2014;29:315-321.
8. Ara I, Vicente-Rodríguez G, Moreno LA, Gutin B, Casa-Jus JA. La obesidad infantil se puede reducir mejor mediante la actividad física vigorosa que mediante la restricción calórica. *Apunt Med Esport.* 2009;44:111-118.
9. Chodzko-Zajko WJ, Schwingel A, Romo-Pérez V. Un análisis crítico sobre las recomendaciones de actividad física en España. *Gac Sanit.* 2012;26(6): 525-533.
10. Cornejo-Barrera J, Llanas-Rodríguez JD, Alcázar- Castañeda C. Acciones programas, proyectos y políticas para disminuir el sedentarismo y promover el ejercicio en los niños. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2008;65:616-625.
11. Casajús JA, Piedrafito E, Aragonés MT. Criterios de maximalidad en pruebas de esfuerzo. *Rev int med cienc act fis deporte.* 2009; 9(35):217-231.

12. Joshi P, Bryan C, Howat H. Relationship of body mass index and fitness levels among schoolchildren. *Cond Res.* 2012;26(4):1006-1014.

Capítulo 16

CASO CLINICO: COLECISTITIS AGUDA

LORENA PICAZO DEL CANTO

EVA RODRIGUEZ MIGUENS

CLARA GARCIA PERUYERO

ARTEMISA FERNÁNDEZ GARCÍA

SUSANA GONZALEZ BLANCO

1 Introducción

La colecistitis aguda es la inflamación de la vesícula biliar. El 90/95 de los casos se debe a la obstrucción del conducto cístico por un cálculo (una complicación frecuente, colecistitis litiásica) y el 5/10% restante tiene una etiología multifactorial.

La obstrucción del conducto cístico provoca la distensión de la vesícula produciendo una contracción intensa que provoca el dolor tipo cólico característico de esta patología. Se produce un edema de la pared de la vesícula, la retención de las secreciones biliares y alteraciones de tipo vascular. Todo esto lleva a la inflamación vesicular. El cálculo y las secreciones son irritantes lo que aumenta este proceso. Las alteraciones vasculares se producen por la compresión del conducto cístico que genera trombosis y aumento de la presión intraluminal secundario a la obstrucción, disminuyendo el flujo sanguíneo. Ambos procesos llevan a la isquemia y agravan la inflamación.

La presentación clínica de la colelitiasis dependerá del estado inmunológico del paciente. El síntoma principal es el dolor continuo en cuadrante superior derecho del abdomen con exacerbaciones de tipo cólico que a veces se irradia a la parte superior derecha del dorso o región interescapular.

En el cólico biliar simple el dolor cede de forma temporal y parcial con analgésicos.

También se producen náuseas, emesis, anorexia, fiebre y compromiso del estado general. En la colecistitis aguda litiásica en un 20/25 % de los casos se acompaña de ictericia.

Durante el examen físico se suele objetivar taquicardia con alza de la temperatura. Al palpación abdominal se aprecia hipersensibilidad y resistencia focal en el cuadrante superior derecho. Es característico el Signo de Murphy (Detención de la inspiración con la palpación profunda de la zona costal derecha). En algunos casos puede apreciarse una masa a la palpación que se corresponde con la vesícula inflamada.

En la analítica se visualiza la elevación de VHS o PCR, una leucocitosis de leve moderada (12.000-15.000 células/mm³). Las pruebas hepáticas no suelen alterarse, pero se observa una hiperbilirrubinemia directa leve y/o ligeros aumentos de la fosfatasa alcalina, transaminasas y amilasa.

Los estudios de imagen más relevantes para el diagnóstico de esta patología son: La ecografía abdominal es la prueba de elección en las sospechas de colelitiasis debido a su bajo coste, alta disponibilidad, eficacia y especificidad y ser una prueba no invasiva.

La tomografía computarizada.

La resonancia magnética.

En la actualidad el tratamiento de elección es la colecistectomía. Se suele realizar vía laparoscópica y en caso de no ser posible se realizará mediante laparotomía. El tiempo de recuperación del paciente dependerá tanto del tipo de abordaje quirúrgico como de las posibles complicaciones. Estas últimas dependerán a su vez del estado basal del paciente, de la inflamación y/o de la perforación de la vesícula y tejidos cercanos. Las más comunes son empiema, perforación, gangrena, plastrón vesicular; pancreatitis aguda, absceso subfrénico, íleo biliar, etc.

2 Objetivos

Vamos a poner en relevancia la importancia de una buena exploración física en este tipo de patologías, fijándose en los signos típicos de diagnóstico, como el signo de Murphy aparte de los estudios de imagen complementarios.

3 Caso clínico

El caso que nos ocupa llega a nuestro servicio de urgencias a consultar por dolor abdominal.

Se le realiza una exploración exhaustiva.

Antecedentes personales.

NAMC.

HTA, DM y DL.

Amaurosis de OI por herida penetrante en la infancia.

Medicación previa: Omeprazol sandoz farmaceutica efg 20 mg 1-0-0, dapagliflozina 10mg 1-0-0, atorvastatina 20 mg 0-0-1, valsartan 80 mg 1-0-0, janumet 50/1000mg 1-0-1.

Enfermedad actual:

Paciente que acude por dolor abdominal focalizado en HD de 4 días de evolución, motivo por el que consultó hace 48 horas, donde se descartó patología urgente (cólico biliar) y fue dado de alta con analgesia domiciliaria. Hoy acude de nuevo por persistencia del dolor a pesar de 2 cap Nolotil/8 horas. No irradiación. No náuseas ni vómitos, sensación febril, coluria ni acolia. Última ingesta de comida y/o bebida esta mañana

Exploración física:

REG. COC. Eupneico, NH, NP, NC.

AC: RsCsRs, no oigo soplos.

AP: Disminución del MV en base derecha, resto campos conservados sin ruidos añadidos abdomen globuloso pero blando, no distendido, doloroso a la palpación ne hemiabdomen derecho, de mayor intensidad en HCD, donde se aprecia ocupación, con defensa pero sin peritonismo. No se palpan masas, hernias ni megalias.

Pruebas complementarias:

- Analítica: Hb 13.3, plaquetas 125, leuc 12.85 con N 92%, TP 82%, INR 1.14, Bt 1, ALT 74, PCR 506, PCT 11.

- TC abdominal: Colecistitis aguda perforada con colección infradiaphragmática derecha y moderada cantidad de líquido perihepático y perivesicular. Barro biliar en infundíbulo. Alteración de la perfusión del segmento VIII hepático. Hallazgos sugestivos de colangitis.

Pequeñas adenopatías en ángulo cardiofrénico derecho. Divertículo duodenal de 2 cm. Atelectasia segmentaria basal derecha.

- PCR SARS-Cov2: indetectable.

Impresión diagnóstica.

Colecistitis aguda perforada:

Plan.

Se explica al paciente necesidad de IQ urgente, que comprende y acepta. Se entregan y explica CI, que firma.

Familiares informados.

Se reservan 2CH

Colecistitis aguda perforada. Colecistectomía LPS + lavados + drenaje + herniorrafia umbilical. Tomamos muestra de bilis. Dra Lora-Mateos.

4 Discusión-Conclusión

Las enfermedades de la vesícula biliar son de las más frecuentes en todo el mundo; de hecho la litiasis de la vesícula biliar es la patología quirúrgica que requiere de intervención quirúrgica programada más común en todos los hospitales del orbe. Afortunadamente, el íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar,³ que se presenta principalmente en ancianos por lo que es necesario hacer el diagnóstico temprano para evitar complicaciones que pueden terminar con la vida del paciente.

La colecistitis aguda es una de las enfermedades abdominales con un alto índice de morbilidad y mortalidad en nuestro país, puesto a que el paciente debe recibir el abordaje inmediato por parte de los profesionales de salud de una entidad hospitalaria, ofreciendo una atención oportuna y eficiente, una amplia gama de tratamientos donde el paciente pueda ser partícipe de las mejores opciones para recuperar su salud.

Es importante recalcar los datos clínicos que pueden orientarnos hacia el diagnóstico de esta patología, dolor en hipocondrio derecho con migración a escápula, cuadrante superior derecho o epigastrio, fiebre, distensión abdominal, ausencia o disminución de ruidos peristálticos, náusea, vómito, anorexia, apoyados siempre en estudios de laboratorio como biometría hemática completa, PCR y VSG, examen general de orina así como ultrasonido, buscando los criterios mayores y menores que son indispensables.

Sin embargo, el cuadro clínico es insidioso en su inicio, con episodios alternados

de remisión y exacerbación de la sintomatología, lo que corresponde a la progresión del litio a lo largo del intestino delgado.

5 Bibliografía

1. Koti RS, Davidson CJ, Davidson BR. Surgical management of acute cholecystitis. *Langenbecks Arch Surg* 2015; 400: 403-19 .
2. Hayama S, Ohtaka K, Shoji Y, Ichimura T, Fujita M, Senmaru N, Hirano S. Risk Factors for Difficult Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Cholecystitis. *JSLs*. 2016 Oct-Dec;20(4).
3. Abou-Saif A, Al Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, Cholecystocholedochal fistula and gallstone ileus. *Am J gastroenterol* 2002;97: 249-254.
4. García Ávila M, Blanco Bravo A. Patología urgente de la vía biliar. En: Julián Jiménez A, ed. *Manual de protocolos y actuación en urgencias*. Complejo Hospitalario de Toledo. 3ª ed; 2010. pp. 448-52.
5. Keus F, Gooszen HG, van Laarhoven CJHM. Systematic review: open, small-incision or laparoscopic cholecystectomy for symptomatic cholecystolithiasis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2009;29:359-78.

Capítulo 17

PROTOCOLO CONTACTO PIEL CON PIEL

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

1 Introducción

La vinculación afectiva temprana y la importancia de su correcto desarrollo para la formación de la personalidad, ha sido tema central de numerosos estudios. Es importante fomentar experiencias tempranas como el contacto piel con piel en la práctica cotidiana de los profesionales de enfermería, son determinantes en el desarrollo psicológico del recién nacido. Ayudar a los padres a mejorar los estilos de apego con sus hijos evita posteriores trastornos fisiopatológicos.

El cuerpo del bebé está diseñado para tener en el regazo materno todo cuanto necesita para sobrevivir: alimento, calor y apego.

De aquí nace la importancia y necesidad de otorgar a los bebés en el momento de su nacimiento una experiencia lo más natural, humana y placentera posible. Un modo de promover estos tres principios es el contacto piel con piel, fundamentado en la relación comunicacional a través de la piel entre un bebé y su madre, padre u otra persona vinculada al nuevo ser.

El primer encuentro del recién nacido, una vez finalizado el periodo expulsivo del parto, ha de ser con su madre. Los mecanismos que permiten la unión son la visión, el tacto, el reconocimiento de la voz y el olfato. Es necesario que los padres y el neonato pasen tiempo juntos tras el nacimiento adoptando posturas que favorezcan el contacto visual, sujetándole entre sus brazos, proporcionándole caricias y hablándole en un tono de voz suave.

Nada más nacer, los bebés se encuentran en un estado conocido como “alerta tranquila” o “periodo sensitivo”, secundario a la liberación masiva de noradrenalina, las cuales se ha debido al estrés, beneficioso y necesario, que supone el paso de la cabeza del bebé por el canal del parto. Dicho estado apenas dura dos horas y es el momento propicio para fomentar el primer contacto entre madre e hijo, haciendo de esta experiencia algo inolvidable para ambos.

De ahí nace el Método Canguro que no es ni más ni menos que el contacto piel con piel entre el neonato y la madre o padre. Este método fue creado en 1979 por el Dr. Rey, neonatólogo en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá (Colombia). En la década de los 70, en Bogotá aumentó el número de recién nacidos de bajo peso que precisaban de incubadoras para poder sobrevivir. Esto predispuso al personal sanitario a la utilización de una misma incubadora para más de un neonato, exponiéndolos así a infecciones hospitalarias.

A raíz de esta situación, el Dr. Rey desarrolló una alternativa, la cual consistía en mantener al prematuro en contacto piel con piel con su madre, produciendo una estimulación de la lactancia materna, una precoz alta hospitalaria y una disminución significativa de la mortalidad. Este método es considerado una técnica que genera al prematuro una atención individualizada que cubre diferentes necesidades, como pueden ser la lactancia materna, la seguridad, la protección y el amor que le proporciona su madre/padre al estar en contacto piel con piel favoreciendo, de esta manera, el vínculo afectivo.

Tras varios estudios científicos que pretendían demostrar su eficacia, se consideró fundamental tener en cuenta el momento del inicio del método, la duración y estar en total contacto piel con piel. Para poder llevar a cabo el Método Canguro se deben cumplir una serie de requisitos, como son la presencia continua de la madre junto con profesionales formados que suministren el material necesario y supervisen este método siguiendo una política mediante protocolos y normas.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los beneficios del contacto piel con piel precoz para fomentar su puesta en práctica en el ejercicio habitual de la enfermería.

Objetivos secundarios:

- Identificar las limitaciones para realizar el contacto piel con piel.
- Realización de un protocolo de actuación de enfermería acerca del contacto piel con piel del recién nacido con su madre o padre.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha hecho una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo y Medline.

Para la búsqueda se emplearon como palabras clave en castellano: “contacto piel con piel”, “recién nacido”, “beneficios” y “cuidados de enfermería”.

La búsqueda bibliográfica se ha centrado en las fuentes más relevantes publicadas en los últimos años.

Principalmente, se ha realizado en castellano.

Se realizó una selección de artículos en función del título, resumen y estructura y se realizó una lectura a texto completo de aquellos que cumplieron los criterios de inclusión.

4 Resultados

Protocolo contacto piel con piel.

Consideraciones previas:

Informar a los padres acerca de los beneficios de realizar contacto piel con piel con su bebé así como del procedimiento a seguir y los aspectos a vigilar del recién nacido durante el contacto piel con piel como la respiración, el tono muscular y la coloración.

Requisitos para realizar el contacto piel con piel:

- Recién nacido a término o pre término tardío, entre la 35ª y 37ª semana.
- Líquido amniótico claro.
- Respira o llora sin dificultad.
- Presenta buen tono muscular.

Si presenta estas características podremos realizar el contacto piel con piel.

Criterios de exclusión:

- Deseo expreso de la madre o el padre de no realizar el contacto piel con piel.
- Cuando existe riesgo para el recién nacido: se realizará una valoración inicial estabilización si precisara, y la decisión la tomará el pediatra.
- Cuando existe compromiso del estado materno: hipotensión, shock.
- Causas clínicas contempladas:
 1. Sufrimiento fetal agudo, Con APGAR mayor o igual 7.
 2. Distress respiratorio inmediato.
 3. Depresión neonatal inesperada.
 4. Líquido amniótico meconial teñido.

5. Prematuridad (<34semanas).
6. Anomalías congénitas o según criterio del pediatra.
7. Fiebre intraparto, a considerar.
8. TBC pulmonar materna activa.

Procedimiento:

Cuando el bebé nace, se coloca directamente entre los pechos de la madre en posición prona, secándole suavemente el dorso con un paño precalentado, comprobando que respira sin dificultad, con buenos movimientos torácicos, buen color Y tono muscular. Es aconsejable no secar las manos del bebé para que conserve el olor a líquido amniótico. Colocar en la cabeza un gorrito. Se evitará la hiperextensión o hiperflexión del cuello del bebé.

Permitir que el recién nacido inicie espontáneamente el agarre al pecho. Este se puede facilitar pero nunca forzar.

Los únicos procedimientos necesarios y que se pueden realizar durante el contacto piel con piel son: alumbramiento, recogida de sangre del cordón umbilical, colocación del clamp Hollister en el cordón, identificación del recién nacido, profilaxis antibiótica contra el estreptococo o el test de Apgar nada más nacer, y a los 5 minutos.

Se priorizará el contacto piel con piel con la madre y en las situaciones en que no esté en condiciones se ofrecerá al padre realizarlo.

Si las circunstancias lo permiten, el contacto madre-hijo durará el tiempo que la madre y el recién nacido necesiten, aunque lo que se recomienda es que como mínimo dure 70 minutos para que se produzcan todos los beneficios del método. No se interrumpirá el contacto piel con piel por pesar al recién nacido sano, a no ser que se sospeche de peso inferior a 2300 gramos. Se pesará tras finalizar el contacto.

Se registrará el procedimiento en la historia clínica de la madre y del recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

El recién nacido y su madre deben estar juntos tras el nacimiento y poder realizar el contacto piel con piel si el estado de salud de ambos lo permite.

El contacto piel con piel ha demostrado ser una técnica beneficiosa para el bebé en cuanto a la regulación de la temperatura, la regulación, la ganancia de peso, la lactancia efectiva durante más tiempo, la disminución de las infecciones, así como el descenso de la morbilidad infantil.

Del mismo modo, el contacto piel con piel se ha demostrado beneficioso para los progenitores en tanto en cuanto, la madre puede experimentar lactancias exclusivas durante más tiempo, y mejora su percepción de todo el proceso del nacimiento y postparto inmediato, lo que promueve la confianza en ella para ser responsable del cuidado de su bebé. Asimismo, el padre es capaz de brindar beneficios al bebé si la madre está indispuesta, estando demostrado que el contacto piel con piel padre-hijo ofrece al progenitor similares sentimientos de pertenencia, vinculación y protección que en la madre.

6 Bibliografía

1. Behrman RE, Vaughan VC. Tratado de pediatría. Madrid: Nelson. Interamericana. McGraw-Hill; 1989.
2. Torrens Sigalés RM, Martínez Bueno C. Enfermería de la mujer. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2003.
3. Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. Victoria - Gasteiz; 2010. Disponible en : http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf
4. Moya Cobos A, Aguilar Serrano A, editors. Protocolo piel con piel, hospital de poniente [Internet]. Almería; 2010. Disponible en : http://www.juntadeandalucia.es/ephospitalponientealmeriahponiente/informacion_del_centro/cartera_servicios/protocolo%20piel%20con%20piel.pdf
5. Madero Noguera Magdalena, Castro Menéndez Angélica, Rodríguez Castilla Francisco. Piel con piel en la primera hora de vida: reflejo de las nueve etapas instintivas. Ene. [Internet]. 2016 . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000200003&lng=es.
- 6.. Martínez-Martínez T., Damian-Ferman N.. Beneficios del contacto piel a piel precoz en la reanimación neonatal. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2014 Jun Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200004&lng=es.
7. Miguel Sesmero JR, Álvarez Granada L, Crespo Martínez P, Martín Fernández A, Velasco Sisniega C, Odriozola Feu JM, et al. Protocolo de contacto piel con piel en el

área de partos [Internet]. Santander; 2010. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/profesionales/protocolo%20contacto%20piel%20con%20piel%20humv.pdf>

8. Sota SM, Paz M, Junio Z. El contacto piel con piel: beneficios y limitaciones [Internet]. Unican.es. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/5119/MateoSotaS.pdf>

Capítulo 18

EL MANTENIMIENTO DEL INSOMNIO

MARIA ANGELES DURAN LOS ARCOS

1 Introducción

El insomnio se puede explicar como el trastorno del sueño más frecuente que puede provocar dificultades para conciliar el sueño (quedarse dormido) o mantenerlo, o al contrario, puede hacer que te despiertes muy temprano y no puedas volver a dormir.

Así pues, se trata de un problema de disminución de la cantidad y/o calidad del sueño.

Este trastorno del sueño se da en una tercera parte de la población (30%). La población más afectada son los ancianos, las mujeres y en personas con enfermedades psiquiátricas. La mayoría de los casos de insomnio tienen un inicio agudo, coincidiendo con situaciones de estresantes, y tienden a cronificarse en el 60 % de los casos.

La mayoría de pacientes a los que atendemos en Salud Mental, presentan problemas de sueño, lo que les puede llegar a generar angustia y preocupación.

Pueden crear un cuadro de frustración y alerta en el individuo que agraven el problema de insomnio. Existe evidencia clara de la relación entre pensamientos disfuncionales sobre el sueño y el mantenimiento del insomnio.

Las medidas de higiene de sueño no permiten resolver por sí solas estos cuadros, por lo que deberíamos detenernos en elaborar estrategias para aliviar la ansiedad y el miedo a no dormir.

2 Objetivos

El objetivo de este estudio es evaluar el conjunto de cogniciones relacionadas con el sueño y examinar las creencias disfuncionales y las actitudes sobre el sueño en una muestra de pacientes en tratamiento en Salud Mental.

3 Metodología

Estudio observacional descriptivo.

Muestra: 20 pacientes ingresados en nuestro servicio, 17 mujeres y 3 hombres de entre 21 y 56 años. (firma consentimiento)

Utilizamos el Cuestionario DBAS: (Disfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale). Escala autoadministrada que evalúa los estilos cognitivos, las expectativas y percepciones que perpetúan el insomnio.

La versión original está compuesta de 30 ítems, pero utilizamos la escala DBAS de 15 ítems validada en español. Cada uno de estos ítems se puntúa de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), y el total de estas puntuaciones se suma para obtener una puntuación global en relación al sistema de creencias relacionado con el sueño. Las puntuaciones bajas serían indicativas de una mayor presencia de creencias y actitudes disfuncionales sobre el sueño en general y el insomnio en particular.

4 Resultados

Del total de pacientes, un 25 % obtiene una puntuación global baja, menor de 35 puntos, con lo que se puede deducir que presentan pensamientos disfuncionales sobre el sueño.

Los ítems se agrupan en cinco dimensiones donde se valora:

1. Consecuencias del insomnio.
2. Control y predicción del sueño.
3. Expectativas no realistas sobre el sueño.
4. Atribuciones causales del insomnio.
5. Creencias sobre las prácticas que promueven el sueño.

Destaca que a un 80% de los pacientes responden que les preocupa que si están una o dos noches sin dormir puedan tener una crisis nerviosa.

Un 80% cree que siempre que no duermen bien se nota en su aspecto.

Un 80% cree que para estar mejor durante el día es preferible tomar una pastilla que dormir mal.

Un 75% de la muestra aseguran tener poca capacidad para sobrellevar las consecuencias negativas de dormir mal.

Un 75% se muestran en desacuerdo con que cada vez duermen peor y nadie puede ayudarles.

Un 75% siente que tiene poca capacidad para sobrellevar las consecuencias de dormir mal.

Un 65% tienen miedo a perder el control sobre su capacidad de dormir.

Un 45% cada vez duerme peor y cree que nadie pueda ayudarle.

A un 60% les preocupa que si están dos noches sin dormir puedan presentar una crisis nerviosa.

Un 35% cree que al hacerse mayor hay que meterse antes en la cama.

Un 20% creen que si un día duermen mal, esto alterará su ritmo de sueño durante toda la semana.

Un 20% dice que cuando duerme mal por las noches evita o cancela sus obligaciones.

Un 15% dicen que a veces tienen miedo mientras duermen.

5 Discusión-Conclusión

En las intervenciones para mejorar el sueño, enfermería debería también valorar el nivel de creencias y actitudes hacia el insomnio.

Como enfermeras, educamos sobre salud o enfermedad y los cuidados requeridos, pero debemos tener en cuenta siempre las vivencias, inquietudes y expectativas de las personas que atendemos. Una intervención eficaz debe basarse sobre una buena evaluación.

Debemos detectar y profundizar en los pensamientos negativos implicados en el insomnio, aprender a identificar los propios pensamientos que interfieren en el sueño, creencias erróneas sobre las causas y consecuencias del insomnio, las expectativas sobre el sueño, la falta de control sobre el sueño y los hábitos de sueño.

Por todo ello, es fundamental que identifiquemos la cognición de la persona, que nos permitirá trabajar la realidad de sus creencias y el control de sus pensamientos.

6 Bibliografía

1. Carlos Sierra Juan, Delgado-Dominguez Carlos J., Carretero-Dios Hugo. Propiedades psicométricas de la dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale (DBAS) en una muestra española de sujetos normales. *Rev. Latinoam. Psicología*. [Internet]. 2005 Dez ; 37(3): 523-539. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342005000300006&lng=pt
2. Prieto-Rincón, D., Echeto-Inciarte, S., Faneite-Hernández, P., Inciarte-Mundo, J., Rincón-Prieto, C. and Bonilla, E., 2021. Calidad del sueño en pacientes psiquiátricos hospitalizados.. [online] *Ve.scielo.org*. Available at: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332006000100002&lng=es.> [Accessed 19 April 2021].

Capítulo 19

EL CONSUMO DE RECURSOS SANITARIOS Y CARGA ECONÓMICA RELACIONADO CON EL ICTUS EN ESPAÑA

VIRGINIA GUTIÉRREZ ABRIL

1 Introducción

El accidente cerebrovascular es la principal causa de discapacidad persistente en la edad adulta. Muchos de los pacientes que sobreviven sufren graves complicaciones que limitan sus actividades diarias.

Se trata pues de un problema grave que afecta cada vez más a la salud pública. En los países desarrollados, es una de las principales causas de muerte, junto con las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

El ictus afecta a la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. Se estima que dos de cada tres supervivientes de ictus tienen algún tipo de consecuencias, en muchos casos una discapacidad, lo que implica una pérdida de productividad en el caso de los pacientes en edad laboral, la necesidad de rehabilitación y cuidados, y una mayor consumo de recursos que el resto de la población.

Es importante recordar que más del 80% de los accidentes cerebrovasculares son prevenibles y que la morbilidad puede reducirse eficazmente con un control adecuado de los factores de riesgo modificables. Por ello, la prevención adecuada es fundamental para reducir el impacto de la enfermedad.

Es necesario mejorar tanto la prevención como la rehabilitación de las consecuencias. La asignación adecuada de recursos y la mejora de la planificación e implantación de programas de prevención, así como el manejo de los pacientes una vez que ha pasado la fase aguda, requieren un conocimiento adecuado de la magnitud real del impacto del accidente cerebrovascular en nuestro entorno, que probablemente conduzca a mejorar la salud y calidad de vida en la población.

La morbilidad y mortalidad del ictus no solo causan sufrimiento a los pacientes y sus familias, sino que también impactan gravemente la economía de la sociedad.

Por lo tanto esta revisión pretende contribuir a una mejor comprensión de las consecuencias del ictus en España.

2 Objetivos

- Describir el consumo de recursos sanitarios relacionados con el ictus en nuestro país.
- Valorar la carga económica del ictus en España, tanto en términos de incidencias como en términos de costes asociados a la fase aguda y a la fase de seguimiento.

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”, “stroke” “últimos 10 años”, (AND/OR en Medline y Pubmed) “recursos”. 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

Teniendo en cuenta el Registro de Datos Mínimos Basales de Atención Especializada (RAE-CMBD) del Sistema Nacional de Salud 2017 (año más reciente del que se dispone de datos) y correspondiente al epígrafe 0908 International Hospital Abbreviated Morbidity List (ISHMT) Enfermedades Cerebrovasculares), equivalente a los códigos I60-I69 de la lista detallada de la CIE-10 (Apéndice II).

La información consultada incluye el número de altas hospitalarias por accidente cerebrovascular, tomando como punto de referencia las tendencias de los años 2005 a 2017 y el análisis por género, por grupo de edad y tipo de alta. Los datos seleccionados para el análisis de esta finalidad y obtenidos de la ENSE 2017 fueron:

1. Apartados:

2. N.-Consultas médicas y otros servicios ambulatorios:

- Pacientes que han consultado al médico general o la familia en las últimas 4 semanas.
- Pacientes que han consultado al médico especialista en las últimas 4 semanas.
- Pacientes que han acudido a fisioterapia, psicología y enfermería en los últimos 12 meses.
- Pacientes que han usado los servicios asistenciales de ayuda domiciliario en los últimos 12 meses.

3. 0.-Hospitalizaciones, urgencias y seguro sanitario:

- Pacientes que se han hospitalizado en los últimos 12 meses.
- Pacientes que han acudido a urgencias en los últimos 12 meses.

Los estudios centraron su objetivo en comparar sujetos diagnosticados de otras enfermedades crónicas causantes de discapacidad, pacientes con cáncer y sujetos que han sufrido accidentes.

En cuanto a la estimación del coste anual total de los casos de ictus, se realizó aplicando la tasa de incidencia comunicada anteriormente (187,4 casos por 100.000 habitantes) a la población española de a partir de 18 años a fecha 1 de enero de 2018. Los incidentes se multiplicaron por el coste aproximado por paciente y año informado en la literatura, lo que equivale a 27.711 €.

Los costos incluyen los directos de atención médica, los costos directos no médicos (costos informales, formales y otros) y los costos indirectos (reducción de la productividad laboral).

Por el contrario, del costo total de la atención a los pacientes con ictus agudo. Esta estimación se realizó multiplicando el alta hospitalaria total por el costo promedio por hospitalización obtenido del Registro de Actividades de Atención Especializada (Sección 0908 de Enfermedades Cerebrovasculares del ISHMT).

Además, se analizó la dinámica del costo promedio de un proceso y la estancia hospitalaria promedio en el período 2005-2017. Se obtuvieron datos para España y las Comunidades Autónomas.

Las publicaciones que se han revisado de la literatura científica sobre los costes

del ictus durante la fase de seguimiento presentan los resultados sobre la carga económica del ictus en España. Los estudios de carga de enfermedad consideran dos tipos principales de costos relacionados con la enfermedad: directos e indirectos.

- Los costos directos se pueden dividir en sanitarios y no sanitarios.
- Los costes directos de atención médica incluyen todos los costos relacionados con el uso de los recursos utilizados para tratar una enfermedad, como el diagnóstico, las visitas al médico y los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.
- Los costes directos no médicos se refieren al valor económico de las intervenciones que no están directamente relacionadas con el tratamiento de la patología, pero que se realizan como consecuencia de esta, por ejemplo, la ayuda que el paciente recibe de los cuidadores profesionales (pagados) para llevar a cabo sus actividades diarias, trasladar al paciente a centros médicos, o adaptaciones que sean consecuencia de la discapacidad del paciente. Esto también incluye los gastos no oficiales relacionados con la ayuda (no pagada) proporcionada por familiares o amigos.
- Los costes indirectos incluyen la pérdida de productividad (absentismo, ausencia del trabajo, baja temporal o permanente por enfermedad, mortalidad prematura y jubilación anticipada) que resultan de una enfermedad. Se realizó una estimación del coste de la atención informal del ictus en la Comunidad Autónoma.

Para estimar las horas de atención informal registradas para cada comunidad autónoma se multiplican por el coste de la hora de atención informal que se proporciona en la bibliografía (7,67 €/hora).

Por otro lado, el costo de la atención es proporcional a la calidad e intensidad de la atención. La Declaración de Helsingborg establece que se aconseja a los pacientes con ictus agudo que sean atendidos dentro de las primeras 6 horas, incluida la enfermería y la rehabilitación, y que constituyen una emergencia médica.

Como resultado, la atención a los pacientes con accidente cerebrovascular ha cambiado durante la última década, haciéndola más temprana, con la admisión en departamentos especializados y, por lo tanto, más costosa.

En el período comprendido entre los años 1998 y 2003, el número de hospitalizaciones por ictus se estima en 160 y 55 por 100.000 habitantes por año, respectivamente, con una estancia hospitalaria media de 10 a 12 días en el primero y de 8 días en el segundo.

La tasa de hospitalizaciones, tanto nuevas como accidentales, se ha estabilizado

durante la última década, probablemente debido a la introducción de medidas preventivas primarias y secundarias para controlar los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

En cuarto lugar, se va a describir la carga social asociada al ictus en cuanto al estado de salud, calidad de vida y dependencia que provoca.

El ictus es la principal causa de discapacidad en los adultos. La prevalencia actual se estima en un 6,4% entre las personas mayores de 70 años y se espera que aumente en los próximos años, lo que a su vez conducirá a un aumento en el número de personas que necesitan ayuda.

A diferencia de otras afecciones crónicas, la discapacidad por accidente cerebrovascular ocurre repentinamente y los pacientes a menudo tienen dificultades para aceptar su nueva situación.

Para los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular, las consecuencias del mismo incluyen la necesidad de depender de otros para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD) y la interrupción de su vida social. Esta realidad afecta negativamente la calidad de vida de los pacientes, así como de sus familiares, que suelen convertirse en sus principales cuidadores. Asumir el papel de cuidador es una fuente importante de estrés, que aumenta el riesgo de que los cuidadores desarrollen una variedad de problemas de salud física y mental.

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).

Debemos tener en cuenta que la disminución de la mortalidad por accidente cerebrovascular ha aumentado el número de pacientes con enfermedades crónicas con déficits neurológicos, dependencia y necesidad de personas ajenas a las actividades de la vida diaria (AVD), incluido el cuidado personal, la marcha y la interacción social.

Asimismo, la rehabilitación es un proceso dirigido y limitado en el tiempo que permite a los pacientes alcanzar niveles funcionales óptimos en las esferas física, mental y social, proporcionándoles las herramientas que necesitan para gestionar sus propias vidas. Mantener la movilidad de estos pacientes es importante para prevenir disminuciones en la actividad diaria, readmisiones y derivaciones innecesarias a residencias de mayores.

En los últimos años se ha organizado o sistematizado un énfasis en el tratamiento de pacientes con ictus agudo, lo que demuestra su eficacia para reducir la dependencia y por lo tanto de recursos. En el Servicio Andaluz de Salud los pacientes pueden recibir fisioterapia:

1. En forma de atención especializada de forma ambulatoria (los pacientes solo acuden al hospital para tratamiento rehabilitador).
2. En centros de atención primaria que cuentan con fisioterapeuta o atención móvil de rehabilitación y fisioterapia (RITH).

Los estudios de apoyo a la rehabilitación domiciliaria en España se han realizado en el contexto de enfermedades distintas del ictus, y reflejan que la atención domiciliaria no solo iguala la calidad de la atención hospitalaria, sino que también ofrece beneficios adicionales a los pacientes al estar en su entorno.

Dado que el accidente cerebrovascular es una enfermedad tan grave a nivel nacional e internacional, es necesario seguir estudiando qué opciones de rehabilitación son más eficaces para estos pacientes. Además, existe un interés creciente en una atención rentable, ya que los sistemas de salud sufren presiones económicas crecientes y priorizan la recuperación hospitalaria mínima, incluso cuando los pacientes siguen siendo demasiado dependientes para vivir en casa.

Por tanto, los programas de rehabilitación diseñados para mejorar la función motora deben incluir intervenciones multimodales como el ejercicio aeróbico complementado con entrenamiento dirigido a mejorar las AVD, la calidad de vida y el estado de salud.

Por otro lado el coste de hospitalización por proceso atribuido al Grupo relacionado con el diagnóstico (GRD) se estimó en 3.047 € en 2002. Pero los costos, si se incluyen las consecuencias posteriores, no están incluidos. Esto está respaldado por un estudio de 1999, que estimó el costo del primer año desde el inicio de la enfermedad en 5338 € (no actualizado por inflación).

El importe total de la asistencia prestada a lo largo de la vida de este paciente se estima en 43.129 euros. A nivel internacional, los costos directos del infarto cerebral representan el 3% del gasto nacional en salud, con la misma cantidad en todos los países.

Recientemente, el papel del cuidador informal primario ha sido reconocido como un problema social, político y económico clave. Un análisis de costo-beneficio muestra un saldo positivo para este tipo de asistencia. La carga del cuidado, el

estrés y la tensión son criterios generales de resultado.

5 Discusión-Conclusión

A pesar de las mejoras en el tratamiento durante las últimas décadas, el accidente cerebrovascular sigue siendo una enfermedad impactante que está creciendo debido al envejecimiento de la población en todo el mundo.

Sin embargo, dado que los accidentes cerebrovasculares se pueden prevenir en la mayoría de los casos, se deben aplicar estrategias preventivas para reducir la carga mundial de morbilidad y paralelamente de recursos a la sociedad.

El acceso universal y equitativo de España a los servicios de salud juega un papel importante. La atención protocolizada del ictus isquémico, durante la cual las enfermeras de cuidados intensivos desempeñan un papel fundamental, puede ser un factor determinante en los resultados a corto plazo del estado funcional de los pacientes con este tipo de ictus y a su vez en minimizar las dependencias y aumento de gasto en la atención a estos pacientes a medio-largo plazo.

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.

La rehabilitación dirigida a la depresión post ictus y adaptación psicológica de sufrir un accidente cerebrovascular puede mejorar la calidad de vida para los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular crónico, independientemente del deterioro funcional.

También nos gustaría destacar la mejora en la dimensión psicosocial ya que la intervención grupal promovió la interacción social.

6 Bibliografía

1. la Mancha C. EL ATLAS DEL ICTUS. 2019; Vena AB, Cabré X, Piñol R, Molina J, Purroy F. Evaluación.
2. Crichton SL, Bray BD, McKevitt C, Rudd AG, Wolfe CDA. Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental

health. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016 Oct;87(10):1091–8.

3. 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).

4. Williams B, Mancia G, Spiering W, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for themanagement of arterial hypertension. Vol. 39, *European Heart Journal*. 2018. 3021–3104 p.

5. Cremades I, Sotillo C, Villanova M, Andrade G, Bueno B, Dominguez E, et al. El ictus Isquémico: Manejo clásico y las nuevas perspectivas. *Emergencias y Catastr* [Internet]. 2018;2:124. Available from: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/El>.

6. Población residente por fecha, sexo y edad(9681) [Internet]. [cited 2021 Oct 13]. Available from: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9681&L=0>.

7. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - PortalEstadístico del SNS - Búsqueda de microdatos [Internet]. [cited 2021 Oct 13]. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/estadisticas/microdatos.do>.

8. 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.

9. Lakomkin N, Dhamoon M, Carroll K, Singh IP, Tuhim S, Lee J, et al. Prevalence of large vessel occlusion in patients presenting with acute ischemic stroke: A 10-year systematic review of the literature. *J Neurointerv Surg*. 2019;11(3):241–5.

10. Neurología. G de E de ECSE. El Atlas del Ictus España. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Sociedad Española de Neurología. Informe. 2019;55.

11. Rodríguez-Castro E, López-Dequit I, Santamaría-Cadavid M, Arias-Rivas S, Rodríguez-Yáñez M, Pumar JM, et al. Trends in stroke outcomes in the last ten years in a European tertiary hospital. *BMC Neurol* [Internet]. 2018 Oct 3 [cited 2021 Oct 25];18(1):1–10. Available from: <https://bmcneurol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12883-018-1164-7>.

12. Alvarez-Sabín J, Quintana M, Masjuan J, Oliva-Moreno J, Mar J, Gonzalez-Rojas N, et al. Economic impact of patients admitted to stroke units in Spain. *Eur J Heal Econ*. 2017;18(4):449–58.

Capítulo 20

CUIDADOS EN LITIASIS RENAL. CASO CLÍNICO

SARAI ROBLEDO DE LA HUERGA

VANESA MARTÍNEZ VÁZQUEZ

CRISTINA GÓMEZ AMIGO

1 Introducción

La litiasis urinaria, también denominada urolitiasis o nefrolitiasis es una enfermedad causada por la presencia de litiasis o piedras en el interior de los riñones o de las vías urinarias (uréteres, vejiga).

Éstos pueden formarse cuando la orina contiene una gran cantidad de ciertas sustancias que forman cristales o bien porque la orina carece de los inhibidores naturales de este proceso. Estos cristales pueden convertirse en cálculos durante semanas o meses.

Los cálculos urinarios se pueden hallar en la pelvis renal, en los uréteres o en la vejiga urinaria. Según sea el tamaño y la localización de éstos, se puede producir una obstrucción del flujo de la orina, que si es aguda dará lugar a un cuadro de cólico nefrítico, mientras que, si es crónica, propiciará alteraciones de la función renal.

Se pueden presentar uno o más cálculos al mismo tiempo, y se distinguen 4 tipos, según su composición química:

- Cálculos de calcio: son los más comunes. Ocurren con mayor frecuencia en los hombres y aparecen generalmente entre los 20 y 30 años de edad. Se forman por exceso de calcio u oxalato en la sangre. El primero puede aparecer por tomar ciertas drogas o por exceso de vitamina D, y el segundo por genética o una dieta con alimentos ricos en oxalato (como la espinaca).
- Cálculos de ácido úrico : más comunes en los hombres que en las mujeres. Se pueden presentar con la gota y la quimioterapia.
- Cálculos de cistina: son poco frecuentes, y ocurren en personas con una enfermedad hereditaria que provoca que los riñones excreten grandes cantidades de ciertos aminoácidos.
- Cálculos de estruvita: lo causan bacterias que infectan el tracto urinario. Es más frecuente en mujeres.

Las formas de presentación clínica en la litiasis renal son variables dependiendo del tamaño, composición y de la situación de los cálculos en el aparato urinario. Algunos pueden pasar desapercibidos.

- Cólico nefrítico: Dolor en la zona lumbar o espalda baja que se irradia hacia el abdomen anterior y hacia los genitales; se produce por el taponamiento de la salida de orina del riñón y a veces provoca un dolor muy intenso. Es un dolor intermitente que se asocia a náuseas, vómitos, sudoración y sensación de hinchazón abdominal. No suele provocar fiebre.
- Hematuria: se produce por las lesiones que provoca el cálculo en su paso por la vía urinaria.
- Infecciones de orina: Los cálculos renales pueden ser causa o consecuencia de infecciones frecuentes de la orina o cistitis.

Para el diagnóstico los exámenes que se pueden realizar incluyen:

- Examen físico.
- Análisis de sangre.

Exámenes de la función renal.

Análisis de orina para ver cristales y buscar glóbulos rojos en la orina.

Análisis del cálculo para determinar el tipo mediante:

TAC del abdomen.

Radiografía del abdomen.

Pielografía intravenosa (PIV) te dfr.

Ecografía del riñón.

Pielografía retrógrada.

El tratamiento depende del tipo de cálculo y de la gravedad de los síntomas. Si los

cálculos renales pequeños casi siempre se eliminarán por sí solos. Para disminuir su formación o ayudar a descomponerlo y eliminar el material también se puede recetar medicación.

Y si se necesita cirugía las opciones son la litotricia extracorporal, nefrolitotomía percutánea, ureteroscopia y la cirugía abierta estándar si los otros métodos no funcionan.

2 Objetivos

Exponer el manejo y cuidados enfermeros en un niño con cólico nefrítico producido por una litiasis renal mediante la presentación de un caso clínico.

3 Caso clínico

Niño de 10 años remitido por su pediatra a urgencias por dolor en FID de pocas horas de evolución, de inicio en el colegio. Refiere que no ha desayunado nada esta mañana. Ha presentado 3 vómitos desde que lo recogieron. Deposiciones normales. No ambiente epidémico familiar. En Centro de salud tira de orina con 3+hematíes. Refieren esta mañana varias micciones de escasa cantidad y coloración rojiza. No antecedentes de ITUs.

Antecedentes personales: Vacunación reglada. Sin alergias medicamentosas. Seguimiento por ORL con adenoidectomía + DTTb en 2020 con buena evolución. Antecedentes familiares: Madre 34 años, litiasis renales. Padre 35 años sin patología nefrourológicas. No fumadores. Abuelo materno y abuelo paterno con antecedentes de nefrolitiasis. No otros antecedentes familiares de enfermedad renal, trasplante, sordera ni ceguera.

Exploración físicas:

Temperatura: 36,2°C TAS:94 TAD: 59 Peso: 24,3kg.

Buen estado general. Afectado por el dolor. Coloración: normal; Nutrición e hidratación: Adecuadas; Cráneo: Cráneo normoconfigurado; respiratorio: buena ventilación bilateral. Eupneico, sin signos de distrés, no estertores patológicos; cardiocirculatorio: rítmica/no soplos; Abdomen: blando, no masas ni metálicas. No distendido, doloroso a la palpación de forma difusa, con predominio en FID. Blumberg dudoso. Posición anti álgida. Puño percusión derecha positiva; Neurológico: consciente y conectado, no signos de focalidad neurológica. Activo, re-activo. Sin signos meníngeos.

Exploración complementaria:

- Analítica: BQ general con función renal normal. PCR <0,06 mg/dl. HG.Hb/hito 13.1/39,3, Plt 475000, Leucos 17550 (N%76.6, L% 18.6, M% 3.6) Coagulación: Muestra insuficiente.
- Tira de orina: hematies3+, nitritos y leucos negativos. AyS: 60-100 leucos/campo. Ca/Cr: 0,13. Urocultivo negativo
- PCR SARS Covid: negativo.
- Estudio metabólico en sangre y orina: Bioquímica general, iones, metabolismo férrico, lipídico, hepático normal. Pth basal 9,2 pg/ml Cistatina C 0,83. Os: Densidad 1013, Ph 6, 5. Cociente proteínas urea/creatinina 0,119mg/mg. Cociente Albumina/creatinina no calculable. Cociente Ca/ creatinina 0.6mg/mg. Cítrico por creatinina 549. Oxalato/ creatinina 17.8. Índice Ca/ Creatinina 1.09. O Solari dada orina 573
- Ecografía abdominal 28/09/21: Riñones de tamaño y ecoestructura normal sin dilatación de sistemas excretores izquierdo. Leve pielectasia derecha, con dilatación del ureter desde RD hasta su cruce con los vasos ilíacos, donde dejamos de verlo. Mide hasta 5.3 mm. Vejiga poco replecionada sin alteraciones. No se identifican claras urolitiasis ni nefrolitiasis. Juicio: Leve uretero-hidronefrosis derecha.
- Ecografía abdominal 30/09/21: Resolución de la pielectasia derecha con ureter derecho no dilatado.

Evolución: Tras valoración inicial en urgencias y dada la alteración del TEP por el dolor, se canaliza acceso venoso con extracción de analítica y se administra dosis de paracetamol iv. Ante resultados de exámenes complementarios y continuar con mal control del dolor se decide ingreso para optimizar el mismo. En planta recibe dos dosis de fluido terapia IV a NB y por vía oral y después queda asintomático.

Los controles de tira de orina el primero una cruz de sangre, los posteriores negativos.

Después de dos días Nefrología le da el alta con el diagnóstico de Hipercalcemia, se le cita al mes para seguimiento en consulta y en caso de reaparición de sintomatología clínica o cambios de orina llamar a CEX de Nefrología infantil.

4 Discusión-Conclusión

Los cuidados de Enfermería en este tipo de pacientes tendrán en cuenta dos aspectos importantes. El primero control de los síntomas y manejos del dolor siguiendo el tratamiento impuesto al paciente. El segundo de ellos consiste en dar la

información adecuada sobre su enfermedad y dar una serie de recomendaciones para la hipercalcemia.

Se entregan unas recomendaciones dietéticas a la familia que consisten en:

- Se deben beber abundantes líquidos, fundamentalmente agua.
- No es conveniente abusar de lácteos. Con 500ml de leche se cubren las necesidades diarias de calcio en un día.
- Es conveniente tomar pan integral y cereales integrales.
- No se debe abusar de la sal.
- No se debe abusar de la carne, en cambio el pescado azul tiene un alto contenido en ácidos grasos omega3 que tiene un carácter protector de la cristalización.
- Consumir frutas. Cítricos y frutas ricas en potasio.
- Los vegetales tienen también un efecto protector por su contenido en agua y magnesio.

5 Bibliografía

1. American Urological Association website. Medical management of kidney stones (2019). www.auanet.org/guidelines/kidney-stones-medical-management-guideline.

A

2. Bushinsky DA. Nephrolithiasis. In: Goldman L, Schafer AI, eds. Goldman-Cecil Medicine. 26th ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020:chap 117.

3. Spivacow, F. R., del Valle, E. E., & Zanchetta, J. R. (2004). Litiasis renal: manejo del paciente. *Rev Nefrol Diál Transp*, 24(1), 205-6.

4. Nieto, V. M. G., Yanes, M. I. L., & Bilbao, F. F. (2012). Litiasis renal. *Nefrología*, 6(1), 0.

5. Gras, C. B., Hidalgo, J. L. T., Dumont, L. Á., Céspedes, M. C. V., Herreros, E. R., López, M. D. J., & Carrasco, J. L. L. (2007). Litiasis Renal. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 2(1), 32-38.

6. Bataille B, Fardellone P, Ghazali A, Achard JM, Fournier A. Hipercalcemias. EMC - Apar Locomot [Internet]. 2000 ;33(2):1-5. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-07/hipercalcemia/>

Capítulo 21

ENFERMERÍA: PROCEDIMIENTO DE UN CATETERISMO ARTERIAL

ELENA CABELLO FERNANDEZ

KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ

MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA

1 Introducción

Un catéter arterial consiste en la introducción de un tubo delgado y hueco en una arteria (un vaso sanguíneo grande) normalmente en la muñeca, la ingle u otro lugar para medir la presión arterial con más exactitud que con un manguito de presión arterial.

Esta técnica es muy utilizada sobre todo en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y en las unidades o servicios quirúrgicos o de reanimación, este catéter también es denominado como “vía arterial”.

También puede utilizarse con la finalidad de tomar muestras continuas de gases arteriales para medir el nivel de oxígeno y dióxido de carbono en el torrente sanguíneo. Estos gases son muy importantes para valorar el intercambio de gases que realizan los pulmones y detectar posibles deficiencias en el mismo.

Algunos de los motivos o indicaciones para la realización de un cateterismo arterial son: presión arterial demasiado baja o hipotensión, presión arterial demasiado elevada o hipertensión y problemas pulmonares graves.

A su vez esta técnica al ser una técnica invasora implica determinados riesgos como pueden ser: infecciones, dolor durante la colocación del catéter, sangrado y coágulos de sangre.

Por ello es importante que conozcamos el protocolo de realización de la técnica para evitar los riesgos anteriormente descritos.

2 Objetivos

Conocer como personal formado en enfermería algunas cuestiones básicas acerca de los cateterismos arteriales, realizando una revisión de los protocolos existentes y permitiendo unificar criterios para mejorar nuestra 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

Como decíamos esta técnica es usada en aquellos pacientes en los que es necesario obtener lecturas frecuentes de la presión arterial, proporcionando datos acerca del volumen sanguíneo, la resistencia vascular sistémica y la contractilidad del corazón.

Antes de comenzar la técnica es importante avisar al paciente o a sus familiares del procedimiento que se va a realizar y de la causa de la realización de la misma.

Antes de comenzar la técnica se realiza el consentimiento informado del paciente, se prepara todo el material necesario y se coloca al paciente en la posición adecuada.

Debemos de tener en cuenta también la intimidad del paciente, separándolo con un biombo o mandando salir a los familiares y/o acompañantes.

En pacientes adultos pueden tomarse diferentes arterias: radial, cubital, braquial, femoral...

Se colocará al paciente en decúbito dorsal y se coloca un empapador debajo de la zona de inserción.

Material necesario: aguja de calibre 20 de 5cm o equipo preempaquetado para cateterismo arterial, sistema de monitorización, guantes estériles y no estériles, povidona yodada o clorhexidina, material de sutura (sedas y bisturí), lidocaína al 1%, jeringa de 10ml, agujas de calibre 18 y 22, empapador, gasas estériles, paños de campo estériles.

Realización del procedimiento:

Nos lavaremos las manos y nos colocamos guantes desechables, se prepara el área de trabajo en una mesa cercana al paciente con todo el material necesario, se limpia con desinfectante (povidona o clorhexidina) el lugar de inserción con movimientos circulares desde la zona más interna a la externa, retiramos los guantes y nos ponemos guantes estériles, cubrimos la zona que rodea al punto de inserción con campos estériles, se administra anestesia local en la zona de punción, se realiza la punción en la zona seleccionada, se palpa la arteria para ubicarla y con el bisel de la aguja hacia arriba se pincha en la zona penetrando con lentitud hasta que salga sangre de forma pulsátil (unos 6-12mm de profundidad) una vez confirmada la correcta posición se retira el estilete y se fija la vía suturándola para evitar que se desplace, conectando el sistema de monitorización antes para ver qué funciona correctamente, se coloca un vendaje o apósito estéril en la zona.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el procedimiento del cateterismo arterial.

Hemos visto que esta técnica se suele realizar en las unidades de cuidados intensivos, reanimación y área quirúrgica y también hemos visto en qué casos está indicada su realización, se utiliza para obtener información acerca de la presión arterial de forma frecuente.

Hemos visto que es una técnica estéril y las principales complicaciones de la misma, los materiales que se deben usar y cuál es el protocolo donde relatamos los pasos a seguir durante la misma, para así evitar posibles riesgos.

6 Bibliografía

1. Cateterismo arterial- American thoracic- disponible en <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/arterial-catheterization.pdf>
2. Acceso arteria radial- disponible en <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/acceso-arterial-radial/>
3. Colocación de un catéter arterial- disponible en <https://vanortherncalifornia.kramesonline.com/spanish/HealthSheets/3,S,41004>

Capítulo 22

DUE: TIPOS DE VENDAJES Y SUS FUNCIONES, TÉCNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS

KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ

MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA

ELENA CABELLO FERNANDEZ

1 Introducción

Los vendajes son procedimientos de enfermería que se utilizan con gran frecuencia en diferentes áreas del hospital como urgencias, quirófano, plantas de hospitalización, consultas externas y también en atención primaria, sobre todo para las especialidades de traumatología y fisioterapia o rehabilitación.

Para su realización es necesario que el profesional esté debidamente cualificado, conociendo las técnicas de vendaje y cuál se debe usar en cada caso.

El vendaje consiste en envolver una parte del cuerpo con una venda u otro material (paños, algodón, gasas...) una zona del cuerpo de tal forma que se amolden a la anatomía del paciente normalmente con la finalidad de inmovilizar, sujetar o cubrir la zona.

Las tiras usadas son denominadas como vendas y su tamaño y material de fabricación puede ser variado.

Aunque en un caso de urgencia se pueden improvisar paños con telas, sábanas o retales lo más práctico es usar aquellas diseñadas específicamente para tal fin.

Existen distintos tipos de vendas: venda de gasa orillada, venda de muselina, venda elástica, venda elástica adhesiva, venda impregnada de algún material y gasas de Kling.

Normalmente, se suelen poner en aquellas zonas del cuerpo lesionadas con heridas o traumas, aunque también pueden usarse en zonas sanas con la finalidad de protegerlas de los agentes externos.

2 Objetivos

Conocer como personal de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los vendajes, realizando una revisión que permita unificar criterios y mejorar nuestra formación profesional.

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

Como decíamos el vendaje puede tener fines terapéuticos o preventivos y puede clasificarse según su finalidad o función en los siguientes:

- Vendaje de compresión: se utiliza como mecanismo de hemostasia para poder detener hemorragias en algunos tipos de heridas. También como método para disminuir inflamaciones y edemas, para favorecer el retorno venoso en las extremidades en pacientes con patologías vasculares y para favorecer la absorción de líquidos tisulares.
- Vendaje de inmovilización o contención: es utilizado para inmovilizar una parte del cuerpo, sobre todo en extremidades y articulaciones.
- Vendaje de sujeción: es utilizado para sujetar apósitos, férulas y fármacos tópicos en una zona.
- Vendaje de corrección: se utiliza para corregir deformidades o mantener determinadas posturas corporales.

Según la técnica de vendaje empleada podemos diferenciar los siguientes tipos:

- Vendaje circular: es el más empleado por su facilidad. Se utiliza para vendar zonas del cuerpo cilíndricas como las extremidades, cada vuelta de la venda va cubriendo por completo a la anterior.

No se debe de empezar ni terminar directamente sobre una lesión, se debe dejar un margen.

- Vendaje en espiral: se usa en extremidades, tiene función compresiva y protectora. Las vueltas de la venda se realizan paralelamente, superponiéndose una a otra unos 2/3. Se emplea normalmente venda elástica.

- Vendaje en 8: es empleado normalmente para vendar articulaciones en manos y pies, permitiendo cierta movilidad. Se inicia por debajo de la articulación con varias vueltas en espiral, realizando después una vuelta ascendente asegurándola en la parte superior de la articulación y realizando posteriormente un vaivén de vueltas ascendentes y descendentes que dibujan la figura de un 8.

- Vendaje en espiga: se utiliza normalmente en miembros inferiores y alguna vez en superiores. Se comienza desde la parte más distal realizando una vuelta inclinada y sobre esta otra con angulación invertida, de tal forma que se crea una forma de espiga. Su función es principalmente compresiva y se utiliza en pacientes con patologías vasculares para favorecer el retorno venoso.

- Vendaje recurrente: se utiliza sobre todo para hacer vendajes en la cabeza (capelina), también para vendar dedos y muñones en las extremidades tras una amputación. Se realiza una vuelta circular llevando la venda después hacia un extremo y volviendo de nuevo al contrario, fijándose al terminar nuevamente con una vuelta o dos circulares. Ayuda a proteger sujetar y comprimir la zona.

- Vendaje Velpeau: se utiliza en lesiones escapulares, para inmovilizar el hombro en lesiones o luxaciones de esta articulación. Consiste en adosar el brazo afectado sobre la cara anterior del tórax.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los vendajes, los materiales empleados para tal fin, los tipos de vendajes, su finalidad y las técnicas empleadas para ello.

Hemos visto el vendaje compresivo, el vendaje de inmovilización, el vendaje de sujeción y el vendaje de corrección.

Según la técnica hemos visto que es un vendaje circular, un vendaje en espiral, un vendaje en 8, un vendaje en espiga, un vendaje recurrente y el vendaje velpeau.

Como profesionales de enfermería cabe destacar que nosotros somos los encargados de aplicar este vendaje por lo que la correcta formación acerca de la realización y de la aplicación o finalidad del vendaje es esencial para no causar riesgos innecesarios para el paciente.

6 Bibliografía

1. Vendajes- disponible en <https://www.oriuela.es/bienestar-social-juventud-sanidad-y-seguridad/proteccion-civil/primeros-ayudios/vendajes/>
2. definición y usos del vendaje funcional en fisioterapia- disponible en <https://recoveryclinic.com/vendajes-funcionales-en-fisioterapia/>
3. Vendajes - sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias - disponible en http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/octubre/vendajes.htm

Capítulo 23

DUE: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CROHN

MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA

ELENA CABELLO FERNANDEZ

KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La enfermedad de Crohn es una patología que se caracteriza por la cual inflamación de partes del tubo digestivo.

La causa exacta de la enfermedad de Crohn se desconoce.

Es una patología que aparece cuando el sistema inmunitario del propio cuerpo ataca por error y destruye el tejido corporal sano (lo que se denomina trastorno autoinmunitario).

Cuando estas partes del tubo digestivo se hinchan o inflaman, las paredes intestinales se ven engrosadas.

Se cree que algunos factores que influyen en la aparición de la enfermedad son: antecedentes familiares de la enfermedad, factores ambientales, tabaquismo y la tendencia del organismo a responder de forma exagerada a bacterias que están presentes de forma normal en el organismo del individuo.

La enfermedad puede desarrollarse a cualquier edad aunque comúnmente debuta en pacientes entre los 15 y 35 años.

Esta enfermedad puede ocasionar sobre el individuo dolor abdominal, diarrea grave, fatiga, pérdida de peso y malnutrición.

La enfermedad de Crohn puede ser dolorosa y debilitante para el paciente, y, en algunos casos, puede llevar a complicaciones graves que pueden comprometer de forma grave su estado de salud.

Los síntomas suelen desarrollarse de forma progresiva, aunque pueden manifestarse de repente, sin aviso previo. También es posible que haya lapsos en los que el paciente no presenta signos ni síntomas (etapa de remisión).

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la actividad y actuaciones de enfermería ante un paciente con enfermedad de Crohn, ayudando a unificar criterios y mejorar nuestra 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

El manejo de esta enfermedad precisa de un abordaje multidisciplinar donde se incorporan un equipo médico, psicólogos y enfermeras especializadas en esta patología.

Las recomendaciones que el personal de enfermería debe proporcionar a este tipo de pacientes se basan, sobre todo, en mejorar la calidad de vida, el bienestar social y psicológico del individuo.

Es fundamental que durante el transcurso de la enfermedad se establezca una estrecha relación entre el profesional de Enfermería y el paciente, donde se genere confianza y a donde el paciente pueda acudir si lo precisa.

El profesional de enfermería es el encargado de realizar un seguimiento la patología.

Durante la primera consulta es esencial proporcionar al paciente y a sus familiares la información necesaria sobre la enfermedad y sus cuidados, resolviendo todas las dudas que puedan tener sobre la misma.

El personal de enfermería estará presente durante los periodos latentes de la enfermedad así como también durante las fases agudas de la misma.

Se recomienda prevenir al paciente acerca de algunos factores predisponentes o que empeoran la enfermedad como el hábito tabáquico, determinados alimentos, el estrés, algunos medicamentos..., por lo que se recomienda que los abandone.

Se le recomendará, por tanto, llevar hábitos de vida saludables (dieta sana, ejercicio, evitar el hábito tabáquico, consumo de alcohol, cafeína).

Es importante también fomentar la independencia y formación del paciente acerca de su enfermedad, asegurándose de que el paciente ha entendido la información.

Se fomentará también el contacto entre pacientes o grupos de apoyo.

Es importante que el paciente y su familia sea consciente de la importancia de seguir con la medicación prescrita para disminuir los posibles brotes.

Evitar las infecciones, ya que este tipo de patología provoca un mayor riesgo de contraerlas, por lo que es importante vigilar el calendario de vacunación del individuo, la quimio profilaxis y la educación del paciente en medidas higiénico-sanitarias.

Si el paciente presenta diarrea es importante formarle en la importancia de la correcta hidratación para evitar complicaciones.

5 Discusión-Conclusión

Hemos realizado una revisión de la que extraemos las siguientes conclusiones: La enfermedad de Crohn puede llegar a comprometer y a cambiar u ocasionar un trastorno en el desarrollo de forma normal de la vida del paciente, por lo

que el apoyo y seguimiento por parte del profesional de enfermería durante el transcurso de la enfermedad resulta esencial, ayudando a prolongar las fases de remisión de la enfermedad y mejorando la calidad de vida y el grado de independencia del individuo.

Es el encargado de aportar las recomendaciones necesarias y de resolver todas las dudas que genera la enfermedad tanto para el paciente como para sus familiares.

6 Bibliografía

1. <https://www.radiologyinfo.org>

Enfermedad de Crohn - diagnóstico y tratamiento - RadiologyInfo.org.

2. <https://www.niddk.nih.gov>

Enfermedad de Crohn | NIDDK - National Institute of Diabetes.

3. <https://educainflamatoria.com>

Enfermedad Crohn archivos - Educainflamatoria.

Capítulo 24

DUE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL

MARIA DEL ROSARIO GORMAZ SEVILLA

ELENA CABELLO FERNANDEZ

KAREN GIANELLA SUÁREZ MARTÍNEZ

1 Introducción

La enfermedad renal crónica constituye un problema de salud pública que presenta una incidencia elevada en la población, siendo el tratamiento con terapia de sustitución la técnica elegida cuando la situación es irreversible y el paciente se encuentra esperando a un trasplante.

La diálisis peritoneal es una manera de eliminar los productos de desecho de la sangre cuando los riñones ya no pueden realizar esa función de forma adecuada por sí mismos.

Esta técnica se encarga de filtrar la sangre de un modo diferente a como lo realiza la hemodiálisis, que es el procedimiento más común para filtrar la sangre.

Este tipo de dialización se suele ofertar a pacientes jóvenes, con una vida laboral activa, ya que presenta una serie de ventajas en comparación con la hemodiálisis.

Esta técnica proporciona al individuo una mayor calidad de vida y ayuda a potenciar su grado de independencia, gracias a la posibilidad de realizar los intercambios en el domicilio, incluso mientras duerme.

El único inconveniente de este tipo de diálisis es que precisa que el paciente tenga una destreza manual y la habilidad de poder realizar esos cuidados en su propia casa, o contar con una persona que le ayude durante el procedimiento.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con los cuidados para evitar la infección del orificio de salida del catéter de diálisis peritoneal, unificando criterios para mejorar la calidad asistencial y reducir riesgos para el 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

Esta técnica como decíamos presenta ventajas frente a las técnicas de diálisis convencionales como son una mayor estabilidad hemodinámica del paciente, un mejor control de la presión arterial, de la sobrecarga de volumen y de la anemia. Además, como ya habíamos hablado proporciona al paciente un mayor grado de independencia al poder realizar el tratamiento de forma domiciliaria, incluso si viaja o trabaja, al no necesitar de un acceso venoso.

Al no precisar de un acceso venoso, se produce un menor riesgo de infecciones generalizadas en comparación con la hemodiálisis convencional.

Como decíamos el único inconveniente grave es la necesidad de formación y destreza por parte del paciente para la realización de la técnica y los cuidados del

catéter, ya que una mala práctica podría suponer graves complicaciones como la peritonitis.

Las curas del catéter deben realizarse de forma frecuente (más de tres veces a la semana) y se realizarán mediante una técnica que debe ser aséptica.

Antes de iniciar la cura se realizará un lavado de manos exhaustivo tanto por parte del cuidador como del propio paciente y se colocarán ambos una mascarilla. La cura se realiza con jabón líquido y suero fisiológico, secando después la zona. Después se fija el catéter envolviéndolo con una gasa para evitar lesiones y se tapa con un apósito estéril.

Se debe de formar al paciente para que pueda detectar los signos y síntomas de infección del catéter, realizando una revisión de la zona de la piel y del punto de inserción del catéter peritoneal.

Las costras en el punto de inserción son normales si se desprenden sin dificultad y tienen una coloración pálida, no se deben de retirar.

Así mismo se darán una serie de instrucciones o acciones que el paciente debe evitar como: tirones o enganches en el catéter, levantar las costras, usar cremas o jabones sin prescripción, usar ropa muy ajustada, sumergirse sin protección en aguas contaminadas y usar para el lavado agua no clorada.

La infección del catéter peritoneal puede suponer un enrojecimiento del pericatóter y provocar exudado en el seno con o sin cultivo positivo ante microorganismos. Frecuentemente, el paciente presenta dolor e induración de la piel. Para su tratamiento puede ser necesaria la administración de antibióticos.

5 Discusión-Conclusión

La diálisis peritoneal es una técnica de elección para aquellos pacientes jóvenes que llevan una vida activa, ya que fomenta su independencia y aumenta el nivel de calidad de vida frente a la diálisis convencional.

Requiere de una formación exhaustiva por parte del personal de enfermería hacia el paciente para saber como realizar las curas del catéter, como realizar el tratamiento en el domicilio de forma adecuada y como poder detectar aquellos signos de alerta que puedan ser significativos de infección.

El profesional de enfermería es el encargado de proporcionar al paciente toda

esta información así como también de resolver cualquier duda.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov>

Diálisis - peritoneal: MedlinePlus enciclopedia médica.

2. <https://es.m.wikipedia.org>

Diálisis peritoneal - Wikipedia, la enciclopedia libre.

3. <https://www.nefrologiaaldia.org>

Indicaciones y modalidades de la diálisis peritoneal | Nefrología al día.

Capítulo 25

EL PAPEL DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON INGESTA DE CÁUSTICOS

NURIA LÓPEZ CASTILLO

1 Introducción

Los productos domésticos que tenemos habitualmente en casa para la limpieza y para el cuidado de aseo personal, pueden ser sustancias tóxicas. Estas sustancias tóxicas pueden ser dañinas para nuestra salud si se tragan, si se inhalan o si son absorbidas por nuestra piel.

Es tal la gravedad que nos pueden causar el daño suficiente (a través de una reacción química) como para acabar con nuestra vida o provocarnos resultados muy nocivos.

Hoy en día se advierte un cambio en el modelo de intoxicación, el 85% de estas intoxicaciones son accidentales: las drogas y los medicamentos es la principal fuente. Después lo más común son debidas a productos del hogar dedicados a la limpieza.

La actual legislación limita las concentraciones en los productos cáusticos, mejorándose la formulación de los productos de limpieza, a la vez que establece la norma con relación al envase. De todas formas la ingestión accidental es aún un importante problema sanitario con una mayor incidencia en los primeros años de la vida.

Cuando se trata de emergencias en niños, la más habitual es la intoxicación por productos de limpieza, es lo más habitual en las urgencias pediátricas.

Es fundamental establecer una serie de medidas que sean eficaces.

2 Objetivos

Exponer el protocolo de actuación ante casos de ingesta cáustica, destacando el papel de enfermería en este tipo de intoxicaciones.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica a través de las bases de datos Medline, Scopus y PubMed.

Las palabras clave fueron: cáustico, ingesta, diagnóstico, protocolos, lejía.

Los criterios de inclusión fueron protocolos y artículos en los que se haga referencia a la actuación a seguir tras la ingesta de cáusticos en personas adultas. Los documentos seleccionados deben tener una antigüedad menor a 15 años.

4 Resultados

El problema no es tanto la ingesta alcalina, ya que, una vez que llega al estómago se neutraliza con el ácido gástrico del estómago, aunque también depende del tipo y volumen de la sustancia ingerida. El problema real son las lesiones que deja la sustancia al paso por la cavidad bucal y faríngea.

Sin embargo, cuando se ingiere una sustancia cáustica aparte de las lesiones en la mucosa produce una reacción exotérmica en el estómago. Para eliminar el contenido gástrico, se puede realizar un sondaje con una sonda fina y aspirar el contenido. Es conveniente hacerlo en la primera hora después de la ingesta. Las sustancias cáusticas, al contrario de las alcalinas no neutralizan los ácidos gástricos, sino que aumentan su acidez y pueden llegar a corroer los tejidos. En este caso se debe establecer un protocolo de actuación que nos permita a todos los profesionales realizar la técnica de manera unánime, salvando los casos individuales.

Protocolo de actuación en caso de ingesta cáustica:

- Se realizará una endoscopia para testar el alcance de la lesión. Aunque en caso de inestabilidad del paciente, no se realizará.
- Prestar atención a la vía aérea para mantener su permeabilidad, mediante intubación endotraqueal.
- Si hay edema laríngeo, por lo tanto, se deben administrar corticoides. Aunque hay que tener en cuenta el tiempo de respuesta del fármaco.

- También se administran antibióticos aunque están contraindicados los de amplio espectro y solo se administrarán si hay infección establecida.
- En caso de no estar vacunado o no haber acabado la cobertura antitetánica, se considera imprescindible finalizarla.
- Se administrará por vía intravenosa, antagonistas H2 (antagonistas de la bomba de protones), porque disminuyen la secreción ácida y ayuda a cicatrizar la mucosa.
- Se administrará furosemida para ayudar a la secreción renal.
- Conveniente utilizar mascarilla de Oxígeno.
- Cuando se explora la cavidad oral, se debe retirar los restos cáusticos con una gasa embebida en agua o leche fría e irrigar la mucosa pero sin deglutir el líquido.
- Está contraindicado la provocación del vómito (emesis), ya que podría dañar más la mucosa. Se debe administrar un antiemético central por vía intravenosa.
- Está contraindicado también las diluciones y neutralizaciones por la reacción exotérmica que se pueda dar y producir mayores lesiones en la mucosa y favorecen el vómito, ya que debido a los movimientos peristálticos podría afectar a capas más profundas del tejido mucoso.
- No se debe dar nada por boca a no ser que se hayan ingerido partículas cáusticas sólidas.
- No está indicado el carbón activo, es ineficaz, favorece el vómito pudiendo producir una broncoaspiración. Por otro lado, dificulta la visión en la endoscopia.
- Los catárticos (laxantes), están totalmente contraindicados.
- Se debe valorar la colocación de un stent (dilatador) para prevenir la estenosis y facilitar la nutrición enteral.
- En el caso de ingesta de alcalinos no se recomienda la aspiración, ni el lavado gástrico porque puede producir mayor lesión en la mucosa del estómago, pero en el caso de ingesta por cáusticos si se realizará una aspiración y posterior, lavado gástrico con agua o leche, siempre y cuando la ingesta cáustica haya sido en grandes cantidades.
- Se realizará una radiografía de tórax y abdomen.
- Se realizará un SV para medir la diuresis, tomar la temperatura y hacer un ECG.
- Acceso a la vía venosa, es importante coger al menos dos vías, para reposición de líquidos, expansores de plasma y albúmina y para fármacos.
- Se realizará una analítica completa.
- Administrar analgesia, incluso del tercer escalón, por el dolor agudo que pueda llegar a padecer.
- Disminuir las secreciones gástricas y salivares mediante fármacos

5 Discusión-Conclusión

La actuación del personal de enfermería ante este tipo de intoxicación es fundamental. Estos profesionales son los que actúan en un primer momento y su rápida actuación puede salvar la vida del paciente. Es importante el conocimiento y adecuada formación por parte del personal de enfermería sobre el protocolo de actuación ante casos de intoxicaciones por cáusticos, y la realización de forma eficaz de todos los pasos de este protocolo. De esta forma contribuirá, junto con el resto del equipo sanitario, a salvar la vida del paciente y hacer que esta intoxicación tenga las menores consecuencias posibles. Identificar la gravedad así como la inmediatez en el cuidado es el pilar fundamental para una solución exitosa y evitar en la medida de lo posible el daño que pueda producirse.

6 Bibliografía

- Consejería de Salud de Murcia. (2010). Cáusticos. Murcia: Portal Sanitario de la Región de Murcia.
- Sancho, M. N. (2013). Atención y cuidados de enfermería en las intoxicaciones por productos domésticos. *Enfermería Global*, 1-15.
- Mencías, E. (2003). Intoxicación por cáusticos. *ANALES Sis San Navarra*, 191-207.

Capítulo 26

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) Y LAS REGLAS DE LA ASEPSIA QUIRÚRGICA

COVADONGA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define asepsia, como:

”Técnica de saneamiento que tiene por objeto destruir los microorganismos patógenos que hay en las personas, animales, superficies.”

La asepsia tiene como objetivo tratar de impedir la penetración de los gérmenes en una zona o sitio donde antes no los había. Por lo contrario Antisepsia es la destrucción de los gérmenes por medio del empleo de antisépticos.

En la asepsia y antisepsia se emplean procedimientos físicos, químicos y biológicos que consiguen que se eliminen microorganismos patógenos que puedan contaminar diferentes tejidos.

La asepsia quirúrgica es la esterilización completa y la ausencia casi total de bacterias en un área, incluye también a organismos que de una forma inofensiva viven en la superficie o en el interior del organismo, es de fundamental importancia en la sala de operaciones. Es un proceso utilizado para prevenir la contaminación de microbios y endoesporas, antes, durante y después de un cirugía y utilizando materiales y técnicas estériles.

La práctica estricta de éstas técnicas minimiza o elimina una posible contaminación, sin éstas técnicas en una zona quirúrgica nos podríamos encontrar con grandes problemas sépticos.

Dentro del quirófano tenemos un campo estéril que es dónde se encuentra el material estéril. Si sobre ese material hubiera alguna duda sobre su esterilidad, lo deberíamos desechar de inmediato considerándose material no estéril.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Explicar el protocolo de actuación de asepsia antes, durante y después de una intervención quirúrgica.

Objetivos secundarios:

- Conocer el procedimiento de asepsia tanto en el paciente como en el material y el personal asistente en la intervención.
- Conocer la correcta asepsia de un quirófano.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica sistemática, sobre las principales reglas de la asepsia quirúrgica. Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros 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

1. Generales:

- Las superficies u objetos estériles pueden estar en contacto unos con otros, sin que pierdan esta característica.
- El contacto con un objeto no estéril en cualquier punto hace que una zona estéril quede contaminada.
- Ante la duda sobre la esterilidad de un objeto o zona, se considerará no estéril o contaminada.
- Todo lo que es estéril para un enfermo, solo podrá serlo para ese enfermo en cuestión.
- Los materiales estériles no usados deben desecharse o volverse a enviar al servicio de esterilización para su nueva utilización.

2. Para el personal asistencial:

- El personal estéril después de haberse realizado el lavado prequirúrgico permanecerá dentro del quirófano. Si se sale por cualquier circunstancia pierde la esterilidad, y por tanto, para volver a entrar debe empezar el ciclo de lavado prequirúrgico y la colocación de ropa estéril nueva.
- Las batas usadas por el personal lavado deben estar estériles antes de su colocación. Una vez puestas, se considera estéril en dicha persona la zona de su cuerpo comprendida desde la cintura hasta los hombros, los antebrazos y los guantes. Por lo tanto, sus manos han de colocarse hacia adelante y por encima de la cintura.
- Todo el personal que esté en quirófano y que no forme parte del personal estéril, permanecerá en la periferia del área de operación, a una distancia prudencial y segura, 30 cm mínimo.
- Todo el personal que se mueva alrededor o dentro del campo estéril debe de hacerlo manteniendo su esterilidad.

3. Técnicas para cubrir el campo operatorio con paños estériles:

- Para cubrir la mesa de operaciones o el cuerpo del paciente con sábanas estériles, cada una de éstas se sostiene muy por encima de la superficie por cubrir, y se extiende de adelante hacia atrás.
- Sólo la parte superior del cuerpo del enfermo o la porción de la mesa que tiene sábanas estériles se considera estéril, no las porciones de sábanas que cuelgan por los bordes.
- Las sábanas estériles se conservan en su sitio por medio de grapas, pinzas cangrejo o material adhesivo y no pueden llevarse a otro sitio durante la operación.
- Un desgarró o pinchazo de la sábana, que permita el acceso a una superficie no estéril, hace que se le considere contaminada y haya que sustituirla.

4. Suministros de material estéril:

- Los paquetes están envueltos de tal manera que puedan abrirse con facilidad, sin riesgo de contaminar su contenido.
- El material estéril, incluidas las soluciones, se distribuyen en un campo estéril o se pasan a una persona con lavado prequirúrgico de manera que no se pierda la esterilidad de un objeto o líquido.
- No se consideran estériles los bordes de las cajas que envuelven los materiales estériles, ni el labio externo de botellas o frascos con soluciones estériles.
- El brazo no estéril de una persona circulante no debe extenderse sobre una zona estéril. Los artículos estériles se dejan caer a una distancia razonable del borde del área estéril.

5. Líquidos:

Los líquidos estériles se vacían desde una altura suficiente para evitar que toquen el recipiente estéril o cápsula que los recibe, pero no tanta que se produzcan salpicaduras que puedan contaminar el resto de instrumentos.

5 Discusión-Conclusión

La situación de la asepsia quirúrgica requiere de unos cuidados especiales por la vulnerabilidad que presenta el paciente antes, durante y después de la cirugía. Es fundamental conocer cuáles son los principales protocolos de manejo para estandarizar el cuidado y manejo durante estos periodos.

Para ello existen protocolos y técnicas al alcance de los sanitarios que tanto el paciente como el personal sanitario puedan utilizar y conocer.

En conclusión, podemos decir que hace ya varios años que el Dr. Semmelweis pensó en una solución a la transmisión de los microorganismos. Hoy, se espera que todo hospital cuente con estrategias y protocolos en asepsia, en cada una de sus herramientas, para brindar una atención de calidad a todos los pacientes.

6 Bibliografía

1. Lucy Jo Atkinson, RN, BSN, MS. Nancymarie Fortunato, RNH, BSN, BA, Med, RNFA, CNOR. Berry & Kohn's. Técnicas de quirófano. Octava edición. Editorial Harcourt Brace.
2. Lucio Pérez, M^a Jesús. Ramírez García, Raquel. Tomás Jiménez, José Luis. Biblioteca. Auxiliar de Enfermería profesional. Las distintas especialidades II. Volumen 6. Interamericana McGraw-Hill.
3. Patricia Gauntlett Beare, RN, PhD. Judith L. Myers, RN, MSN. Principios y práctica de la enfermería medicoquirúrgica. Volumen I. Segunda edición. Editorial Mosby/Doyma libros.

Capítulo 27

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA.GRAFICA HOSPITALARIA

MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ

INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO

JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN

MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO

ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ

1 Introducción

La gráfica hospitalaria es un documento clínico que recoge datos de un paciente. Representa la relación que estos datos u observaciones tienen entre sí y aporta información rápida y precisa sobre la evolución del paciente hospitalario.

La grafica hospitalaria forma parte de la historia clínica del paciente y por lo tanto está sujeta a la LOPD (Ley Orgánica de Protección de Datos) en cuanto a custodia, confidencialidad y conservación de la misma.

Es el centro hospitalario quien diseña los formatos y los modelos que necesitan dependiendo de los servicios a los que va destinada. Tipos de gráficas. Las podemos clasificar en ordinarias y especiales.

- Gráficas ordinarias: registran los valores obtenidos en dos o tres turnos (M-T-N). Su formato permite que el registro pueda efectuarse en un período semanal (gráfica semanal) o mensual (gráfica mensual). Los registros más frecuentes en estas gráficas son los descritos en los apartados anteriores.
- Gráficas especiales: en este tipo de graficas se recogen todos los datos de los pacientes hospitalizados que necesitan estar controlados más frecuentemente de lo habitual porque su estado de salud lo requiera. Son las gráficas horarias, para un solo día. Se utilizan en las unidades de cuidados intensivos, salas de reanimación, unidades de diálisis, urgencias y quirófanos. Los registros más frecuentes en estas gráficas son las constantes vitales: temperatura, respiración, tensión arterial y pulso. También están la presión venosa central, nivel de conciencia y pupilas, balance de líquidos, medicación, analíticas, control de vías, catéteres, drenajes y sondas, parámetros del respirador. Todos los parámetros importantes para la unidad que diseñó la gráfica.

2 Objetivos

- Describir los apartados que forman parte de una gráfica y los tipos de grafica que hay.
- Explicar cómo se registran las constantes vitales de un paciente en una gráfica hospitalaria.

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

Características generales:

En la parte superior, se anotan los siguientes datos del paciente:

1. La identificación del enfermo: el nombre, apellidos, fecha de nacimiento, la dirección.
2. La fecha de ingreso y el servicio en él está el enfermo (planta, cama) y el nombre del médico responsable.

En el siguiente recuadro, situado por debajo del anterior, se indican los días de observación. Generalmente las gráficas suelen ser de 15 o 30 días, y las columnas de cada día se dividen en dos, ya que se realizan dos tomas de constantes al día. Debajo de Días de Observación y a la izquierda, encontramos cuatro columnas graduadas en las que se encuentran en su parte inferior unas letras:

- La primera columna es R para la frecuencia respiratoria, sus valores van de 10 a 70, son las respiraciones por minuto.
- La segunda columna es P para el pulso, sus valores van de 40 a 180 y son las pulsaciones por minuto.
- La tercera columna es T para la temperatura, sus valores van de 35 a 41, son los grados centígrados.
- La cuarta columna es TA para la tensión arterial, con valores que van de 0 a 30, son los milímetros de mercurio.
- El resto del modelo de registro de constantes vitales está formado por una cuadrícula, donde el valor que toma cada línea y la magnitud del salto entre líneas es distinto para cada constante vital:
 3. En la frecuencia respiratoria de una línea horizontal a otra, hay 2 rpm.
 4. En el pulso, de una línea horizontal a la otra hay 4 ppm.
 5. En la temperatura, de una línea horizontal a la siguiente hay 0,2°C.
 6. En la tensión arterial, de una línea horizontal a otra hay 2 mmHg.
- Se usa un color distinto para registrar en la gráfica los valores de cada una de las constantes vitales acordado entre las instituciones sanitarias.
- La frecuencia respiratoria se registra mediante puntos en color negro que se unen formando una línea curva.
- El pulso se registra mediante puntos en color azul unidos entre sí, formando una curvilínea.
- La temperatura se registra mediante puntos en color rojo, que unidos forman una línea con ondas.
- La tensión arterial se registra indicando con un punto la tensión sistólica y con otro la diastólica, y, uniendo ambos, se formará una línea recta haciendo una barra vertical en color verde.

Características generales:

En la parte superior, se anotan los siguientes datos del paciente:

1. La identificación del enfermo: el nombre, apellidos, fecha de nacimiento y la dirección.
2. La fecha de ingreso y el servicio en el que está el enfermo (planta, cama) y el nombre del médico responsable.

En el siguiente recuadro, situado por debajo del anterior, se indican los días de observación. Generalmente las gráficas suelen ser de 15 o 30 días, y las columnas de cada día se dividen en dos, ya que se realizan dos tomas de constantes al día. Debajo de Días de Observación y a la izquierda, encontramos cuatro columnas graduadas en las que se encuentran en su parte inferior unas letras:

- La primera columna esta R para la frecuencia respiratoria, sus valores van de 10 a 70, son las respiraciones por minuto.
- La segunda columna esta P para el pulso, sus valores van de 40 a 180 y son las pulsaciones por minuto.
- La tercera columna esta T para la temperatura, sus valores van de 35 a 41, son los grados centígrados.
- La cuarta columna esta TA para la tensión arterial, con valores que van de 0 a 30, son los milímetros de mercurio.
- El resto del modelo de registro de constantes vitales está formado por una cuadrícula, donde el valor que toma cada línea y la magnitud del salto entre líneas es distinto para cada constante vital:
 3. En la frecuencia respiratoria de una línea horizontal a otra, hay 2 rpm.
 4. En el pulso, de una línea horizontal a la otra hay 4 ppm.
 5. En la temperatura, de una línea horizontal a la siguiente hay 0,2°C.
 6. En la tensión arterial, de una línea horizontal a otra hay 2 mmHg.
- Se usa un color distinto para registrar en la gráfica los valores de cada una de las constantes vitales acordado entre las instituciones sanitarias.
- La frecuencia respiratoria se registra mediante puntos en color negro que se unen formando una línea curva.
- El pulso se registra mediante puntos en color azul unidos entre sí, formando una curvilínea.
- La temperatura se registra mediante puntos en color rojo, que unidos forman una línea con ondas.
- La tensión arterial se registra indicando con un punto la tensión sistólica y con otro la diastólica, y, uniendo ambos, se formará una línea recta haciendo una barra vertical en color verde.

5 Discusión-Conclusión

Una de las principales funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería consiste en observar y vigilar al enfermo, por ese motivo debe de tener unos conocimientos básicos sobre las gráficas hospitalarias además de saber cómo registrar los valores de las constantes vitales en las mismas, como hemos explicado

anteriormente. Ya que, junto con el diplomado de enfermería son los encargados de tomar y anotar las constantes vitales, las cuales se harán con la mayor exactitud sin olvidar que cualquier cambio relevante debe notificarse. Así el medico encargado del paciente podrá valorar el estado de salud del mismo como de tener una rápida actuación en caso de que empeore su estado.

6 Bibliografía

1. <https://www.mheducation.es>
2. <https://www.cgtsanidadlpa.org>
3. <https://www.topaula.com>

Capítulo 28

EL TECNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA Y LOS CUIDADOS POST MORTEM

MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ

INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO

JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN

MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO

ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ

1 Introducción

-El técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de saber actuar cuando fallece un paciente y cuál es el protocolo que seguir como el material necesario para realizar los cuidados post mortem.

- Los cuidados post mortem son aquellos de se realizan después de la muerte del paciente. Al producirse la muerte de un paciente, el médico debe de reconocer el cadáver y emitir el correspondiente certificado de defunción. A partir de ahí es cuando podremos empezar con los cuidados correspondientes. Se avisará a los familiares y se les informa de lo ocurrido. Es el medico el que informa a la familia del fallecimiento.

A la familia se le dejara un tiempo prudencial si así lo desean con el fallecido y si es así antes de que pasen a la habitación debemos colocar y ordenar la habitación

como también debemos colocar al difunto y que este en la medida de lo posible presentable.

Posteriormente se pedirá a la familia que abandonen la habitación para comenzar con los cuidados post mortem.

-El cuerpo del difunto se tratará con total respeto, discreción y silencio. Es también muy importante que se efectúen los cuidados antes de que aparezca el rigor mortis ya que, si no, sería muy complicado realizar dichos cuidados adecuadamente.

2 Objetivos

Explicar que son los cuidados post mortem, el material necesario para realizarlo y el protocolo a seguir por los técnicos en cuidados de enfermería.

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

Protocolo de actuación:

Material:

- Sabanas.
- Sudario.
- Vendas para sujetar las muñecas y tobillos si hiciera falta.
- Esparadrapo.
- Toalla, jabón, esponja y guantes para realizar el aseo.
- Material para curas algodón, Jeringas de 10 c.c., pinzas, tijeras y etiquetas para identificar el cadáver.
- Después de preparar todo el material lo primero que haremos es:
 1. Verificar y confirmar el éxitus en el parte médico. Se deberá colaborar con la enfermera responsable durante todo el proceso.

2. Le diremos a la familia que abandone la habitación mientras realizamos el amortajamiento, ayudándoles en todo lo necesario en esos difíciles momentos.
3. Si se puede se trasladará al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación si no es posible aislarlo mediante la cortina.
4. Lavarnos las manos y colocarnos guantes.
5. Colocar el cuerpo en decúbito supino colocando la cama en posición horizontal si estaba levantada y se le deja una almohada.
6. Desconectar y retirar catéteres, drenajes, etc. que llevara el fallecido.
7. Realizar la higiene completa del fallecido.
8. Colocar en un carrito el material para curas y ayudar a la enfermera a taponar las salidas de sangre u otras secreciones, si las hay, y a colocar el apósito perineal tras un taponamiento rectal y vaginal si se precisaran.
9. Estirar las extremidades inferiores y colocar los brazos a lo largo del cuerpo que quede alineado.
10. Cerrarle los ojos bajando los párpados superiores tirando levemente de las pestañas y cerrarle la boca ponerle la prótesis dental si tuviera.
11. Sujetar la mandíbula del cadáver con un vendaje alrededor de la cabeza.
12. Ponerle el sudario, para ello pondremos al difunto en decúbito lateral retiramos la sabana sucia pondremos otra limpia y encima colocaremos el sudario y en su interior pondremos otra sabana con la que se tapara al fallecido dentro del sudario doblaremos las esquinas superiores de la sabana de tal manera que quede la cara al descubierto y se sujetará con esparadrapo. Colocar una etiqueta identificativa y cerrar el sudario.
13. Cubrirle por completo con una sábana y ponerle la etiqueta de identificación se debe identificar al cadáver con nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.
14. Antes del traslado por los Celadores, asegurarse de que las puertas de las demás habitaciones están cerradas y de que no circulan pacientes por los pasillos.
15. Notificar el éxitus a los servicios que corresponda: Farmacia, Admisión, Cocina, etc. Entregar los objetos de valor retirados del fallecido a su familia.
16. Entregar los objetos de valor retirados del fallecido a su familia.
17. Recoger y limpiar la habitación, después avisar para su desinfección a las limpiadoras.
18. Los fallecidos por causa de ciertas enfermedades contagiosas deben ser amortajados de forma especial.

5 Discusión-Conclusión

Los cuidados postmortem son una labor que el técnico en cuidados auxiliares de enfermería debe de realizar junto con el diplomado de enfermería además de ayudar en todo lo que sea necesario preparándole una manzanilla, agua; dejarlos que pasen a la habitación para despedirse siempre que sea posible y sin molestar a los demás pacientes apoyarlos, empatizar con ellos y favorecer el correcto procesamiento de las emociones que aparecen en los familiares ante el impacto de la muerte de un ser cercano por lo que es muy importante la labor del técnico en cuidados auxiliares de enfermería en estos momentos tan difíciles para los familiares.

6 Bibliografía

1. <https://www.chospab.es>
2. <https://www.congresosicepa.com>
3. <https://www.eoc.cat>

Capítulo 29

ACTUACIÓN DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN LA APLICACIÓN LOCAL DE FRÍO Y DE CALOR

MERCEDES ESCOBAR LÓPEZ

INMACULADA DEL ÁLAMO NIETO

JERUSALEN IZQUIERDO MARTIN

MARIA ESTHER BENITEZ LUCENDO

ISABEL TRUJILLO GONZÁLEZ

1 Introducción

El frío y el calor son agentes físicos y se utilizan como tratamiento en pacientes hospitalizados y ambulatorios. El uso del frío y del calor forma parte de la termoterapia.

La percepción de frío o de calor varía de unas personas a otras, podemos decir que los ancianos y los niños son más sensibles a los cambios de temperatura.

Efectos del calor y del frío sobre el organismo:

- El calor provoca una vasodilatación y el frío provoca una vasoconstricción.

Los efectos que produce la vasodilatación en el organismo es el aumento del flujo sanguíneo en la zona donde se aplica favoreciendo así el aporte de oxígeno y nu-

trientes y la eliminación de las sustancias de desecho. También produce un efecto de analgesia local. Si aplicamos el calor a todo el cuerpo produce un aumento de la temperatura corporal y también de sedación y de relajación muscular.

El frío provoca la disminución del aporte sanguíneo en la zona en la que se aplica, la piel se torna a pálida, fría y también puede tener efecto de anestesia local. Cuando el frío es aplicado por todo el cuerpo como consecuencia se producirá una disminución de la temperatura corporal y un efecto estimulante.

2 Objetivos

- Saber que es el frío y el calor.
- Explicar el procedimiento a seguir como las diferentes formas que hay a la hora de aplicarlo.

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

- Aplicación de frío o calor:
 1. Tiene que estar prescrito por el médico.
 2. Preparar todo el equipo necesario.
 3. Lavarse las manos.
 4. Explicar el procedimiento al paciente.
 5. Antes, durante y después del procedimiento hay que tomar las constantes vitales.
 6. Observar la piel y el estado general del paciente en todo momento.
 7. Nunca se aplica calor ni frío húmedos sobre úlceras o heridas.
 8. En el tratamiento con frío si los labios o los párpados se vuelven cianóticos dejamos de aplicarlo y lo comunicamos.
 9. Si se queja o da muestras de dolor, dejamos de aplicarlo y lo comunicamos.
 10. Hay que comprobar la temperatura de la aplicación durante todo el tiempo para que no se pierda el calor o el frío que estamos aplicando.

11. En las aplicaciones secas nunca se pone directamente el dispositivo de aplicación en contacto con la piel.
12. Cuando utilizamos dispositivos eléctricos hay que mantenerlos alejados del agua y manipularlos con las manos secas.
13. Hay que extremar las precauciones con niños, ancianos y pacientes inconscientes. En estos pacientes los tiempos de aplicación son menores.
14. Debemos de tener en cuenta que con el calor húmedo el riesgo de quemadura es mayor que con el calor seco.

Cuando terminemos la aplicación retiraremos el equipo y acomodamos al paciente. Las aplicaciones de calor pueden ser por conducción y por radiación.

Aplicaciones del calor por conducción:

Se realiza el paso del calor de un objeto a otro, mediante contacto físico directo.

a) Bolsa de agua caliente:

Proporciona al aplicarlo, calor seco donde se aplica.

- Material:

1. Bolsa de agua caliente, con funda y un termómetro de baño, para comprobar la temperatura del agua que debe oscilar entre 46 y 51°C (nunca sobrepasar los 60°C).

Llenar la mitad de la bolsa con agua caliente o tres cuartas partes, inclinar y vaciar el aire, atornillando bien el tapón, envolverla con la toalla y colocarla sobre la zona. Mejor colocarla sobre el paciente (en los niños y enfermos inconscientes), ponerla entre las mantas.

Anote la hora, el tiempo y la región en la que la aplicó.

Al acabar, vaciar la bolsa, escurrirla y se limpia con agua y jabón.

2. Manta térmica:

Proporcionamos calor seco a una región determinada al aplicarla.

Material: manta o esterilla y bomba que produce flujo de agua fría o caliente, a través de unos tubos de látex, introducidos entre las dos caras de la manta. Si se utiliza agua caliente produce aumento de la temperatura y si se utiliza agua fría disminución de esta.

Se puede colocarse por encima como por debajo del paciente, separado por una sábana.

3. Manta eléctrica o almohadilla:

Es una manta o almohadilla con resistencia eléctrica en su interior que va enchufada a la corriente.

Comprobar el buen estado de las conexiones, y se coloca una cubierta impermeable, para limpiarse.

Evitar que se moje, para que no haya cortocircuitos.

Poner la temperatura que se nos indique y se anota junto con el tiempo transcurrido.

4. Baños terapéuticos:

Por inmersión del cuerpo o parte de él en una bañera con agua caliente, o con la aplicación de sustancias emolientes.

Pueden ser de asiento (inmersión de la cresta ilíaca y parte media de muslo en un baño de 37° a 46°, 10 / 20 minutos), general y con sustancias emolientes.

Si el tratamiento se administra en cama, protéjala con una sábana cubierta por un plástico.

Si se aplica sobre una herida y ésta tiene que permanecer estéril, el recipiente y la solución deberán estarlo.

Anotar la hora del tratamiento, tipo de solución, aspecto de la herida y tolerancia del paciente.

5. Compresas:

Apósitos o paños húmedos calientes y estériles que pueden producir alivio del dolor, de espasmos musculares.

La compresa se moja en agua caliente o en la solución que se indique, posteriormente hay que escurrirla bien y aplicarla sobre la zona a tratar. Deben cambiarse con frecuencia ya que se enfrían con facilidad. Si se aplican sobre heridas, ojos, etc. se utiliza pinzas y guantes estériles.

Antes de su aplicación se debe lubricar la región sobre la que se va a actuar con vaselina líquida para evitar las quemaduras.

Vigilar el reblandecimiento de la piel con posible formación de grietas, por lo que estas aplicaciones no deben ser demasiado prolongadas.

Aplicación del calor por radiación:

Es la aplicación de calor a través del aire y desde la superficie de un objeto a otro, pero sin que haya contacto físico.

1. Radiaciones infrarrojas:

Consiste en focos luminosos que aportan gran cantidad de calor, suelen ser rayos infrarrojos.

2. Onda corta:

Mediante aparatos que emiten ondas electromagnéticas de alta frecuencia que se transforman en calor al penetrar en el organismo.

Puede aplicarse a huesos y articulaciones, se aplican en procesos del aparato locomotor.

3. Ultrasonidos:

Emitidos por un aparato que emite sonidos a una frecuencia superior al nivel audible, mediante vibraciones mecánicas.

La absorción de la energía que generan se transforma en calor.
Tiene efectos analgésicos y relajantes.

Terapia local por frío:

El efecto que se quiere conseguir es la Hipotermia.

1. Hielo:

Mediante bolsas de hielo, temperatura 0°, durante una hora, aplicables a una zona determinada.

Se utiliza para detener una hemorragia, aliviar el dolor, disminuir la hinchazón o la temperatura corporal.

Se aplica mediante una bolsa en la que se han introducido trozos de hielo sin llenarla, y sacando el aire para que se adapte mejor, comprobándola con frecuencia, para observar si se ha derretido. Colocar un plástico alrededor y vigilar que no se produzca un frío extremo.

Es aconsejable llenar la bolsa de agua con alguna sustancia que disminuya la temperatura de congelación, como alcohol, jabón; pues no se formarán trozos de hielo sino escarcha, ello facilita la aplicación sobre una zona determinada, mejor que los cubitos.

Después de la aplicación anotar la zona donde se aplicó, el tiempo y la reacción.

2. Compresas frías:

Se realizará como en las compresas calientes que se enfriarán sobre hielo picado, exprimiéndolas a continuación. Si es necesario, realizarlo en condiciones de esterilización.

3. Compresas con alcohol:

Para utilizarlas, se mezclará el alcohol con agua fría o tibia, y se friccionará al paciente usando el paño de lavarse, como si se realizará un baño en la cama. Controlar la temperatura, pulso y respiración del paciente. 30 minutos después del tratamiento.

Anotar los datos recogidos.

Tanto el calor como el frío son agentes lesivos para la piel del individuo, por tanto y como normas generales debemos tener las siguientes precauciones:

- No poner en contacto directo con piel, para ello proteger con algún elemento que impida el contacto directo.
- Prevenir la transmisión de infecciones de unos pacientes a otros.
- En pacientes con poca sensibilidad parcial o general, valorar las zonas de aplicación, en prevención de posibles lesiones.
- En las aplicaciones de calor por radiaciones, en el uso de las lámparas se dejará al descubierto únicamente la zona afectada. Entre el cuerpo y la lámpara debe haber

un mínimo de 60 cm. de distancia. El tiempo de exposición aprox. 10-20min. Se debe indicar al paciente que no debe mirar la lámpara.

- Las radiaciones por ultrasonidos están contraindicadas en paciente con implantes quirúrgicos en huesos o articulaciones, que lleven marcapasos o con infecciones.

5 Discusión-Conclusión

Las aplicaciones de frío y calor las puede realizar el técnico en cuidados Auxiliares de enfermería siempre y cuando exista una indicación médica previa y bajo la supervisión del diplomado de enfermería, por lo que es fundamental que tenga unos conocimientos básicos sobre qué efectos tiene la aplicación del calor como la aplicación del frío en el organismo, también los tipos de aplicaciones que hay y los procedimientos a seguir a la hora de aplicarlos en el paciente. Como saber todas las precauciones que hay que tener en cuenta cuando lo aplicamos para evitar las posibles complicaciones que le puedan surgir al paciente.

6 Bibliografía

1. <https://enfermeria.top>
2. <https://cgtsanidadlpa.org>
3. <https://atensalud.com>

Capítulo 30

ESTIMULACION SENSORIAL EN DEMENCIAS AVANZADAS

PALOMA SUÁREZ SANTAMARÍA

1 Introducción

En la actualidad y cada vez con más frecuencia, está cambiando la forma de abordar las demencias, y además del tratamiento farmacológico se empieza a tener en cuenta otro tipo de terapias que, junto con los fármacos, contribuyen a enlentecer el curso de la enfermedad. Entre esas terapias se encuentra la estimulación cognitiva. En dicha terapia a través de una serie de técnicas y estrategias se trabajan las funciones cognitivas que conserva el paciente provocando un mantenimiento de dichas funciones.

Llegado cierto momento, debido a la propia evolución de la enfermedad las alteraciones son tan serias que las personas con una demencia avanzada (GDS-6, 7) no se pueden beneficiar de la estimulación cognitiva, con lo cual hay que buscar otras terapias alternativas que consigan mantener un estado óptimo emocional del paciente, y llegar a él a través de la estimulación puramente sensitiva. Además, se ha demostrado que la estimulación sensorial para personas con demencia disminuye la agitación e inquietud, así como mejora el sueño, síntomas muy comunes en la mayoría de las formas de demencia.

La estimulación sensorial consiste en una intervención que proporciona estímulos sensoriales agradables, en un ambiente positivo y relajado, a los sentidos primarios de la vista, la audición, el tacto, el gusto y el olfato.

Se trata de un medio que persigue lograr o mantener un estado de bienestar, sin necesidad de recurrir a grandes exigencias atencionales e intelectuales, y a

mayores procesos cognitivos como la memoria, ya muy mermados en los estadios avanzados de cualquier tipo de demencia.

Este concepto se originó en Holanda, en las décadas de los años sesenta y setenta, en el campo de la discapacidad para el aprendizaje, expandiéndose rápidamente por toda Europa, sobre todo por el Reino Unido.

Los primeros trabajos en este ámbito denominaron a esta intervención como «snoezelen», término derivado de dos palabras holandesas *sniff* y *doze* que significan olfatear y dormir.

Durante la última década, la aplicación clínica del *snoezelen* se ha extendido a la atención de personas con demencia, aprovechando las capacidades sensoriomotoras residuales de estos pacientes, a través de un enfoque no directivo y facilitador, con la finalidad de promover comportamientos positivos, reducir las conductas no adaptativas y favorecer la interacción y la comunicación.

Una revisión sistemática de Chung et al, basada en dos ensayos controlados aleatorizados, puso de manifiesto algunos beneficios a corto plazo al promover los comportamientos adaptativos en personas con demencia durante e inmediatamente después de su participación en las sesiones *desnoezelen*.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Reducir los comportamientos de mala adaptación.

Objetivos secundarios:

- Aumentar los comportamientos positivos.
- Promocionar el estado afectivo positivo.
- Disminuir el estrés.
- Aumentar el contacto visual.
- Estimular el Autocontrol emocional.
- Tener una atención localizada.

3 Metodología

El procedimiento que vamos a utilizar es la terapia de estimulación sensorial en las demencias. Su principal objetivo es incrementar la sensibilidad y discriminación a través del entrenamiento de los receptores sensoriales, a través de estímulos aislados y de un enfoque multisensorial. Consecuencia de ello se pretende promover procesos de plasticidad neuronal y cognitiva. Con la idea de plasticidad

neuronal y cognitiva se expresa la capacidad cerebral para minimizar las lesiones a partir de cambios estructurales y funcionales sea cual sea la causa originaria (Pascual Castroviejo, 1999). De este modo, la estimulación ambiental sensorial puede activar los mecanismos de la plasticidad cerebral y remodelar los circuitos cerebrales en el cerebro dañado.

La Terapia se realizará con grupos muy reducidos, al sumo 4 personas con demencia en un estadio GDS-6, 7.

Se trabajará a través de la estimulación visual, auditiva o táctil. El tratamiento consiste en provocar un estímulo neural, personalizado (de acuerdo a su perfil autobiográfico), y placentero ya sea a través de la música, el tacto o elementos visuales. Los estímulos serán siempre placenteros para el usuario.

Estos estímulos provocarán un gradual cambio en la plasticidad neural de la corteza cerebral que permite una mayor adhesión del paciente a las sesiones, y facilita la participación voluntaria, la colaboración y una mayor atención.

Estimulación visual:

La vista es nuestro sentido más importante, a través del cual obtenemos la mayor parte de nuestra información y la que ofrece la más amplia gama de posibilidades para la estimulación.

La estimulación visual de los pacientes con demencia se realizará con luz, colores, formas o movimientos, o una combinación de esos elementos. Las luces de colores suaves, caleidoscopios, pinturas de colores, películas sobre naturaleza, una puesta de sol: todos son ejemplos de estimulación visual. Además, este tipo de estimulación puede tener el beneficio adicional de estimular la memoria, a través de las reminiscencias.

Una forma básica de la estimulación visual para las personas con demencia será a través la terapia con luces de colores. Se realizará de forma pasiva. Este tipo de estimulación es eficaz para el sueño y mejorar el estado de ánimo, sobre todo en invierno.

Estimulación auditiva:

Otra fuente de estimulación sensorial es el oído. La estimulación auditiva para personas con demencia es eficaz para mejorar el humor, la relajación y el conocimiento, además de los conocidos efectos calmantes.

Para estimular este sentido no solo usaremos la música, sino que también incluiremos sonidos relajantes como por ejemplo los de la naturaleza (sonido del agua de un arroyo, lluvia suave, viento soplando). Este tipo de sonidos favorecen el buen estado de ánimo y la meditación.

La estimulación del sonido se puede utilizar también para evocar reminiscencias, por ejemplo, las canciones que escuchaban o bailaban en su juventud, las canciones que les cantaban a sus hijos.

La estimulación auditiva podemos hacerla con música de fondo o más individualmente con auriculares.

Estimulación táctil:

Con este otro tipo de estimulación nos planteamos descubrir el sentimiento del propio cuerpo desarrollando las diferentes percepciones a través de diferentes partes de su superficie corporal como la cara, los brazos, las manos, la cabeza, los pies, las piernas para posteriormente utilizar el tacto como otro canal de entrada de información sobre el entorno próximo. Además de conseguir una mayor conciencia corporal.

Las actividades que emplearemos para ello serán:

- Reconocer el diferente peso de los objetos, desarrollando la posibilidad de sujetar cosas, coger y dejar.
- Sentir sensaciones contrarias como, por ejemplo, el frío, el calor, la suavidad, la rugosidad.
- Usar el tacto como fuente de exploración de las distintas partes del cuerpo y de distintos objetos de una forma intencional y cada vez con una mayor frecuencia.
- Reconocer, entre dos objetos, uno de ellos a través del tacto. Hay que procurar que sean objetos muy sencillos y conocidos, como, por ejemplo, un teléfono de juguete o una pelota.
- Masajes, con el objetivo de que sientan las distintas partes de su cuerpo. A continuación, les podemos pedir que realicen lo mismo con nosotros mismos. Les apoyaremos, primero modelando, para que toquen nuestra cara y “sientan” el pelo, la nariz, etc.
- Sentir diferentes texturas, con diferentes materiales como (algodón, seda, distintos tipos de papel, rafia).
- Sentir distintas “vibraciones” a través de, por ejemplo, un cepillo eléctrico (lo envolvemos y lo utilizamos por la parte de atrás). Sentir la vibración en cara, brazos y otras partes del cuerpo.
- Ponemos crema de manos o jabón líquido en un plato y colocamos sus manos para que “sientan” distintas sensaciones. Todo ello de forma agradable. Untamos sus manos y las nuestras y juntamos. “Sentimos su suavidad” y le incitamos a que exprese su sensación.
- Le soplamos los dedos; usamos un ventilador pequeño para que sienta el aire. Lo

mismo por el resto del cuerpo.

- Colocamos en su mano un objeto y observamos lo que hace. Vemos si lo tira, si lo mira, si lo explora. Le apoyamos verbalmente y le incitamos a explorar.
- Potenciamos que experimente sensaciones contrarias como frío caliente, liso rugoso, blando y duro.

4 Bibliografía

1. Eva Sarasa Frechín. Terapia Ocupacional y enfermedad de Alzheimer: guía práctica para la estimulación global en los servicios sociales. Zaragoza: Mira Editoriales; 2009.
2. Anna Puig Aleman. Ejercicios para mejorar la memoria. Madrid: CCS; 2006.
3. Pedro Moruno Millares y Miguel Ángel Talavera Valverde. Terapia Ocupacional en salud mental. Elsevier Masson. 2011.
4. Juan Luis Blázquez Alisente, Nekane Galparsoro Izagirre. Estimulación Cognitiva y rehabilitación neuropsicológica. Editorial UOC, S.L. 2009.
5. Ana Rey Cao, Imma Canales Lacruz. Atención, memoria y motricidad; tareas motrices de estimulación cognitiva para personas mayores. Badalona: Paidotribo; 2014.
6. Carmen M^aLeón Lopa. Estimulación de las funciones cognitivas (cuaderno 4: atención nivel 1). Editorial GEU; 2020.

Capítulo 31

ANALISIS DE LA SITUACION DE LA LEY DE DEPENDENCIA

PALOMA SUÁREZ SANTAMARÍA

1 Introducción

Los antecedentes más relevantes en cuanto a la protección social de la dependencia en España datan de los años 90, y se han caracterizado por el escaso consenso entre los partidos políticos en torno a las medidas que se debían tomar. La evidente transformación del papel de la familia en la sociedad española, sugería un gran riesgo en cuanto a los cuidados que esta pudiera proporcionar a los dependientes, por lo que se desarrollaron actuaciones políticas tendentes a proteger las funciones de atención y cuidados dentro de la misma familia así como la aprobación de medidas que permitan conciliar la vida familiar y laboral.

La relevancia que el tema de la dependencia ha adquirido en nuestra sociedad en las últimas décadas se justifica doblemente, ya que a la vez que la esperanza de vida en nuestro país ha ido aumentando progresivamente, también lo ha hecho el porcentaje de personas que se ven conducidas a una situación de dependencia al presentar distintos tipos de discapacidades bien por la aparición de procesos patológicos o por accidentes .

El creciente envejecimiento de la población observado en los países más desarrollados durante las últimas décadas, se ha convertido en un tema de preocupación no solo por sus connotaciones demográficas, sino por sus consecuencias sociales, políticas y económicas. El consiguiente aumento del gasto social, el cada vez mayor desequilibrio entre la población activa e inactiva, acentuado por la actual crisis económica y el cuestionamiento del papel del estado por determinadas

tendencias políticas, constituyen una mezcla de consecuencias de este envejecimiento de la población y de factores adversos que se suman para convertirlo en un grave problema social.

Este envejecimiento de la población resulta de dos fenómenos que podrían parecer independientes, pero que tienen un mismo efecto de envejecimiento de la población: por un lado, el descenso de la natalidad, que ocasiona un número cada vez menor de jóvenes, y, por otro lado, el aumento de la esperanza de vida, que conlleva un aumento de la población más longeva. La cuestión ya no es solamente que ahora haya una mayor número de ancianos, sino que ese alargamiento de la vida transcurre con una mejor salud física y mental, en comparación con lo que ocurría hace unos años. A pesar de que a esta prolongación de la vida se le asocia una enorme mejora de la calidad de vida, de las prestaciones sanitarias, del bienestar y del ocio personal, la vejez prolongada tiene connotaciones problemáticas. Socialmente, aún se percibe el envejecimiento como algo negativo, siendo muy frecuentes y evidentes actuaciones y conductas individuales y sociales que no solamente tratan de retrasarlo, sino también de negarlo. A esto contribuye el hecho de que, en ocasiones, las personas que van envejeciendo no valoran este hecho como un triunfo sobre las cortas esperanzas de vida de épocas anteriores, centrándose demasiado en la merma de sus facultades físicas y mentales, reacción que se agudiza aún más en una sociedad que ensalza y valora en exceso los valores de la juventud, lo cual impide contemplar el envejecimiento en sus dimensiones sociales.

Por otro lado, el envejecimiento de la población se ve como un problema social desde el momento en que representa un aumento del gasto en pensiones y en prestaciones sanitarias, a la vez que provoca la necesidad de nuevos servicios de atención al incorporarse la mujer al mercado laboral. A estas circunstancias debemos añadir el descenso de la población activa y contribuyente, no solo por el envejecimiento de la población, sino también por factores económicos y coyunturales a nivel nacional e internacional, lo que hace que un sector de la población activa, cada vez menor, tenga que hacer un gran esfuerzo para cubrir las necesidades de un sector de población inactiva, cada vez mayor. Esto es, el envejecimiento de la población nos pone frente a un conjunto de problemas cruciales para nuestra sociedad, como son la igualdad, la solidaridad y el papel del estado en el mismo.

La sociedad española como algunas más en el ámbito europeo, especialmente en el arco mediterráneo ha asignado tradicionalmente un papel primordial a la familia, de modo que ha sido uno de sus pilares más importantes. Sin embargo, los cambios de tipo social, político y económico han producido importantes y

decisivas alteraciones en cuanto a la estructura y funcionamiento de la familia. Antes de los efectos producidos por la actual crisis económica, avances como la incorporación de la mujer al mundo laboral provocaron desequilibrios de gran calibre en la sociedad en su conjunto y en la familia en particular, de modo que la atención a los dependientes ya no puede ser asumida por la propia familia en la forma en que se había llevado a cabo tradicionalmente.

Aunque buena parte de las familias consideren que la atención a sus dependientes es responsabilidad propia, las circunstancias sociales y económicas les lleva a demandar la colaboración del estado para poder asumir una función que no pueden desarrollar de forma particular 3.

En los años 90 se dieron los primeros pasos en el tratamiento de la dependencia en España con la aplicación del Plan Gerontológico Estatal de 1991/2000. A partir de las experiencias disponibles se hizo evidente la necesidad del tratamiento de la dependencia de los mayores por parte de los partidos políticos y las Administraciones públicas, intentando conseguir para los cuidados de las personas dependientes la consideración de un derecho de los ciudadanos, a pesar de las reticencias de la administración empeñada en un fuerte control de gasto público.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia pretende el reconocimiento de un nuevo derecho ciudadano a nivel estatal, como es el de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer los inicios de la Ley de Dependencia.

Objetivos secundarios:

- Visualizar la evolución de la Ley de Dependencia.
- Analizar la evolución en cuanto a las resoluciones de la Ley de Dependencia

3 Metodología

La tipología escogida es una investigación documental. Los instrumentos para la recogida de datos son páginas webs, de organismos oficiales (IMSERSO y SAAD). El trabajo tiene como objetivo preferente revisar la documentación existente en relación con la implementación a la Ley.

La técnica principal ha sido la revisión documental cerrada a diciembre del año 2012, llevado a cabo a lo largo de todo el documento.

La metodología aplicada se basa en la revisión y análisis de los datos publicados mensualmente por el SAAD, así como la información facilitada por las administraciones públicas. o Como herramienta de trabajo los datos de gestión del SAAD publicados oficialmente por el IMSERSO a lo largo del año 2012 (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Sanidad, Política Social e Igualdad).

- Solicitudes.
- Solicitudes con relación a la población.
- Dictámenes.
- Dictámenes en relación con la población de las CCAA.
- Grados reconocidos.
- Personas beneficiadas y prestaciones.
- Perfil de persona beneficiaria con prestación: sexo y edad.

4 Bibliografía

1. Banco de datos del CIS, Centro de Investigaciones Sociológicas: <http://www.cis.es/cis/opencms/ES/2bancodatos/>
2. Huete García, A. Y Quezada García, M. (2011). La discapacidad en fuentes estadísticas oficiales. Examen y propuestas de mejora. Análisis formal y de contenido sobre discapacidad, en encuestas y otras referencias del Instituto Nacional de Estadística (INE). Cinca, Madrid.
3. Rodríguez Cabrero, G. (2012). El sector de la discapacidad: realidad, necesidades y retos futuros.
4. Información Estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). <http://www.saad.mtas.es>.
5. Sempere A. Ley de Dependencia . Madrid: Editorial Aranzadi, S.A.; 2007.
6. Baviera Puig, I. Editorial Aranzadi, S.A (2007). Protección de la Dependencia, un estudio global.
7. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)
8. Libro Blanco de la Dependencia 2004.
9. Definiciónlegal.com: <http://www.definicionlegal.com/definicionde/actividadesbasicasdelavidadiariaabvd.html>
10. Lorenzo García, R. Texto final del proyecto de Ley de Dependencia: mejoras parlamentarias y panorámica sobre su desarrollo de futuro.

11. José González, M. y San Miguel, B. El Envejecimiento de la Población Española y sus Consecuencias sociales. (Universidad de Alicante).
12. Manual Práctico, Las 101 dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología Príncipe de Vergara, 5759, Madrid.
13. José González, M. El envejecimiento de la población española y sus consecuencias sociales.

Capítulo 32

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL PARITORIO

MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS

YOLANDA OSORIO LOZANO

SAMUEL MATIA BELTRAN

YOLANDA VENTURA CALABRIA

MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS

1 Introducción

Las funciones del Técnico Auxiliar de Enfermería (TCAE) en paritorio, son esenciales desde la colaboración con la matrona en todo el desarrollo del parto de la mujer, su monitorización, anestesia, dilatación, atención al parto y atención en el postparto.

Toda la técnica tiene que ir dirigida a lograr una adecuada adaptación de la gestante y su acompañante al medio hospitalario, con un trato personalizado, acogedor y humano, orientándolos siempre hacia la máxima seguridad de la paciente y su bebé bajo la supervisión directa de la matrona desde su ingreso en bloque obstétrico hasta su alta del mismo.

El TCAE en paritorio también se encargará de recoger y limpiar los aparatos médicos, sala de partos, sala de atención al recién nacido, preparación del instrumental usado para su esterilización, colaborar en la anestesia epidural, rasurado,

aseo, confort de la paciente y colocación de la postura más adecuada para dar a luz.

En el momento en que todo esté preparado, la matrona, la enfermera, el médico y el TCAE estarán en el paritorio para que la paciente pueda dar a luz. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería deberá conocer el nombre de todo el instrumental que puede utilizarse. También deberá ayudar en todas las tareas que precise el equipo y comunicarse con ellos en todo momento para cualquier tarea que puedan necesitar. Tras esto tendrá lugar otro tipo de tareas en relación al cuidado del bebé.

2 Objetivos

Explicar e indicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el paritorio.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo, se ha llevado a cabo una investigación consistente en una revisión bibliográfica.

Se ha realizado una búsqueda sistemática de libros y también relacionados con el tema escogido y con autoría destacada entre los investigadores en ciencias de la salud. 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 gestante llegará acompañada de un celador, ya venga de Urgencias o de una Unidad de Hospitalización. Lo hará caminando, en silla de ruedas o en cama.

El TCAE le enseñará la habitación que va a ocupar e informará a la mujer y al acompañante del funcionamiento de la unidad.

Se comprobará que el nombre facilitado por admisión, los datos de la historia obstétrica y la pulsera identificativa es del ingreso de la gestante coinciden con los datos aportados por la mujer que recibimos.

Antes de la llegada de la gestante a la unidad para dar a luz de manera natural:

- La TCAE comprobará que la habitación de dilatación está limpia y recogida.

- Proporcionará a la gestante camisón, gorro y calzas e indicará a la misma la habitación de dilatación y baño donde puede retirarse la ropa y que debe quitarse objetos metálicos y entregárselos al acompañante.
- Se le dará calzas al acompañante antes de pasar a la habitación de dilatación e informará al resto de familiares, de donde esta de la sala de espera.
- La matrona y la TCAE proporcionarán un ambiente lo más relajado posible, agradable y seguro, para que el parto se desarrolle en las mejores condiciones: poco ruido, luz baja, temperatura adecuada, ambiente respetuoso, intimidad.
- Nos vestiremos adecuadamente: gorro, mascarilla, bata y calzas.
- El TCAE no abrirá el material estéril hasta que vaya a pasar la mujer, para evitar que éste se contamine.
- Prepararemos un paño estéril con gasas, una tijera curva y la pinza del cordón para la mesa del recién nacido.
- Acomodaremos a la gestante en posición ginecológica en la mesa o silla del paritorio.
- Si es necesario, se realizara el aseo perineal y rasurado si lo precisa.
- Una vez llegado el alumbramiento, se hace el al aseo perineal, colocación de compresa y braga y hielo si precisa, cambio de camisón y ayudarla con un celador a pasar a la cama. Este será el tiempo que la matrona aprovecha para realizar los cuidados inmediatos al recién nacido.
- La mujer pasa a la misma habitación que había ocupado antes del parto, junto a su hijo/a.
- Revisar que esté el instrumental completo.
- Procurar el confort e higiene de la madre.
- Cooperar en el inicio lactancia materna.
- Se le ayudará al aseo y colocación de compresa limpia y braga.

Por otro lado si la llegada del recién nacido es por cesárea cabe destacar varios procesos:

Actuación precesárea:

- La matrona procederá a realizar el sondaje vesical de la paciente con la ayuda de la auxiliar.
- La TCAE procederá a realizar el rasurado de la paciente, si precisa.
- Una vez, la paciente esté correctamente preparada y el quirófano operativo, el personal de apoyo y la TCAE se encargarán de trasladar a la paciente a quirófano, junto a su historia clínica en la misma cama de dilatación. El Personal de Apoyo trasladará a la paciente en la posición indicada por la matrona: semi-Fowler, DLD etc.

- La TCAE preparará el material para recibir al recién nacido: cuna de reanimación, toallas calientes, etc.

Actuación durante la cesárea:

El TCAE junto a la matrona actuarán en complicaciones que surjan o reanimación del recién nacido.

Actuación tras la cesárea:

- La matrona y/o TCAE realizará la gasometría de cordón y envío de muestra de grupo sanguíneo a laboratorio y colocará la pulsera identificativa al recién nacido.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE en el servicio de maternidad trabajará para que el recién nacido tenga un inicio a la vida lo más placentero posible, es importante destacar el acompañamiento pre y postnatal del técnico en cuidados auxiliares de enfermería que contribuye a un trabajo de parto armónico, satisfactorio y por supuesto disminuye el estrés y la ansiedad de la gestante y su familia.

Es preciso señalar que el TCAE es un profesional que debe tener un comportamiento de comunicación activa, empatía y que aporte confianza al paciente.

Además trabajará con una disciplina y orden para ejecutar las mismas y cumplir rigurosamente las normas sanitarias.

6 Bibliografía

1. Docplayer (Internet) Disponible en: <https://docplayer.es/5434781-Actividadde-la-auxiliar-de-enfermeria-en-partos.html>.

(Consultado el 30 de Agosto de 2021).

2. Comisión de cuidados de enfermería, Procedimiento de Enfermería en la acogida de la gestante en el paritorio (Internet) Disponible en:

file:///C:/Users/Pc/Documents/P%20128%20Procedimiento%20de%20enfermer%C3%ADa%20e

(Consultado el 30 de Agosto de 2021).

3. Medlineplus (Internet) disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/childbirth.html>

(Consultado el 30 de Agosto de 2021).

4. Centro de estudios profesionales Santa Gema (Internet) disponible en: <https://www.fp-santagema.es/la-labor-del-auxiliar-de-enfermeria-en-un-parto/>

(Consultado el 30 de Agosto de 2021).

Capítulo 33

BALÓN INTRAGÁSTRICO POR EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS

SAMUEL MATIA BELTRAN

YOLANDA OSORIO LOZANO

YOLANDA VENTURA CALABRIA

MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS

1 Introducción

Se puede definir y describir el sobrepeso y la obesidad, según la organización mundial de la salud (OMS), como un excesivo acumulo de grasa que supone un riesgo para la salud. La grasa en sí es una reserva natural de energía de los seres humanos que compartimos con el resto de mamífero, pero, en exceso, es perjudicial.

En la salud del paciente uno de los graves riesgos que puede tener y que nos podemos encontrar en las atenciones primarias con el paciente es el de la obesidad y debido a ello tenemos que tener herramientas para su evaluación.

La obesidad que representa un riesgo grave, es una enfermedad con demasiados riesgos, para la salud del paciente. Los índices más prácticos para evaluar la tenencia de sobrepeso es el cálculo del índice de masa corporal (IMC), expresado por

el cociente: peso (kg)/altura² (m²): normo peso entre 20 y 24,9 kg/m² sobrepeso entre 25 y 29,9 kg/m² obesidad entre 30 y 34,9 kg/m² obesidad moderada entre 35 y 39,9 kg/m² obesidad severa, extrema o mórbida entre 40 y 49,9 kg/m² obesidad supermórbida superando > 50 kg/m².

En los pacientes con obesidad excesiva, mórbida o extrema o si tiene una obesidad moderada, pero puede que además que tenga otras enfermedades a tener en cuenta, la cirugía bariátrica pudiera ser la opción más efectiva. En España se lleva haciendo uso de ella, hace ya más de 15 años con la técnica del balón y ha resultado el tratamiento no quirúrgico más efectivo para luchar contra la obesidad, se realiza el procedimiento a través de una técnica endoscópica, no precisa ni requiere de cirugía y puede ayudar rápidamente a la pérdida de peso.

2 Objetivos

Describir e indicar la técnica de la inserción del balón intragástrico por parte del técnico de cuidados auxiliares de enfermería.

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, scielo.isciii.es, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Para bajar de peso disminuyéndolo notablemente y como medida transitoria, se puede acudir a la implantación de un balón intragástrico, se llevará a cabo en pacientes con previsión de una operación bariátrica y que tienen que disminuir su peso por el riesgo que contiene la cirugía y o se puede ver en pacientes que por sus hábitos de vida o hábitos alimentación y habiendo descartado ya de realizar varias y múltiples dietas y siendo todas con resultados insatisfactorios.

El cometido del balón en el estómago es que, al apoderar de un lugar dentro de él, la ingestión de alimento se va a ver sin tanto espacio y el paciente tendrá la sensación de estar saciado con el efecto de bajar la sensación del hambre.

Las contraindicaciones y en las que estaría desaconsejado la colocación del balón intragástrico, serían en cirugías recientes de estómago, embarazo, lesiones gástricas importantes o con dificultades para asimilar el tratamiento y seguimiento.

Capítulo 34

EL TECNICO DE CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERIA : EL ICTUS PEDIATRICO

MARÍA ELENA GABRIEL BARRIOS

SAMUEL MATIA BELTRAN

YOLANDA OSORIO LOZANO

YOLANDA VENTURA CALABRIA

MARINA DEL PILAR GABRIEL BARRIOS

1 Introducción

Los accidentes cerebrovasculares (AVC) son aquellos procesos en los que se produce un daño cerebral secundario a la oclusión o ruptura de una vena o una arteria.

La palabra “ictus” proviene del latín y significa golpe. Ictus se encuentra documentado en inglés desde los inicios del siglo XVIII para indicar el golpeteo del pulso. Desde el nacimiento, incluso antes de que este se produzca, existe el riesgo de sufrir un ictus y por tanto de padecer sus secuelas.

Una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental es el Ictus, siendo la primera causa de incapacidad y de coste económico sanitario, repercutiendo a nivel familiar, profesional, laboral y social.

La implantación de las Unidades de Ictus en los años 90 con una actividad continuada basada en la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamientos explícitos, ha supuesto la disminución de la mortalidad, morbilidad y dependencia funcional de los pacientes con Ictus.

La aplicación de la taxonomía NANDA/NOC/NIC ha contribuido a la unificación de criterios, mejorando la calidad de los cuidados de enfermería orientados a conseguir unos niveles de independencia óptimos.

A lo largo de la historia de la medicina, el Ictus ha estado asociado a una connotación de mal pronóstico y de imposibilidad de recuperación. Sin embargo, en las dos últimas décadas con el desarrollo de las UI, definidas como una estructura geográfica dedicada a los cuidados no intensivos o semicríticos del pacientes con Ictus, en la que se realiza una actividad continua basada en la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamientos explícitos, ha supuesto un hito en el manejo de la enfermedad cerebrovascular; habiendo demostrado su eficacia en términos de mortalidad, recurrencia y dependencia. El ingreso de los pacientes en las UI, disminuye la mortalidad en un 17% y la morbilidad o dependencia funcional en un

25%. Suponiendo las bajas tasas de mortalidad y morbilidad aguda un indicador de calidad en la atención sanitaria

2 Objetivos

- Exponer los diferentes tipos de ictus pediátricos.
- Identificar cuidados y consideraciones especiales a tener en cuenta en el paciente con Ictus.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos como: Scielo, Medline, Cochrane y Pubmed, utilizando como estrategia de búsqueda ICTUS, Pediatría, cuidados, Cuidados Auxiliares de Enfermería ante ictus pediátrico.

Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: Ictus, pediatría, cuidados.

4 Resultados

Los ictus en la infancia pueden clasificarse según el momento de la vida en el que aparecen o bien en función del mecanismo responsable del tipo de lesión

producida. Según el momento de aparición:

- Ictus neonatal o perinatal: ictus que ocurre en los pacientes a partir de las 20 semanas de gestación y hasta los 28 días después de nacido.
- Ictus postnatal: aquel que ocurre en los niños mayores de 28 días de vida. Según el mecanismo o tipo de lesión que se produzca: Ictus arterial isquémico: déficit neurológico focal de comienzo agudo de más de 24 horas de duración con evidencia en la neuroimagen de infarto cerebral. Si la clínica dura menos de 24 horas pero hay signos neurorradiológicos de infarto también se considera introducción ictus arterial isquémico. Si no, se considera un ataque isquémico transitorio.
- Trombosis de senos venosos: aparición de forma aguda de síntomas sistémicos o neurológicos focales como evidencia en la neuroimagen de trombosis en venas cerebrales o en senos venosos.
- Ictus hemorrágico: comienzo agudo de síntomas neurológicos focales que duren más de 24 horas, con evidencia en la imagen de hemorragia intracraneal no asociada a infarto isquémico.

Debemos de vigilar el nivel de consciencia, reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria. Evaluar la presencia de disfagia, según corresponda. Mantener una vía aérea. Mantener el equipo de aspiración disponible. Evitar líquidos. Retirar prótesis dentales.

Observar si se presenta la tríada de Cushing (aumento de la tensión diferencial, bradicardia y aumento de la presión sistólica). Identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales. Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de los datos del paciente.

Una detención a tiempo de este tipo de patología, ayuda a salvar la vida.

5 Discusión-Conclusión

El ictus pediátrico es más difícil de diagnosticar, sobre todo en los niños pequeños, por la inespecificidad o sutileza en la clínica en muchas ocasiones (convulsiones, alteración del nivel de conciencia, irritabilidad) y por la similitud de ésta con otras patologías. Por ello el diagnóstico de ictus debe confirmarse mediante una prueba de neuroimagen, que deberá ser realizada lo más precozmente posible, dado que el diagnóstico temprano del ictus condiciona la adecuada respuesta al tratamiento. Solamente el 48% de niños con ictus reciben un diagnóstico correcto de inicio. El ictus se encuentra entre las diez causas principales de muerte en la población pediátrica en países desarrollados, con tasas de mortalidad que oscilan entre el 7-28% en el caso del ictus isquémico, y del 6-54% en el ictus hemorrágico.

Alrededor del 80% de los niños que sobreviven al ictus presentarán secuelas neurológicas a largo plazo, siendo las principales las secuelas motoras (50-80%), del lenguaje (30%), dificultad para el aprendizaje y para el desarrollo de funciones cognitivas (30-67%), así como alteraciones del comportamiento.

6 Bibliografía

1. Ictus A. El Proceso Asistencial del ataque cerebrovascular agudo (ACVA) . 2009.
2. Serra AT, Matias AA, Nunes AVM, et al. El código ictus de Asturias. Neurología.2008; NRL-794.
3. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. 2008. Ministerio de Sanidad y Consumo.
4. Herdman, T., & Kamitsuru, S. (2015). . Barcelona: Elsevier.
5. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Swanson, E. (2014).Nursing Outcomes Classification (NOC). London: Elsevier Health Sciences.
6. Bulechek, G. (2013).Nursing interventions classification (NIC). St. Louis, Mo.: Elsevier/Mosby. -Carpenito, L. (1998). . Madrid: Interamericana-McGraw Hill.
7. Accidente Cerebro Vascular Isquémico en personas de 15 años y más. (2013). Santiago de Chile.
8. Jiménez, M., Lama, C., Moniche Álvarez, F., Morales Serna, J., Ras Luna, J., & Sanz Amores, R. (2015).Ictus

Capítulo 35

LA HIGIENE DE MANOS EN EL MEDIO HOSPITALARIO, ACCIONES QUE SALVAN VIDAS

AITOR RUBIO COBIAN

MARTA ALONSO-VILLAYERDE ROZA

BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ

MARÍA PILAR FDEZ RONZERO

MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ

1 Introducción

La higiene en el medio hospitalario ha estado en constante evolución desde el principio de los tiempos, en el siglo XIX un médico húngaro puso en entredicho la higiene de manos de los profesionales y compañeros suyos debido a la alta muerte e infecciones de los pacientes del servicio médico en el hospital austriaco (Martul, 2018).

Joseph Liste fue el precursor de la antisepsia haciendo hincapié en la importancia del lavado de manos de cara a sus propias intervenciones comprobando que a mayor aumento de higiene mejores resultados en sus pacientes obtiene evitando infección e incluso la muerte.

En la antigua Grecia la higiene corporal ya estaba extendida, si es cierto que esta se realizaba sobre todo con fines sociales y lúdicos, pero ya en ese entonces la

población podía aprovechar las ventajas salubres que proporcionaba (Quevedo, 2004).

Las técnicas de higiene de manos han estado en constante evolución durante el paso de los años hasta llegar a lo que se conoce como hoy en día, podemos discernir varios tipos: la higiene de manos doméstico, clínico y quirúrgico.

Durante el paso de los años la evidencia científica y el propio avance hicieron posibles los cambios en la higiene personal del equipo sanitario.

2 Objetivos

Determinar los diferentes tipos de higiene de manos que existen, así como la diferencia entre ellas, analizar cómo ha de realizarse de forma correcta la técnica de higiene de manos utilizada a nivel hospitalario.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos, así como de diversos estudios sobre los mismos acerca de la higiene de manos, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico y los descriptores utilizados han sido higiene de manos, enfermedades nosocomiales y beneficios de la higiene. Se ha revisado un total de x artículos de los cuales x han sido objetivo de nuestra revisión, se han utilizado aquellos más completos y actualizados acerca del tema tratado y están comprendidos entre los años 2004- 2015.

4 Resultados

La higiene de manos puede dividirse en tres tipos principalmente: el lavado de manos doméstico, el lavado de manos clínico y el lavado de manos quirúrgico.

El lavado de manos doméstico es el que se realiza habitualmente por parte de la sociedad de forma particular en sus hogares o sitios públicos para ello se utiliza agua, jabón y toalla/secador/papel desechable para su secado.

El lavado clínico es aquel que se realiza dentro de los hospitales por el personal sanitario antes de interaccionar con el paciente y momentos después de estar en contacto con él con el fin de propagar bacterias, virus y evitar infecciones a los pacientes ingresados o contagiarse ellos mismos (Pérez, 2007).

El lavado quirúrgico es aquel que se realiza de forma intensiva por el facultativo o especialista a la hora de realizar intervenciones quirúrgicas en las cuales se ha

de reducir completamente la posibilidad de transmisión por contacto de agentes patógenos a los pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica. Para realizar correctamente la técnica de higiene de manos se ha de tener en cuenta estas pautas: mojar las manos con agua, aplicar jabón y extender por toda la superficie de las manos, se friccionará una mano contra otra para lavar la mano completamente sin olvidarse de las zonas interdigitales frotando una palma contra la otra por ambos dorsos y entrelazando los dedos, el pulgar se lavará también de forma individual con la palma de la otra mano envolviéndolo y realizando un movimiento de rotación, por último pero no menos importante la zona de las uñas ha de frotarse enérgicamente contra la palma de la mano contraria con el fin de poder eliminar toda la suciedad, para terminar secaremos las manos con papel desechable de un solo uso (Edelis, 2015).

La diferencia entre el lavado de manos clínico y quirúrgico es que durante el lavado se utilizara una sustancia desinfectante o esponja preparada para lavados quirúrgicos dejando de esta forma la mano completamente desinfectada, el grifo a utilizar ha de tener pedal para evitar el contacto con nada antes de ponerse los guantes estériles.

5 Discusión-Conclusión

El lavado de manos es una técnica eficaz que evita el contagio y la propagación de bacterias o virus entre el paciente y el sanitario encargado de su asistencia por lo que es obligatorio ser conocedor de cómo debe de realizarse correctamente.

La correcta utilización de la higiene de manos hace posible una mejora en la asistencia sanitaria proporcionada evitando problemas o complicaciones durante la estancia hospitalaria del paciente, estas ventajas también pueden contabilizarse económicamente hablando, ya que al realizarse correctamente esta acción se evita el desembolso económico por parte del hospital al no necesitar utilizar materiales y medicamentos derivados de los contagios de pacientes o del alargamiento de la estancia del paciente por complicaciones derivadas de esto (Elaine, 2009).

La administración de cursos impartidos por el hospital es necesario para formar y mejorar la asistencia sanitaria proporcionada por el personal sanitario, de esta forma el hospital contará con profesionales mejor formados.

6 Bibliografía

1. Edelis, R. (abril-junio de 2015). Apuntes históricos sobre el lavado de las manos. Revista Cubana de Estomatología, 52(2), 31-34.

2. Elaine, D. (abril de 2009). Lavado de manos: 20 años de divergencias entre la práctica y lo idealizado. *Ciencia y enfermería*, 15(1), 101-102.
3. Martul, C. (2018). *Historia de la medicina (Atlas Ilustrado)*. Bilbao, País Vasco, España: Susaeta.
- Pérez, C. (2007). Protocolo de lavado de manos. *Sociedad española de medicina preventiva, salud pública e higiene*, 1.
4. Quevedo, E. (2004). Cuando la higiene se volvió pública. *Revista de la facultad de Medicina*, 52(1), 2-4.

Capítulo 36

LA TÉCNICA DEL BALÓN EN EL SERVICIO DE PARTOS: PREPARACIÓN Y AYUDA POR PARTE DEL TCAE DE ESTA TÉCNICA

MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ

MARÍA PILAR FDEZ RONZERO

MARTA ALONSO-VILLAYERDE ROZA

AITOR RUBIO COBIAN

BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ

1 Introducción

A lo largo de la historia las técnicas de preparación al parto y las técnicas de ayuda a la dilatación en los últimos momentos del embarazo han ido evolucionando durante el paso del tiempo hasta llegar a las novedosas técnicas utilizadas hoy en día.

En el año 6000 AC ya se empieza a tener en cuenta que la ayuda al parto es un “arte” y sale a relucir la figura de la comadrona o partera como persona de ayuda al parto en mujeres embarazadas (López-Ríos, 2011.)

En el siglo VVIII es cuando comienza a utilizarse salas especiales y acondicionadas para la mujer y su parto y no es hasta el siglo XX cuando comienza

a introducirse todo el material medicalizado específico para el parto como los tacógrafos, fórceps, ventosas etc. (Gallo, 2003)

Durante el periodo del embarazo la mujer embarazada ha de acudir a las clases de preparación al parto, así como a las consultas de su ginecólogo, matrona y monitores cuando se lo pauten el facultativo con el fin de poder realizar un seguimiento constante y correcto del bienestar fetal, así como del bienestar de la propia madre. Los pacientes de ginecología en el momento del parto no son pacientes corrientes y tienen diferentes necesidades a los pacientes ingresados en otras unidades, ya que estos pacientes no están enfermos, sino que requieren de cuidados específicos del parto y el parto.

2 Objetivos

Determinar cómo ha de realizarse la técnica del balón en mujeres embarazadas, así como la ayuda del TCAE al facultativo en la realización de dicha técnica.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos, así como diversos estudios sobre la técnica del balón en gestantes, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico, las bases de datos consultadas han sido Scielo y pubmed y los descriptores utilizados han sido técnica del balón, formas de dilatación en gestantes y ginecología. Para la revisión se ha consultado aquellos artículos más recientes escogiendo aquellos más actualizados y recientes comprendidos entre 2000 y 2010.

4 Resultados

La técnica del balón en ginecología consiste en colocar a la paciente un contrapeso a través de un sondaje para facilitar la dilatación de la mujer de cara al parto inminente de esta, esta técnica es realizada por el ginecólogo/a y estará asistido por el TCAE.

La preparación de la mesa con todo el material será menester del TCAE, lo necesario para dicha técnica sería un campo estéril, sobre este se colocará el material de sondaje sonda, vaselina, dos jeringas de 20 cargadas con suero, pinzas, especulo y gasas.

El facultativo se realizará el lavado de manos higiénico para la realización de esta técnica y el TCAE le asistirá en todo lo necesario, así como le ayudará con la apertura de guantes estériles para manipular a la paciente y evitar riesgos de infecciones.

El contrapeso que se utilizará será un frasco pequeño de suero plastificado que ira sujeta a la sonda con una malla haciendo de esta forma que quede colgando y realice un contrapeso y la presión suficiente para ayudar a la dilatación de la paciente (Purizaca, 2010).

El facultativo realizará un sondaje vaginal para colocar la sonda e inflar el globo con el fin de ajustar el contrapeso a continuación el TCAE para ayudar a la dilatación del paciente la preparación de todo el material para esta técnica será realizada por el TCAE y será siempre preparada con anterioridad con el fin de evitar la incomodidad del paciente, ya que la posición de ginecología para las mujeres embarazadas no es la más confortable, mantener a al paciente demasiado tiempo en esta posición puede generar dolor postural, incomodidad y mal estar general a la paciente por la situación y el contexto en el que se dan.

5 Discusión-Conclusión

La técnica del balón es una técnica rudimentaria que con el paso de los años se sigue realizando en ginecología con el fin de favorecer la dilatación y la puesta a punto para el parto de la paciente, su efectividad es muy alta por lo que sigue realizándose en los hospitales de forma habitual (Gómez, 2000).

La formación del personal TCAE es fundamental con el fin de que la asistencia a las técnicas por parte de este sea efectiva rápida y segura, la realización de cursos específicos, así como la actualización de conocimientos ha de ser de forma continuada por el personal del hospital.

6 Bibliografía

1. Gallo, M. (2003). Efectos del embarazo y parto sobre el suelo pélvico (Vol. 23). Madrid: Amolca.
2. Gómez, E. (mayo-agosto de 2000). Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, 26(2), 30-36.
3. López-Ríos, F. (2011). Madrid. Museo de la Medicina. Madrid, España: Elsevier.
- Purizaca, M. (2010). Modificaciones fisiológicas en el embarazo. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 56(1), 57-69.

Capítulo 37

LA TÉCNICA DEL ELECTROCARDIOGRAMA PARA LOS TÉCNICOS EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LAS PLANTAS DE CUIDADOS CARDIACOS

MARÍA PILAR FDEZ RONZERO

BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ

AITOR RUBIO COBIAN

MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ

MARTA ALONSO-VILLAYERDE ROZA

1 Introducción

en el siglo XIX fue cuando se empezó a vislumbrar que el corazón generaba electricidad y empezaron a realizar diversas investigaciones sobre esto, la actividad bioeléctrica del corazón fue descubierta por Kolliker y Mueller. Augustus Waller fue el científico que utilizó galvanómetro capilar que posteriormente fue mejorado por Willem Einthoven que utilizó el galvanómetro de cuerda gracias al cual

pudo descubrir una gran amplitud de enfermedades cardiovasculares (Gargantilla, 2011).

El primer electrocardiógrafo fue construido en 1911 gracias a Einthoven y se ha ido modernizando hasta lo que hoy se conoce como el electrocardiógrafo moderno los servicios de urgencias del sistema nacional de salud en todas las comunidades autónomas funcionan de manera similar entre ellas, durante la estancia en el servicio de urgencias siempre se realiza las analíticas pertinentes de sangre y orina y generalmente se realizará la prueba del electrocardiograma para tener un amplio abanico de pruebas que consultar para poder diagnosticar de forma correcta al paciente (Foucault, 2013).

Durante la técnica del electrocardiograma el TCAE le proporcionará al paciente toda la información necesaria para realizar la prueba así como las pautas a seguir durante el proceso con el fin de evitar un resultado erróneo de la prueba que pueda hacer que esta se halla que repetir.

2 Objetivos

Determinar cómo se ha de realizar correctamente la técnica del electrocardiograma en los servicios de urgencias por parte del técnico en cuidados auxiliares de enfermería

3 Metodología

Se ha realizado una revisión de artículos científicos, así como de diversos estudios acerca de la técnica del electrocardiograma para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico, las bases de datos consultadas han sido Scielo y Pubmed y los descriptores utilizados han sido electrocardiografía y técnica del electrocardiógrafo, los artículos consultados van desde 2005 hasta 2021 de los cuales se han escogido aquellos más actualizados y recientes para la revisión.

4 Resultados

La realización de la técnica del electrocardiograma es fundamental en los servicios de urgencias y en la planta sobre todo aquella dedicada a cardiología o problemas coronarios. Para realizarlo correctamente el TCAE explicará al paciente en que consiste la técnica indicándole que en ningún momento la prueba es dolorosa,

se requiere que el paciente se tumbe en camilla o sillón articulado para ponerle en posición horizontal y se colocara los electrodos en las zonas adecuadas.

Las zonas de electrodos son las siguientes: se colocará un electrodo a ambos lados del esternón a 2 cm del mismo en el 4 espacio intercostal en su lado derecho e izquierdo y serán conocidos como v1 y v2, el siguiente electrodo en colocar sería el v4 que se tomara como referencia la línea media de clavicula a la altura del 5 espacio intercostal, v3 se colocara entre v2 y v4, v5 se colocara siguiendo la línea auxiliar izquierda anterior aproximándose lo máximo posible al 5 espacio intercostal y por último v6 será colocado en la línea axilar izquierda media a la altura del electrodo anterior o 5 espacios intercostal (Piqueras, 2021) (Yapur, 2005).

El resultado del electrocardiograma se archivará en la carpeta virtual del paciente para que el facultativo la pueda valorar e interpretar para confirmar anomalías cardiacas en el paciente examinado el TCAE le dirá al paciente que se quede callado durante la realización de la prueba, que no se mueva y se colocará los electrodos y comenzara la prueba, la información al paciente durante todo el proceso es fundamental para evitar la repetición de esta y así evitar un diagnóstico erróneo en el paciente, ya que el resultado si no se siguen las pautas puede ser motivo de repetición.

5 Discusión-Conclusión

La realización de la técnica del electrocardiograma es fundamental para la primera atención urgente del paciente, gracias a ella el facultativo puede llegar a un diagnóstico correcto por ello la realización de esta ha de ser impecable y todo TCAE ha de conocer como ha de colocarse los electrodos, ya que el resultado de dicha prueba puede aportar mucha información al facultativo acerca del estado de salud del paciente (Libby, 2009).

La técnica del electrocardiograma es una prueba rápida, sencilla indolora para el paciente que proporciona muchos datos de interés por ello la realización de esta se hace fundamental para el ingreso del paciente a través de urgencias y poder darle una atención completa segura y efectiva.

6 Bibliografía

1. Foucault, M. (2013). El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI Editores México.

Gargantilla, P. (2011). Breve historia de la medicina. Barcelona: Ediciones Nowtilus.

2. Libby, P. (2009). Braunwald. Tratado de Cardiología. Madrid: Elsevier.

Piqueras, F. (2021). electrocardiografía para estudiantes de medicina. Valalddolid, España: ediciones de la universidad de castilla la mancha .

3. Yapur, M. (2005). Monitor de Electrocardiografía a través de una Computadora Personal. Revista Tecnologica ESPOL, 18(1), 5-13.

Capítulo 38

LOS DIFERENTES MÉTODOS DE RECOGIDA DE ORINA POR PARTE DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE)

BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ

MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ

MARÍA PILAR FDEZ RONZERO

MARTA ALONSO-VILLAYERDE ROZA

AITOR RUBIO COBIAN

1 Introducción

A lo largo de la historia la medicina ha ido evolucionando de forma exponencial hasta lo que hoy en día se conoce como la medicina moderna, el precursor de las analíticas fue Tomás Romay ya en el siglo XVIII, en 1791 se introdujo el primer laboratorio clínico dentro de un hospital y fue gracias a Antoine François (González, 1996).

En 1954 se perfeccionó las analíticas sanguíneas incorporando la analítica de gases en sangre evolucionando hasta lo que conocemos hoy en día como la analítica completa de sangre con todas las técnicas vanguardistas de nuestro sistema nacional de salud (Prieto, 2019).

Los análisis de orina es otro tipo de análisis muy frecuente en los hospitales que proporciona información suficiente al facultativo para poder determinar la dolencia o enfermedad del paciente, la analítica única y exclusivamente de la orina no es determinante, pero facilita poder hallar un problema y su consecuente solución las diferentes muestras de recogidas de orina, heces, esputos, etc.; serán realizados por el personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería, estas técnicas han sido enfocadas y perfeccionadas con el paso de los años para poder ofrecer al facultativo más información del paciente y poder así enfocar el diagnóstico correcto.

2 Objetivos

Determinar los diferentes tipos de recogida de orina que existen y cómo se recogen por parte del TCAE y/o del propio paciente.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos, así como de diversos estudios acerca de los métodos de recogida de orina, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico y las bases de datos han sido Pubmed y Scielo, los descriptores utilizados para ellos han sido técnica de recogida de orina y analíticas de orina, se han utilizado aquellos artículos revisados más actualizados y recientes, las fechas de los artículos revisados van desde 1996 hasta 2019.

4 Resultados

Hay que diferenciar varias formas de recogida de orina por parte del TCAE siendo cada una de ellas importante por lo que la realización de esta ha de ser concienzuda y adecuada

Para la obtención de la orina por parte del paciente se le indicará si es necesario que se deseche la primera parte de la orina de la mañana para poder recoger el resto en un bote específico según necesidades del facultativo y las órdenes de enfermería proporcionadas al TCAE.

La recogida de orina de 24h, se le proporcionará al paciente varios recipientes para que vaya guardando la orina durante ese periodo de tiempo para después

mezclarla y recoger la muestra. En ocasiones el paciente no podrá realizarlo y será el TCAE el encargado de realizar dicha tarea (Lillian, 2011).

La recogida del urinocultivo ha de realizarse de forma estéril, para ello el paciente orinará en un bote estéril para posteriormente el TCAE pasarla a un bote de laboratorio específico y suele ser de color verde oliva. En los pacientes sondados el TCAE pinzará la sonda para poder mediante una jeringa sacar la orina directamente de la sonda vesical para introducirla en el tubo de laboratorio correspondiente. En ocasiones el paciente ha de ser sondado para la extracción de orina y está la realiza el DUE con ayuda del TCAE para la recogida de muestra. La recogida de orina para analítica común se realizará en un vaso estéril que se mandara a laboratorio directamente sin necesidad de introducir la orina en un bote especial para el laboratorio y se obtendrá como se ha comentado anteriormente, el paciente directamente o el TCAE en función del tipo de paciente que sea y los dispositivos a los que esté conectado (Castaño, 2009).

5 Discusión-Conclusión

Las diferentes técnicas de recogida de orina han de ser conocidas por parte del personal sanitario ya que dependiendo el tipo de analítica solicitada se utilizarán diferentes medios de transporte de dicho líquido.

Las analíticas de orina proporcionan numerosa información al facultativo tanto para poder obtener un diagnóstico adecuado como para poder tratar diferentes afecciones o enfermedades del paciente por lo que la técnica de la recogida ha de ser impecable sin fallos y conocida por el personal sanitario, las recogidas de muestras siempre ha de realizarse de forma concienzuda y explicándole al propio paciente lo que se le va a realizar o si este ha de colaborar en dicho proceso.

6 Bibliografía

1. Castaño, I. (Febrero de 2009). Estudios de función renal: función glomerular y tubular. *Análisis de la orina*. Nefroplus, 2(1), 1-62.
2. González, J. (1996). Evolución histórica de los laboratorios clínicos. *Química Clínica*, 15(2), 59-66.
3. Lillian, A. (2011). *Análisis de orina y de los líquidos corporales*. La Habana: Editorial Medica Panamericana Sa.
4. Prieto, J. (2019). *Balcells. La clínica y el laboratorio*. Madrid, España: Elsevier.

Capítulo 39

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO PARA TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

MARTA ALONSO-VILLAYERDE ROZA

AITOR RUBIO COBIAN

MARÍA JESÚS GARCÍA ÁLVAREZ

BEATRIZ LLAMEDO FERNANDEZ

MARÍA PILAR FDEZ RONZERO

1 Introducción

Las infecciones nosocomiales son aquellas que se contagian durante la estancia hospitalaria de un paciente, es decir a su llegada al centro hospitalario no tenía esa infección que posteriormente fue cursada durante su ingreso.

John Pringle fue la primera persona en hablar sobre la transmisión de enfermedades dentro de los hospitales llegando a la evidencia de que los pacientes

podrían enfermar según las condiciones en que llegaban y en función de la duración de su estancia hospitalaria (Salcedo, 2018).

Oliver Holmes fue la primera persona en desarrollar una teoría de transmisión de infecciones ya que las embarazadas al dar a luz podrían contagiarse con diversas infecciones a través de los utensilios utilizados, mas adelante se llegó a la conclusión de la necesidad de la limpieza, la higiene y la esterilización de los utensilios.

La higiene en el medio hospitalario ha estado en constante evolución durante las últimas décadas hasta lo que se conoce hoy en día como higiene hospitalaria. Esta higiene se ha acentuado en los últimos años con la llegada de pandemias como la del sars-cov2 o común mente denominada Covid-19.

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son unas de las más extendidas por nuestro sistema nacional de salud en aquellos pacientes hospitalizados en unidades especializadas o de cuidados intensivos debido al sondaje vesical, practicado casi en el 90% de los pacientes ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)(Broseta, 2021).

2 Objetivos

Determinar las medidas necesarias para evitar las infecciones del tracto urinario en pacientes hospitalizados por parte del personal sanitario que manipula los pacientes.

3 Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos científicos acerca de las infecciones del tracto urinario en pacientes ingresados en la UCI así como de diversos estudios acerca de los mismos, para ello se ha utilizado como motor de búsqueda Google académico, las bases de datos consultadas han sido Cielo y Pubmed y los descriptores utilizados han sido ITU, infecciones nosocomiales y pacientes ingresados en la uci, para ello se ha revisado aquellos más actualizados y recientes, los artículos revisados están comprendidos entre 2006 y 2021.

4 Resultados

La primera y más importante medida de prevención frente a las infecciones del tracto urinario en UCI es el lavado de manos de los trabajadores sanitarios que en-

tran en contacto con el paciente, el lavado y posterior desinfección de las manos es fundamental para luchar contra las enfermedades nosocomiales (Pantoja, 2010) el lavado de manos por lo general será un lavado de manos sanitario u hospitalario es decir un lavado con agua y jabón, se frotara por completo palma con palma de la mano sin olvidarse de realizar el lavado dedo a dedo de forma individual y las uñas de estos. En ocasiones el lavado será mas exhaustivo debido a el requerimiento de hacer una técnica estéril y se utilizarían guantes estériles también para evitar lo máximo posible el contagio de patógenos al paciente, haciendo de esta forma una técnica aséptica.

La utilización de dispositivos herméticos y específicos en pacientes hospitalizados en ucis es la segunda medida de prevención de ITU, el uso de bolsas cerradas con cuanta horaria para su vaciado es la mejor manera de evitar una ITU, estos dispositivos están diseñados para evitar manipular el sondaje vesical de los pacientes que necesitan durante un largo periodo de tiempo el sondaje, de esta manera se evita tener que volver a sondar a pacientes, evitando el principal motivo de infección del tracto urinario. El técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) se encargará de realizar su vaciado sin necesidad de realizar cambios de bolsa ni manipulando la sonda del paciente (Cervera, 2021).

La utilización de Equipo de protección individual (EPI) como mascarilla, guantes o bata evita la transmisión de gérmenes de trabajador a paciente reduciendo más aun la posibilidad de que el paciente pueda sufrir una enfermedad nosocomial e infectarse a través del contacto.

5 Discusión-Conclusión

La colocación correcta de los EPI es fundamental para evitar la transmisión de bacterias o gérmenes del paciente al trabajador y del trabajador al propio paciente.

La higiene de manos es el principal modo de evitar una enfermedad nosocomial a los pacientes ingresados, por ello la actualización de protocolos y del conocimiento de los diferentes trabajadores del sistema nacional de salud ha de ser constante y actualizando conocimientos de forma permanente con el fin de mejorar la atención al paciente y abaratando los costes que implica que el paciente se infecte con una enfermedad nosocomial, siendo estos costes económicos y humanos (Echevarría-Zarate, 2006).

La tasa de infecciones nosocomiales en nuestro país ha de reducirse lo máximo posible para conseguir una atención sanitaria de calidad a los pacientes hospitalizados y a todas las personas que requieran de atención sanitaria en cualquiera

de los centros de atención primaria o secundaria en nuestro país.

6 Bibliografía

1. Broseta, E. (2021). Urología práctica. Barcelona, España: Eselvier.
2. Cervera, R. (2021). Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Diagnóstico y Tratamiento. Mexico, Mexico: Editorial Medica Panamericana.
3. Echevarría-Zarate, J. (Enero-Abril de 2006). Infección del tracto urinario y manejo antibiótico. Acta Medica Peruana, 23(1), 24-36.
4. Pantoja, M. (2010). Higiene de manos y riesgo de infecciones. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 49(2), 101-112.
5. Salcedo, I. (2018). ¡Stop Infecciones Hospitalarias! Madrid, España: Editorial Amazig books.

Capítulo 40

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LA SALUD MENTAL

JUANA MARIA SANCHEZ BORJA

MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL

M^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO

PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL

1 Introducción

La salud mental abarca varios factores de nuestra riqueza emocional, psicológica y social. Influye en la forma de pensar, de sentir y de actuar cuando enfrentamos a cualquier dificultad en la vida. Gozar de una buena salud mental nos ayuda a decidir de forma correcta y afrontar las adversidades de la vida que se nos puedan poner delante en casa, el trabajo, la calle o el colegio. También nos ayuda a decretar cómo manejamos el estrés, las relaciones con los demás y la toma de decisiones. La salud mental es importante desde que nacemos hasta la última etapa de nuestras vidas. La salud mental es sustancial porque puede ayudarlo a:

- Alcanzar su completo potencial.
- Estar físicamente saludable.
- Trabajar de forma productiva.

- Desafiar el estrés de la vida.
- Aportar en forma significativa a su comunidad.
- Tener relaciones sanas.

La salud mental también puede poner en juego nuestra salud física, ya que algunas enfermedades mentales aumentan el riesgo de desarrollar enfermedades cardíacas, diabetes y accidentes cerebrovasculares. En este trabajo hablaremos sobre la forma de cómo tratar la salud mental. Además, conoceremos sus efectos y quienes sufren esta enfermedad, la forma de tratarla y algunos otros de los factores que pueden desencadenar este problema.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE) en el área de la salud mental.

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

Las enfermedades mentales es uno de los trastornos con más incidencia en nuestra sociedad, tienen una alta prevalencia, una gran parte de la población padece o padecerá algún signo o síntoma durante su vida, se calcula que afecta a una de cada cuatro personas según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este tipo de enfermedades deben tratarse en su debido momento, de otro modo pueden tener serias consecuencias, y durante el proceso de tratamiento el TCAE es elemento clave en su curación, mediante la escucha activa, la empatía y sus cuidados de calidad aportarán confianza y seguridad al paciente, lo que ayudará a una más pronta recuperación. El TCAE en casos como estos debe ponerse siempre en el lugar del paciente y adaptarse a sus necesidades. En los centros de salud mental, la auxiliar se encarga de calcular las necesidades de material, preparar su reposición y tenerlo en perfecto estado, gestionar los

medicamentos conociendo y aplicando sus condiciones óptimas de conservación, llevar documentación sanitaria y administrativa y por supuesto dar el mejor trato humano a los pacientes, adelantando posibles problemas y en contacto estrecho con la enfermera a cargo. La comunicación no verbal es tan básica como la verbal. El TCAE que trabaje en las unidades de salud mental debe ser comunicativo e intuitivo con los sentimientos ajenos, gustarle escuchar, transmitir calma y no perder la paciencia a menudo. También ayuda con labores auxiliares administrativas de las que se encargan los enfermeros como la recepción y atención al paciente, asistencia con ayudas técnicas o cualquier otra dificultad de movilidad y con todo el trabajo de los TCAE, hacer camas, asear a pacientes que lo precisen, etc. El TCAE también puede entrevistar al paciente, identificar perfiles, necesidades, valorar su grado de dependencia y adaptarse a ellos.

5 Discusión-Conclusión

El TCAE podemos decir que es la imagen sanitaria más cercana al paciente. Ya que trabajará mano a mano con el resto de profesionales, asegurando una cobertura integral y de calidad al paciente, manifestando siempre su cara más cordial y cercana para conseguir que confíe y siga las pautas médicas con el fin de lograr su pronta recuperación, por lo tanto, siempre tenemos que tener en cuenta que la salud mental es mucho más importante que la carrera, el dinero, la opinión de las personas, los deseos de la familia o cualquier otro problema que atormente al paciente. Debemos de normalizar, dejarnos ayudar, no juzgar y normalizar siempre.

6 Bibliografía

1. <https://revistamedica.com/funciones-tcae-psiquiatria/#Resultados>.
2. <https://www.cursospostgrados.com/profesiones/auxiliar-de-enfermeria-en-centros-de-salud-mental.html#funciones>.
3. <https://consaludmental.org/publicaciones/Folletoestrategiasaludmental.pdf>.
4. <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>.
5. <https://medicinaintegrativatradicionálnatural.com.ar/la-salud-mental>.

Capítulo 41

EL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA Y LAS ENFERMEDADES NOSOCOMIALES

JUANA MARIA SANCHEZ BORJA

MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL

M^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO

PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL

1 Introducción

La infección hospitalaria o infección nosocomial es la enfermedad infecciosa que el paciente adquiere durante su hospitalización y que inicialmente, antes de su ingreso, no tenía, ni en fase clínica ni en periodo de incubación.

Las enfermedades nosocomiales constituyen uno de los problemas de salud más trascendentes, ya que son causa de morbilidad y mortalidad, ocasionando un gran coste a la sanidad pública.

La prevención tiene como objetivo principal evitar la aparición de la enfermedad y sus consecuencias así como promocionar la salud.

Las infecciones nosocomiales prolongan la estancia en el hospital de 5 a 10 días más o menos.

Cualquier paciente ingresado en un hospital puede padecer una infección nosocomial.

Las consecuencias de las enfermedades nosocomiales se resumen en tres elementos:

1º Impacto humano.

2º Impacto social.

3º Impacto económico.

Los factores de riesgo son aquellos que aumentan la probabilidad de que los pacientes hospitalarios padezcan una infección nosocomial.

Estos factores pueden ser intrínsecos o extrínsecos.

Se conocen como factores intrínsecos los derivados del paciente, como características fisiológicas (edad, peso, estilo de vida) y los factores extrínsecos como la situación clínica es decir, enfermedades o patologías del paciente.

EL EPINE (estudio de prevalencia de las infecciones nosocomiales en España) es un instrumento de vigilancia que proporciona datos homogéneos, equiparables y constatables a nivel nacional.

Según el estudio EPINE 2019 las infecciones nosocomiales más frecuentes por orden de frecuencia son:

1º Quirúrgicas.

2º Respiratorias.

3º Urinarias.

4º, Bacteriemias.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Dar a conocer las infecciones nosocomiales y las medidas de prevención.

Objetivos secundarios:

- Dar a conocer las precauciones universales.
- Evitar la aparición de las enfermedades.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación buscando en libros y artículos en las principales bases de datos, pubmed, Google, revistas científicas, aparte de todos los conocimientos adquiridos en el servicio de cuidado críticos.

4 Resultados

Para que una infección sea considerada nosocomial debe detectarse como mínimo 48 horas después del ingreso.

Tanto la detección precoz como la prevención y el tratamiento son piezas claves en la evolución.

Medidas de prevención:

Las principales medidas de prevención deben aplicarse teniendo en cuenta los eslabones de la cadena epidemiológica:

Fuente de infección-Mecanismos de transmisión- huésped susceptible además de las políticas de antibióticos y medidas especiales de prevención.

La principal fuente de infección es el ser humano y los fómites que están en contacto con los pacientes.

Existen una serie de precauciones llamadas estándar o universales para prevenir la transmisión de microorganismos entre los pacientes y el personal, estas medidas se aplican a todos los pacientes:

- Higiene de manos (antes y después del contacto con el paciente).
- Equipo de protección individual.
- Guantes.

Precauciones basadas en la vía de transmisión por contacto:

- Evitar las infecciones que se pueden transmitir por contacto directo o indirecto.
- Evitar las enfermedades infecciosas que se transmiten por partículas de hasta 5 micras al toser o estornudar a una distancia de hasta 1 metro.

Precauciones ante un ambiente protector:

- En este apartado entran los pacientes inmunodeprimidos, grandes quemados, trasplantados de médula ósea.
- El fin del aislamiento es proteger al paciente de cualquier enfermedad.

Las medidas a tener en cuenta son:

- Habitación individual y con presión positiva para que nada pueda entrar a través del aire exterior.
- Al acceder a la habitación se hará siempre con mascarilla.
- El acompañante también llevará siempre la mascarilla.
- Se restringen las visitas de cualquier familiar que presente algún síntoma de resfriado.
- Si el paciente tiene que salir de la habitación para hacerse algún tipo de prueba, lo hará con mascarilla.
- A todo esto hay que sumarle las precauciones estándar o universales como a cada paciente.

5 Discusión-Conclusión

Es de suma importancia que todo el personal conozca las infecciones nosocomiales y las medidas de prevención.

Todos los pacientes independientemente del motivo del ingreso se deben considerar como pacientes infectados y se deben aplicar las medidas necesarias para prevenir cualquier transmisión.

Las precauciones de aislamiento cortan la cadena de transmisión y disminuyen las infecciones nosocomiales.

Es esencial enfrentar la infección nosocomial desde el principio de la aparición de los síntomas, cuando se sospecha de la presencia de la infección y se solicita la prueba necesaria para la confirmación del diagnóstico y a así proceder al inicio del tratamiento lo antes posible.

6 Bibliografía

1. Organización mundial de la Salud.
2. Epidemiología general de las infecciones nosocomiales
3. www.elsevier.es-entrevista-enfermedades-infecciones.
4. Precauciones estándares para el control de infecciones en la atención a la salud
5. www.minsal.cl-sites-default.es.

Capítulo 42

EL TÉCNICO EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

JUANA MARIA SANCHEZ BORJA

MARIA JESUS DIAZ MECO VILLARREAL

M^a DE LAS MERCEDES LÉRIDA RUBIO

PASCUALA RÍOS GONZÁLEZ

MARÍA JOSÉ DIAZ-MECO VILLARREAL

1 Introducción

Según la organización mundial de la salud la definición de Atención Primaria es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

La Atención primaria es el mecanismo mediante el cual los países y las áreas proveen mejor salud a las poblaciones y las personas, con mayor equidad en salud en los subgrupos poblacionales y menores costes.

La labor del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería consisten en prestar cuidados básicos al paciente en aspectos relacionados con la alimentación, el aseo y la movilidad, así como colaborar con enfermeras, médicos y otros profesionales sanitarios en sus tareas. Asistir a embarazadas, parturientas, recién nacidos, ofrecer apoyo psicológico y acompañamiento de los pacientes.

Lo primordial es el primer contacto entre las personas y los trabajadores de la salud.

2 Objetivos

- Organizar los sistemas sanitarios en torno a un sistema fuerte, centrado en el paciente.
- Conocer las funciones que debe realizar el técnico en cuidados auxiliares de enfermería en atención primaria.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una investigación intensiva buscando en libros, revistas, artículos relacionados con la salud y se han consultado en las principales bases de datos, también en la experiencia de haber trabajado en este servicio.

4 Resultados

Las tareas que tiene que realizar el Técnico en cuidados auxiliares de enfermería son:

- Colaborar en pruebas diagnósticas, siempre bajo supervisión de enfermería.
- Realizar tareas relacionadas con la higiene, alimentación, vestir y desvestir al paciente o ayudarlo si es necesario.
- Colaborar en las campañas de prevención de enfermedades.
- Colaborar en la aplicación de ciertos tratamientos a los pacientes así como procesos asistenciales:
- Apoyo en curas, vendajes, sondas, suturas.
- Apoyo en la realización de radiografías, ecografías.
- Suministro del material de curas y su colaboración a realizarlas.
- Apoyo en la atención domiciliaria.
- Mantenimiento, limpieza y reposición del carro de curas.

- Reposición de medicación, control de caducidad, control de stock y su posterior pedido.
- Mantenimiento de todos los aparatos (ECG, botellas de oxígeno etc.).
- Recepción de vacunas, control de temperatura y su posterior colocación en nevera.
- Esterilización del material.
- Preparación de los listados de los pacientes que acudirán a extraerse muestras sanguíneas, preparación de los tubos de las muestras y las etiquetas específicas.
- Recepción de muestras que vienen de domicilio como urocultivos y coprocultivos y su posterior etiquetado.

En la unidad de Fisioterapia se trabaja mano a mano con el fisioterapeuta, se gestiona la agenda, se colocan aparatos bajo supervisión del fisioterapeuta, se vigila el stock y se realizan pedidos. Conservación, limpieza y colocación de todos los aparatos de electromedicina.

En la unidad de Odontología se asiste al Odontólogo y al higienista bucodental, instrumentando. Esterilización de material y gestión de la agenda.

Por todas estas funciones y el trato tan cercano al paciente tenemos que tener especial empatía y respeto hacia el paciente, cuando acceden a nuestro servicio no sabemos que necesita, si viene a por unas recetas o si tiene algún tipo de dolencia o síntomas que le tienen muy preocupado.

5 Discusión-Conclusión

Los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería en atención primarias tienen que llevar a cabo una serie de funciones que se irán desarrollando según se vayan necesitando, un ejemplo de ello sería el abastecimiento de medicamentos que eso engloba un recuento de las existencias para así poder realizar tanto pedidos periódicos como pedidos urgentes, también se tiene que tener en cuenta el abastecimiento de material especial para distribuir a las diferentes consultas según demanda.

Otra de las funciones del técnico en cuidados auxiliares de enfermería es el control de la caducidad de los productos de farmacia (se debe evitar dar medicaciones en mal estado o la utilización del material con fecha de esterilización caducada).

6 Bibliografía

1. www.salusplay.com.
2. www.revista medica.com.

Capítulo 43

CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE MOVILIDAD EN PERSONAS MAYORES

LORENA FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

CRISTINA CASAOS ASSOLARI

OLGA ALONSO ALBA

MARÍA DE LA O GARCÍA VEGA

COVADONGA PILAR GUERRA MIER

1 Introducción

El envejecimiento poblacional es una realidad incuestionable y un logro de la humanidad que está asociado a un importante y progresivo aumento de la morbilidad asociada a procesos crónicos y degenerativos frecuentemente incapacitantes. Dentro de los grandes síndromes geriátricos, la inmovilidad es una de las más importantes consecuencias de las patologías que puede padecer una persona anciana.

La inmovilidad constituye el conjunto de síntomas y signos que resultan de la descompensación o deterioro del equilibrio por desconexión de las funciones de relación del sistema neuromusculoesquelético que condicionan la limitación funcional de postración y dependencia progresiva.

La prevalencia de los problemas de movilidad aumenta con la edad y en consecuencia es más frecuente en las personas mayores de 65 años. Se estima que

aproximadamente el 20% de las personas mayores tienen problemas de movilidad, la mitad de las personas ancianas tienen problemas para salir de casa y un 20% están confinados en casa. Si además, se tienen en cuenta las personas mayores que sufren restricciones mecánicas por problemas de trastornos mentales, se obtiene una prevalencia muy alta de inmovilidad en este grupo etario.

El anciano inmovilizado es un paciente con un alto riesgo para la aparición de múltiples complicaciones médicas. Es una persona dependiente para las actividades básicas de la vida diaria y un serio candidato a la institucionalización. Por otro lado, las estadísticas indican un incremento de la morbilidad proporcional al deterioro de la capacidad de movilización.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es identificar y determinar cuáles son las principales causas y complicaciones del síndrome de inmovilidad en la población anciana.

3 Metodología

Para el cumplimiento de nuestro propósito se realizó una búsqueda documental de trabajos y estudios sobre las causas y consecuencias de la inmovilidad en la población anciana en páginas especializadas de internet como Cochrane, Scielo, Dialnet, etc., y se revisó toda esta documentación con la finalidad de obtener información que nos sea válida para la ejecución de esta investigación.

Las palabras claves utilizadas para la realización de esta búsqueda documental han sido: inmovilidad, población anciana, causas, consecuencias.

Se admitió como periodo de publicaciones al intervalo temporal que va desde el año 2000 al año 2020.

Después de localizar un primer lote de documentos, se sometieron estos a unos criterios preestablecidos de inclusión/exclusión y finalmente quedaron seleccionados para este estudio 9 trabajos documentales.

4 Resultados

De nuestra revisión documental bibliográfica se obtuvieron y extrajeron los siguientes datos.

Con el envejecimiento ocurre un progresivo y gradual deterioro de casi todas las funciones biológicas, incluso en ausencia de enfermedad. Se observa que las personas en el grupo de edad avanzado son los que presentan mayor inmovilización. Por un lado, se identifica aspectos como la inestabilidad postural y la dificultad para deambular, pero también se observa que con la edad aparecen otras enfermedades que con el tiempo serán responsables de su inmovilización posterior; aparece el vértigo benigno de posición, además fisiológicamente el sistema osteomioarticular y el nervioso se modifican, etc.

Muchos ancianos presentan una inmovilidad larvada, es decir enmascarada por la presencia de enfermedades distintas y su diagnóstico es más difícil de realizar y es muy difícil concretar el inicio de la dismovilidad. En general este tipo de inmovilidad va progresando lentamente, los periodos de paso entre una etapa y otra se hacen laxos y las etapas sufren periodos de traslape, lo que dificulta determinar la etapa precisa en la que se encuentra el anciano. Muchas veces el diagnóstico se hace de forma casual debido a la ocurrencia de un evento agudo, con lo que pone al médico frente a un paciente previamente deteriorado con una dismovilidad de larga duración que se ha complicado.

En cuanto a las causas más frecuentes identificadas en esta revisión, se identificó a las enfermedades musculoesqueléticas como la mayor causa de incapacidad e inmovilidad entre los mayores de 65 años. Dentro de estas patologías esta la más importante como es la osteoartritis degenerativa que representa aproximadamente el 80% de estas causas.

Por otro lado, el propio envejecimiento determina algunos cambios fisiológicos que pueden justificar una limitación de la movilidad. Se presenta una discreta atrofia muscular, y posteriormente suele aparecer una fibrosis, que enlentece la contracción muscular. Se estima que la fuerza muscular disminuye un 15% entre los 30 y 70 años.

También se observa como los ligamentos y los tendones y superficies articulares ven reducidas su capacidad de amortiguación, por lo que aparece una debilidad muscular y una cierta resistencia a la movilidad articular. Todas estas alteraciones pueden ser a su vez unas consecuencias de una menor actividad física, cerrando de esta forma un círculo vicioso que conduce a la inmovilidad.

También hemos identificado en esta revisión como algunos hábitos de vida poco saludables como el alcohol, el tabaquismo, etc., son de importante repercusión sobre patologías que influyen negativamente en la capacidad de movilidad. Algunas de estas patologías son el desarrollo de cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, algunos cánceres. Es de evidencia científica que estas enfermedades son factores de riesgo para la

aparición de la inmovilidad en las personas mayores.

Las principales complicaciones que la inmovilización trae al paciente identificadas en este estudio son la hipotensión ortostática en el sistema cardiovascular, la presencia de neumonías en el sistema respiratorio, en cuanto al sistema musculo-esquelético aparece la atrofia muscular y deformidad de articulaciones, puede aparecer la constipación en el sistema digestivo, suelen producirse lesiones de piel como las úlceras por presión, etc.

El reposo afecta negativamente al sistema neurovegetativo y sus consecuencias son frecuentes trastornos en la deglución y aparición de posible disfagia a la vez que se produce una lentificación de las digestiones. Varios autores describen al estreñimiento como una de las quejas más habituales en los pacientes ancianos inmovilizados.

Las úlceras por presión es otra de las importantes complicaciones de la inmovilidad y suelen estar relacionadas con encamamientos prolongados. Estas lesiones cutáneas suelen estar asociadas con una alta tasa de complicaciones y de mortalidad.

Las afecciones respiratorias son otra de las importantes consecuencias de una inmovilización prolongada. Algunos de los autores consultados indican que la posición decúbito impide la función óptima de los músculos respiratorios, y en consecuencia la mecánica respiratoria. Hay una limitación de la movilidad diafragmática y de la expansión costal, favoreciendo la hipoventilación pulmonar y en consecuencia la acumulación de secreciones en los bronquios en zonas declives que favorece el crecimiento bacteriano.

Otra de las importantes complicaciones que presentan los ancianos relacionados con la inmovilidad son las sepsis orofaríngeas. Estas infecciones respiratorias constituyen la cuarta causa muerte general y la primera de causa infecciosa en este grupo de edad, y suele ser el evento terminal de enfermedades graves y prolongadas.

5 Discusión-Conclusión

El riesgo de padecer algún tipo de inmovilidad aumenta con la edad, siendo la inmovilidad larvada la más presente en las personas mayores.

Los hábitos no saludables son los principales factores de riesgo de la aparición de enfermedades que favorecen la inmovilidad.

La inmovilidad es una consecuencia que empeora y deteriora de manera significativa la calidad de vida de las personas mayores, ya que estas personas ancianas inmovilizadas son pacientes de muy alto riesgo para la aparición de complica-

ciones de tipo digestivo, del sistema musculoesquelético, de la piel, del sistema respiratorio, de la marcha y el equilibrio, etc., pudiendo llegar incluso a la mortalidad.

6 Bibliografía

1. González Madrigal LN. Síndrome de inmovilización en el adulto mayor. *Rev Méd Costa Rica Centroamérica*. 2015; LXXI (616): 551-5.
2. Baztán Cortés JJ, Rangel Selvera O, Gómez Pavón J. Deterioro funcional, discapacidad y dependencia en el anciano. *Tratado de Medicina geriátrica*. España Elsevier; 2015.p.372-82.
3. Morales Obregón L, Nuñez Rodríguez L, Torregrosa Cortiñas L. Riesgos biológicos y psicológicos de la inmovilización en pacientes geriátricos. *Rach med Camaguey*. 2004;8(5): 61-63.
4. Ibarra Cornejo JL, Fernández Lara MJ, Aguas Alveal EV, Pozo Castro AF, Antillanca Hernández B, Quidequeo Reffers DG. Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *An fac med*. 2017;78 (4):439-44.
5. Pérez Abascal N, García Cabrera L, Montero Errasquin B, Cruz Jentoft AJ. Valoración del paciente geriátrico. *Medicine*. 2014; 11(62):3641-58.
6. Díaz Piñera WJ, García Villar Y, Linares Fernández TM, Rabelo Padua G, Díaz Padrón H. Envejecimiento e invalidez. Nuevos retos para la sociedad cubana. *Rev Cuba salud trabajo*. 2010;11(1):8-46.

Capítulo 44

PERSONAS MAYORES Y SALUD ORAL

LUZDIVINA MARTÍN REDONDO

ANA DELIA PUENTE DÍAZ

EDGARDO FEDERICO RADAKOFF MONTOTO

MARÍA YOLANDA OLARREAGA GUTIERREZ

ALEXIA PÉREZ FERNÁNDEZ

1 Introducción

Con el envejecimiento van apareciendo una serie de cambios, físicos, psicológicos y sociales. Dentro de los cambios físicos existen uno cambios a nivel sensorial, y sobre todo en la percepción sensorial.

A nivel de salud bucodental van apareciendo cambios y deterioros sobre los tejidos orales y sus funciones, incrementándose la pérdida de dientes como consecuencia de la enfermedad periodontal, caries y lesiones en la mucosa oral. Los buenos hábitos saludables adquiridos durante las primeras etapas de la vida se ven muy en la persona anciana.

La pérdida dental y la falta de prótesis dental influyen directamente en la salud de la persona mayor, debido a que, al realizar una pobre masticación de los alimentos, se puede llegar a producir una desnutrición, consecuencia de una deficiente absorción de los nutrientes por sistema digestivo.

Por otra parte, la falta de piezas dentales afecta la autorrealización y aceptación al producirse vergüenza, baja autoestima, dolencia e incomodidad en presencia de otras personas en las reuniones sociales y en las comidas en particular.

Otros factores generales como el uso de fármacos, los altos costes del tratamiento dental, el nivel educativo, etc., pueden comprometer la salud de la persona mayor y por lo tanto proporcionar una deficiente calidad de vida.

2 Objetivos

El objetivo de nuestro estudio es conocer los factores a nivel de salud oral, que se relacionan con una calidad de vida en las personas mayores, y valorar si son modificables para aplicar programas y protocolos de promoción y prevención de la salud bucodental en este grupo de población.

3 Metodología

Para la realización de este trabajo se hizo una búsqueda documental de trabajos y estudios relacionados con la salud oral en las personas mayores, para posteriormente hacer una revisión sistemática de estos documentos y obtener información con datos objetivos.

La búsqueda ha sido realizada en bases de datos de páginas especializadas de internet como Scielo, Dialnet, Cochrane, etc.

Las palabras claves utilizadas fueron: salud oral, ancianos, calidad de vida.

De una primera recolección se identificaron 18 trabajos potencialmente aprovechables para nuestra investigación, que después de someterlos a criterios de inclusión/exclusión se redujo el lote a 8 estudios.

Los criterios de inclusión fueron ser trabajos en lengua castellana, de acceso a texto completo, relacionado solo con personas mayores y su salud oral.

Los criterios de exclusión han sido ser resúmenes de texto, no tener abstract, no referirse a personas ancianas.

Se limitó el periodo de publicaciones al intervalo desde el año 2015 al año 2020.

4 Resultados

De nuestra revisión bibliográfica se extrajeron los siguientes datos, como ejecución y cumplimiento de nuestro objetivo.

Primeramente, la definición de salud oral mayoritariamente admitida internacionalmente por los investigadores es “como la ausencia de dolor e infección compatible con una dentición funcional y cómoda que permita al individuo continuar en su rol social”.

Existen muchos y variados estudios que indican que una buena salud bucal tiene un importante impacto y relación con una buena calidad de vida, en las personas mayores de 65 años.

En esta investigación se identificaron algunos factores que influyen en el deterioro bucodental en las personas mayores, a lo largo de su vida.

Los principales factores que hemos identificado en nuestra investigación, relacionados con una pobre higiene bucodental en la edad avanzada son entre otros la falta de escolarización, en la cual se aprenden los primeros hábitos saludables de una buena higiene buco-dental, el sexo femenino suele ser el grupo más importante en cuanto al deterioro de la higiene bucal, la mala nutrición es también un factor muy importante en el deterioro de la cavidad buco-dental, con la pérdida de piezas dentales y el deterioro de las piezas dentales restantes.

Otro aspecto relevante a tener muy en cuenta en la calidad de la salud bucal es el nivel socioeconómico de la persona mayor, a menor nivel económico, menor cuidados en la higiene oral, lo que se puede entender como que, a menor recurso económico, menores las posibilidades de atender las necesidades básicas como la salud bucodental. Por la misma razón, varios trabajos revisados indican que un porcentaje muy alto de las personas mayores con problemas deficientes calidad bucal eran pensionistas o pensionados que no trabajaban, con bajos ingresos económicos. En este sentido existe una relación entre la disponibilidad de dinero y una mejor calidad e higiene bucodental en la vejez.

Otro curioso dato observado en esta investigación documental es la influencia que puede tener la religión católica como factor protector y el porcentaje de ancianos católicos con calidad bucal es muy alto.

La toma de ciertos fármacos favorece el deterioro de la mucosa bucal y la pérdida de dentición, con lo que influye también en una mala calidad de vida debida a la deficiente calidad oral.

5 Discusión-Conclusión

Con esta investigación se puede confirmar que la salud bucodental influye de manera muy directa en la calidad de vida de las personas mayores.

Las dimensiones registradas con mayores consecuencias son malestar psicológico, dolencia física, y mucha limitación funcional, además de una mala nutrición y en casos avanzados presencia de una desnutrición severa

El importante crecimiento de este grupo poblacional que demanda atención urgente de la salud oral está creando un importante problema de salud pública, que debe ser abordado con inmediatez por las autoridades sanitarias, con la im-

plantación de programas de detección rápida y uno protocolos de actuación eficaces.

6 Bibliografía

1. Barrantes M. Género, vejez y salud. *Acta Bioethica*. 2006; 12:193-7.
2. Restrepo SL, Morales RM, Ramírez MC, López MV, Varela LE. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. *Rev. Chil. Nutr.* 2006; 33:500-10.
3. Esquivel R, Jiménez J. Necesidades de Atención Odontológica en adultos Mayores Mediante la Aplicación del GOHAI. *Revista ADM*. 2010; 57; 127-31.
4. Coronado J, Díaz C. Percepción de la Calidad de Vida Relacionada con Salud de Adultos Mayores Residentes en la ciudad de Chiclayo. *Acta Medica Per.* 2009; 26: 230-8.
5. Agudelo A, Martínez E. La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: un análisis crítico. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2009; 8:91-105.
6. Pinzón S, Zunzunegui MV. Detección de necesidades de atención bucodental en ancianos mediante la autopercepción de la salud oral. *Rev Mult Gerontol* 2009; 9:216-24.
7. Díez J, Rivero ME, Alea A, García B. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. *Facultad de Estomatología* 2004; 3(8).
8. Castrejon R. salud bucal en los adultos mayores y su impacto sobre la calidad de vida. *Instituto de Geriatria*. 2007: 258-270.

Capítulo 45

INTERVENCIÓN DEL TCAE ANTE UN PACIENTE QUE PORTA UNA SONTA NASOGÁSTRICA

MARÍA DEL ROSARIO NAVES GONZÁLEZ

1 Introducción

Cuando un paciente es portador de una sonda nasogástrica tenemos que entender que puede haber sucedido por varias causas necesita alimentarse, eliminación de contenido gástrico y de fármacos. Está totalmente contraindicado en pacientes con fracturas de cráneo, fracturas nasales graves y varices esofágicas entre otras. Se define sonda nasogástrica queremos decir que es una técnica invasiva en la que introducimos un tubo por la nariz y su finalidad es llegar al estómago. Puede ser de un material de látex, hule o silicona.

Nos podemos encontrar a un paciente en el que su estado puede ser inconsciente o consciente solo existe la diferencia en que cuando el paciente está consciente será más colaborador que en el otro estado.

Para realizar una técnica perfecta en la que se debe colocar una sonda nasogástrica es aquella la cual el personal sanitario pre técnica deberá tener completamente todo el material preparado, para ello deberá realizar también la medición de cuanta sonda nasogástrica deberá de introducir en el organismo, para realizar esta medición tomara como referencia unos puntos concretos desde el conducto auditivo externo a nariz y desde CAE a estómago, se pondrá una marca para saber cuándo está en estómago, aunque también debe comprobarse que está perfectamente colocada con una radiografía de tórax. Una vez colocada se conectará a bolsa cerrada o a aspiración según pauta médica. Es importante realizar esta técnica estéril, ya que podemos provocar una infección en el paciente.

2 Objetivos

- Describir las funciones del TCAE en pacientes con un sondaje nasogástrico.
- Conocer por parte del TCAE el tipo de sonda adecuada a cada paciente ante la realización de un sondaje nasogástrico.

3 Metodología

Para nuestra revisión se realiza una búsqueda bibliográfica en la cual se centra en búsqueda por internet en artículos, bases de datos etc., en los que incluimos textos que nos lleven a un cuidado exhaustivo por parte del TCAE en pacientes con sondaje nasogástrico.

- Palabras clave: Sondaje, formación, estéril, estómago.
- Se incluyeron bases de datos como Medline, Cochrane, Pubmed.
- Se han incluido artículos de textos en inglés y español.

4 Resultados

- Nuestra revisión bibliográfica nos ha hecho entender que los conocimientos del TCAE ante la manipulación del sondaje nasogástrico es importante para poder adecuar las necesidades básicas al paciente al que se le va a administrar una alimentación etc.
- Lo primero que se ha de valorar para realizar esos cuidados por parte del TCAE es conocer porque causa esta colocado el sondaje nasogástrico, algunos de ellos son vaciamiento del estómago por intoxicación medicamentosas para ello una vez colocada la sonda nasogástrica se procederá a una preparación de carbón activado para realizar ese vaciamiento, se conectará a un equipo preparado y en un extremo ira unida al sondaje y el otro extremo ira la bolsa con carbón activado.
- Para intervención quirúrgica digestiva en este caso se coloca la sonda nasogástrica para evitar que se acumulen desechos en el aparato digestivo y con la sonda puedan refluir al exterior.
- Una obstrucción intestinal la cual necesitamos liberar tanto la parte superior del aparato digestivo como la parte inferior por ello la parte superior será mediante la sonda nasogástrica.
- También podemos utilizar la sonda para alimentación o para administración de medicación.
- Los cuidados en cuanto a un paciente con una cirugía con una sonda nasogástrica es imprescindible comprobar en cada momento si funciona, por ello

es conveniente que con una jeringa se coloque en la parte distal del paciente y comprobar que, al aspirar, refluye contenido gástrico.

- Si la sonda esta aspiración continua el drenado será mayor si está obstruido el paciente, pero va a conseguir unas adherencias en las paredes del estómago por lo que el paciente va a encontrarse mal. Una aspiración intermitente es una aspiración que va drenando poco a poco en un tiempo concreto el contenido gástrico a un receptal.

El tipo de sonda que se puede utilizar no determina si el paciente esta inconsciente o consciente, sí que nos puede dificultar en la técnica de colocación del sondaje, pero no diferencia la sonda a utilizar.

Sí que existen varias entre las que podemos nombrar en caso de cirugía abdominal por ejemplo la Sengstaken-Blakemore, la cual es más diferente en cuanto al sondaje nasogástrico tiene 3 luces, una drena el contenido al exterior, otra para inflar el balón en esófago y otra inflar balón en el estómago y suele usarse en varices digestiva con ello evitaríamos las hemorragias.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido comprobar que el TCAE debe conocer la técnica de inserción, aunque él no la practique para poder ayudar al DUE y como se ha podido ver en nuestros resultados el material debe ser importante ser identificado por el TCAE.

Es importante la familiarización del personal con el material y la técnica a la que va a someter a un paciente.

Lo primero que debe de hacer un TCAE es identificar al paciente e informar que se le va a realizar, no es conveniente que vean al personal dudando como si no conocieran la técnica pues resultara peor ante la desinformación del paciente.

Hay que intentar llevar a cabo la técnica cuando el paciente esté relajado y se pueda colocar en Fowler salvo que tenga contraindicado esa posición por orden médica.

6 Bibliografía

1. Bankhead R, Boullata J, Brantley S, Corkins M, Guenter P, Krenitsky J, Lyman B, Metheny NA, Mueller C, Robbins S, Wessel J; A.S.P.E.N. Board of Directors. Enteral nutrition practice recommendations. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2009;33(2):122-67.

2. Blumenstein I, Shastri YM, Stein J. Gastroenteric tube feeding: techniques, problems and solutions. *World J Gastroenterol*. 2014;20(26):8505-24.
3. Urbina Faraldo I. Escuchar y cuidar. *Index Enfermería*. 2006; 15 (55): 71-71.

Capítulo 46

IMPLICACIÓN ANTE ENFERMOS CON ANOREXIA, BULIMIA, CAQUEXIA, Y TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN ÁMBITO HOSPITALARIO

MARIA GERALDINA NAVARRO GIL

1 Introducción

Los trastornos de la alimentación son afecciones graves, no se consideran a veces de tal índole ni de tanta consideración cuando nos enfrentamos profesionalmente con neumonías, enfermedades nosocomiales, urinarias, sepsis o cirugías infectadas, pero ocupan más del 60% de hospitalización y ocupación de camas en hospital, así como bajas y fallecimientos en edades tempranas y jóvenes.

Afectan a la capacidad del cuerpo para obtener una nutrición adecuada, la mayoría se caracterizan por fijar excesivamente la atención en el peso, la figura corporal y la comida y en los estereotipos sociales en su imagen generalizada de esta manera como falta de autoestima.

Pueden causar daños en el corazón, el aparato digestivo, los huesos, los dientes y la boca, y aparecer otras enfermedades, o incluso la muerte. De igual forma el daño familiar que acarrea y social en el enfermo y familiares es enorme.

Se manifiestan en la adolescencia, aunque pueden aparecer a otras edades. Se cree que estas afecciones son causadas por una interacción compleja de factores (genéticos, biológicos, conductuales psicológicos y sociales). Cualquiera puede

desarrollar un trastorno alimenticio, pero es más común en mujeres frente a los hombres. y se producen en la adolescencia de forma habitual.

Los trastornos más frecuentes y pacientes que conocemos en nuestras unidades hospitalarias son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno alimentario compulsivo. Con el tiempo la anorexia nerviosa puede causar problemas de salud como pérdida muscular, piel seca, estreñimiento severo, infertilidad, baja densidad ósea (osteopenia u osteoporosis), cabello y uñas finas y quebradizas, sensación de frío todo el tiempo debido a una bajada en la temperatura interna del cuerpo, daño a la estructura y función del corazón, respiración y pulso lento, sentirse cansado todo el tiempo, presión arterial baja, daño cerebral y fallo multiorgánico. En ocasiones graves se llega a la muerte del paciente a través de suicidio.

La incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), integrados por la bulimia nerviosa (BN) y la anorexia nerviosa (AN) ha aumentado en los últimos años. Su etiología es multifactorial. Las edades de presentación son cada vez más tempranas, afectando a individuos de ambos sexos. Son trastornos crónicos, que asocian importante morbilidad y que frecuentemente se presentan con múltiples recaídas.

Aunque solemos ver a estos pacientes en hospital de día siendo la mayoría causa de paliativos, también se encuentran en unidades de agudos o en centros de psiquiatría privados o vinculados al hospital general o público.

Los casos severos de Anorexia nerviosa requieren hospitalización para estabilización e inicio del tratamiento. Si no existen complicaciones, el estado del paciente lo permite y el medio familiar asegura la continuidad del tratamiento y terapia y atención, se puede encaminar el tratamiento y medicación en forma ambulatoria.

Se ha propuesto que los pacientes con IMC mayor o igual a 16 pueden ser tratados en forma ambulatoria, mientras que todos aquellos con IMC menor o igual a 13,9 deben ser hospitalizados. La hospitalización implica separación del medio familiar y permite trabajar con el paciente y su familia separadamente. A veces sugiere la mejoría y en otros casos no es lo más adecuado.

La anorexia y bulimia deben tratarse de forma individualizada, cada enfermo es un mundo y una patología distinta, que no tiene un patrón estándar para tratar, cada paciente deberá llevar un plan de cuidados individualizado implicando a todo un equipo especializado en la materia de trastornos alimenticios y cogni-

tivos.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Como objetivo principal como TCAE formarnos pues estas enfermedades se desvían bastante de la práctica común y habitual en una planta hospitalaria, y hacerlo de forma cooperativa y conjunta con el equipo para lograr resultados a corto plazo.

Objetivo secundarios:

- Ofrecer de esta forma empatía al enfermo, calidad asistencial y saber interpretar las señales de alerta, a estos enfermos a veces psiquiátricos e intentar corregir sus hábitos de alimentación poco saludables en la unidad de hospitalización que se encuentren, anotando todo en la gráfica así como informando al DUE y médico en cada turno para llevar un control diario de la evolución así como de su situación afectiva y emocional.
- Estudiar su imagen corporal, la del paciente, en cada una de nuestras actuaciones en nuestro segundo objetivo diario que no podemos olvidar, somos su mano diaria, su referente, su apoyo, su bastón. De este modo, tomaremos de forma diaria temperatura, constantes, peso, respiración, pulso, tensiones, ingesta, etc.; colaborando con todo el equipo de forma conjunta y disciplinar.
- Instaurar y luchar para que sea efectivo el tratamiento farmacológico, controlando la toma de orales, y psicológico, participando con terapias y charlas propuestas por el médico y Due, animando a que la familia participe y se implique, de igual modo vigilar en conjunto que el paciente no recurra a la purga o vómito.
- Tratar el trastorno del comportamiento alimentario y sus consecuencias orgánicas; trabajar sobre la personalidad de base del paciente; y realizar abordaje familiar así como de los cuidadores, involucrando a los demás integrantes no solo a nosotros, los sanitarios, es objetivo también básico y primordial para evitar recaídas futuras o ya en domicilio una vez dada el alta, y así evitar la cronificación de la enfermedad en el grave paciente.

3 Caso clínico

Entro de guardia, mi planta es medicina interna. Tomo las constantes y saludo a Patricia, compañera de 43 años, tuvo su regla a los 16 años, la menarquia, de

forma irregular. Abandonó el instituto a los quince años, pero con 30 retuvo los estudios en formación profesional dedicándose a la sanidad, como TCAE. Ejerciendo más tarde su actividad en una residencia de mayores. Ahora es mi paciente y se encuentra de baja.

Patricia no consumía alcohol, drogas, estupefacientes o tabaco nunca cuando al menos yo la conocí, tuvo una adolescencia e infancia difícil pues su padrastro era alcohólico y su madre fue víctima de violencia de género hasta que finalmente se separaron. Su hermano era muy independiente y no apoyó mucho esta situación ni el problema de patricia.

A los 23 años se diagnosticó TCA. Fue hospitalizada, se intentó cambio en los hábitos y conductas alimentarias. Se otorgó alta con peso en ascenso. Al mes concurrió a control, con una gran recaída, por lo que fue hospitalizada nuevamente en varias ocasiones. Se inició tratamiento farmacológico y de terapia en la unidad de Salud Mental pasando de medicina interna a un sitio especializado, regresando luego a medicina en una semana cuando evolucionó de forma gradualmente, plantas conjuntas de forma paralela en la misma ala del hospital donde trabajo.

Ahora ingresada, en este momento me relata toda la historia acaecida y la encuentro después de tanto tiempo muy desmejorada, con 41 kg de peso, sin ya visitas familiares y cansada de luchar. Observo que tiene febrícula, y que en la merienda y cena rechaza la bandeja con su dieta basal especial, más los suplementos proteicos que le puso la dietista, y que su bonito cabello ahora es escaso y frágil, al igual que una presencia de uñas frágiles con estrías. Signo de Russell bilateral. El médico le manda distintas analíticas y se lo comento a la paciente para que este en ayunas a las 12 de la noche por un tac que se hará al día siguiente.

Su interés se centra exclusivamente en la alimentación y el peso corporal. Su funcionamiento psíquico estaba signado por vivencias depresivas, con pobre capacidad de fantasía y creatividad, tendencia a la impulsividad, en una personalidad dependiente con fallas en los procesos de separación-individualización. El vínculo con su madre, aún tan fuerte y dependiente e inmaduro, se caracterizaba por dificultades en la separación, imposibilidad de acceder a espacios personales discriminados y conflictos frecuentes así como sociales y laborales.

Patricia se encuentra en la habitación 117 ventana sola sin acompañante, por su severidad y gravedad clínica y la suma de recaídas previas que yo desconocía, siendo compañera de profesión. Intento ofrecerle la mejor calidad asistencial y

apoyo.

El tratamiento fue realizado por equipo multidisciplinario, integrado por: psiquiatra, pediatra, gastroenterólogo y nutricionista. Se inició el tratamiento recomendado: se fijó un contrato de peso al inicio de la hospitalización, se recomendó disminución de la actividad física y se indicó reposo en cama una hora luego de cada ingesta. Se indicó una dieta inicial de 2.000 kcal/día, con base en alimentos comunes, distribuidos en cuatro comidas. Se suplementó con vitaminas y minerales.

En el abordaje psiquiátrico se trabajó en el reconocimiento de la gravedad de la enfermedad y sus repercusiones. Se mantuvieron entrevistas regulares con los familiares, tan solo su madre se presentaba en escasas ocasiones.

Durante los primeros días, Patricia es visitada por su madre, su hermano, en cambio, no aparece lo cual la anima mucho menos pues su ausencia es notable entre hermanos, aun así la evolución no fue favorable, pero no por faltar carga afectiva sino porque Patricia no ingería la cantidad de alimentos indicada, y se autoinducía vómitos.

Se decidió separar un tiempo las visitas, en este caso de la madre, y los permisos de salida medida que gracias al médico hizo mejorar de forma inusual la ingesta de Patricia y el aumento en el peso corporal. Se hizo hincapié en el cambio de hábitos y conductas, para evitar recaídas.

A los veinte días regreso a mi turno de noche y veo que Patricia fue dada de alta en la tarde del mismo día, no me dio tiempo a despedirme de mi antigua compañera cuando yo comencé en la Residencia de Mayores, deseo su pronta recuperación, con apoyo domiciliario y que su fuerza y voluntad le hagan no volver a ingresar, lo cual dudo por desgracia.

4 Discusión-Conclusión

No hay una manera segura de prevenir los trastornos de la alimentación. Pero podemos seguir unas pautas y consejos para intentar que los niños y nuestros propios hijos, aprendan a comer sano desde pequeños: evitar hacer dietas milagrosas y televisivas, comer junto a la familia, dejar al lado móviles y tables; hablar con nuestros allegados sobre los riesgos de hacer elecciones alimentarias poco saludables, evitar criticar tu cuerpo o tus rasgos personales delante del menor es imprescindible como sanitarios y como madres.

Veo casos severos cada día y no me refiero a anorexia o caquexia en pacientes con paliativos, sino personas que de repente cambian el rumbo de su vida fijando una directriz equivocada en dietas milagrosas, pastillas quema grasas que sueñan con una imagen personal calcada sobre un estereotipo que propone como lo "ideal y perfecto" a seguir, la figura que roza la anorexia de algunas modelos y actrices famosas.

De igual modo el incremento de usuarios de clínicas estéticas y cirugía plástica que impulsan y anuncian el Bótox y el ácido Hialurónico como un testamento milagroso ante la vejez que nos deja la ética y la moral por el subsuelo, está cambiando los valores en el siglo 21 de forma muy acelerada, se ve como algo habitual el pincharse un inyectable que te va rellenando el rostro cada 10 meses.

Algunos casos terminan sin darte cuenta los mismos enfermos, a veces psiquiátricos en la hospitalización de ellos mismos o de un ser querido y de quien menos podrías imaginarte como tu propio hijo o hija.

Si no existen complicaciones, el estado del paciente lo permite y el medio familiar asegura la continuidad, se puede encaminar el tratamiento en forma ambulatoria, a veces otros tipos de anorexia y bulimia en pacientes severos llega a un final dramático e irreversible.

Intentemos dentro de nuestra profesión como TCAE formar a los que nos acompañan y formarnos cada día nosotras mismas para impedir que esta plaga del siglo 21, el estereotipo social por la perfección equivocada, siga extendiéndose en la actualidad.

5 Bibliografía

1. -Autor principal Carlos Fornos García. Fecha aceptación: 14 de diciembre, 2020. Ref.: Revista Ocronos. 2020;3(8):146.

2. [Nimh.nih.gov/health/ publications/espanol/ los-trastornos-de-la- alimentacion/index.shtml](https://www.nlm.nih.gov/health/publications/espanol/los-trastornos-de-la-alimentacion/index.shtml)

[Mayoclinic.org/es-es/ diseases-conditions/ eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603# ::text=la %20anorexia %20nerviosa %2c%20la%20bulimia%20nerviosa%20y%20el %20trastorno%20 alimentario,de%20la%20ingesta %20de%20 alimentos](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/eating-disorders/symptoms-causes/syc-20353603#:~:text=la%20anorexia%20nerviosa%2c%20la%20bulimia%20nerviosa%20y%20el%20trastorno%20alimentario,de%20la%20ingesta%20de%20alimentos)

[Medlineplus.gov/ spanish/ eatingdisorders.html](https://www.medlineplus.gov/spanish/eatingdisorders.html)

3. Estudio comparativo Encephale. Diciembre de 2008; 34 (6): 570-6. doi: 10.1016 / j.encep.2007.11.005. E.pub 2008 2 de abril. [Evaluación de la imagen corporal perturbada en los trastornos alimentarios mediante el Cuestionario de forma corporal] [Artículo en francés traducido al español] Autores: G Lavoisy 1, JD Guelfi , L Vera , R Dardennes , F Rouillon.

4. PMID: 19081453 DOI: 10.1016 / j.encep.2007.11.005

Versión impresa ISSN 0004-0584versión On-line ISSN 1688-1249

Arch. Pediatr. Urug. vol.87 no.3 Montevideo set. 2016

5. Trastorno del comportamiento alimentario de difícil tratamiento. Caso clínico Patricia Bermúdez¹, Karina Machado², Irene García³.

1. Médico. Pediatra. Clínica Pediátrica A. Facultad de Medicina. UDELAR.

2. Prof. Agda. Pediatría. Clínica Pediátrica A. Facultad de Medicina. UDELAR.

Trabajo inédito. Fecha aprobado: 18 de febrero de 2016 Revista Scielo. 1. Muñoz MT. Trastornos del comportamiento alimentario. Protoc Diagn Ter Pediatr 2011; 1:255-67. Autores principales: 1. Muñoz. 2. Agman G, Corcos M, Jeammet .Paris: Elsevier, 1994: 37-350-A-10.

Capítulo 47

PROFESIONALIDAD Y ACTUACIÓN DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA ANTE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

MARIA GERALDINA NAVARRO GIL

1 Introducción

Los cuidados paliativos son una serie de acciones ejercidas por los profesionales de enfermería, entre ellos, nosotros, técnicos auxiliares de enfermería, en unidades como Hospital de Día o paliativos, para aumentar el confort y bienestar ante una situación de enfermedad terminal, sobre el paciente y su núcleo familiar.

La Organización Mundial de la Salud adoptó, en un documento clave para el desarrollo de los cuidados paliativos publicado en 1990, la definición propuesta por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos como el «cuidado total activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamiento curativo. El control del dolor y de los síntomas y de problemas psicológicos, sociales y espirituales es primordial». El documento destacaba que los cuidados paliativos no debían limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse de forma progresiva a medida que avanza la patología y en función de las necesidades del paciente, familia y de la evolución de la enfermedad y su destino final.

A comienzos del siglo xxi, la OMS amplió la definición de cuidados paliativos: «Enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana e

impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales».

La precursora de los cuidados paliativos fue como todos conocemos en nuestros libros de estudio, la enfermera Cicely Mary Strobe Saunders (1918-2005), a quien se atribuye la creación del movimiento Hospice en el año 1959 en el Reino Unido, donde investigó el control del dolor en las unidades de cuidados paliativos, para mejorar la calidad de vida en los pacientes terminales y con cáncer.

El profesional de enfermería, dentro el cual pertenecemos las técnicas en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE), ejerce un papel fundamental en la atención al paciente terminal, pues le proporciona los cuidados paliativos adecuados a sus necesidades y preferencias de forma integral. Uno de los objetivos que todo el equipo multidisciplinar ha de cumplir es realizar el acompañamiento durante todo el proceso de enfermedad, muerte y duelo al paciente y familia.

El paciente es un ser biopsicosocial, y en él la relación de las tres esferas deben mantenerse en equilibrio, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida al igual que la de su familia y cuidadores si precisa.

De este modo, los cuidados paliativos del auxiliar de enfermería junto al resto del equipo ante estos enfermos graves con pronóstico de vida en casi todas las ocasiones limitado no solamente van encaminados al paciente, sino que incluye todo su entorno familiar y social.

2 Objetivos

Exponer la actuación del TCAE en el ámbito de cuidados paliativos a través de la exposición de un caso clínico relacionado.

3 Caso clínico

Me encuentro en neo y pediatría durante este año, servicios especiales que trabajan en conjunto.

Ingresa una recién nacida, en el turno de tarde, a las 19,00 horas, después de administrar los últimos biberones a los bebés de las incubadoras 104 y 103, que están ingresados para aumentar peso y otro por problemas respiratorios.

La madre del RN que ingresa, tuvo antecedentes de cervicovaginitis e infección

de vías urinarias, y diferentes tratamientos sin resultados positivos, así como tensión alta, por lo que deciden interrumpir el embarazo con inminente cesárea.

Mi pequeño paciente, presenta por desgracia síndrome de Patau, caracterizado por ser una enfermedad congénita rara y grave; que desarrolla anomalías de las estructuras de la línea media, incluyendo labio leporino, malformaciones cardíacas, malformaciones renales, criptorquidia, o la presencia de arteria umbilical única. La mayoría de los RN con esta patología presentan un retraso de crecimiento postnatal importante.

• Como objetivo principal me planteo proporcionar tranquilidad al paciente para evitar estrés, depresión, y ofrecerle tranquilidad, y empatía para así conseguir una retroalimentación con él que favorezca la conversación estrecha entre auxiliar y enfermo, llegando a darle la placidez y fortaleza así como ánimos necesarios así ante las sesiones duras de quimio disminuyendo su estado de ansiedad y miedo ante las sesiones.

Otros objetivos terapéuticos son:

- Proporcionar una posición adecuada para favorecer su respiración mediante elevación del cabecero a 30 o 45 grados, y con una posición semisentada, vigilando sus secreciones y oxigenoterapia junto al resto del equipo.
- Aportar una hidratación adecuada al paciente evitando igualmente la ingesta masiva de líquidos, y mantener una humedad ambiental óptima, con el fin de fluidificar las secreciones y favorecer su expulsión al igual que controlar su temperatura constantes e ingesta de alimentos, anotando en gráfica, adaptando las bandejas y alimentación a su gusto con formulas trituradas o gelatinas para fomentar su apetito.
- Mantener una higiene bucal correcta mediante limpieza manual, completada con colutorios orales que prevengan infecciones orales tan características en paliativos.
- Instruir a familiares y cuidadores si así es el caso en formarse para su colaboración junto a nosotros ya que es fundamental en los pacientes en paliativos.
- Cuidados que proporciono:
Controlo constantes, saturación, temperatura, higiene, dieta o ingesta de biberones con leche especial, anotando todo en gráfica junto al resto del equipo.

Reviso la incubadora mientras la enfermera prepara la bomba de analgesia para

cogerle, una vía.

En este servicio tan especializado cada minuto y cada acto cuenta y es de suma importancia estar formado adecuadamente.

Tras su revisión urgente por el pediatra de guardia así como médico especializado, se decide enviar al pequeño de apenas unas horas de vida trasladado en helicóptero de urgencias a través de los servicios del URG. a un hospital especializado en NEO de traslado a la península pues su estado empeora y de esta forma conseguir su recuperación.

Limpio y ordeno toda la aparatología, e instrumental, aspirador, pinzas de Adson, campo estéril, paños, sondas de aspiración, Ambú pediátrico, etc.; limpio la zona e incubadora, dejándola secar pieza por pieza, repongo el material fungible y todo lo necesario para la planta y compañeros, y prosigo mi trabajo esperando terminar mi jornada laboral.

4 Discusión-Conclusión

Se considera al ser humano un modelo biopsicosocial. Por esta razón el profesional de enfermería, en cualquiera de sus variantes y oficios, debe atender a todas las necesidades derivadas de estas tres dimensiones de la persona.

Las auxiliares de enfermería, TCAE, ante estos pacientes debemos centrarnos en cuidados especiales y específicos que en plantas como medicina cirugía o trauma no son precisos y formarnos de forma continuada para ofrecer la mayor calidad integral a estos enfermos, a veces niños de corta edad, tan graves y especiales, al igual que protegernos ante posibles accidentes y riesgos biológicos en estos servicios con guantes mascarillas, bata si precisa, desechando todos los artículos de riesgos en los contenedores precisos.

No olvidemos nunca ponernos en el lugar del paciente, y entender su grave enfermedad, la empatía, comprensión y profesionalidad, y comprender su dura situación, llegará a conseguir aunque nunca es del todo fácil, crear en nuestras propios objetivos y sentimientos, una coraza que anteponga la profesionalidad ante ninguna circunstancia personal o subjetiva, de este modo ofreceremos en paliativos nuestra mayor calidad asistencial junto al resto del equipo multidisciplinar.

5 Bibliografía

1. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Ginebra: World Health Organization; 1994.
2. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, Ulrich A. Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. World Health Organization. Ginebra. J pain Symptom Manage. 2002; 24 (2): 91-6.
3. "Bibliografía complementaria": Asociación Española Contra el Cáncer [sede web]. Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer [Actualizado 23 May 2013; acceso 24 May 2013]. Cuidados Paliativos [1]. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CuidadosPaliativos/Paginas/Cuidadospaliativos.aspx>
- Bare B, Smeltzer S. Enfermería Medicoquirúrgica. 10.^a ed. McGraw-Hill Interamericana; 2004.
- Cía R, Duarte M, Fernández A, Martín M, Sanz R. Guía de información sobre cuidados paliativos. 1.^a ed. Sevilla: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2009 [24 May 2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_6_c_7_guias_de_informacion_.
4. Artículo de innovación para la práctica. Cuidados paliativos para una muerte digna. Estudio de un caso C. A. Ignorosa-Navaa* y L. González-. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. División de Estudios Profesionales, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México. 17 junio 2014.

Capítulo 48

BURNOUT EN LAS PROFESIONES SANITARIAS

ROMÁN MIGOYA ÁLVAREZ

AROA LOBETO GARCÍA

ROSALIA CASTRO CUEVA

MARÍA DEL PILAR BURÍA GONZÁLEZ

MARÍA DESEADA REBOLLO RODRÍGUEZ

1 Introducción

A partir de los años ochenta, los profesionales evaluadores de los riesgos laborales identifican un nuevo riesgo psicosocial laboral muy importante, con muchas repercusiones a nivel individual, profesional y social. Este nuevo fenómeno como es el síndrome burnout, es una consecuencia directa de otro factor muy potente como es el estrés en el ámbito sanitario.

Las investigadoras Maslach y Jackson, lo proponen como un síndrome de estrés crónico propio de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o de dependencia.

Este síndrome de burnout se caracteriza principalmente por el cansancio emocional, la despersonalización y el abandono de la realización personal. El cansancio emocional pasa volverse un agotamiento emocional donde aparece la pérdida de atractivo de las tareas, donde puede aparecer disgusto por el propio trabajo,

de forma que este pierde su atractivo y con ello cualquier sentimiento de satisfacción.

El fracaso en la fase anterior no lleva hacia la segunda parte, que es la despersonalización, que fundamentalmente es un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia indefensión y desesperanza personal. La despersonalización es un tipo de conducta donde se unen la depresión y la hostilidad. El abandono de la realización personal es la tercera fase del proceso. Esta consiste en la creencia de que el trabajo no merece la pena, que no hay forma de cambiar las cosas en el trabajo, etc., y al final aparece el pensamiento de un posible cambio de trabajo o al menos de institución. La pérdida de ilusión por el trabajo realizado y de su idealismo acompañan esta tercera fase.

La pérdida de autoestima profesional y la desilusión por las propias tareas hace que se formen grupos de profesionales que estén en la misma situación y con parecidas características, siendo estos grupos en si mismos, un factor de precipitación y aceleramiento del burnout generalizado en el ambiente laboral. Por lo que se puede pensar que el burnout es un factor contagioso en el ámbito laboral. El burnout es una variable del estrés crónico que se relaciona con la pérdida del reconocimiento del valor del trabajo, cuando se pierde el sentido de justificación del esfuerzo, etc. El burnout es una forma de cansancio progresivo.

2 Objetivos

El principal objetivo de nuestro trabajo es identificar el del burnout en el colectivo sanitario y sus posibles causas y factores relacionados entre los profesionales de la salud.

3 Metodología

Nuestro trabajo de investigación se basa en un búsqueda y revisión bibliográfica de documentos, artículos y estudios, localizados en bases de datos de páginas científicas como Cochrane, Pubmed, Medline, etc. y en revistas de corte científico como Science.

Nuestro trabajo se desarrolló en el periodo que va desde octubre 2019 hasta febrero 2020, y el intervalo de publicación de trabajos seleccionados estuvo acotado entre año 2007 y 2020.

Los descriptores o palabras claves para la realización de nuestra búsqueda han sido: estrés, burnout, personal sanitario.

En una primera selección se localizaron 32 trabajos, y después de una primera revisión se eliminaron 4 por ser duplicados. Al restante de los trabajos se les aplicaron los criterios de inclusión/exclusión para una segunda selección, quedando admitidos 8 de estos para nuestro estudio.

Los criterios de inclusión para nuestra selección han sido ser trabajos de acceso a texto completa, en lengua castellana, que aporten datos científicos sobre el burnout en el personal sanitario.

Los criterios de exclusión fueron no dar acceso a texto completo, no relacionarse con personal sanitario, no ser artículos científicos.

4 Resultados

Los primeros resultados extraídos de nuestra investigación es que no es fácil de establecer la diferencia entre estrés y burnout, aunque de forma generalizada se considera el burnout como la última fase del estrés crónico, es decir la fase donde aparece el agotamiento tanto físico como mental. Pero existen algunas diferencias cualitativas entre estrés y burnout. Por ejemplo, mientras que el estrés puede desaparecer tras un reposo adecuado, el burnout sin embargo, no cesa durante el periodo de descanso.

Por otro lado, el burnout no se relaciona con una sobre carga de trabajo, es decir un exceso de trabajo no genera burnout. De la misma forma un trabajo poco estresante pero muy desmotivador, sí puede generar burnout. Por ello el burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional que sigue al abandono de intereses que un determinado momento fueron importantes para la persona. El burnout aparece cuando se pierde el contexto de justificación de una tarea, de un esfuerzo, es mucho más que solo el resultado de una carga pesada y monótona de trabajo. Algunos autores los definen como un cansancio cognitivo.

Otra posible diferencia entre estrés y burnout es el carácter insidioso de este último. El burnout no aparece después de dos o tres episodios de sobrecarga, este evoluciona lentamente, llegando a pasar del entusiasmo a la decepción a través de una erosión mental del individuo, que llega a volcar las primeras motivaciones, en alejamiento o incluso en rechazo de su trabajo diario.

Además del cansancio emocional, el burnout afecta muy de forma muy importante en el personal sanitario aspectos como la despersonalización y la falta de realización personal.

El burnout puede afectar muchas profesiones, pero las sanitarias asistenciales

son de las que más lo padecen. Los factores organizacionales son un gran parte de los riesgos en la aparición de este fenómeno. El clima y la cultura laboral en el propio ambiente de trabajo parecen ser los factores principales en la génesis de este fenómeno, en especial el nivel de necesidad emocional de los pacientes y las características organizativas del propio trabajo.

En cuanto al factor estructural organizacional del ámbito laboral, podemos señalar aspectos como los objetivos laborales, las características de la tarea, las condiciones físicas y sociales del ambiente de trabajo, estilos de gestión y dirección, las formas de supervisión, etc., como los principales implicados en la aparición del síndrome de burnout.

Por otro lado, si unimos factores como las condiciones de trabajo, el reconocimiento del mismo y los recursos accesibles para su ejercicio, tendremos los recursos necesarios para la aparición del fenómeno.

Varios autores indican que el burnout aparece ya en los años de formación, en los que principalmente se atiende a la formación técnica y se desatiende totalmente la preparación y los requerimientos emocionales.

Las causas personales también participan en la aparición del fenómeno, aunque de forma tan directa. El deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados tangibles, el trabajo muy cercano al dolor y al sufrimiento de los pacientes y las malas relaciones con los compañeros, etc., son causas personales que hacen muy favorable el desarrollo del burnout.

En las profesiones sanitarias hay un elemento importante a tener en consideración: la frecuencia y la cantidad de tiempo pasados con los pacientes. El riesgo de aparición del burnout aumenta en función del tiempo pasado y proporcionando cuidados asistenciales directos a los pacientes. Varios autores indican, que la naturaleza de la atención sanitaria también influye en la presencia del burnout. Así, enfermedades de difícil atención, el trabajo con pacientes terminales, unidades de cuidados intensivos, etc., son trabajos que generan mucho estrés y en consecuencia burnout.

La comunicación con los pacientes y sus familias es otro foco de estrés y burnout. Las dificultades para entender algunos pacientes, la dificultad para expresar de forma entendible algunos datos técnicos a familiares, que además se encuentran en una situación de alteración, o el dar malas noticias, son algunos aspectos delictados que provocan mayor carga de tensión, que también contribuye a la aparición de este síndrome.

No aparece en los trabajos revisados una relación entre datos sociodemográficos y la aparición del burnout. Factores como la edad, el estado civil, años de profesión, turno de trabajo y otras variables parecidas no parecen incidir en el burnout.

Algunos autores si observan un periodo desensibilización o de incubación del burnout, y suele corresponder a los primeros años de la carrera profesional. Suele ser el periodo donde se realiza la transición entre las expectativas idealistas desarrolladas durante la formación, y el mundo real de la práctica cotidiana. Es un periodo donde el profesional aprende que las recompensas personales, profesionales y económicas que recibe, no son las prometidas o esperadas.

5 Discusión-Conclusión

El burnout es un problema muy cercano a las profesiones sanitarias. Además de un cansancio físico (donde aparece una tensión corporal a nivel muscular) y emocional, también genera y aparece una despersonalización y una falta de realización persona.

Las principales causas son las organizacionales, donde la atención asistencial directa a pacientes es un factor muy importante.

La característica principal de la aparición del burnout en las profesiones sanitarias es una desilusión generada, al pasar de unas expectativas profesionales a unas situaciones de realidad cotidiana, además de factores estrés como son la sobrecarga de trabajo, la dedicación a pacientes en situaciones difíciles, etc.

6 Bibliografía

1. Aguado Martín, J.I., Bátiz Cano, A., y Quintana Pérez, S. (2013). El estrés en el personal sanitario hospitalario; estado actual. *Med Segur Trab*, 59(231), 259-275.
2. Albadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Calle, M.E., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 505-516.
3. Atance Martínez, J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud pública*, 71, 293-303.
4. Caro Hernández, M. (2006). Reseña de “el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, vol.22, nº1, 123-125.
5. Cebriá Andreu, J. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. *Aten Primaria*, 31(9), 564-574.
6. Corredor Pulido, M.E., y Monroy Fonseca, J.P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Revista hacia la promoción de la salud*, vol. 14, nº1, 109-123.

7. Ferrer, R. (2002). Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)*, 119(13), 495-496.
8. García Izquierdo, M., Saéz Navarro, M.C., y Llor Esteban, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Vol.16, nº2, 215-228.

Capítulo 49

LA PRESENCIA DEL TCAE EN EL ÁREA QUIRÚRGICA O QUIRÓFANO DENTRO DE UN HOSPITAL

MARÍA AMELIA HERES MENÉNDEZ

1 Introducción

La seguridad en la sala de operaciones es un pilar fundamental para el buen funcionamiento de las intervenciones y para garantizar el éxito de cada una de ellas. Asimismo cabe destacar la importancia de que todo el personal que trabaje en esta área, tenga los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo su trabajo con seguridad y poder reaccionar ante cualquier infortunio, velando por su seguridad, la de sus compañeros y como no, por la del paciente. El avance de las nuevas tecnologías abre un nuevo campo, más seguro, pero cuyo mal uso puede derivar en accidentes muy graves.

Su finalidad es atender pacientes que no precisan hospitalización y que una vez realizada la intervención retornan a sus casas. Está dividida en varias partes: Recepción, Vestuario, Sala de preparación del paciente y Sala de espera familiares. Un quirófano es una sala de hospital donde se opera a los pacientes.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el quirófano es una sala de operaciones. Dichas instalaciones cuentan con diversos sectores que albergan todo lo necesario para el desarrollo de una cirugía independientemente de la especialidad que sea y para afrontar sus posibles consecuencias, incluyendo complicaciones que deriven de la intervención. Zona negra.

2 Objetivos

El objetivo básico que se propone un quirófano es el de estar a la altura cualquiera que sea la circunstancia, es decir, debe ofrecer a médicos y pacientes un contexto apto y preparado tanto para el desarrollo de operaciones programadas como para aquellos casos de urgencias en los cuales no hay tiempo para preparar nada.

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, Scielo, seleccionando artículos científicos con contenidos relacionados con el tema de estudio.

4 Resultados

Un quirófano es una sala de hospital donde se opera a los pacientes. Otra forma de llamar a una operación es intervención quirúrgica.

El Quirófano es un área dentro del Hospital donde se opera, o se interviene quirúrgicamente, a los pacientes. Funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana y allí se atienden intervenciones programadas o de urgencia, con internación o ambulatorias.

Tras la búsqueda bibliográfica inicial se encontraron un total de 197 artículos.

Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión y, tras la revisión del título y resumen, la eliminación de los documentos duplicados y los excluidos por no facilitar un texto completo, se incluyeron en el estudio un total de 25 documentos; tal y como se demuestra en el diagrama de flujo (véase Figura 2). En la Tabla 3 se detallan los resultados de la búsqueda bibliográfica sobre el año y lugar de realización del estudio; tipo de estudio, tipo de LVQ, validación del estudio; y centro y especialidad quirúrgica.

En la Tabla 4 se detallan los resultados del tamaño muestral, el diseño del estudio e instrumentos de evaluación utilizados y; los objetivos, los resultados y las limitaciones del estudio. Los trabajos han sido ordenados, en sentido retrospectivo, en relación con su fecha de publicación.

Las funciones del equipo de enfermería en quirófano (circulante, instrumentista y auxiliar) son relevantes pues garantizan la técnica aséptica y la seguridad del

paciente, mantienen la coordinación del equipo quirúrgico y es el enlace durante el acto quirúrgico entre quirófano y el resto de los servicios del hospital.

El área de Quirófano se divide en tres zonas principales de restricción progresiva para eliminar fuentes de contaminación: Zona Negra, Zona Gris y Zona Blanca.

5 Discusión-Conclusión

El buen uso de los instrumentos y aparatos utilizados en el quirófano, especialmente los eléctricos, requiere tanto de un conocimiento práctico como teórico, de las bases de su funcionamiento y de su mantenimiento, con especial relevancia a los posibles errores de funcionamiento y/o accidentes que puedan ocurrir.

Para que el área de quirófanos sea más funcional, se sugiere que, preferentemente debe estar localizada en la planta baja, con intercomunicación a Terapia Intensiva, Urgencias, Toco cirugía, Central de Equipos y Esterilización, además de tener una relativa cercanía a Radiología, Laboratorio de Análisis Clínicos.

Es un área dentro del Hospital donde se opera, o se interviene quirúrgicamente, a los pacientes. Funciona las 24 horas del día, los siete días de la semana y allí se atienden intervenciones programadas o de urgencia, con internación o ambulatorias.

6 Bibliografía

1. (2005). Referencias bibliográficas según el estilo Vancouver: Adecuación de los requisitos uniformes a los recursos electrónicos.
2. La Habana, 1999-2001. ACIMED, 13(6) Recuperado en 13 de enero de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352005000600016&lng=es&tlng=es.

Capítulo 50

LA IMPORTANCIA QUE TIENE LA ERGONOMIA EN EL TRABAJO DIARIO DEL TCAE.

MONTSERRAT GARCÍA GARCÍA

ROSA MARÍA MORENO RABADÁN

1 Introducción

La Prevención de Riesgos Laborales (PRL) es la disciplina que promueve la mejora de la salud y la seguridad de los trabajadores en su puesto de trabajo, mediante la aplicación de medidas y técnicas y el desarrollo de las actividades necesarias para prevenir los riesgos derivados de las condiciones del trabajo, teniendo como herramienta fundamental la evaluación de los posibles riesgos desarrollada por cada empresa.

El riesgo laboral es la posibilidad de que un trabajador sufra un determinado daño derivado del trabajo, considerándose daños derivados del trabajo tanto las enfermedades, como las patologías o lesiones sufridas como consecuencia del trabajo.

Como TCAE estamos expuestos a distintos tipos de riesgos: físicos, químicos, biológicos y ergonómicos.

En lo que se refiere, en concreto, a la ergonomía, los TCAE, por lo que implica el desarrollo de su trabajo (ayuda en el aseo y la deambulaci3n de los pacientes, posturas estáticas, cambios posturales, movilizaci3n de pacientes, cambios de lencería, limpieza de carros de curas, manipulaci3n manual de cargas, etc.), deben

tener siempre presentes cuáles son los buenos hábitos y las correctas posturas ergonómicas para desempeñar su trabajo de la forma más segura posible, evitando, así, las posibles lesiones físicas derivadas de una incorrecta postura y favoreciendo que el trabajo sea lo más llevadero posible.

2 Objetivos

- Poner en claro los riesgos ergonómicos derivados del desempeño del trabajo.
- Conocer cómo podemos evitar las lesiones físicas a través de los conocimientos necesarios de ergonomía.

3 Metodología

Para la elaboración del presente capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en la que se han consultado y contrastado diferentes publicaciones relacionadas con la materia tratada, como artículos de revistas sanitarias especializadas, trabajos publicados por instituciones universitarias y estudios realizados por Consejerías de Sanidad y artículos publicados en bases de datos especializadas como Medline.

4 Resultados

Como TCAE estamos sometidos a riesgos ergonómicos, que nos pueden acarrear lesiones físicas, tales como: sobre esfuerzo, manipulación manual de carga, caídas de la misma o diferentes alturas, movimientos forzados, posturas estáticas o movilización de pacientes.

Este tipo de riesgos están asociados a lesiones osteomusculares, principalmente, siendo estas las enfermedades profesionales más frecuentes en los TCAE y la primera causa de invalidez permanente. Dichas alteraciones musculoesqueléticas pueden producirse bien por un esfuerzo único suficiente, como los accidentes de trabajo, o bien por la acumulación de esfuerzos repetidos una y otra vez en el día a día durante el desempeño de las tareas habituales.

Las posturas incorrectas, las cargas excesivas, la falta de material y de ayudas mecánicas (grúas), el elevado ritmo de trabajo, la ausencia de entrenamiento, o su no puesta en práctica, en técnicas de movilización, son algunos de los muchos riesgos a los que nos enfrentamos a diario en el desempeño de nuestro trabajo.

Se hace, por ello, necesario, conocer y poner en práctica todas aquellas nociones de ergonomía e higiene postural que estén a nuestro alcance, para así poder evitar posibles lesiones que, en algunos casos, podrían llegar a ser muy graves e incluso incapacitantes.

Algunas de las técnicas que podemos poner en práctica y que nos ayudarán a desempeñar nuestro trabajo con mayor comodidad y seguridad son:

- Agarrar siempre con las palmas de las manos.
- Empujar en lugar de arrastrar.
- Realizar el transporte de cargas pesadas y la movilización de pacientes entre dos personas.
- No llenar en exceso los sacos de ropa.

Utilizar todos los medios mecánicos que estén a nuestro alcance, como las grúas.

- Alternancia de tareas.
- Regular camas, mesillas, sillas con las que vayamos a trabajar.
- Realizar los cambios posturales con la espalda recta, piernas flexionadas y basculando el peso.
- Coger los pesos con las rodillas flexionadas, espalda recta, pies separados y cercanos al peso y levantar estirando las piernas.
- Realizar pausas y estiramientos.

5 Discusión-Conclusión

Como hemos visto hasta ahora, el trabajo de TCAE implica una serie de riesgos ergonómicos que debemos tratar de controlar no solo para evitar lesiones sino también para que el desempeño de nuestras tareas resulten lo más cómodas y seguras posibles.

Para ello, debemos tener en cuenta y ser conscientes de las actividades que realizamos, procurando adoptar todas las medidas que estén a nuestro alcance. Algunas de estas medidas son, por ejemplo: compartir entre dos el transporte de cargas pesadas, así como los cambios posturales que debemos realizar a los pacientes, mantener posturas seguras como procurar mantener la espalda recta y las piernas un poco flexionadas, acercar las cargas al cuerpo, bascular nuestro peso a la vez que movilizamos al paciente, evitar la prolongación de posturas estáticas, realizar estiramientos siempre que nos sea posible, etc.

6 Bibliografía

1. www.sanidad.castillalamancha.es

2. Álvarez Alonso, Josefa Luisa; Blanco Quesada, Raquel; Quesada de la Fuente, Marta. “Estudio sobre los riesgos laborales específicos para el TCAE”, en www.revistamedica.com
3. “Prevención de riesgos de auxiliar de enfermería” en www.unav.edu.com

Capítulo 51

TCAE: ELIMINACIÓN DE LOS RESIDUOS SANITARIOS

MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

IRENE VIECO DEL OLMO

1 Introducción

Los residuos sanitarios se generan como consecuencia de la actividad desarrollada en los centros sanitarios de atención humana o veterinaria, de forma temporal o permanente.

Antes de su eliminación, los residuos sanitarios reciben un tratamiento para neutralizar sus condiciones negativas o para transformarlos mejorando sus condiciones con el objetivo de evitar su infecciosidad y toxicidad, y reducir, por ejemplo, su volumen.

El tratamiento final es variable según la tipología de residuos recogidos.

- Clasificación de residuos sanitarios:

Esta clasificación sirve para saber con qué residuos se debe tener más cuidado durante su manejo y su traslado, y cuáles deben ser tratados antes de eliminarse.

Los grupos en los que se clasifican son:

1. Residuos generales: se eliminan en vertederos controlados, como los residuos urbanos o municipales.
2. Residuos inespecíficos: se eliminan al igual que los residuos urbanos, ya que no constituyen peligro fuera del ámbito sanitario.

3. Residuos específicos: antes de su eliminación se someten a tratamientos para eliminar riesgos. Los métodos varían según las comunidades autónomas, aunque los habituales son la esterilización por autoclave (Cataluña) y la incineración (Comunidad de Madrid).

4. Resto de tipos de residuos (no incluye los radiactivos): se incineran.

En las últimas décadas, se ha detectado un importante aumento de los residuos sanitarios generados como consecuencia del incremento de la actividad sanitaria así como el aumento de la utilización del material médico desechable, etc.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la eliminación y clasificación de los residuos sanitarios, unificando criterios para disminuir los riesgos en su tratamiento y eliminación.

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

Tratamiento de residuos:

- Métodos mecánicos: trituran o compactan el residuo, reduciendo su volumen, pero no su peligro de infección.
- Métodos térmicos: a través de la incineración, de la autoclave o las microondas se elimina la capacidad de infección de los residuos.
- Métodos químicos: con cloro o ácido peracético se tratan determinados residuos, aunque no reducen su volumen.
- Métodos físicos: son los tratamientos con radiaciones.
- Métodos biológicos: con enzimas, que destruyen los componentes orgánicos de los residuos.

Los más utilizados en España son la esterilización por autoclave y la incineración.

Esterilización por autoclave:

El autoclave es un recipiente metálico con cierre hermético que permite trabajar con vapor de agua a alta presión y temperatura, eliminando de esta forma la capacidad de infección de los residuos. Cuanta más densidad tenga el residuo, más tiempo de exposición necesita.

Incineración:

Los residuos se destruyen por combustión a temperaturas muy elevadas. Se requiere:

- Horno incinerador: alcanza temperaturas de 700 °C con quemadores de gas natural. Carboniza los residuos hasta dejarlos en cenizas (residuos inertes). El inconveniente es que genera unos gases perjudiciales que tienen que ser tratados antes de liberarse.
- Termorreactor: en él se realiza la post combustión de los gases. Son tratados durante segundos a temperaturas de 1.100 °C, eliminando dioxinas y furanos, que son los elementos peligrosos.
- Caldera de recuperación de calor: los gases tratados en el termo reactor pasan por una caldera que los enfría unos 750 °C (pasan de 1.000 a 2.500 °C). Genera un vapor de agua apto para la calefacción.
- Instalación para depuración de gases: en ella se limpian los gases antes de su emisión a la atmósfera. Se enfrían los gases hasta los 180 °C, se inyecta carbón activo y bicarbonato sódico, y se filtran con cartuchos cerámicos.
- Control de las emisiones: se comprueba que los niveles de las partículas sólidas y de la concentración de ácido clorhídrico del flujo de los gases, está por debajo de los límites fijados por la legislación.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la eliminación de los residuos sanitarios, hemos visto que estos han aumentado de forma notable, ya que hoy día se emplean muchos más materiales desechables de un solo uso durante la atención médica para reducir el riesgo de infección para el paciente.

Hemos visto como se clasifican, y como se tratan así como los 2 mecanismos más utilizados en España para su tratamiento: la esterilización y la incineración del material contaminado.

El más importante es el proceso de incineración, del que hemos podido conocer diferentes tipos según el tipo de material a destruir.

6 Bibliografía

1. <https://www.larioja.org>

Residuos sanitarios - Medio ambiente - Portal del Gobierno de La Rioja.

2. <http://www.auxiliar-enfermeria.com>

Clasificación de los Residuos Sanitarios - Esquemas OposSanidad.

3. <https://envira.es>

Residuos sanitarios: clasificación, gestión y normativa.

Capítulo 52

EL TCAE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. REVISION BIBLIOGRÁFICA.

YOLANDA ÁLVAREZ GONZÁLEZ

ROSA MARÍA MORENO RABADÁN

1 Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la urgencia sanitaria como “la aparición imprevista en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa y gravedad diversa y variable, el cual genera la necesidad inmediata de atención por parte del enfermo o su familia”.

El servicio de urgencias es el área de un hospital en la que diversos profesionales de la sanidad prestan sus servicios para asistir las emergencias sanitarias que se puedan presentar. Es una unidad hospitalaria intermedia en la cual se tratan los casos graves y urgentes, prestando asistencia médica y cuidados de enfermería hasta conseguir estabilizar los cuadros clínicos de los pacientes, y que puedan ser trasladados a otra área del hospital o dados de alta. Es esencial en esta área garantizar unas condiciones excepcionales de calidad, seguridad y eficiencia sanitaria adecuadas al manejo de las emergencias o urgencias que se puedan presentar las 24 horas del día los 365 días del año.

Para trabajar en este servicio el TCAE debe coordinarse con el resto del equipo médico, aportando los conocimientos adquiridos en su formación profesional, de tal manera que, además de asistir a los otros profesionales de la sanidad, transmita seguridad, confianza y tranquilidad al paciente, haciéndole sentir atendido y respetado.

2 Objetivos

- Dar a conocer la importancia de los TCAE en el equipo de urgencias de un hospital, e identificar sus funciones en el mismo.
- Determinar la crucial importancia del trabajo en equipo en el ámbito de las urgencias hospitalarias.

3 Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica de documentos científicos sobre el TCAE en el servicio de urgencias. 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.

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 2010 al 2020, 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 con base en la relevancia clínica de los mismos con respecto al objetivo del estudio.

El número final de artículos seleccionados fue de 20.

4 Resultados

El TCAE tiene una extensa lista de funciones, las cuales pueden ser muy diferentes dependiendo del lugar donde presta sus servicios. En el servicio de urgencias, debido a la diversidad de patologías que se presentan, así como a las diferentes edades de los pacientes, es el lugar donde los TCAE ponen en práctica un gran porcentaje de los conocimientos adquiridos en su formación profesional y donde desarrollan un amplio abanico de sus funciones.

El equipo básico de atención en el servicio de urgencias está formado por el Médico, el Enfermero y el TCAE. Todos juntos tienen la tarea de atender al paciente y proporcionarle los cuidados oportunos hasta su traslado a otra unidad o hasta que es dado de alta. Para el desempeño de estas labores cuentan, en muchas ocasiones, con la ayuda de la persona del Celador.

La planificación, la organización y el trabajo en equipo son claves en este servicio. Por eso para formar parte de esta unidad, el TCAE debe ser una persona metódica y ordenada, con una alta capacidad de trabajo en equipo, y capaz de transmitir

confianza, seguridad y tranquilidad al paciente.

La presión generada por el trabajo en la unidad de urgencias puede causar altos niveles de estrés, por lo cual la serenidad es un rasgo indispensable en el TCAE para lidiar adecuadamente con el frenético ritmo de trabajo y proporcionar adecuadamente la asistencia a médicos y enfermeros ante cualquier situación que se presente.

Las principales funciones de un TCAE en el servicio de urgencias son las siguientes:

- Transportar, inmovilizar y preparar al paciente para la exploración que llevará a cabo el médico.
- Recoger y guardar debidamente la ropa y pertenencias del paciente.
- Registrar las constantes vitales.
- Limpiar y mantener correctamente preparado el material hospitalario.
- Ayudar a los pacientes en la toma de medicamentos, además de con su alimentación e higiene personal.
- Tramitar las solicitudes y recoger las muestras biológicas del paciente que se soliciten (sangre, orina, etc.)
- Mantener los boxes en perfecto estado de orden, limpieza y equipamiento.
- Ayudar al enfermero en sus labores tales como: colocar sondas, administrar medicamentos.
- Rellenar y gestionar la documentación oficial.
- Mantener informados tanto a pacientes como a familiares de todo lo relativo al funcionamiento del hospital resolviendo cualquier duda les pudiera surgir.

5 Discusión-Conclusión

Aunque las funciones del TCAE dentro de la unidad de urgencias son similares a las que puede prestar en otras zonas de un hospital, se necesita una gran capacidad para la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos en la formación profesional, ya que se trata de un servicio hospitalario en el cual pueden presentarse todo tipo de patologías.

Por lo general, el TCAE es quién recibe al paciente de urgencias tras su paso por la admisión y el triaje. Entonces ha de proceder a la identificación, acomodo y preparación del paciente, prestándole ayuda en todas sus necesidades (por ejemplo, vestirse o desvestirse) asegurándose de que tiene todo lo que necesita y salvaguardando su intimidad en todo momento.

6 Bibliografía

1. <http://auxiliaresenferm.blogspot.com/2013/09/funciones-del-tcae-en-el-servicio-de.html?m=1>
2. <https://www.educativo.net/articulos/la-funcion-del-auxiliar-de-enfermeria-en-el-servicio-de-urgencias-447.html>
3. <https://www.fp-santagema.es/la-figura-del-auxiliar-de-enfermeria-en-urgencias/>

Capítulo 53

TCAE: TOMA DE CONSTANTES VITALES: MEDICIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL MEDIANTE AUSCULTACIÓN

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

IRENE VIECO DEL OLMO

MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN

1 Introducción

La tensión arterial es la presión que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. La sistólica o máxima se registra durante la sístole o contracción del ventrículo izquierdo.

La diastólica o mínima, durante la diástole o fase de relajación del ventrículo izquierdo.

La tensión arterial (TA) se mide en milímetros de mercurio (mmHg).

Aunque varía en función de factores como la edad, el estado emocional o el momento del día, los valores normales se sitúan entre 60/90 mmHg para la mínima y 120/140 mmHg para la máxima. Cuando existe un aumento anormal, se denomina hipertensión. Si los valores son menores a los normales, hipotensión.

En este caso vamos a ver como se mide por auscultación, aunque existen otros métodos:

- Medición por método palpatorio:

Se emplea solamente el esfigmomanómetro o tensiómetro, sustituyendo la auscultación por la palpación de la arteria correspondiente, normalmente la radial. Se aumenta la presión por encima del punto donde el pulso deja de notarse y se afloja lentamente. La tensión sistólica corresponde al valor registrado al palpar el primer latido. La diastólica no se puede determinar. Si no se puede medir en el brazo (por casos como amputaciones, quemados, politraumatizados, etc.), utilizar el muslo y la arteria poplítea.

- Medición por métodos invasivos:

Se basan en la introducción de una aguja, cánula o catéter en el interior de una arteria (generalmente la radial) y su visualización en un monitor, que avisa de cualquier variación que consideremos como anormal.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la toma de constantes vitales, en este caso acerca de la medición de la tensión arterial mediante auscultación.

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

Medición de la tensión arterial por el método auscultatorio:

1. Preparar el material. Comprobar que el aparato de tensión funciona bien y no tiene fugas, desinfectar las olivas (auriculares) del fonendoscopio y colocar la campana del mismo en la posición adecuada (membrana de alta frecuencia).
2. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
3. Explicar el procedimiento al paciente.

4. Debe estar acostado o sentado, sin cruzar las piernas, con el brazo apoyado sobre una mesa a la altura del corazón, relajado, en reposo desde al menos 5 minutos antes de la medida y evitando que la ropa no haga presión sobre el brazo. Preferentemente, se toma la tensión en el derecho, a menos que algo lo desaconseje.
5. Colocar el manguito desinflado, dejando el borde inferior a una distancia de 2 a 3 centímetros por encima de la fosa cubital, con espacio suficiente para poder colocar la campana del estetoscopio sin que roce con la bolsa sobre la arteria braquial, la cual se localiza por palpación.
6. Inflar el manguito con la pera hasta más o menos 30 mmHg por encima del punto en el que el pulso ya no es perceptible. Como la presión del brazalete ocluye totalmente el flujo de sangre, no se oye ningún ruido.
7. Abrir suavemente la válvula de la pera para que la aguja del manómetro descienda lentamente (2 mmHg/segundo aproximadamente).
8. Observar la escala graduada, escuchando a través del fonendoscopio para captar los denominados ruidos de Korotkoff. El primero se produce por el paso de un poco de sangre, cuando la presión en la arteria se eleva durante la sístole. Esto corresponde a la tensión sistólica (máxima). Seguir soltando el aire lentamente. A medida que descende la presión, se oyen fuertes ruidos de golpeteo. Cuando la presión del brazalete cae por debajo de la presión sanguínea diastólica, desaparecen los ruidos. La sangre fluye ya sin restricciones. Anotar ese punto como tensión diastólica (mínima).
9. Abrir la válvula para dejar salir todo el aire de la bolsa y retirar el manguito del brazo del paciente. Anotar en la gráfica los valores y las observaciones. Si hay dudas, repetir la medición pasados dos minutos.
10. Acomodar al paciente, recoger y desinfectar el material utilizado, quitarse los guantes y lavarse las manos.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la medición de la tensión arterial mediante la técnica de auscultación.

Hemos visto que aparte de esta existen otros 2 métodos más: la medición mediante palpación y la medición mediante técnicas invasivas.

Hemos visto como es el protocolo para la medición por auscultación, cabe destacar que el paciente debe encontrarse en reposo para que la medición refleje

la realidad del paciente y que se realiza mediante el uso de un fonendoscopio para captar los ruidos que ocasiona la presión arterial.

Es importante informar al paciente de la técnica a realizar y pedir su colaboración.

6 Bibliografía

1. <https://www.anestesia.org.ar>

Métodos de medición de la presión arterial.

2. <https://www.uv.es>

Medición de la Tensión Arterial - Universitat de València.

3. <https://www.saha.org.ar>

Capítulo 70 Medición de la presión arterial.

Capítulo 54

TCAE: MANEJO DEL PACIENTE EN LOS CUIDADOS PALIATIVOS

IRENE VIECO DEL OLMO

MIGUEL ANGEL PIZARRO MARTIN

FRANCISCA CAMPOS MUÑOZ

1 Introducción

Los cuidados paliativos se iniciaron en Inglaterra como filosofía hospice, y en 1990 la OMS asumió la denominación general de cuidados paliativos como “el cuidado activo y total de las enfermedades que no tienen respuesta al tratamiento curativo, con el objeto de conseguir la mejor calidad de vida posible controlando los síntomas físico –psíquicos y las necesidades espirituales y sociales de los pacientes”.

Existen unos criterios de ingreso en unidades de cuidados paliativos, que son:

- Insuficiencias orgánicas avanzadas de tipo cardiaco, respiratorio, hepático y renal.
- Enfermedades degenerativas del SNC como demencias, Parkinson, ictus, comas, ELA.
- Pacientes geriátricos pluripatológicos terminales.
- Pacientes terminales afectados de SIDA.
- Poli ulcerados con inmovilismos irreversibles.

La atención al paciente terminal se centra en los cuidados paliativos, que tienen como objetivo liberarlo del dolor y permitirle vivir los últimos días con dignidad

y conciencia y en su entorno, con su gente, en casa o en un lugar lo más parecido posible. No se trata ni de alargar ni de acortar la vida, sino de reafirmar su importancia y considerar la muerte como algo normal.

El auxiliar de enfermería colabora con el equipo terapéutico a la hora de realizar los cuidados paliativos. Si estos se llevan a cabo en el domicilio del paciente, es la familia quien los realiza, siguiendo las pautas del equipo terapéutico, el cual estará presente en los últimos momentos de vida.

2 Objetivos

Conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la atención y los cuidados del paciente terminal, los cuidados paliativos, para mejorar nuestros conocimientos y 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

Los cuidados al enfermo terminal se llevan a cabo en las unidades de cuidados paliativos de centros hospitalarios, sanitarios y de salud, y también en su domicilio. Se practican con la finalidad de controlar el dolor y sus síntomas; integrar aspectos físicos, psicológicos y espirituales; dar confort y calidad de vida; facilitar la comunicación entre el paciente y su familia, apoyando en todo momento; y dar soporte emocional.

Los cuidados paliativos, por tanto, varían según los síntomas del paciente.

- Síntomas digestivos: el paciente puede presentar anorexia (el auxiliar tratará de hacer que el intento de comer del enfermo sea agradable), estreñimiento (el auxiliar colabora en la administración de edemas), náuseas y vómitos (se asea al

paciente y la cama tantas veces como sea necesario), caquexia (se hidrata la piel del paciente y se le aplica un plan de cambios posturales) o sequedad de boca (se lavará la boca cuando se requiera). También se cuidan las sondas con sistemas de aspiración de secreciones.

- Síntomas respiratorios: el enfermo puede tener disnea (se realizarán ejercicios respiratorios y de relajación), secreciones (se emplean técnicas de movilización y aspiración de secreciones), hipo o estertores premórtem (se coloca el paciente en una posición adecuada para evitar la aspiración de secreciones).
- Síntomas neuropsicológicos: el paciente puede tener ansiedad (intentar favorecer el confort físico), depresión, insomnio (se trata con fármacos y tomando medidas de confort, oscuridad y ausencia de ruido) o confusión mental.
- Dolor: se trata farmacológicamente e incrementando las medidas de confort del paciente.
- Úlceras por presión: para prevenirlas se practicarán cambios posturales, cambios de ropa de cama y estiramientos de la ropa del paciente.

A estos cuidados se les añade, en cualquier caso, una higiene diaria y un cuidado de los ojos.

Además, se cuida la boca y las prótesis y se establecen unas normas de alimentación (se flexibiliza el horario de las comidas y la dieta se fracciona en seis u ocho tomas diarias de pequeñas cantidades).

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con el manejo del paciente terminal, en relación con los cuidados paliativos.

Si el enfermo está en un centro sanitario, se seguirá su protocolo marcado para cada situación, pero hemos podido conocer en líneas generales los principales objetivos y manejo del paciente según los principales síntomas que presente: síntomas digestivos, síntomas respiratorios, síntomas neuropsicológicos, dolor, úlceras por presión etc.

Así como también hemos destacado la importancia de la higiene y el aseo en este tipo de pacientes para mejorar su estado de ánimo y su bienestar de forma general.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov>
¿Qué son los cuidados paliativos?: MedlinePlus enciclopedia médica.
2. <https://www.secpal.com>
Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) en su guía.
3. <https://www.cancer.gov>
Cuidados paliativos durante el cáncer.

Capítulo 55

TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE): TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN SUAVE EN HIDROTERAPIA

FRANCISCO JOSE VALDES PESQUERA

1 Introducción

La hidroterapia consiste en la aplicación terapéutica del agua. Puede ser de forma externa (piel) o interna, aprovechando de esta manera sus numerosas propiedades térmicas, mecánicas y químicas.

Se utiliza con fines terapéuticos desde tiempos de la antigua Grecia, y actualmente se encuentra en su máximo auge con la proliferación de centros especializados en hidroterapia. El agua empleada puede ser de diferentes tipos: potable ordinaria, minero-medicinal o marina (talasoterapia).

Hay multitud de maneras de aplicar el agua terapéuticamente y se deben tener en cuenta factores como el alcance de la zona a tratar, la temperatura y la zona de aplicación. Según la intensidad del estímulo aplicado se clasifican en: técnicas de estimulación suave y técnicas de aplicación con presión.

Vamos a centrarnos en las técnicas de estimulación suave.

La medida más conocida de estas técnicas de estimulación suave son los baños, de los cuales existen numerosos tipos. Pueden ser totales, parciales o especiales, y son los más utilizados en la hidroterapia. Varían dependiendo de la temperatura

y de acuerdo con esta, será la duración. Por ejemplo, un baño frío (10 a 33 °C) es recomendable únicamente entre medio minuto y un minuto; un baño caliente (36 a 42 °C), entre quince y veinte minutos; uno tibio (33 a 38 °C), de veinte a veinticinco minutos.

2 Objetivos

Dar a conocer, como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería, algunas cuestiones básicas relacionadas con las técnicas de estimulación suave en hidroterapia, ayudando a unificar criterios y mejorando nuestra calidad asistencial hacia el 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

Los efectos biológicos del agua son múltiples y se dividen según sus propiedades mecánicas, térmicas y químicas: efecto mecánico, factor hidrostático, efecto térmico, efectos químicos.

Los baños más característicos son:

- Baño turco: se pueden aplicar parcialmente (cubriendo con una sábana la parte a tratar, generando el vapor con un recipiente) o totalmente (la persona entra en una cabina saturada de vapor a una temperatura entre los 40 y los 45°C de diez a veinte minutos).
- Baños simples: en bañera o en piscina, con agua caliente o tibia.
- Baños de contraste: se alterna el baño con agua fría con el de agua caliente. Normalmente, se emplea para las extremidades; por tanto, es un baño parcial.
- Baños parciales simples.
- Baños de remolino: son parciales y el agua (caliente) está en constante agitación. Combina la acción térmica del agua con la mecánica.

- Baños galvánicos: se aplican en bañera con agua salada y electrolitos a una temperatura de 33°C, en la que se aplica una corriente continua de baja tensión, resultando un baño vasodilatador útil, por ejemplo, en la reabsorción de edemas.
 - Baño de oxígeno: con una bombona exterior se hace borbotear oxígeno en el baño. Caliente (35 a 37 °C) y de efecto analgésico.
 - Baño de ozono: con temperatura entre 36 y 38 °C durante entre diez y trece minutos. Relaja músculos y reduce inflamaciones. El paciente debe descansar media hora después del baño.
 - Envolturas y compresas: de forma parcial o total se aplican lienzos mojados, calientes o fríos.
 - Emplastos: envolturas con barro añadido.
 - Fomentos: compresas muy calientes (entre 60 y 70 °C), que se renuevan cada treinta o cuarenta minutos.
 - Abluciones: el agua se aplica directamente en la piel con la mano o con una esponja o guante.
- Pueden ser totales o parciales, frías o calientes.

5 Discusión-Conclusión

Hemos podido conocer como personal sanitario formado en cuidados auxiliares de enfermería algunas cuestiones básicas relacionadas con la hidroterapia.

La hidroterapia está indicada para problemas de traumatología (esguinces, fracturas, luxaciones, quemaduras, rehabilitación, etc.), reumatología (lesiones inflamatorias y degenerativas) o neurología (parálisis, esclerosis múltiple, miopatías).

En este caso hemos podido conocer las principales técnicas de estimulación suave también denominadas baños, algunos de los más utilizados son: los baños turcos, los baños simples, los baños de contraste, los baños parciales simples, los baños de remolino, los baños galvánicos, los baños de oxígeno, los baños de ozono, envolturas y compresas, emplastos, fomentos y abluciones.

6 Bibliografía

1. <https://formacurae.es>

Tema 20. Termoterapia e hidroterapia - Formacurae.

2. <https://mhe.es>

Termoterapia e hidroterapia Casos prácticos - McGraw-Hill.

3. <http://www.opes.es>

En relación con la hidroterapia, es cierto que: | Termoterap.

Capítulo 56

LAS FUNCIONES DEL TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA (TCAE) EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS.

ROSA MARÍA MORENO RABADÁN

1 Introducción

La insuficiencia renal es una situación en la que se produce un fracaso de las funciones del sistema renal, por lo tanto, si hay un fallo de la función depuradora, reguladora y endocrino-metabólica, esta situación puede ser aguda o crónica.

La hemodiálisis es un procedimiento médico mediante el cual una máquina desempeña las funciones de limpieza y filtrado de sangre, algo que normalmente hacen los riñones.

Esto se realiza mediante un proceso físico-químico llamado diálisis. En este proceso, dos materiales, en este caso la sangre del paciente y el líquido especial de diálisis en concentraciones diferentes, igualan sus concentraciones mediante intercambios que se producen a través de una membrana semipermeable.

Los riñones de las personas enfermas han perdido la capacidad de cumplir con sus funciones. Los efectos del procedimiento de hemodiálisis sobre el paciente suelen ser leves. Pueden sentir un dolor moderado en el momento de la punción de la fístula, puede tener dolor de cabeza o bajada de tensión arterial durante la sesión.

En los últimos años se ha producido un gran avance en las técnicas sustitutivas de la función renal que resultan más eficaces y seguras. Cuando un paciente es

derivado a un trasplante de riñón, la diálisis es un tratamiento temporal, pero cuando está contraindicado el trasplante la diálisis se convierte en la única opción terapéutica.

2 Objetivos

Describir las funciones del TCAE en la unidad de hemodiálisis.

3 Metodología

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.

4 Resultados

El equipo de enfermería, junto con el técnico en cuidados auxiliares de enfermería se encargan de los cuidados básicos del enfermo con insuficiencia renal.

Se tiene que guiar constantemente al enfermo, así como contribuir a su estabilidad emocional creando un ambiente de seguridad y confianza para él.

Las personas que reciben un tratamiento de diálisis tienen que enfrentarse a una enfermedad crónica y a un tratamiento invasivo, y periódico.

Todo esto supone un alto coste para el paciente y para su familia a nivel físico, psicológico, social y económico.

Se debe de informar al paciente sobre los cuidados que debe realizar, es importante que conozcan tanto el funcionamiento de la diálisis como el objetivo.

Existen dos tipos de diálisis, diálisis peritoneal y hemodiálisis.

El TCAE dentro del equipo de enfermería colaborará y vigilará durante la sesión de hemodiálisis. Principalmente, en la unidad de hemodiálisis el TCAE se ocupará de:

- Mantener el área del paciente y todas las salas de la unidad.
- Preparar el material necesario (jeringuilla, paños estériles, agujas etc.).
- Recibir al paciente, comprobar que este cómodo y que la maquina este preparada para funcionar
- Comprobar que el paciente esta en condiciones óptimas de ser dializado. Si no se encuentra bien, lo comunicara a la enfermera.
- Comprobar signos vitales del paciente.
- Pesar al paciente antes y después de cada sesión.
- Medir la presión arterial cada 30 minutos.
- Anotar la ingesta y diuresis realizada durante la sesión.
- Ayudar a la enfermera en el proceso de conexión y desconexión de la fistula o del catéter.
- Desmontar y desinfectar los monitores de la diálisis una vez terminada la sesión , y todo el material utilizado en la misma.
- Retirar, preparar y empaquetar el material que hay que esterilizar.
- Preparar el material para el siguiente paciente.

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. www.salud.cm.net
hemodiálisis.
2. www.areasaludbadajoz.com,
acogido al nuevo trabajador de la unidad de diálisis.

Capítulo 57

TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA MEDIANTE TERAPIA MANUAL Y TÉCNICAS DE ACUPUNTURA

SILVIA RUIZ CUESTA

1 Introducción

Para conocer el origen de la dismenorrea y su significado se hace necesario contextualizar el proceso en el cual esta afección se produce. Pejic y Jankovic en su artículo publicado en 2016 definen el término menstruación como un proceso fisiológico normal que ocurre aproximadamente una vez al mes en mujeres en edad reproductiva como resultado de la descomposición del tejido endometrial. Este proceso se desencadena por la disminución de los niveles de progesterona y estrógeno en la fase secretora tardía del ciclo menstrual en ausencia de embarazo. García Arroyo en el año 2017 establece como “dismenorrea” un problema ya conocido por Hipócrates, quién lo asoció a una obstrucción del cuello uterino.

Pejic y Jankovic, 2016 dan a conocer los tipos que existen según la presencia o ausencia de patología, categorizándola en primaria o secundaria. La dismenorrea primaria se refiere al dolor en ausencia de una patología pélvica obvia. Son múltiples y variados los síntomas dolorosos que las mujeres experimentan en esta fase del ciclo menstrual, pero Bajan et al., 2018 establecen en la primaria, la presencia de calambres uterinos dolorosos que se sienten justo antes o durante la menstruación en la parte inferior del abdomen sin ninguna patología pélvica detectable.

Si bien la dismenorrea primaria no es una afección potencialmente mortal, puede provocar discapacidad e ineficiencia, puede llevar a la ausencia de la escuela o

el lugar de trabajo. Ellos mismo establecen como posibles causas que agravan en dolor menstrual el consumo de tabaco, una edad más temprana de la menarquía o una mayor duración de la menstruación.

A pesar de las posibles causas que lo agravan, y según establece García Arroyo en su artículo publicado en 2017 aún no se ha hallado una etiología convincente del trastorno.

Gharderi et al., 2017 concuerdan con esa línea de investigación y comparten la idea de que la mayoría de los síntomas se explican con la acción de prostaglandinas uterinas (PG), especialmente PGF2 α . Informando de que la PGF2 α puede conducir a la estimulación de las contracciones del miometrio, la isquemia y la sensibilización de los nervios, llegando a producir procesos dolorosos como la dismenorrea.

Son muchos los estudios que establecen cifras aproximadas del número de mujeres que pueden padecer dismenorrea. En el artículo publicado por Wong, 2018 se considera que la dismenorrea es altamente prevalente entre las adolescentes: en todo el mundo, aproximadamente del 20 al 90% de las adolescentes sufren dismenorrea. Estos datos son muy similares a los encontrados por Bajalan et al, 2018 en su revisión sistemática, el cual habla de porcentajes que andan en mujeres en edad reproductiva de entre 16-91%; siendo de tipo grave en 2-29% de los casos.

Según cita Subasinghe et al. en su artículo publicado en 2016 aproximadamente el 60% de ellas usaron analgésicos para el alivio y por el contrario, el 82% de las mujeres con dismenorrea moderada o grave informaron haber usado medidas no farmacológicas, como la terapia de calor, a pesar de la evidencia limitada e inconsistente de su eficacia en la dismenorrea. En esta misma investigación, se conoció que el 86% de las mujeres con dismenorrea habían buscado información sobre el dolor menstrual de otras fuentes, como Internet o los miembros de la familia. Estas fuentes percibidas como "más accesibles" pueden representar un mayor potencial de desinformación y a su vez, estos hallazgos resaltan la necesidad de información accesible, confiable y útil.

Wong en su artículo publicado en 2018 establece la necesidad de prestar atención no sólo a aspecto físico de la patología, sino también a la afectación que tiene la misma en su vida cotidiana y actividad social. Estos efectos, a su vez, probablemente afecten las funciones emocionales y sociales de las niñas con dismenorrea. Esta afirmación aportada por Wong en 2018 es plasmada también en el estudio de Weisberg et al., 2016 en el cual una mayor proporción de mujeres con dolor severo o muy severo reportó un profundo efecto en su salud física y emocional, indicando que se sentían deprimidas, que no tenían energía y que no podían hacer frente a sus actividades sociales y de ocio. Del mismo modo, Abd

El-Mawgod et al.2016 afirma que la calidad de vida durante la dismenorrea es más pobre afectando en la capacidad para realizar tareas, la limitación de la actividad diaria, la disminución de la concentración en la clase, la disminución del rendimiento académico y el retiro social.

La prevalencia de dismenorrea es críticamente alta en esta muestra de mujeres jóvenes según Subasinghe et al, 2016, y muchas indican que el dolor tuvo un impacto adverso significativo en numerosas actividades diarias. Sin embargo, una gran proporción no usó medicamentos para el dolor y obtuvo información sobre la dismenorrea de fuentes distintas a los profesionales de la salud, lo que representa un gran riesgo de desinformación y una barrera potencial para buscar asesoramiento médico temprano.

Muchas mujeres usan estrategias de autocuidado como reducir actividades físicas, ajustar su dieta, relajar su útero con terapias tradicionales y expresar sus emociones durante la dismenorrea según publican Ghaderi et al. en el 2017. También añaden el beber agua con azúcar moreno, sopa de jengibre o evitar alimentos y bebidas fríos. Las formas en que las mujeres manejan su dismenorrea están influenciadas por su edad, menarquía, apoyo percibido y experiencias previas de dismenorrea. Las diferentes culturas prefieren diferentes hierbas medicinales; los iraníes prefieren jengibre, canela, azafrán purificado, semilla de apio y anís. Los japoneses prefieren Kampo y los taiwaneses prefieren la sopa de cuatro agentes. Un estudio que hace visible esto es publicado por Jarrel y Arendt-Nielsen en 2016 haciendo plausible la necesidad de conocer las terapias apropiadas para esta condición. Se incluyen, los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos, el uso continuo de anticonceptivos orales, el dispositivo intrauterino de liberación de progestina, diversas formulaciones de progestina y agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina. Estos medicamentos tienen costos y efectos secundarios variables y, en algunos casos, la medicación será ineficaz o inaceptable y será necesaria la reversión a la histerectomía.

Con los datos informativos aportados que engloban tanto las características generales de la patología, la epidemiología de la misma y el uso de diferentes técnicas que la población afectada usa para el alivio del dolor, se hará una revisión sistemática para conocer posibles técnicas a aplicar en esta patología que se alejen del tratamiento sintomatológico que acarree efectos secundarios en el organismo. Es por ello que se procederá a la revisión sistemática de técnicas denominadas alternativas englobadas dentro de la medicina tradicional china y las técnicas manipulativas.

2 Objetivos

Analizar la evidencia existente sobre los efectos de las técnicas manuales y de la acupuntura en el alivio de los episodios de dismenorrea.

3 Metodología

Se realiza una revisión bibliográfica de ensayos clínicos basados en las recomendaciones realizadas por la normativa Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analyses (PRISMA) (14). Las recomendaciones seguidas para la realización de esta revisión sistemática fueron las confeccionadas por PRISMA.

4 Resultados

En cuanto a la capacidad para evaluar el efecto curativo que producen en el organismo las diferentes técnicas aplicadas en los estudios analizados, es conveniente conocer los diferentes métodos y escalas para observar la percepción del dolor y el alivio del mismo, que han sido usados en la revisión sistemática. Es igual de importante mencionar las grandes diferencias existentes de unos artículos a otros. Siendo tal, la diferencia de medición que se establece, que la misma puede variar desde la aplicación de varios test en un mismo artículo a la no aplicación de ninguno y servirse únicamente como forma de evaluación de la mejoría, de informaciones verbales de los pacientes.

El estudio de Guo y Meng, en 2008 es el único artículo incluido en la revisión donde no existe aplicación de ningún tipo de escala o valoración más allá de la simple información que los pacientes proporcionan verbalmente. Para el grupo experimental se establece una curación del 93.3% y una curación del 73.3% para el grupo control.

De forma general, son varios los métodos usados para la obtención de datos en los diferentes artículos, no se puede establecer un mejor sistema de valoración de uno frente a otro, ya que estamos hablando de esferas de dolor percibido.

El cuestionario McGill (SF-MPQ) fue aplicado en tres de los siete artículos elegidos para la realización del trabajo, en concreto los artículos realizados por Yeh et al., 2013; Gharlonghi et al., 2012; Wu et al., 2012; (17,19,21). La escala consiste en 15 descriptores (11 sensoriales, 4 afectivos) que se clasifican en una escala de intensidad de 0/3 según gravedad de tal manera que puede alcanzarse un valor de 45 puntos como máximo según explica Melzack, 1987.

La escala visual analógica (VAS), fue también elegida como sistema de medición para la cuantificación del dolor percibido en los artículos de Yeh et al., 2013; Hondras et al.,1999; Bu et al., 2011 (17,18,20).

En el estudio publicado por Wu et al., 2012 se usa una escala numérica, denominada (NRS) para valorar numéricamente el dolor; Estos dos últimos sistemas de valoración es posible que no revelen una información demasiado relevante ya que la información que dan en los estudios puede ser similar a la obtenida en otras escalas, simplemente sería relevante los datos obtenidos en el caso de ser aplicada de forma aislada, cosa que no se cumple en ninguno de los artículos analizados.

Para valorar el malestar menstrual se escoge la Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) en dos casos; tanto en el estudio publicado por Yeh et al.,2013; como en el publicado por Hondras et al.,1999; (17,18). Se valora mediante 46 ítems la evaluación y el tratamiento de los síntomas premenstruales y menstruales. El MDQ puede distinguir los cambios cíclicos de los no cíclicos en los síntomas físicos, el estado de ánimo y el comportamiento y la excitación. Identifica el tipo y la intensidad de los síntomas que experimentan las mujeres durante cada fase del ciclo menstrual y puede ayudar a los investigadores y clínicos a especificar el efecto de las intervenciones terapéuticas. Como publica Moos, R., 2010.

La escala COX Menstrual Symptom Scale (CMSS) Publicado por Cox y Meyer, 1978, la cual consiste en la evaluación de 18 esferas a las cuales se evalúa en una escala de 0 a 4 según la severidad de los síntomas; es usada en dos de los siete artículos analizados; en el de Bu et al.,2011 para extraer información perteneciente a la sintomatología desarrollada por la muestra analizada en los mismos.

Otra de las variables ajenas a la medición de dolor es la medición plasmática de prostaglandinas que se realiza en el estudio publicado por Hondras et al.,1999. Una medición del plasma sanguíneo valora la concentración de metabolitos de prostaglandina F2 α , más concretamente la 15-keto-13,14-dihydro-prostaglandina F2 α (KDPGF2 α). Los niveles de estos metabolitos fueron medidos 15 minutos antes y 60 minutos después del tratamiento recibido. La prostaglandina aumenta en concentraciones plasmáticas periféricas en procesos de inflamación tanto aguda como crónica. La administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) favorece la disminución de síntesis y liberación de Prostaglandinas de tipo F2 según explican Ricciotti y FitzGerald, 2011 en su artículo; de tal manera que en el estudio Hondras et al., 1999 se busca la reducción de los niveles sanguíneos de prostaglandinas con la intención de conocer si las técnicas aplicadas reducen la inflamación sugiriendo un efecto similar al que producen los AINES. Los análisis realizados a nivel plasmático fueron comparados entre las dos ma-

nipulaciones osteopáticas aplicadas a los diferentes grupos de investigación del estudio de Hondras et al., 1999. El primer ciclo menstrual de las mujeres evaluadas sirvió para establecer los criterios bases en cuanto a su nivel de prostaglandinas para el posterior análisis en los sucesivos periodos. Los datos revelan la disminución de las prostaglandinas en la técnica de Low Force Mimic Maneuver (LFM) y también en la técnica de Spinal Manipulative Therapy (SMT), cambios que se evidencian en los ciclos 2, 3, y 4. No se registraron cambios significativos en la disminución de los niveles de prostaglandinas con las técnicas manipulativas, sin embargo sí registraron una leve tendencia a la reducción. Del mismo modo que tampoco se establece una variación significativa entre las medidas pre-tratamiento y post-tratamiento en la (VAS) y el cuestionario MDQ.

La revisión sistemática realizada por Abaraogu et al., 2017, determina que no hay una evidencia que pueda ser significativa de la aplicación de técnicas manipulativas para el tratamiento de la dismenorrea. Y este artículo publicado por Abaraogu et al., 2017, al igual que el publicado por Ruffini et al., 2016 establecen la necesidad realizar estudios de mayor calidad teniendo en cuenta el uso de evaluadores cegados y el posible uso de este tipo de técnicas como terapias coadyuvantes en el tratamiento de la dismenorrea.

5 Discusión-Conclusión

Como indican algunos estudios analizados en este capítulo se llega a la conclusión de que no hay evidencia significativa de los beneficios de la aplicación de técnicas manipulativas para el tratamiento de la dismenorrea.

Así mismo se concluye que es necesario realizar estudios de mayor calidad que tengan en cuenta el uso de evaluadores cegados y el uso de terapias coadyuvantes utilizadas para el tratamiento de la dismenorrea.

6 Bibliografía

1. Study Quality Assessment Tools | National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) [Internet]. [citado 29 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
2. Pejčić A, Janković S. Risk factors for dysmenorrhea among young adult female university students. *Ann Dell'Istituto Super Sanità* .2016; 52(1): 98-103.
3. García Arroyo JM. Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2017;82(3):271-9.

4. Ghaderi F, Asghari Jafarabadi M, Mohseni Bandpei MA. Dysmenorrhea and self-care strategies in Iranian female students: a regression modeling of pain severity and underlying factors. *Int J Adolesc Med Health* 2016; 29(6).
5. Bajalan Z, Moafi F, MoradiBaglooei M, Alimoradi Z. Mental health and primary dysmenorrhea: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2018;1-10.
6. Subasinghe AK, Happo L, Jayasinghe YL, Garland SM, Gorelik A, Wark JD. Prevalence and severity of dysmenorrhoea, and management options reported by young Australian women. 2016;6.
7. Seidman LC, Brennan KM, Rapkin AJ, Payne LA. Rates of Anovulation in Adolescents and Young Adults with Moderate to Severe Primary Dysmenorrhea and Those without Primary Dysmenorrhea. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018;31(2):94-101.
8. Latthe PM, Champaneria R. Dysmenorrhoea. *BMJ Clin Evid* ;201; 0813.
9. Wong CL. Health-related quality of life among Chinese adolescent girls with Dysmenorrhoea. *Reprod Health* 2018;15(1).

Capítulo 58

ACTUALIZACIÓN EN LA PERIODONTITIS APICAL

FRANCISCO RODRÍGUEZ HERRERA

1 Introducción

Uno de los principales motivos de consulta en las clínicas dentales a día de hoy tiene que ver con los procesos ocasionados por la degeneración del tejido pulpar dental, siendo en la mayoría de las ocasiones como consecuencia de una caries no tratada que ha sobrepasado la dentina ocasionando una patología irreversible a nivel pulpar, aunque también ser consecuencias otras situaciones como traumatismos dentales esporádicos o bien por traumatismos dentales repetitivos como consecuencia de parafunciones orales como por ejemplo el bruxismo.

La afectación del tejido pulpar y la posterior degeneración ocasionan la aparición de alteraciones los componentes adyacentes al ápice dentario, integrados por el cemento radicular, el ligamento periodontal y el hueso del proceso alveolar.

Este tipo de procesos se denomina periodontitis apical y presenta diferentes formas en función de la sintomatología y la evolución en el tiempo de los mismos.

El tratamiento exitoso de este tipo de problemática es la última barrera que hay entre el mantener un diente en la cavidad oral y la necesidad de exodonciar, por lo que es sumamente importante que sean tratados de la forma más correcta posible.

La periodontitis apical podemos encontrarla en forma aguda donde estarían encuadradas la periodontitis apical aguda y el absceso apical agudo y forma crónica, en la que incluirían la osteítis condensante, la periodontitis apical crónica, el absceso apical crónico y el quiste periapical.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Mejorar los conocimientos actuales de la periodontitis apical.

Objetivos secundarios:

- Determinar el mejor tratamiento posible para este tipo de patología.
- Conocer la prevalencia de la periodontitis apical en la actualidad.

3 Metodología

El presente trabajo de investigación se ha realizado mediante el modelo de revisión sistemática de la literatura, utilizando la base de datos PUBMED, restringiendo la búsqueda de información a las revisiones sistemáticas y los metanálisis publicados en los últimos cinco años.

4 Resultados

- La prevalencia de la periodontitis apical a nivel general es muy alta, llegando a presentarse en al menos 1 diente en casi la mitad de la población. Presenta un número más elevado en aquellos pacientes que sufren de una enfermedad con repercusión sistémica como es el caso de la diabetes mellitus o las enfermedades cardiovasculares, que en población sana.
- El tratamiento indicado en este caso de patología es el tratamiento de conductos, si bien es cierto que no se presentan diferencias significativas en la forma de realizarlo en cuanto al número de sesiones necesarias debido a que presentan la misma efectividad los tratamientos realizados en una única sesión que cuando se han realizado los tratamientos en diferentes fases o sesiones.
- El uso de antibióticos sistémicos en la periodontitis apical sintomática y en el absceso apical agudo no parece tener los efectos que la mayoría de los profesionales considera que tiene a la hora de recetarlos. No se ha evidenciado diferencia significativa entre la evolución de los procesos tras la administración de los antibióticos sistémicos o la administración de un placebo, observándose la misma variación en cuanto a dolor e inflamación de la zona afectada.

La única salvedad que se realiza con respecto a esta norma, es la de la utilización de los antibióticos sistémicos solo en aquellos casos en los que se produzca una repercusión sistémica como consecuencia de la patología periapical.

- Cuando los tratamientos endodóncicos tradicionales no obtienen resultados adecuados en cuanto a la resolución del proceso periapical queda la alternativa, antes de proceder a la exodoncia del diente, de intentar la realización de cirugía apical con una obturación a retro, que presenta una tasa de éxito elevada a medio y largo plazo (superior al 70%), siempre que se realice por profesionales con amplia experiencia en la aplicación de esta técnica quirúrgica.

5 Discusión-Conclusión

La periodontitis apical es una de esas patologías que tienen una prevalencia muy alta en la sociedad y que debido en gran medida a la ausencia de sintomatología que se produce en ocasiones en el paciente, no somos conscientes de ella hasta que se realiza una revisión rutinaria con una prueba complementaria de imagen radiográfica.

Hasta la fecha, muchos profesionales siguen tratándola como se venía haciendo en décadas anteriores sin ser necesario en la mayoría de los casos.

Debemos ser conscientes de que el tratamiento exitoso de esta patología es la última frontera antes de llegar al punto de no retorno, que en nuestro caso, es la exodoncia del diente.

Se precisa la realización de nuevos estudios centrados en esta patología para poder determinar el algoritmo de elección de los tratamientos complementarios así como de un protocolo específico de las mejores condiciones para realizarlo.

6 Bibliografía

1. Pérez-Losada F de L, Estrugo-Devesa A, Castellanos-Cosano L, Segura-Egea JJ, López-López J, Velasco-Ortega E. Apical Periodontitis and Diabetes Mellitus Type 2: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med*. 17 de febrero de 2020;9(2):E540.
2. Berlin-Broner Y, Febbraio M, Levin L. Association between apical periodontitis and cardiovascular diseases: a systematic review of the literature. *Int Endod J*. septiembre de 2017;50(9):847-59.
3. Lockhart PB, Tampi MP, Abt E, Aminoshariae A, Durkin MJ, Fouad AF, et al. Evidence-based clinical practice guideline on antibiotic use for the urgent management of pulpal- and periapical-related dental pain and intraoral swelling: A report from the American Dental Association. *J Am Dent Assoc* 1939. noviembre de 2019;150(11):906-921.e12.

4. Pinto D, Marques A, Pereira JF, Palma PJ, Santos JM. Long-Term Prognosis of Endodontic Microsurgery-A Systematic Review and Meta-Analysis. *Med Kaunas Lith.* 3 de septiembre de 2020;56(9):E447.
5. Cope AL, Francis N, Wood F, Chestnutt IG. Systemic antibiotics for symptomatic apical periodontitis and acute apical abscess in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 27 de septiembre de 2018;9:CD010136.
6. Tibúrcio-Machado CS, Michelin C, Zanatta FB, Gomes MS, Marin JA, Bier CA. The global prevalence of apical periodontitis: a systematic review and meta-analysis. *Int Endod J.* mayo de 2021;54(5):712-35.
7. Jakovljevic A, Nikolic N, Jacimovic J, Pavlovic O, Milicic B, Beljic-Ivanovic K, et al. Prevalence of Apical Periodontitis and Conventional Nonsurgical Root Canal Treatment in General Adult Population: An Updated Systematic Review and Meta-analysis of Cross-sectional Studies Published between 2012 and 2020. *J Endod.* octubre de 2020;46(10):1371-1386.e8.

Capítulo 59

CONTROL DE LA CONDUCTA DEL PACIENTE PEDIÁTRICO EN LA CONSULTA DENTAL

FRANCISCO RODRÍGUEZ HERRERA

1 Introducción

En España, hasta hace relativamente poco tiempo, no se había realizado un plan estratégico para la prevención y promoción de la salud dental en la población infantil. La educación en higiene dental desde el ámbito domiciliario hasta el escolar era prácticamente nula por lo que la prevalencia de caries en estas edades era relativamente alta. No se le había dado la importancia necesaria a educar a la población en la necesidad de realizar una correcta higiene dental, a pesar de que ya se habían implementado medidas colectivas como la fluorización del agua de bebida o la sal de consumo común.

Las consultas realizadas en la clínica dental se centraban casi exclusivamente en solucionar el problema de la caries cuando presentaban sintomatología, incluso manteniendo la creencia errónea de que las caries en dientes deciduos no era preciso tratarlas debido a que esos dientes, en poco tiempo, se remplazarían por dientes definitivos.

Hasta que no se instauraron los programas preventivos de promoción y educación para la salud en el sistema de salud públicos no se extendió de forma rutinaria la revisión bucodental en la población infantil, hecho que conllevó, con el paso del tiempo una reducción significativa de la prevalencia de caries infantil en nuestra sociedad, y un mayor conocimiento de las técnicas adecuadas de higiene oral, tanto en el ámbito de población infantil como adulta.

El mayor número de revisiones y tratamientos dentales realizados en niños conlleva un reto importante debido a que se trata de un tipo de paciente especialmente complicado de tratar en consulta, por lo que es realmente importante conocer y utilizar de forma adecuada los mecanismos de los que disponemos para el control de la conducta del niño, a fin de conseguir realizar los tratamientos de la forma más rápida y eficiente posible sin generar rechazo a las visitas habituales.

2 Objetivos

- Conocer las técnicas actuales utilizadas en la consulta dental para el control de la conducta de los pacientes pediátricos.
- Identificar las técnicas de control de la conducta que generan rechazo por parte de los pacientes y de sus familiares.

3 Metodología

Para la elaboración del presente trabajo se ha realizado una revisión de la literatura específica en el campo de la odontopediatría, tanto a nivel nacional como internacional, seleccionando aquellos documentos que tratasen en profundidad el tema de la modificación de la conducta en la consulta dental.

4 Resultados

Las técnicas de modificación de la conducta en el gabinete dental se pueden dividir básicamente en 3 grandes grupos:

1. Técnicas encaminadas a mejorar la comunicación entre el profesional y el paciente infantil, entre las que encontramos:
 - Indicaciones: se basa en explicar al paciente de forma ordenada los procedimientos que vamos a desarrollar.
 - Utilización de un lenguaje comprensible por parte del paciente: no debemos dirigirnos al paciente con un lenguaje técnico ni con un lenguaje que pueda relacionar con aspectos dañinos para él. A modo de ejemplo siempre podemos utilizar la expresión “pellizco o picotazo de mosquito” en lugar de utilizar los términos “pinchazo, aguja, jeringa”.
 - Distracción: se trata de orientar la atención del niño hacia algo distinto del procedimiento que vamos a realizar.

- El juego como terapia: todas aquellas actuaciones que podamos enfocar como un modo de juego van a facilitar la colaboración del paciente.
- Control de la voz: se trata de realizar una variación del tono de voz a modo de atraer la atención del paciente, consiguiendo ser mucho más efectiva cuando se realiza en el momento en el que se produce la alteración conductual.
- Lenguaje no verbal: aquí juegan un papel fundamental, el tono de voz del profesional, la forma de expresarse, la posición que adopte.
- Técnica del Triple E: anteriormente, se conocía como Decir- Mostrar- Hacer. No deja de ser una técnica que se fundamenta en explicarle al paciente el procedimiento que va a realizar, mostrarle cómo y con qué se va a realizar y finalmente realizarla. Es probablemente la técnica más eficaz para conseguir la colaboración del paciente.

2. Las técnicas propias de modificación de la conducta, entre las cuales, las más representativas son:

- Realización de visitas previas ala consulta dental antes de la cita propia para la realización del tratamiento.
- Imitación: se basa en que si los pacientes ven el tratamiento que se les va a realizar sobre otro niño, pueden entender de una forma más precisa la situación que van a vivir en su visita a la consulta, minimizando el miedo a lo desconocido.
- Refuerzo positivo de las conductas adecuadas. Aquí sería suficiente con la realización de comentarios alabando la actuación del paciente, aunque puede emplearse la gratificación material.
- No tener prisa. A veces los pacientes solo necesitan tiempo para adaptarse a la situación que están viviendo. La prisa puede llegar a ocasionar que no se sienta cómodo, consiguiendo únicamente perder el tiempo.

3. Técnicas de limitación. Solo está aconsejada su utilización cuando el resto de técnicas no han funcionado y es totalmente necesario la realización del tratamiento.

- Abrebocas: existen diferentes tipos de dispositivos, de diferentes tamaños para adecuarse a la fisionomía oral de cada paciente.
- Inmovilización: en este apartado podemos encontrar diferentes variantes, ya que puede ser realizada por el personal sanitario, a través de dispositivos específicos diseñados para tal efecto como pueden ser el Pedi-Wrapa o el Papoose Board, o bien la inmovilización puede ser realizada por los propios progenitores o familiares del paciente.

Como último resultado y no menos importante es de vital importancia que no

se realice en la consulta como medio de control de la conducta una técnica que hasta la fecha se utilizaba de forma bastante rutinaria como es la Mano sobre boca, principalmente porque con ella no vamos a conseguir una modificación del niño, sino más bien una desaprobación de los padres hacia los profesionales que efectuamos el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Actualmente, es de vital importancia introducir a los menores en las revisiones periódicas de la cavidad oral con el objetivo de poder detectar las alteraciones que se pueden producir de la forma más temprana posible, por lo cual es fundamental que seamos capaces de poder mantener una relación de confianza con los pacientes que las visitas a nuestra consulta no supongan un motivo de estrés añadido.

Con las técnicas que se han descrito con anterioridad se puede llegar a conseguir tanto esa confianza, como poder recuperarla si se llega a perder en algún momento. Tan solo requieren paciencia para poder controlarlas de forma adecuada y saber qué técnica debe ser empleada con cada paciente en el caso de ser necesaria.

6 Bibliografía

1. Boj JR. Odontopediatría: la evolución del niño al adulto joven. Madrid: Ripano; 2012.
2. Boj JR. Odontopediatría. Barcelona: Masson; 2005.
3. Barbería Leache E. Odontopediatría. Barcelona: Masson; 2002.
4. Dean JA, McDonald RE, Avery DR, Jones JE, Walker Vinson LA. McDonald y Avery Odontología pediátrica y del adolescente. Barcelona: Elsevier; 2018.
5. Cameron AC, Widmer RP. Manual de odontología pediátrica [Internet]. 2010 [citado 7 de enero de 2022]. Disponible en: <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=2066148>

Capítulo 60

CONTROL DE LA PLACA DENTAL E IMPLICACIÓN DEL HIGIENISTA BUCODENTAL

SONIA MARTÍN MORENO

ELENA CARDEÑA DÍAZ

IRENE GARCÍA PAVÓN

MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO

1 Introducción

La cavidad oral está llena de microorganismos que a lo largo de la vida van cambiando. Es lo que conocemos como la microflora oral. Cuando nacemos, la boca es estéril pero poco después del parto aparece la primera bacteria colonizadora, el *S. Salivarius*. A lo largo de nuestra vida vamos adquiriendo diferentes tipos de bacterias: con la primera dentición temporal, con los diferentes hábitos, nuestro estilo de vida e incluso por el uso de medicamentos o prótesis dentales.

Según un estudio de *Journal of Bacteriology* podemos llegar a albergar en nuestra cavidad oral más de 700 especies de bacterias. La mayoría de estas bacterias se encuentran en forma de biopelículas. Es importante entender que la microflora oral es esencial para la salud bucal y que las bacterias y las biopelículas nos ayudan a mantener en equilibrio el ecosistema de nuestra boca.

El equilibrio de esta flora microbiana puede verse afectada por diferentes aspectos, como un mal control de la placa, una dieta alta en carbohidratos y medicación.

Esto nos lleva, en consecuencia, a una disbiosis y a la colonización de microorganismos mucho más nocivos.

Entender la composición de nuestra flora microbiana y las consecuencias de un mal control de la misma será imprescindible en nuestra consulta de atención primaria.

2 Objetivos

- Explicar la importancia de un buen control de la placa dental, mediante los medios a nuestro alcance, con el fin de preservar una buena salud oral.
- Dar a conocer las labores de educación sanitaria llevadas a cabo por el técnico superior en higiene bucodental.

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

La educación es clave para que el paciente entienda la importancia de la remoción de la placa dental. Será labor del técnico superior en higiene bucodental conocer los diferentes métodos de remoción de placa, al igual que las diferentes técnicas, ya que no todos los pacientes son iguales y la educación tiene que ser totalmente individualizada y adaptada a sus condiciones.

Si un paciente tiene buena técnica, el profesional no cambiará nada de su rutina, solo evaluará si hay puntos claves que mejorar y mantendrá su motivación. Si por el contrario nuestro paciente no domina la técnica del cepillado, deberemos sentarnos con él enfrente de un espejo y explicarle, paso a paso, como debería proceder.

La elección del cepillo, tanto si es manual o eléctrico, no es tan importante como la técnica o el tiempo de cepillado. Según la revisión sistemática de Slot et al. (2012) hay una relación directa entre el cepillado y el tiempo empleado, siendo lo más recomendable el cepillado alrededor de los dos minutos, siempre acom-

pañado de una pasta fluorada. Para controlar el tiempo, sobretodo en niños, podemos aconsejarles medirlo con relojes de arena o diferentes juguetes creados para tal fin.

Para una mejor visión de las zonas de la boca que no se consigue cepillar bien, nos podemos ayudar de reveladores de placa. Son muy útiles y muy visuales.

Los más usados son en forma de tabletas o soluciones en la clínica dental. Si es con comprimidos el paciente las masticará un minuto, se aclarará con agua y ya podremos ver el resultado. Si escogemos el uso de soluciones, se aplicarán un par de gotas en la lengua del paciente, que tendrán que pasar por toda la boca.

Es importante recordar que estos métodos deben hacerse después del cepillado para ver dónde nuestro paciente no consigue llegar bien con su cepillo.

La higiene interproximal merece la misma atención que la del resto de nuestra boca, y son una minoría de pacientes los que usan hilo o cinta dental. No hay un consenso que nos diga si deberemos pasar el hilo dental antes o después del cepillado, lo que sí podemos comprobar es que su uso nos ayuda a reducir la placa, si bien es cierto que será así si lo usamos con una buena técnica. Recomendaríamos el hilo a todos los pacientes con una buena salud bucodental que su papila relene el espacio interdental. Para pacientes con pérdida de encía por problemas periodontales deberemos valorar el uso de otros métodos, como los cepillos interdetales.

Aunque la mejor forma de eliminar la placa sea el control mecánico podemos apoyarnos en el control químico para complementar y ayudar, sobre todo en ciertos casos y pacientes determinados. De todos los agentes antimicrobianos destaca la clorhexidina por su alta sustantividad, su acción antiplaca y antimicrobiana. Y aunque tiene de efectos adversos (las llamativas tinciones), usada en diferentes concentraciones tiene muy buenos resultados.

5 Discusión-Conclusión

El conocimiento de las diferentes técnicas de cepillado, además de los de los diferentes dispositivos de higiene bucodental, hará que el personal de la clínica dental pueda valorar en mejor medida a cada uno de los pacientes, ofreciéndoles una mejor educación bucodental y unas guías individualizadas, claras y sencillas, enfocadas a ayudarles en su día a día.

El técnico superior en higiene bucodental deberá establecer unos protocolos, tiempos y citas para la educación sanitaria, dando igual valor a las citas de prevención como a las de tratamientos, ya que la prevención es la base de nuestra salud. La importancia de un equipo dental bien formado y actualizado es la base

para ofrecer buenos consejos y establecer correctos hábitos en la población.

6 Bibliografía

1. Ahnerich JM. Hábitos y costumbres higiénicas de la población. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:53-66.
2. Blanco J, Batalla P, Villaverde G. Eficacia de los cepillos eléctricos en la prevención primaria bucodental. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:193-20.
3. Herrera D, Roldán S. Control de placa interdental. Evidencia de su importancia en el mantenimiento de la salud bucodental. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:117-58.
4. Legido B, Casas A. Educación y motivación para el control de placa mecánico. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:277-3.
5. Sicilia A, Gallego M, Cabezas B. Eficacia de los cepillos eléctricos en la reducción de gingivitis durante la terapéutica de soporte gingival. En Sanz M, editor. 1er Workshop Ibérico. Control de placa e higiene bucodental. Madrid: Ergón, 2003:207-2.
6. Emili Cuenca Sala y Pilar Baca García. Odontología preventiva y comunitaria. 4ª edición (2013). Barcelona. p. 219 – 231.
7. Costa MR, da Silva VC, Miqui MN, Colombo AP, Cirelli JA. Effects of ultrasonic, electric, and manual toothbrushes on subgingival plaque composition in orthodontically banded molars. Am J Orthod Dentofacial Orthop, 2010; 137: 229-235.

Capítulo 61

HIGIENISTA BUCODENTAL: PRIMEROS CUIDADOS DE SALUD BUCODENTAL DURANTE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO

IRENE GARCÍA PAVÓN

ELENA CARDEÑA DÍAZ

SONIA MARTÍN MORENO

1 Introducción

Durante los primeros años de vida la atención odontológica constituye una prioridad y un reto para el odontólogo, encaminada primordialmente hacia la prevención de la salud bucodental de los niños.

La prevención engloba todas las intervenciones y enseñanzas que tienen el objetivo de proteger y preservar un alto grado de salud bucal. Respecto a esto, los padres desempeñan un papel fundamental para impedir la aparición y desarrollo de diferentes actividades que puedan dañar la cavidad oral del bebé.

Debido a esto, los niños tienen que educarse y concienciarlos de manera temprana para adquirir conductas, las cuales, les den la posibilidad de desenvolverse de manera correcta en los hábitos de salud bucal.

Dentro de los principales problemas orales durante los primeros años de vida, se encuentran, la caries, vinculada a malos hábitos con la dieta y las maloclusiones,

relacionadas con malformaciones heredadas. Estas causas se pueden cambiar mediante la promoción de educación para la salud.

El principal pilar para impedir la aparición de estas enfermedades en los niños, es conocer la importancia de una correcta higiene bucal. De igual forma, se debe orientar y aconsejar a los padres o cuidadores sobre una adecuada alimentación, así como de hábitos dañinos para la salud desde el nacimiento.

2 Objetivos

Transmitir conocimientos de prevención temprana, como factores de riesgo, consejos sobre alimentación, hábitos de higiene oral y tratamientos iniciales con el fin de proteger la salud oral del bebé.

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, los recién nacidos no tienen piezas dentales, pero en ocasiones se encuentran casos de dientes neonatales, que tienen que conservarse. Durante los primeros 6 meses de vida erupciona el primer diente de leche.

A partir de ahí, se aconseja bajar de forma gradual por la noche la lactancia materna, ya que tras ingerir la leche, se produce un asalto de ácido en los dientes, el cual, se produce por bacterias que aparecen por el óxido que ocasiona la bebida en los dientes y tejidos blandos.

Es esencial realizar la limpieza dental de manera inminente tras las tomas de leche, así como dejar huecos entre una toma y otra para que estos puedan disponer de tiempo para recomponerse de los ácidos mencionados anteriormente.

Por ello, es muy importante la limpieza de la boca por la noche, ya que el ácido es más violento mientras se duerme.

En la limpieza de las encías del bebé, se recomienda usar una gasa o dedal de silicona, sin embargo, tras la erupción del primer diente se aconseja utilizar un pequeño cepillo dental con pasta dental, sin flúor. Un uso apropiado de elevadas cantidades de fluoruro impide la aparición de caries en los primeros años de vida. Sería conveniente aconsejar la cantidad de flúor adecuada en la pasta dental, que el niño puede aplicar según el riesgo de caries del que disponga.

Se debe explicar a los padres que la responsabilidad del cuidado de la higiene bucodental de los niños es de ellos y no del niño o niña. Por ello, la primera consulta dental a la odontopediatría se debe realizar antes de cumplir un año, y este profesional les explicará los correctos cuidados dependiendo de la edad y riesgo de caries.

Finalmente, es importante saber el orden de erupción de los dientes de leche, ya que esto nos facilitará identificar alteraciones.

5 Discusión-Conclusión

Durante los primeros años de vida es esencial el tratamiento odontológico, ya que ofrece la opción de prevenir la enfermedad y conservar la salud. Esto se considera una adecuada práctica de promoción de la salud de una forma fácil y segura.

La odontopediatría y la higienista bucodental son las personas encargadas de fomentar la educación para la salud a los padres o cuidadores respecto a la higiene oral de los niños, una dieta adecuada para el bebé, así como la importancia del uso de flúor para prevenir enfermedades bucales como la caries.

En cuanto a la alimentación del lactante es muy importante llevar a cabo una alimentación adecuada para un buen desarrollo del aparato estomatognático.

6 Bibliografía

1. Pinto J M., Chávez D B., Navarrete C. Oral health in the first year of life. Revision of literature and protocol of dental attention to the baby. *Odous Científica*. 2018;19(1).
2. Cisneros DG, Hernández BY. Education for oral health in early years of life. *Medisan*. 2011;15(10): 1445-58.
3. Moscardini M, Díaz S, De Rossi M, Filho N, De Rossi A. Dentistry for babies: a practical possibility of oral health promotion. *Rev. odontopediatr. latinoam*. 2017;7(2): 116-26. 2025

4. Urgellés P, Abellas M. Some considerations on infant feeding for the preservation of oral health. *Medisan*. 2012; 16 (4): 596-05.
5. Burgos Mendoza AF. Review of the literature about the provision of dental care services in babies. *Polo del Conocimiento*. 2017;8(2):1317-1328.

Capítulo 62

HIGIENISTA BUCODENTAL: LA HIGIENE BUCODENTAL EN LOS PACIENTES DE LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA

IRENE GARCÍA PAVÓN

ELENA CARDEÑA DÍAZ

SONIA MARTÍN MORENO

MARIA VICTORIA DE ANCOS DEL CERRO

1 Introducción

Los cuidados bucodentales son una de las necesidades que presenta el paciente al ser ingresado sobre todo en las unidades especiales como es la de intensivos. Es una necesidad en la que el técnico en cuidados auxiliares tiene plena responsabilidad y forma parte de sus funciones propias.

El paciente intubado o inconsciente es uno de los más complejos que nos encontramos en los centros hospitalarios. Estos pacientes se encuentran principalmente en las unidades de críticos y de intensivos. Existen múltiples causas por las que estos pacientes resultan tan complicados y los cuidados de la boca pasan a ser una necesidad básica que los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería basándonos en numerosos criterios como el nivel de consciencia, la agitación sin controlar o su inestabilidad basal.

Desde el momento en el que se decide la intubación, comienzan a plantearse los cuidados de la boca que forman parte de las funciones del equipo de enfermería. El cuidado de la boca es uno de los cuidados menores que no repara atención del cuidado, pero que es necesaria. En muchas ocasiones la boca no resulta agradable dentro de los cuidados que se practican al paciente. Pero la realidad es que la boca precisa una atención especial, ya que puede provocar unos problemas a posteriori como dificultades del habla, problemas de deglución o infecciones. Debido a estos los cuidados bucales deben tener una especial importancia.

2 Objetivos

Explicar adecuadamente los cuidados bucodentales que necesitarán los pacientes de medicina intensiva, así como los factores a tener en cuenta.

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

Los cuidados bucodentales apoyan al paciente a tener cubiertas sus necesidades básicas de higiene, normalmente en los pacientes inconscientes e intubados es una necesidad que cubre el personal sanitario. Realizando una adecuada higiene bucal se evitan caries, infecciones ya que se elimina la placa bacteriana y resto de alimentos, evita la halitosis, grietas o la sequedad de boca.

Se añade que el paciente adquiere una sensación de confort y bienestar junto a la prevención de infecciones tanto bucales como respiratorias. Se considera que la saliva es un potente desinfectante frente a las infecciones de ahí la importancia de la hidratación bucal que facilita la prevención de infecciones.

Existen diferentes maneras o técnicas del lavado bucal con base en el tipo de paciente que está ingresado y la patología que padece unido a su fisiología según se den unas circunstancias u otras, se optará por la intervención adecuada. Dentro del tipo de pacientes que se encuentra con la necesidad de realizar la higiene

bucal se pueden observar:

- Consciente.
- Inconsciente.
- Intubado.
- Con dentadura postiza.

En estos momentos se habla de los pacientes intubados e inconscientes que suelen ingresar en las unidades de hospitalización de críticos e intensivos. Los pacientes intubados tienen una alta incidencia de neumonía por lo que los cuidados bucales adquieren una alta importancia para prevenir este tipo de enfermedades de hecho existen proyectos para ello como el de neumonía Zero que se aplica en los servicios de intensivos de forma regular. Este proyecto consiste en la limpieza bucal con un antiséptico bucal y la aplicación de una pasta (descontaminación orofaríngea selectiva) en la cavidad bucal que previene las infecciones. Dicha pasta tiene componentes antibióticos.

El mantenimiento de la higiene bucal es fundamental en los pacientes intubados para evitar futuras complicaciones ya comentadas anteriormente. Se buscará una solución antiséptica bucal, se pueden cepillar los dientes y se suele conectar el sistema de aspiración para succionar el líquido. A la hora de desarrollar un procedimiento de atención bucal se debe partir desde el proceso de atención de enfermería sobre la base de sus etapas. Se hace necesaria la hidratación de los labios con vaselina para evitar roces o grietas y úlceras por causas del tubo. Esto se debe realizar una vez por turno y si fuese necesario se cambiarán las cintas de sujeción del tubo.

En algunas ocasiones el paciente padece xerostomía que es la disminución de secreción de saliva que se ha mencionado que protege de infecciones. El paciente intubado está conectado respirador por una serie de tubos que reciben el nombre de filtros y tabuladoras. Los filtros favorecen la humedad adecuada y protegen de las infecciones mientras que las tabuladoras proporcionan el aire necesario para que los pulmones ventilen. Estos objetos deben cambiarse con regularidad para evitar infecciones. Con respecto al tubo endotraqueal se debe mantener la higiene adecuada exterior para evitar las infecciones. Dentro del proceso de atención es una de las necesidades a cubrir. Esto entra dentro del proyecto de la neumonía Zero que se ha implantado en las unidades de intensivos de España.

5 Discusión-Conclusión

La higiene oral de forma autónoma o con apoyos disminuye la incidencia de infecciones y proporciona el bienestar y el confort del paciente crítico que evita

problemas orales. Se propone un protocolo en cada unidad para cubrir las necesidades del cuidado bucal en estas personas ingresadas y minimizar el riesgo de aparición de problemas asociados.

Las infecciones bucales conllevan las pérdidas de piezas dentales muchas veces asociadas a la intubación, pero se debe a una mala higiene dental. Con el cuidado adecuado se minimizan los riesgos de infecciones bucales y respiratorias como es la neumonía.

El cuidado debe realizarse al ingreso y una vez por turno. Esto incluye la aspiración orofaríngea y la hidratación de los labios.

Los cuidados bucales adecuados por parte de los equipos de enfermería de intensivos a los pacientes intubados con ventilación mecánica hacen reducir los porcentajes de neumonías. Se promueve el trabajo de educación de la familia y el paciente visto como una unidad para prevenir problemas posteriores.

Toda intervención en el área de la salud va encaminada a la prevención de enfermedades o infecciones que reducen el gasto sanitario y mejoran la calidad de vida del paciente.

6 Bibliografía

1. Pérez, I. M. y otros (2002): Déficit total o parcial de autocuidados en la higiene. Enfermería Clínica 2003.
2. Carpenito, L. J. (2002): Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9.^a edición. McGraw-Hill Interamericana.
3. <https://www.revista-portalesmedicos.com>
4. <https://es.gsk.com/es-es>
5. <https://es.slideshare.net>
6. aura Martínez Olivares "el auxiliar de enfermería en servicios especiales: UCI, urgencias, quirófano y diálisis. Logoss 6^a edición.

Capítulo 63

HIGENISTA BUCODENTAL:BLANQUEAMIENTO DENTAL

ELENA CARDEÑA DÍAZ

IRENE GARCÍA PAVÓN

1 Introducción

El blanqueamiento dental es una técnica no invasiva que consigue modificar el color de nuestros dientes, ayudándonos a conseguir una sonrisa más blanca y luminosa. Con este tratamiento conseguimos aclarar los dientes varios tonos, obteniendo unos resultados muy duraderos. Existen distintas técnicas de blanqueamiento en el mercado con sus ventajas y desventajas. Con los años estas técnicas han ido evolucionando hasta las técnicas que conocemos y usamos a día de hoy (se varían la concentración del producto, el pH y la técnica de aplicación). El paso del tiempo, una mala higiene oral, el consumo de tabaco, el consumo de alimentos con colorantes y algunos medicamentos o bebidas (como el café, el vino o las infusiones) oscurecen el esmalte de los dientes y llegan a producir manchas sobre ellos. Es por eso que el blanqueamiento dental es un tratamiento cada vez más demandado en las clínicas dentales, ya que en unas pocas sesiones se consigue rebajar varios tonos de los dientes, eliminando las manchas dentales y haciendo que la dentición adquiera una tonalidad más blanca, sana y brillante. El blanqueamiento dental es un tratamiento con resultados duraderos en el tiempo y muy seguro, porque se realiza siempre bajo supervisión de un profesional.

2 Objetivos

Conocer en qué consiste un blanqueamiento dental, los tipos de blanqueamientos que hay y los posibles efectos secundarios que pueden aparecer tras su realización.

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

Con el paso de los años es muy normal que notemos que los dientes se van oscureciendo y cogiendo un color más amarillento. Hay muchos alimentos presentes en nuestra dieta que tienen un alto poder colorante; como es el caso del vino, el café o las infusiones. El consumo habitual de estos alimentos hace que con el tiempo los dientes vayan cogiendo esta coloración amarillenta, que acaba por convertirse en un gran problema estético principalmente. El blanqueamiento dental es un procedimiento que es completamente seguro, ya que el odontólogo lo supervisa en todo momento. El gel blanqueador utilizado no daña el esmalte ni lo vuelve más frágil, simplemente favorece la oxigenación del diente para que este se vuelva más blanco.

El único efecto secundario conocido del blanqueamiento dental es la sensibilidad dental. No aparece en todos los casos, pero si hay personas que tras realizarse el tratamiento experimentan cierta sensibilidad que antes no tenían. Esta es temporal, va desapareciendo poco después de finalizar el tratamiento. En algunos casos más persistentes se recomendará el uso de pastas y otros productos desensibilizantes.

No nos olvidemos del tabaco; las personas fumadoras tienen mayores tinciones debido al humo, llegando a oscurecerse varios tonos sus dientes hasta tomar esa coloración amarillo y/o marrón.

Como principal solución a este problema estético tenemos el blanqueamiento dental. El blanqueamiento dental es un tratamiento no invasivo que mejora notablemente la apariencia de los dientes, aclarándolos y dejándolos más blancos.

Cualquier persona adulta puede realizárselo; es esencial acudir a un dentista cualificado que nos revise y nos indique el tipo de tratamiento es el adecuado para nosotros, ya que disponemos de varias opciones para realizarlo.

Existen varias técnicas de blanqueamiento dental, pero la más popular en las clínicas dentales es la de la foto activación. Esta consiste en aplicar sobre los dientes un gel blanqueador, ya sea peróxido de carbamida o peróxido de hidrógeno, que se activa mediante la aplicación directa de una fuente luminosa (láser, LED o ultravioleta). Este gel se filtrará a través del esmalte dental y llegará hasta la dentina, el tejido interno que da el color a los dientes, e irá rebajando su tonalidad. El blanqueamiento dental es un tratamiento muy efectivo, ya que en pocas sesiones notarás cómo mejora la apariencia de tus dientes, consiguiendo una sonrisa mucho más blanca y luminosa.

5 Discusión-Conclusión

Como ya hemos visto anteriormente, el blanqueamiento dental es un tratamiento odontológico cuya finalidad es reducir y/o eliminar las manchas de los dientes, haciendo que nuestra sonrisa se vuelva más blanca y brillante. Con el paso de los años el blanqueamiento dental se ha convertido en uno de los tratamientos más demandados en las clínicas dentales, ya que, a día de hoy, la estética juega un papel muy importante en nuestras vidas.

Los pacientes deben saber y entender que el blanqueamiento es un tratamiento médico y no meramente estético, ya que ha de ser realizado bajo la supervisión de un profesional (ya sea un odontólogo y/o médico estomatólogo) y realizado en la clínica dental, con unos materiales adecuados y siguiendo el protocolo necesario en cada caso. De esta manera podremos estar seguros de que realizaremos un tratamiento seguro, de calidad y con unos resultados duraderos.

6 Bibliografía

1. <https://www.consejodentistas.es/ciudadanos/informacion-clinica/tratamientos/item/1550-informacion-sobre-blanqueamiento-dental.html>
2. <https://www.cambraclinic.com/faqs/estetica-dental/en-que-consiste-blanqueamiento-dental/>
3. <https://mejorconsalud.as.com/el-blanqueamiento-dental-que-es-y-que-tipos-existen/>
4. <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/dental/tratamientos-dentales/estetica-dental/blanqueamiento/fotoactivacion/index.html>

Capítulo 64

HÁBITOS TÓXICOS QUE AFECTAN A LA CAVIDAD ORAL

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

Para que nuestra salud buco-dental sea la más adecuada y óptima todos sabemos que debemos tener una rutina de higiene, visitar periódicamente un odontólogo o una clínica dental de confianza. Pero en ocasiones esto no es suficiente y debemos evitar ciertos malos hábitos que pueden perjudicar a nuestra salud oral y a las diferentes estructuras que forman parte de ella.

Para hablar de hábitos tóxicos tenemos que hablar de la toxicidad como la calidad o atributo de determinadas sustancias de origen natural o artificial que pueden provocar un efecto de daño sobre el organismo, mediante su entrada en el mismo por alguna vía de entrada.

Muchos de estos hábitos tóxicos de los que hablaremos en este capítulo cuando son consumidos producen algún efecto sobre el sistema nervioso del ser humano, deteriorando o estimulando aspectos de su salud física, mental y social.

De esta manera determinan aspectos como la tolerancia y la dependencia.

A nivel de salud oral el consumo de los diferentes hábitos tóxicos puede afectar a la imagen de nuestra cavidad oral también podrá provocar diferentes enfermedades en la cavidad oral que según el nivel de consumo de estos hábitos ya que la enfermedad puede ser de mayor o menor calibre.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es abordar los diferentes hábitos tóxicos y las afecciones que estos pueden provocar en su consumo, mencionando estas afecciones y las repercusiones que tendrán en la cavidad oral.

3 Metodología

Para la elaboración de este artículo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Elsevier y Cochrane. El trabajo aquí presentado está realizado a partir de artículos obtenidos a partir de distintas bases de datos.

4 Resultados

Vamos a nombrar los hábitos más importantes que afectan a la salud oral de las personas:

- El café: su consumo puede ser muy variado ya que se pueden tomar de muchas formas y con diferentes cantidades, por ejemplo: solo, cortado, con leche, etc.

Hoy en día el café forma parte de nuestra dieta habitual y su uso como hábito tóxico a nivel bucodental depende de la cantidad que se tome y de las veces al día que se consuma. Un escaso consumo, e incluso solo o cuándo se toma con leche no crea importantes problemas en la salud oral.

- El alcohol: al igual que el anterior el consumo del alcohol puede ser de muchas maneras y formas. Es el hábito tóxico que causa mayor dependencia en el mundo, se identifica como enfermedad crónica y progresiva.

El alcohol en la mayoría de los países es una droga legal por eso socialmente es un hábito aceptado por la sociedad, se asocia a enfermedades de salud oral cuándo hablamos de alcoholismo y sus efectos también pueden ser fisiológicos afectando a diversos órganos.

Por otro lado, también afecta, el uso de este tóxico, a un uso inadecuado de los hábitos higiénicos e incluso dietéticos.

- El tabaco: el tabaquismo ocasiona no solo daños en general a la salud, especialmente a nivel respiratorio, sino además riesgos importantes en la salud oral y en determinadas medidas rehabilitadoras bucodentales, como por ejemplo las de tipo implantológico.

- La droga ilícita: en la mayoría de los países son sustancias ilegales, se consumen sustancias psicoactivas, naturales o de síntesis, tales como: cannabis, marihuana,

cocaína, heroína, y psicofármacos modificados químicamente como las metanfetaminas.

- Los medicamentos: en este grupo entrarían diferentes sustancias psicoactivas que se nombran en el apartado anterior, hay otras como los barbitúricos, donde lo que realmente se produce es un mal uso de estos y sin ningún control médico como habito toxico, aunque a veces su consumo es análogo al consumo de cualquier droga ilícita.

Una vez nombrados los diferentes hábitos tóxicos, tenemos que tener claro que el consumo de estos como una adicción impactan cada vez más en la salud oral. Las principales repercusiones de estos hábitos en la cavidad oral según la sustancia consumida son los siguientes:

1. Café: la mayor complicación que puede suceder por el exceso del consumo del café son las manchas dentales. Normalmente son manchas superficiales que aparecen en la superficie del diente y se eliminan con limpieza dental profesional. No obstante, tiene como riesgo que estas manchas penetren en las fisuras dentales donde es más difícil eliminar.

Estas manchas se producen por los diferentes colorantes que presentan en su composición, manchando el esmalte sobre todo si está concentrado.

2. Alcohol: este toxico afecta reseca la mucosa oral, debido a sus efectos deshidratantes, que la hace progresivamente más débil y como causas de ello, más débil a problemas y trastornos bucodentales.

Las personas alcohólicas por lo general descuidan su higiene oral y muchos aspectos de la vida lo que puede afectar a su sistema inmunitario provocando:

- Una mayor erosión dental aumentando el número de caries por el estado de acidez de esta.

- Es el origen de muchos tipos de canceres que pueden afectar a nuestro cuerpo.

- Favorece la aparición del cáncer oral que es uno de los más agresivos, puede comenzar por la mala higiene y por el exceso de acetaldehído en la cavidad oral comenzando con pequeñas úlceras en la mucosa que son muy difíciles de curar y pueden desencadenar tumores malignos.

- Halitosis provocada por el consumo excesivo de alcohol.

- Puede afectar a las encías provocando gingivitis y sangrado de estas.

- Xerostomía, conocida como “boca seca” ya que disminuye el flujo salivar, ya que el etanol del alcohol se reseca sobre la mucosa.

- Condiciona la aparición de la hipertrofia de la glándula parótida.

- Favorece la presencia de otras afecciones como el liquen plano o la candidiasis ambas relacionadas con la fuerte afectación inmune y crónica del alcohólico.

3. Tabaco: a nivel de todo el organismo el tabaco provoca diversas reacciones que alteran los mecanismos del consumidor. A nivel local generalmente, este, entra por la boca siendo la entrada del humo por ello sus efectos se centran en la mucosa oral.

La nicotina afecta directamente sobre las encías provocando:

- Enfermedades periodontales.
- Mayor tasa de fallos en los implantes dentales
- Mayor incremento de leucoplasias, así como la eritroplasias.
- Cáncer en la cavidad oral.
- Manchas dentales.
- Favorece la aparición del sarro.
- Incrementa el riesgo de caries.

4. Drogas ilícitas: el consumo de este tóxico, puede provocar enfermedades periodontales, la mayoría de los opiáceos como la marihuana, alucinógenos, sedantes, estimulantes producen xerostomía aumentando las placas bacterianas y así la aparición de caries.

El consumo de esta por boca a largo plazo puede provocar la descamación epitelial provocando la destrucción irreversible del hueso alveolar, previamente con eritema gingival y ulceración.

También puede aparecer bruxismo severo acompañado de dolor de la ATM.

5 Discusión-Conclusión

En la actualidad el consumo de hábitos tóxicos se inicia en edades muy tempranas especialmente el tabaco y el alcohol, por ello es de vital importancia que a tempranas edades se comience a dar pautas de educación sanitaria para evitar el consumo de estas y prevenir los malos hábitos.

Lo que en un principio llamamos consumo de hábitos tóxicos al final se convierte en enfermedades crónicas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera como la principal causa prevenible de enfermedad, discapacidad y muerte prematura.

Es fundamental la educación oral donde el odontólogo junto con el higienista bucodental deberán trabajar en equipo para paliar en la medida de lo posible los daños que pueden ocasionar el uso de estos tóxicos.

Será necesario llevar a cabo un abordaje individual de estos pacientes donde se le pregunte si consume tal sustancia así como darle consejos breves en materia

de salud oral y de las repercusiones de esos hábitos y en los casos necesarios derivarlos a unidades especiales para su tratamiento.

6 Bibliografía

1. Campo-Ternera L. Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes de Barranquilla. *Salud Uninorte*. 2017; 33(3): 419-428.
2. Palenzuela SM, Pérez A, Pérula de Torres LA, Fernández JA, Maldonado J. La alimentación en el adolescente. *Anales Sis San Navarra*. 2013; 37 (1): 47-58.
3. Nieto E, Cerezo M, Cifuentes O. Frecuencia de uso de adornos corporales y motivaciones de los estudiantes para usar piercing oral. *Rev Univ. salud*. 2012; 14(2):147-60.
4. Yu SM, Bellamy HA, Shawalberg RH, Drum MA. Factors associated with use of preventive dental and Elath services among U.S.adolescents. *J Adolesc Health* 2001; 29(6): 395-405.
5. Ford C, English A, Sigman G. Confidential health care for adolescents: Position paper of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 2004; 34(1)1-8.

Capítulo 65

EL HIGIENISTA BUCODENTAL Y LA COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

El problema de comunicación de los profesionales con los pacientes afecta de manera adversa al enfermo a la hora de realizar un tratamiento. Tratar bien a los pacientes es una de las habilidades que deben de poseer los profesionales de la odontología. El higienista debe de hacerse cómplice de sus pacientes, debe de comprender sus miedos y sus angustias y tratar de disminuirlo.

Por todo esto en este capítulo trataremos las diferentes fases que sufre el paciente a la hora de empezar con el tratamiento, desde que entra por la 'puerta hasta que se sienta en el sillón dental. También hablaremos de los pacientes que sufren ansiedad a la hora de acudir a una clínica dental.

Será importante tener en cuenta el lenguaje verbal y la importancia de que el higienista dental sea un buen comunicador.

También es destacable aquellos pacientes ansiosos y nerviosos con los que habrá que tener algún tipo de técnica concreta para calmar su ansia y su miedo.

Hablaremos de las múltiples causas que pueden causar esa ansiedad y de las manifestaciones que muestran los pacientes ante estas circunstancias, teniendo en cuenta la importancia emocional que puede afectar a la hora de realizar tratamientos bucales y que puede afectar de manera física.

2 Objetivos

Abordar las diferentes maneras de comunicación que tiene que tener un higienista bucodental a la hora de tratar con un paciente desde diferentes tipos de personalidad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Pubmed y Cochrane, incluyendo artículos relacionados con la comunicación asertiva con el paciente. Se han utilizado los siguientes descriptores: comunicación, tipos de comunicación, paciente, sanidad y asertividad, todos ellos relacionados con el tema a tratar y se han utilizado a su vez filtros de búsqueda como el idioma (inglés, español y portugués) y tiempo de publicación. Finalmente se seleccionan los artículos que poseen gran contenido y relevancia de publicación.

4 Resultados

En la comunicación con el paciente debemos de darles a entender que nos preocupa su sintomatología, sino que también debemos de explicarle que necesitamos de su colaboración para que el trabajo será más agradable y fluida.

Solo una pequeña parte de los profesionales hace educación sanitaria y hay una alta proporción de pacientes que no entienden o no recuerdan lo que se le dijo sobre su diagnóstico o tratamiento. Por esto el paciente entra en una fase de duda, miedo e incluso ansiedad. Por todo esto es importante que el higienista tenga unas buenas técnicas de escucha y darle prioridad su caso clínico y que sea visible para el paciente.

Después de escuchar al paciente, empieza la fase en la que hay que tener en cuenta el lenguaje verbal del higienista dental:

- Usar un lenguaje entendible con el paciente, utilizar su léxico, sin caer en vulgarismos, olvidar las palabras técnicas y poco importantes para ellos y cuidar su enunciación, tono e inflexión de voz. Hay que tener presente que diferentes tonos pueden dar diferentes significados.
- No hablar demasiado rápido e intentar vocalizar bien usando un tono tranquilizador.
- Se ha de transmitir ilusión en el tratamiento que se va a hacer.
- No interrumpir al paciente cuando hable.

- Ser sincero con el paciente no engañarlo con algo que no va a ser adecuado 'para él.
- Hay que hablar a cada paciente como si fuera el mejor paciente.

También nos comunicamos con el paciente sin hablar y para ello:

- Se debe de mostrar el rostro ya que también transmite información.
- Hay que utilizarlas manos y los gestos para atraer la atención del paciente.
- Se debe gesticular cuando el paciente nos trasmita algo.
- Hay que mirar siempre a los ojos.

Con todo esto, esta claro que el higienista dental debe ser un buen comunicador teniendo características clave para ser un bien comunicador como son: la empatía, el asertividad y el respeto hacia el paciente.

Cuando un paciente llega a una clínica dental tendrá que encontrarse con una imagen donde nada más entrar comienza a captar información, por tanto, a valorar sus expectativas, con lo cual la apariencia física debe ser pulcra como profesional de la sanidad, la educación, el respeto y la comunicación corporal pueden mostrar una posición más cercana o más relajada así que el higienista dental deberá colocarse al mismo nivel ocular del paciente adoptando contacto visual para dar sensación de familiaridad.

El higienista pondrá toda su atención en ayudar al paciente, pero cuando se acude a la consulta dental normalmente suele ser por que presenta dolor, impotencia, limitación funcional de algún tipo o bien miedo o temor haciendo más difícil la comunicación con él.

La causa de ansiedad en los pacientes suele ser por determinantes cognitivos por instinto de conservación y supervivencia. También puede tener algún antecedente traumático que pueda causar esa ansiedad y también el más habitual que es, el miedo al dolor.

Cuando un paciente manifiesta ansiedad podemos observar en él, los siguientes rasgos:

- Alteración en el tono de voz.
- Tensión corporal en el sillón dental.
- Cambio de posición constantemente sin encontrar una superficie cómoda.
- Deseo constante de beber agua y de enjuagarse.

Como consecuencia de estas situaciones de ansiedad nos encontramos con que el paciente retrasa las visitas al dentista agravando así su patología, la cooperación del paciente es menor favoreciendo también la ansiedad del odontólogo.

Ante estas situaciones de ansiedad, el higienista deberá recoger información sobre las causas que le provocan esa ansiedad, se tratara explicándolo el tratamiento

de una forma calmada y se creara un ambiente calmado y relajado, planificando los tratamientos de modo progresivo para que sea menos traumática. En ocasiones se puede recurrir a ansiolíticos la noche anterior al tratamiento o de una media hora antes de empezar el tratamiento.

5 Discusión-Conclusión

Más de la mitad de los pacientes que acuden a las clínicas dentales presentan algún grado de ansiedad lo que provoca que muchas veces retrasen sus visitas hasta que problema bucal se hace más grande, por eso el factor comunicativo entre el higienista dental y el paciente es primordial. El paciente que llega a una clínica dental busca un tratamiento para su patología dental pero también busca una terapia para sus miedos de ahí que el profesional deberá tratar la enfermedad y también al enfermo, a que cada paciente tiene distintos caracteres, o lo que el higienista tendrá que trabajar las técnicas de comunicación para que las emociones se calmen y el trabajo de los profesionales sea efectivo.

6 Bibliografía

1. Femenías, A.J., "Comunicación y habilidades sociales para profesionales sanitarios". Ed.: Nexus Médica Editores, S.L. <https://www.catalunya.press.es/texto-diario/mostrar/2088436/diario-higienista-dental-insomne-lucha-contra-pandemia-vista-profesionales-modestos-no-sanitarios>
2. Berjano, E. y Pinazo, S. (2001). Interacción social y comunicación. Valencia: Tirant lo Blanch.

Capítulo 66

LA BIOPSIA ORAL EN LA CLÍNICA DENTAL

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

En la actualidad la biopsia oral se conoce como un proceso esencial para confirmar cualquier diagnóstico de enfermedad en la cavidad oral así la mejor manera para diagnosticar un tratamiento óptimo. Es imprescindible que se realice correctamente y siguiendo unas pautas básicas por parte de los profesionales tanto el odontólogo como el higienista bucodental. Así cuando llegue a la unidad de anatomía patológica, el profesional encargado de realizar esta tarea, pueda obtener una muestra fiable y clara, para evitar posibles errores en los diagnósticos.

La biopsia oral es un procedimiento quirúrgico, donde tendrá que intervenir la anestesia, el objetivo principal es obtener una pequeña parte o muestra de un tejido del organismo vivo, con el fin de examinarlo y así obtener un diagnóstico definitivo de una lesión, normalmente se hace cuando aparecen lesiones que no son fáciles de diagnosticar. Este método es uno de los más utilizados para conocer el diagnóstico de múltiples enfermedades.

Hay varios tipos de biopsias las cuales detallaremos en el desarrollo de este capítulo, antes de llegar a la biopsia oral, se descartaran otros tratamientos como el radiológicos o la inspección ocular ante los cuales ninguna solucionará la causa de la patología. Entonces será el momento de llevar a cabo la biopsia oral.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es abordar la importancia de la biopsia oral para detectar enfermedades y así llevar a cabo el tratamiento correcto para su curación.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Pubmed y Cochrane, incluyendo artículos relacionados con la comunicación asertiva con el paciente. Se han utilizado los siguientes descriptores: biopsia oral, odontología, tipos de biopsias, higienistas dentales, asepsias todos ellos relacionados con el tema a tratar y se han utilizado a su vez filtros de búsqueda como el idioma (inglés, español y portugués) y tiempo de publicación. Finalmente se seleccionan los artículos que poseen gran contenido y relevancia de publicación.

4 Resultados

La biopsia oral es muy útil para el diagnóstico del cáncer oral, en carcinomas epidermoide y en lesiones pre malignas como la eritroplasia y la leucoplasia en ocasiones es necesario repetir la biopsia para un mayor control del factor de riesgo y también para ver la evolución del cáncer oral.

Cuando el odontólogo se encuentra con una lesión en la cavidad oral primeramente se explorará para ver si hay algún agente irritante que pueda estar causando esa lesión, si después de tratar la lesión con analgesia esta persiste se realizaran pruebas radiológicas y si no nos soluciona nada, será el momento de hacer una biopsia oral.

La biopsia oral se realiza ante las siguientes lesiones:

- Lesiones sospechosas de malignidad.
- Lesiones como leucoplasia y ulceraciones orales sin factores evidentes.
- Lesiones inflamatorias que no remiten.
- Lesiones que afectan a la función oral.
- Lesiones de origen no muy claro, sobre manera si se asocia a dolor, parestesia, anestesia y lesiones intersticiales en los músculos de la boca, labio y lengua.

La biopsia oral es muy útil para el diagnóstico del cáncer oral, en carcinomas epidermoide y en lesiones pre malignas como la eritroplasia y la leucoplasia en ocasiones es necesario repetir la biopsia para un mayor control del factor de riesgo y también para ver la evolución del cáncer.

Las biopsias se pueden clasificar según:

1. El lugar donde se encuentre la lesión:

Biopsia directa: se trata de una lesión artificial de fácil acceso sobre la mucosa oral.

Biopsia indirecta: la lesión se encuentra oculta tras la mucosa.

2. Cuando se toma la muestra en base a la intervención quirúrgica:

Preoperatorio: según el resultado se decidirá el tipo de intervención.

Intraoperatorio: durante la intervención.

Post operatorio: donde se valorará si el tratamiento ha sido eficaz

3. Según el tamaño y el tipo de tejido:

- Biopsia escisional: se lleva a cabo en lesiones de 2 centímetros o múltiples cogiendo una zona del tejido sospechoso y otro del tejido sano para que profesional de anatomía patológica haga comparaciones.

- Biopsia incisional: se lleva a cabo en pequeñas lesiones de menos de 2 cm, se elimina la lesión con un borde de seguridad con los objetivos, una terapéutico y otro de diagnóstico.

- Citología por aspiración de células de la lesión: se hace a través de las glándulas salivales.

Antes de la realización de la biopsia es necesario obtener un consentimiento informado por parte del paciente donde se le indicara la técnica que se va a llevar a cabo y los posibles efectos secundarios.

Normalmente se puede llevar a cabo con anestesia local, es importante inyectarla un poco alejada de la zona donde se va a recoger la muestra para no distorsionar los tejidos.

Luego se pasará a inmovilizar la zona que según la zona donde se vaya a trabajar se usará un bisturí de numero 15 o circular. A continuación, se introducirá en un contenedor con los datos del paciente y la fecha.

Según las lesiones se tomarán varias muestras que irán en botes individuales y también perfectamente identificados, se enviará también una pequeña historia clínica del paciente donde se especifica el tipo de biopsia que se ha realizado.

5 Discusión-Conclusión

En numerosas ocasiones cuando se acude a una clínica dental el odontólogo junto con el higienista dental es el primero que observa cambios en los diferentes tejidos de la mucosa oral ante estos cambios realizar un diagnóstico precoz es la llave para prevenir lesiones y enfermedades mucho más graves lo que conllevarán a un tratamiento óptimo si se hace en el momento adecuado.

A través de la biopsia conseguiremos detectar lesiones cancerosas o premalignas que pueden ayudar a detectar lesiones como el cáncer oral y conseguiremos aplicar en los afectados los tratamientos idóneos para intentar paliar esta patología que tanto afecta a nuestra sociedad.

6 Bibliografía

1. Gandolfo S, Pentenero M, Broccoletti R, Pagano M, Carrozzo M, Scully C. Toluidine blue uptake in potentially malignant oral lesions in vivo: Clinical and histological assessment. *Oral Oncol* 2006; 42:89 – 95.
2. Lingen MW, Kalmar JR, Karrison T, Speight PM. Critical evaluation of diagnostic aids for the detection of oral cancer. *Oral Oncol* 2008;44:10-22.
3. Lopez-jornet P, Velandrino Nicolas A, Martinez-Beneyto Y, Fernandez-Soria M. Attitude towards oral biopsy among general dentist in Murcia. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12:E116.
- Mota-Ramirez A, Silvestre FJ, Simó JM. Oral biopsy in dental practice *Med Oral Patol Oral Cir Bucal* 2007;12(7):E504-10.
4. Scully C, Bagan J. Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral Dis.* 2009 Sep;15:388-99.
5. Seoane J, Varela-Centelles P, Ramirez JR, Romero MA, De La Cruz A. Artefacts produced by suture traction during incisional biopsy of oral lesions. *Clin Otolaryngol allied Sci* 2002; 27: 549- 53.

Capítulo 67

LA CARIES DENTAL

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La caries es un tipo de enfermedad que ataca y destruye el tejido que recubre el diente, esta puede ser provocada por varias causas como una higiene deficiente, restos de alimentos que se pudren en la boca produciendo ácidos que desmineralizan el diente; el PH de la saliva si hay un exceso de PH los dientes se desmineralizan y se producen caries; también pueden tener un origen genético, el tabaquismo, el consumo de azúcares y la sequedad bucal también pueden ser los causantes de caries en la cavidad oral.

Como comentamos anteriormente una caries ataca al tejido que recubre el diente, este tejido se llama esmalte dental que es muy resistente pero puede verse afectado por la acumulación de bacterias formando así la placa dental; es normal tenerla, ya que la boca está llena de bacterias pero esta placa provocará caries cuando al producirse los ácidos éstos atacarán a nuestro esmalte y se producirán las caries.

Si la caries se trata y se elimina a tiempo podrá salvarse la pieza dentaria pero si se deja que pase el tiempo y no se acude al odontólogo es posible que lleguen a perderse piezas dentales, por eso es conveniente hacerse revisiones periódicas si es posible cada 6 meses, para ver el estado de nuestras piezas dentales.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es definir la caries dental, explicar por qué se producen, que tipos de caries hay y cuál es la sintomatología cuando se padece una caries.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Pubmed y Cochrane, incluyendo artículos relacionados con caries en la cavidad oral. Se han utilizado los siguientes descriptores: caries, cavidad oral, odontología, todos ellos relacionados con el tema a tratar y se han utilizado a su vez filtros de búsqueda como el idioma (inglés, español y portugués) y tiempo de publicación. Finalmente se seleccionan los artículos que poseen gran contenido y relevancia de publicación.

4 Resultados

En muchas ocasiones se acude al odontólogo porque sentimos dolor en alguna pieza dental, o incluso el dolor puede irradiar a otras piezas cercanas. El odontólogo con una sonda exploratoria y un espejo revisará las piezas dental para ver si encuentra alguna anomalía.

En algunas ocasiones el dolor puede estar oculto y no ser visible con esta exploración y puede que sea necesario la realización de alguna radiografía y así confirmar el diagnóstico.

La sintomatología ante una caries es la siguiente:

- Dolor en los dientes con un cambio brusco de temperatura.
- Mal sabor de boca.
- Líneas negras en los dientes o agujeros.
- Infecciones que pueden desencadenar en flemones muy dolorosos.

Ante cualquiera de estos síntomas lo mejor es acudir a nuestra clínica dental de confianza y poner remedio antes de que sea demasiado tarde.

El odontólogo puede encontrarse con varios tipos de caries:

1. Según la zona dentaria donde se sitúe:

- Caries de esmalte: aparece un color blanquecino en la zona y se pierde el brillo del esmalte, pasa bastante desapercibida, pero, si no se trata a tiempo puede llegar a dañar la dentina y expandirse muy rápido.
- Caries de dentina: se presenta en la superficie de la dentina con un color amarillento o apardazado muy peculiar. Aparece también en el interior del diente formando un orificio por el que puede avanzar y llegar a la raíz. Se diagnostica a través de una radiografía.
- Caries rampante: esta caries es muy aguda, se suelen presentar muy vistosamente con un color marrón y con posibles infecciones lo que puede provocar la pérdida de la pieza dental.

2. Según la zona de la dentadura donde se ubica:

- Caries de corona: se presenta en la zona superior, en la corona, es la zona que más se usa para la masticación y donde se acumulan más bacterias, se suele detectar por el cambio de color de esta.
- Caries radicular: es una caries de tipo crónico, que tiene un avance lento y progresivo. A medida que avanza la caries, el diente tiende a cambiar de color. Puede presentar dolor moderado.

Ante la presencia de caries lo ideal sería acudir al odontólogo para su valoración y su curación.

5 Discusión-Conclusión

En España la mayoría de la población ha padecido caries, es una de las mayores causas por las que se acude a la clínica dental, para evitar la aparición de caries es muy importante llevar una higiene dental adecuada, usar hilo dental para que no queden restos de comida, que son las bacterias que nos causarán las futuras caries, utilizar productos dentales con flúor ya que previene la aparición de estas, llevar una dieta equilibrada donde no se abuse de los azúcares ni de los productos carbonatados y la última y no por ello menos importante, acudir con frecuencia a las revisiones dentales, para evitar que las caries, si existen, provoquen un mal mayor.

6 Bibliografía

1. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española (2014). «caries».
2. Baca P. Trabajo Original de investigación. Resumen: Influencia de la discontinuidad y del riesgo de caries en la eficacia de un programa de barniz de clorhexidina. Granada, 2003. 1-58.
3. Rioboo García R. Epidemiología de la caries dental. En: Odontología preventiva y Odontología comunitaria. Tomo II. Madrid: Ediciones Avances Médico-Dentales S.L.; 2002. p. 951-93.

Capítulo 68

EL HIGIENISTA DENTAL. LA ENFERMEDAD PERIODONTAL

AIDA GONZÁLEZ SÁNCHEZ

1 Introducción

La enfermedad periodontal también conocida como “piorrea” es una de las más comunes en lo que se refiere a salud bucal. La causa de esta enfermedad suele ser una mala higiene bucal, ya que el sarro comienza a acumularse en la zona interior de las encías provocando una inflamación de estas. En un principio bastaría con una limpieza dental, para solucionar el problema, pero en la mayoría de los casos no queda solo eso.

Aparte de una escasa limpieza oral también hay otra causa que pueden provocar la enfermedad periodontal, como el consumo de tabaco, la diabetes, los cambios hormonales en las mujeres y el consumo de determinados medicamentos.

Es una enfermedad que al principio para desapercibida por que no refleja dolor, comienza con la inflamación de los tejidos de la encía, las encías tienen una función muy importante dentro de la estructura bucal ya que son el apoyo y la sujeción de las piezas dentales con lo cual la conservación y el cuidado de estas es muy importantes, ya que si esta parte falla, las piezas dentales se verán afectadas y el daño será irreparable.

En esta capítulo definiremos la enfermedad periodontal, hablaremos de sus causa y sus consecuencias y de los tratamientos a seguir.

2 Objetivos

El objetivo de este capítulo es hablar de la enfermedad periodontal, de las causas de las consecuencias y de los posibles tratamientos que se pueden usar para sobrellevar esta enfermedad. El papel del higienista dental es importante ya que trabaja junto al odontólogo en el tratamiento de dicha enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en bases de datos científicas como Scielo, Medline, Pubmed y Cochrane, incluyendo artículos relacionados con la enfermedad periodontal. Se han utilizado a su vez filtros de búsqueda como el idioma (inglés, español y portugués) y tiempo de publicación. Finalmente se seleccionan los artículos que poseen gran contenido y relevancia de publicación.

4 Resultados

Podemos definir la enfermedad periodontal como una inflamación de las encías. La boca tiene muchas bacterias y con estas junto con otras partículas, están formando de manera constante una placa que si no se realiza una limpieza correcta acaba convirtiéndose en sarro, cuando esa suciedad ya es sarro ya no se puede eliminar con el cepillo, habrá que acudir a una limpieza profesional hecha por un higienista bucodental para eliminar ese sarro.

Como ya mencioné anteriormente, las escasas higienes junto con enfermedades como la diabetes, la ingesta de determinados y los cambios hormonales en la mujer pueden ser los causantes de esta enfermedad.

Los síntomas de esta enfermedad son:

- Halitosis constante.
- Enrojecimiento de las encías.
- Sangrado de las encías.
- Movimiento de las piezas dentales.
- Retracción de las encías haciendo esto que las piezas dentales parezcan más largas.

Ante cualquier sintomatología de este tipo se deberá acudir a una clínica dental donde un odontólogo o un higienista dental le hará una exploración profunda. Para ello usará una sonda periodontal, que tiene unas líneas que marcan la profundidad de la lesión. En una boca sana esta exploración no deberá doler, lo con-

trario que sucederá si hay lesión periodontal. También se pueden hacer pruebas complementarias como radiografías para ver si hay bolsa inflamatoria y para ver si el hueso del diente ha perdido masa ósea y sujeción.

Una vez que se ha hecho el diagnóstico habrá que llevar a cabo un tratamiento donde lo ideal será controlar la infección de la zona, según la gravedad los tratamientos pueden variar. En la mayoría de las ocasiones se comienza con curetajes para extraer el sarro de la zona interna de las encías. Este tratamiento se suele hacer en cuatro sesiones, ya que es doloroso y requiere de anestesia, lo que hace que se haga por cuadrantes. Después de esto se harán revisiones periódicas de mantenimiento para controlar la enfermedad.

Si se hacen estos mantenimientos de manera óptima y se siguen las indicaciones de los profesionales, la enfermedad periodontal puede llegar a controlarse, puede mejorar, pero el tejido que se ha perdido es imposible de recuperar, por lo tanto es importante llevar al día los tratamientos para una buena mejora de la patología.

5 Discusión-Conclusión

La manera de no padecer enfermedad periodontal o intentar que no avance, es tener una buena higiene bucal, realizando un cepillado de dientes exhaustivo al menos tres veces al día. El más importante será el que se hace por la noche ya que por la noche las glándulas segregan menos saliva y hay un, mayor riesgo de que las bacterias no sean eliminadas.

El cepillado puede ser con un cepillo manual o eléctrico, una vez que se ha llevado a cabo el cepillado se para entre diente y diente un hilo dental. También se puede utilizar un irrigador que ayudará con la presión del agua a extraer todos los residuos.

También se pueden usar cepillos interproximales y raspadores linguales, ya que la lengua también es foco de bacterias y hay que limpiarla cada vez que se haga un cepillado dental .

No hay que olvidarse del colutorio, para hacer un enjuague bucal y así la limpieza oral será correcta.

6 Bibliografía

1. <https://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/g/gum-disease>
2. <https://www.nidcr.nih.gov/espanol/temas-de-salud/la-enfermedad-de-las-encias>

3. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/periodontitis/symptoms-causes/syc-20354473>
4. https://www.clinicasicilia.es/periodoncia/?gclid=EAIaIQobChMI1o6a7eKj5wIVSbDtCh0A3AymEAAAYASAAEgKGzFD_BwE

Capítulo 69

IMPORTANCIA DIAGNOSTICO TUBERCULOSIS ORAL EN LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA.

MARIA SOL VAZQUEZ BERDASCO

1 Introducción

La Tuberculosis es una enfermedad oral causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, también llamado Bacilo de Koch. La transmisión de la enfermedad puede ser por:

- Vía directa. De un individuo afectado a otro, principalmente, por gotitas de saliva eliminadas por el aire y que contienen el microorganismo.
- Vía indirecta. Por la inhalación del bacilo depositado sobre objetos de uso diario, sobre los que puede sobrevivir meses porque es de gran resistencia.

Las principales puertas de entrada son por el sistema respiratorio, tejido linfático, de bucofaringe, intestino y piel. La principal vía de contagio es la respiratoria, seguida de la digestiva y de la cutánea mucosa.

La patogenicidad de la infección se ve aumentada en personas inmunodeprimidas debido a la mayor susceptibilidad de este tipo de pacientes.

Es una enfermedad que se consideraba erradicada, pero que, en la época actual, ha tenido un resurgir, con mayor incidencia en personas jóvenes (30-45 años es la más agresiva), debido principalmente a 4 factores:

- Aumento de la población marginal con pobreza, hacinamiento. Son situaciones sociales que facilitan su propagación.
- Anulación de los programas de control de esta enfermedad en muchos países porque se consideraba erradicada.

- El VIH/SIDA. Son pacientes más susceptibles a ser infectados debido a que presentan reducción de la resistencia mediada por células T. Una persona VIH positivo es 30 veces más propensa a desarrollar la enfermedad que una persona VIH negativa.

Otras patologías que facilitan la reactivación, pero en menor medida son: diabetes, cáncer de cabeza y cuello, cirugía de derivación yeyuno-ileal, enfermedad renal crónica con diálisis, pérdida de peso significativa, gastrectomía y pacientes inmunosuprimidos.

- La resistencia de las cepas de *Mycobacterium Tuberculosis*.

Existen varias formas clínicas o de presentación de la tuberculosis que van desde la tuberculosis pulmonar (la más frecuente) hasta la extrapulmonar (en la que incluye la tuberculosis oral):

- Forma insidiosa: cursa por pérdida de peso, astenia, anorexia, fatiga, etc.

- Forma catarral: es la que presenta tos, expectoración, resfriados a repetición o prolongados.

- Forma aguda respiratoria: al principio con un comienzo brusco, con fiebre, tos húmeda y malestar general se puede asociar a una gripe o una neumonía.

- Forma hemoptoica: con presencia de hemoptisis (expectoración de sangre).

- Forma pleural: se presenta con inflamación o dolor pleural, bien sea, con derrame o sin él.

- Forma combinada: con la presencia de 2 o más de las formas mencionadas.

La Tuberculosis se puede manifestar en 3 etapas:

- Infección primaria. No suele producir enfermedad aguda y la mayoría no produce síntomas y al finalizar ingresa en fase latente. No suele transmitirse en esta fase.

- Infección latente. Un porcentaje variable se reactiva con signos y síntomas de la enfermedad. La infección no contagia en la fase latente.

- Infección activa.

La infección inicial suele ser asintomática, lo que se conoce como primo infección tuberculosa. a las pocas semanas desarrolla sensibilidad a la prueba de la Tuberculina (TST) o Test de Mantoux, no siempre fiable. Otras formas de diagnóstico son el bacteriológico (con baciloscopia y cultivos) y las radiografías de tórax, efectivas en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar.

Los principales medicamentos que se usan para el tratamiento de la Tuberculosis son la isoniazida y la rifampicina, en ocasiones, usados en combinación con etambutol y la pirazinamida. El tratamiento se pauta de manera individual a cada paciente. La interrupción del tratamiento voluntariamente, por parte del paciente, antes de terminar la pauta (generalmente 6-9 meses) prescrita, puede ocasionar

mutaciones espontáneas del bacilo tuberculoso. Como consecuencia, se pueden ocasionar fallos en el tratamiento y recaídas causando un daño peor que si no se hubiese pautado ningún tratamiento. Para el tratamiento de la tuberculosis superresistente se han de emplear medicamentos altamente tóxicos y no probados como clofazimina y linezolid.

La tuberculosis es una enfermedad con escasas manifestaciones orales, aunque no exenta de ellas. el odontólogo debe conocer los síntomas y las posibles manifestaciones orales para reconocer a un paciente posible portador de tuberculosis y aplicar así las medidas oportunas para evitar la propagación de la enfermedad.

2 Objetivos

Explicar la importancia del diagnóstico de la tuberculosis oral para evitar la propagación de la enfermedad y saber cómo actuar en la clínica dental ante un paciente con tuberculosis.

3 Metodología

Para elaborar este trabajo se ha recopilado información procedente de artículos científicos incluidos en publicaciones académicas que han sido revisadas. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica a través de Internet sobre literatura científica existente. Se han consultado libros y artículos de las principales bases de datos.

4 Resultados

Una de las formas de presentación de la tuberculosis extrapulmonar es la tuberculosis oral. Las manifestaciones orales son raras debido a que la saliva realiza un arrastre continuo y no deja depositar los bacilos. Si logran atravesar la mucosa se incorporan a la circulación general sin provocar lesión oral. Por tanto, la mucosa no es un medio ideal para que se desarrolle el bacilo de Koch, requiere de una lesión oral para su implantación. La tuberculosis oral es una manifestación rara, únicamente causante del 2-6% de las lesiones extrapulmonares y el 0,1% de las lesiones clínicas.

Las localizaciones más frecuentes en la cavidad oral son en: lengua, encía y paladar. Pueden presentarse como lesión solitaria, múltiple o satélite, ubicada principalmente en la lengua en la cara ventral o bordes laterales aunque se puede

desarrollar en el piso de boca, paladar duro y blando. Algunas lesiones pueden ir acompañadas de linfadenopatía regional unilateral o bilateral, submandibular y cervical odinofagia, disfagia, y disfonía, sensación de ardor o quemadura. La evolución de la lesión puede ser de días a meses.

Es necesario establecer un diagnóstico diferencial extenso con otras lesiones de la cavidad oral por sus características o similitud: úlcera sifilítica, úlcera traumática, carcinomas, granulomatosis.

La lesión primaria que se observa en la cavidad oral es de consistencia sólida y se manifiesta en forma de tubérculo granulomatoso. La lesión primaria dará lugar a una lesión secundaria también de consistencia sólida y que se manifiesta en forma de úlcera que deja cicatriz. Se trata de una úlcera de fondo amarillento-grisáceo rodeada de halo eritematoso y edema duro.

La infección primaria suele afectar a la encía y se suele dar en niños o adultos jóvenes. se manifiesta como una úlcera en forma de cráter, rodeada de zona edematosa. Los bordes de estas úlceras son sangrantes y curan espontáneamente entre los 10 y 20 días. Puede haber afectación ganglionar indolora. Estas úlceras pueden tornar en forma de absceso que se abre a la piel y drena material necrótico. Para el desarrollo de la lesión requiere de una puerta de entrada para el microorganismo producto de una higiene bucal deficiente, daño de la mucosa, extracción dental y leucoplasia.

La infección secundaria se produce como consecuencia de una contaminación de la mucosa oral tras el contacto con un esputo contaminado en un paciente con tuberculosis pulmonar o como consecuencia de una diseminación hematógena. Es sitio de preferencia para la ubicación de la lesión en la infección secundaria es en el dorso de la lengua. Forma una úlcera irregular, de consistencia blanda, no adherida y dolorosa que al limpiarse muestra unos corpúsculos amarillentos y puntos hemorrágicos. El dolor puede irradiar al oído. También se puede presentar afectación ganglionar.

Ante un paciente con tuberculosis o sospechoso de infección tuberculosa activa, se limitará la atención a solo los tratamientos de emergencia y se pondrán en práctica todos los métodos de aislamiento y barreras para prevenir el contagio y propagación de la enfermedad.

Recomendaciones a seguir en la clínica dental:

- Medidas de bioseguridad que se deben de seguir con todos los pacientes, considerando a cualquier paciente como potencialmente contagioso.
- Toda lesión ulcerosa en lengua, mucosa, encía o paladar debe ser estudiada para establecer un diagnóstico diferencial con la tuberculosis.

Otras recomendaciones que no difieren de las que se siguen en la práctica dental

diaria:

- Historia clínica exhaustiva. Aquellos pacientes que después de haberles preguntado, sean susceptibles al desarrollo o contagio de la tuberculosis serán evaluados de manera minuciosa a nivel bucal en busca de posibles lesiones ulcerosas y valoración de otro tipo de lesiones diferentes a la úlcera por tuberculosis.
- Se seguirá una correcta esterilización del instrumental.
- Predilección por el uso del dique de goma para evitar contaminación por aerosoles.
- Es indispensable el empleo de guantes, mascarillas, lentes o pantallas protectoras y cambiarlos por cada paciente.
- Limpieza y desinfección de escupidera y del filtro, jeringa triple y toda la superficie de trabajo.
- Ventilación del consultorio y sala de espera, preferiblemente las consultas deben realizarse a la luz del día y permitir la entrada del sol.
- Todo profesional que trabaja con elevado número de pacientes es un riesgo incrementado para la TBC, por esto sería ideal la realización de un test anual de tuberculina.

5 Discusión-Conclusión

La Tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa. Aunque se consideró erradicada, actualmente, está sufriendo un repunte. La tuberculosis oral es una forma de tuberculosis que se manifiesta en la cavidad oral. Es necesario conocer los signos y síntomas que presenta la enfermedad y saber establecer un diagnóstico diferencial con otro tipo de lesiones y patologías que se pueden encontrar en la cavidad oral. También es muy importante saber cómo actuar a nivel dental cuando se reconoce a un paciente infectado o con sospechas de que pueda padecer la enfermedad. Se debe de evitar el contagio de la enfermedad y prevenir la propagación al resto de la población.

6 Bibliografía

1. Tuberculosis pulmonar y lingual. <http://www.scielo.org.co>>scielo.
2. Tuberculosis. Manual MSD versión para profesionales <http://www.msmanuals.com>.
3. Tuberculosis y odontología. <https://scielo.isciii.es>.
4. Tuberculosis en cavidad oral. <https://es.slideshare.net>

5. Tuberculosis. Un problema que no debe de ignorar el odontólogo. <https://www.actaodontologica.com>

Capítulo 70

VIH: FASES DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD

CARIDAD ARROYO MARTIN

RAQUEL ABADIA PRADA

OMAR GONZÁLEZ DÍAZ

CELIA ALONSO BLANCO

1 Introducción

Las siglas VIH significan virus de inmunodeficiencia humana, el cual es causante de la infección del mismo nombre. Las siglas “VIH” pueden referirse al virus y, además, a la infección que causa.

El VIH ataca y destruye las células CD4 que posee el sistema inmunitario encargadas de combatir las infecciones. La pérdida de dichas células CD4 dificulta e impide la lucha del sistema inmunitario contra las infecciones, enfermedades y ciertas clases de cáncer. Si no se recibe un tratamiento idóneo, el VIH irá gradualmente destruyendo el sistema inmunitario y evolucionar al SIDA (Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida). El VIH se contagia de persona a persona por medio de contacto con ciertos líquidos corporales de un paciente que tiene la enfermedad. Entre estos fluidos corporales se incluyen: sangre, semen, líquido pre seminal, secreciones vaginales, secreciones rectales y leche materna.

El contagio del VIH de una persona a otra recibe el nombre de transmisión del virus. La propagación del virus de una mujer seropositiva a su hijo o hija durante

el embarazo, el parto o la lactancia materna, se llama transmisión materno infantil. Es posible transmitir el VIH en cualquier etapa de infección por el mismo, incluso aunque una persona seropositiva no presenta síntomas de estar infectado.

2 Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es desarrollar las distintas etapas por las que pasa un paciente al contraer esta enfermedad.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo, hemos realizado una amplia revisión bibliográfica en páginas específicas y especializadas en la materia, utilizando en Google como motor de búsqueda algunos conceptos como “VIH” “SIDA” o “Infección”, llegando a los resultados y conclusiones que a continuación exponemos.

4 Resultados

- Infección aguda por el VIH:

La infección aguda por el VIH es la etapa más temprana de infección por ese virus y, de manera habitual, se manifiesta en un periodo de 2 a 4 semanas después de que la persona ha contraído esta infección. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos del sistema inmunitario que luchan contra la infección. Durante la fase de infección aguda por el VIH, la concentración de ese virus en la sangre es muy alta, lo cual aumenta considerablemente su riesgo de transmisión.

- Infección crónica por el VIH:

La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica). Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo, pero en concentraciones muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras. Sin tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más, aunque ese período puede ser menos en algunas personas.

-SIDA:

El SIDA es la fase final y más grave de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones y el cáncer. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencias que en las personas con un sistema inmunitario sano). A las personas con el VIH se les diagnostica SIDA si tienen un recuento de linfocitos (células) CD4 de menos de 200/mm³, o si presentan ciertas infecciones oportunistas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años.

5 Discusión-Conclusión

Así pues, como conclusión de este capítulo, vamos a enumerar una serie de factores con los que debemos tener mucha precaución, pues, o son vía de contagio o pueden potenciar el riesgo de contraer la enfermedad; a saber:

- Tener relaciones sexuales por vía vaginal o anal sin usar preservativo con una persona que es seropositivo o cuyo estado de infección por el VIH se desconoce.
- Inyectarse drogas y compartir agujas, jeringas u otro equipo de administración de drogas o medicamentos con otras personas.
- Padecer una enfermedad de transmisión sexual como por ejemplo Sífilis, u otras como por ejemplo, la hepatitis.

6 Bibliografía

1. <https://medlineplus.gov/spanish/hiv aids.html>
<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>
2. <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>
3. <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/queesSidaVih.htm>
4. <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/infecciones/infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih/infecci%C3%B3n-por-el-virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-vih>

Capítulo 71

EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS

MARÍA ÁNGELES SUÁREZ CARAMÉS

1 Introducción

El síndrome de burnout, o de desgaste profesional, es un agotamiento mental y físico que se sufre por exigencias desmesuradas o inadecuadas en el ámbito laboral y que llevan a la insatisfacción laboral.

La primera vez que se pone nombre a este problema fue en 1974 cuando un psiquiatra alemán, Herbert J. Freudenberger, observó el comportamiento de sus compañeros de trabajo en una clínica para toxicómanos en Nueva York y notó depresión, desmotivación, falta de empatía y agotamiento.

“Por lo general, el trastorno es consecuencia de un estrés laboral crónico, y se caracteriza por un estado de agotamiento emocional, una actitud cínica o distante frente al trabajo (despersonalización), y una sensación de ineficacia y de no hacer adecuadamente las tareas. A ello se suma la pérdida de habilidades para la comunicación.

El Síndrome de Burnout se incluye así entre los principales problemas de salud mental y en la antesala de muchas de las patologías psíquicas derivadas de un escaso control y de la carencia de una prevención primaria de este síndrome.”

Tan importante y extendido está este síndrome que la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha calificado como enfermedad.

La OMS afirma que este cuadro se incluye como un “síndrome ocupacional”, que

se debe únicamente al “estrés crónico en el lugar de trabajo” y que “no debe aplicarse para describir experiencias en otras áreas de la vida”.

2 Objetivos

- Advertir de la importancia que tiene esta enfermedad en los trabajos del ámbito sanitario.
- Hacer un llamamiento para que los profesionales encargados de gestionar la sanidad tomen conciencia de la gravedad del problema y desarrollen una organización del trabajo que elimine muchas de las causas culpables de este síndrome.

3 Metodología

Para la elaboración de este capítulo se ha realizado una revisión bibliográfica en bases de datos de internet, tipo Google Académico o PubMed o las páginas “Médicos y pacientes.com”, “Scielo”, “Mapfre”, “Quirón Salud”, “Universia”. Fueron de gran ayuda para este trabajo la revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y, por su extensión y profundidad, la página de la OMS específica sobre este problema.

4 Resultados

Se apuntan como síntomas principales de este tipo de agotamiento los siguientes:

- La enajenación del trabajo porque trabajar resulta frustrante y estresante de tal manera que los trabajadores que sufren burnout adquieren cierto grado de pasotismo con sus labores y con sus compañeros, distanciándose emocionalmente con todo lo que tenga que ver con su actividad profesional.
- Cansancio emocional que se traduce en una falta de energía para afrontar el trabajo.
- Síntomas físicos, principalmente dolores de cabeza y problemas intestinales.

La enfermedad es tan preocupante como para que los especialistas digan que: “El patrón de comportamiento es lo suficientemente grave como para dar lugar a un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes de funcionamiento. Dicho comportamiento puede ser continuo o episódico y recurrente, y generalmente es evidente durante un período de al menos 12 meses para que se asigne el diagnóstico, aunque la

duración requerida puede acortarse si se cumplen todos los requisitos de diagnóstico y los síntomas son graves.”

El personal que trabaja en sanidad sufre de una manera alarmante este desgaste profesional, agravado si cabe en tiempos de pandemia. El auxiliar administrativo, en particular, lo sufre de manera múltiple porque le influye tener que atender, presencial o telefónicamente, a los pacientes que en numerosas ocasiones le hacen objeto de sus frustraciones; le influye asimismo la presión del personal sanitario y de sus propios compañeros; y sufre la presión que conlleva la autoexigencia de su propio trabajo.

En la sanidad asturiana (otras comunidades autónomas también padecen esta anomalía) hay una variable más que quizá sea la que más incide en ese estrés laboral: los innumerables contratos (incluso de un día) a los que está abocado el personal eventual si quiere trabajar y seguir en la bolsa de empleo. No puede haber un compromiso cuando el trabajador cambia todos los días de puesto de trabajo.

5 Discusión-Conclusión

En el fondo lo que subyace es una gran desmoralización debida a las condiciones de trabajo. Cuando el personal sanitario y no sanitario de los centros de salud y de los hospitales trabajó con intensidad y valentía durante los duros meses del Covid-19, se vio claramente que la sanidad española necesitaba personal fijo para el trabajo habitual, diario, de los centros sanitarios; más inversión en tecnología y en personal.

Sin embargo, a medida que la situación mejora, se vuelve a los estándares anteriores a la pandemia y los profesionales que trabajan en el sector sanitario siguen teniendo una carga desmesurada de trabajo en unas condiciones duras para el personal fijo y penosas para el eventual.

Conseguir que los profesionales sanitarios (sean enfermeras, celadores, médicos o administrativos) puedan afrontar los retos que cada día tienen requiere de una buena planificación de recursos humanos y eso sólo se consigue con inversión en sanidad pública.

6 Bibliografía

1. “Síndrome de Burnout” Lachiner Saborío Morales, Luis F. Hidalgo Murillo.

2. “El síndrome de ”burnout” o el desgaste profesional.” E. Álvarez Gallego, Luis Fernández Ríos

Capítulo 72

EL TRANSPORTE DE MUESTRAS BIOLÓGICAS Y EL CELADOR

LOURDES GUTIERREZ LUCENDO

MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA

MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ

M^a LLANOS RUBIO RUBIO

1 Introducción

El transporte de las muestras biológicas desde el servicio o centro donde se extraen hasta el laboratorio clínico procesador, tiene que regirse por una normativa técnica que garantice la estabilidad de las propiedades biológicas.

Debido a que la proliferación bacteriana es muy intensa a temperatura ambiente, el traslado de algunas muestras no admite demoras y el de otras se puede posponer refrigerándolas:

- Gasometría arterial: debe ser enviada de forma inmediata al laboratorio porque se alteran los valores.
- Examen básico de orina y urocultivo: si no puede ser procesado inmediatamente se mantendrá en el frigorífico a una temperatura de 4 °C no más de 24 horas.
- Corprocultivo: (para el estudio de heces): si no puede ser procesado antes de 30 minutos se conservará en la nevera.
- Líquido cefalorraquídeo: en caso de que no se pueda enviar al laboratorio, la muestra se conservará siempre a 37 °C (nunca a temperatura ambiente ni en la nevera).

Todo el personal que participe en los diferentes procesos referidos al transporte tiene que disponer de la formación, habilidades y experiencias necesarias para ejecutar las actividades requeridas. También hay que asegurar que sean conscientes de la importancia de sus actividades y sepan que pueden con ello contribuir a la obtención de los objetivos de calidad.

2 Objetivos

- Conocer las funciones del celador en el transporte de muestras biológicas.
- Describir cómo se debe realizar el transporte de las muestras biológicas.

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

Recomendaciones ante el transporte de muestras biológicas:

- Preservar la integridad de las muestras de diagnóstico con la finalidad de mantener la estabilidad de las propiedades biológicas que las componen.
- Exponer una serie de requisitos referidos a la preparación y colocación de los diferentes tipos de contenedores, y las condiciones idóneas de embalaje, etiquetado y señalización, de la manera que formen parte de las medidas organizativas y de un buen quehacer.
- Contenido documental y de los registros que tendrían que prepararse y adjuntar a las muestras de diagnóstico, con la finalidad de demostrar la trazabilidad del procedimiento de transporte desde el momento de la obtención de la muestra hasta la recepción en el laboratorio respetando la confidencialidad de los datos.
- Cumplir las condiciones y requisitos de seguridad para disminuir o minimizar el riesgo que puede comportar en los manipuladores implicados en el transporte de las muestras ante un accidente.

Se pueden distinguir situaciones que merecen una especial atención:

- El transporte de la muestra dentro del propio centro de trabajo o de un punto de extracción periférico a un laboratorio.
- La recepción y apertura con muestras biológicas.

Transporte interno:

Un sistema de transporte interno debe valorar desde el momento en el que la muestra es extraída hasta que llega al laboratorio. Los tubos procedentes de la extracción deben depositarse en gradilla dentro de un contenedor de transporte que pueda retener fugas o derrames y asegure una protección adicional. Preferiblemente se debe seleccionar la ruta de transporte que evite el contacto con servicios de recepción, área administrativa y cafetería.

En el caso de transporte por carretera desde los puntos de extracción periféricos, se debe añadir que el contenedor obligatoriamente debe ser hermético de forma que impida toda fuga o derrame. Además, una vez cerrado y sellado el recipiente, debe limpiarse con desinfectante y secarse. El celador, conductor del vehículo deberá ser consciente del material que transporta y será instruido sobre lo que de hacer en caso de accidente o derrame del contenido de los recipientes. Los contenedores deberán ir identificados con la señal de peligro biológico o una etiqueta similar.

Recepción y apertura:

Es conveniente que el personal del servicio de recepción sepa con antelación la procedencia y el número de muestras que va a recibir, lo que asegura la posibilidad de evitar muestras perdidas o en paradero desconocido. La persona de la recepción deberá estar entrenada en el sentido de que si existen dudas sobre lo que dentro del contenedor en cuanto a su integridad, sea introducido dentro de una bolsa de plástico que proteja hasta la descontaminación o apertura en cabina de seguridad biológica, si así se requiera.

Este riesgo se hace más patente en aquellas muestras que han sufrido transporte y con las que ha de ser especialmente cuidadoso, teniendo siempre la precaución de desinfectar externamente el contenedor, previamente a su apertura.

Los celadores además de encargarse de trasladar las muestras a los laboratorios correspondientes, también han de recoger los resultados de las mismas.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo teniendo claro que el celador tiene que conocer los riesgos biológicos y lo que comporta el transporte de estos materiales, trabajadores que tengan contacto con muestras biológicas.

Tiene que conocer el plan de actuaciones necesarias en el caso de accidente y a quien comunicarlo, de acuerdo con los planes establecidos.

Debe de tener conocimiento de los requisitos especiales de conservación de las muestras para el transporte, en relación con la temperatura, como al tiempo máximo de entrega, a los sistemas de registro, a la adecuada manipulación de embalajes, a los métodos de apilamiento y prevención de movimientos inadecuado.

6 Bibliografía

1. Ramón F, Dir. Recomendaciones para la acreditación de laboratorios clínicos, Volumen 1. Comité de Garantía de la Calidad y Acreditación de Laboratorios. Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Barcelona: SEQC, 1996.
2. Acuerdo europeo sobre transporte internacional de mercancías peligrosas por carretera, ADR2003. (Suplemento del BOE número 33, de 7 de febrero de 2003).
3. Asociación Española de Normalización y Certificación de diagnóstico in vitro. Envases para el transporte de muestras médicas y biológicas. Requisitos, ensayo, UNE-EN 829. Madrid: AENOR, 1996.

Capítulo 73

EL CELADOR EN EL SERVICIO DE REPROGRAFÍA. UTILIZACIÓN DE MÁQUINAS REPRODUCTORAS

LOURDES GUTIERREZ LUCENDO

MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA

MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ

AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ

M^a LLANOS RUBIO RUBIO

1 Introducción

El celador adscrito al servicio de reprografía, además de llevar a cabo las funciones recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social, desarrollará funciones ordinarias de reparto de correspondencia y documentos, funciones de centralita, y funciones de reprografía entre otros.

Por lo tanto, es de gran importancia que los celadores que desarrollen sus funciones labores en este servicio deben tener una serie de nociones básicas sobre el manejo de máquinas reproductoras, multcopistas, fotocopadoras, encuadernadoras, fax, servicio postal, grapadoras y destructoras de papel entre otras.

Antes de desarrollar el tema del capítulo a tratar, se definirán una serie de conceptos para entender mejor el desarrollo del capítulo. Para ello, se utilizará el diccionario de la Real Academia de la lengua Española (RAE).

Reprografía: (del ingl, reprography) Reproducción de los documentos por diversos medios, como la fotografía, el microfilme, etc.

Multicopista: dicho de una máquina o de un aparato que reproduce en numerosas copias sobre laminas de papel textos impresos, mecanografiados o manuscritos, dibujos, grabados, etc. sirviéndose de diversos procedimientos.

En este capítulo se llevará a cabo una breve síntesis de todas las máquinas que debe utilizar el celador de la unidad de reprografía.

2 Objetivos

Objetivo principal:

- Conocer todas las máquinas utilizadas en el servicio de reprografía.

Objetivos secundarios:

- Conocer las funciones que debe realizar el celador en el servicio de reprografía.
- Conocer la definición de los términos de reprografía y multicopista.

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

Multicopistas:

La función de las máquinas multicopistas es la de reproducir en un número determinado de copias un documento deseado.

Esta máquina permite la reproducción rápida de copias de un documento original utilizando un cliché.

Los sistemas básicos que encontramos en una multicopista son:

- Sistema de admisión de papel.
- Sistema de entintado.

- Sistema de portaclichés, donde es colocado el documento que se quiere reproducir.
- Sistema de cilindros para facilitar la entrada y salida de folios con las copias realizadas.

Podemos encontrar en el mercado máquinas multcopistas manuales o automáticas. De igual modo, el cliché también puede ser encontrado manual o automático.

Fotocopiadoras:

La función de las maquinas fotocopiadoras es la de reproducir imágenes o textos directamente sobre un papel, no siendo necesaria la utilización de un cliché para ello.

En el mercado podemos encontrar numerosos tipos de máquinas fotocopiadoras que dependerán de sus tamaños y funciones para diferenciarse entre unas y otras. Entre estas máquinas podemos encontrar:

- Fotocopiadoras personales.
- Fotocopiadoras de oficina.
- Fotocopiadoras profesionales o de alta producción.

Las máquinas fotocopiadoras pueden tener otro tipo de clasificación dependiendo del tipo del tóner. Entre ellas podemos encontrar:

- Fotocopiadoras de tóner en polvo.

Fotocopiadoras monocomponente: utilizado según viene en el envase.

Fotocopiadoras bicomponente: la tinta es mezclada con un producto denominado developer.

- Fotocopiadoras de tóner líquido.

Encuadernadoras:

La función de las maquinas encuadernadoras es la de ordenar y clasificar los documentos, añadiéndoles portadas.

Las maquinas encuadernadoras pueden ser clasificadas en tres tipos:

- Aquellas que taladran el papel y que serán unidos los documentos mediante un gusanillo metálico.
- Las termoencuadernadoras. Estas máquinas incorporan una sustancia que calienta la encuadernadora y al enfriarse las copias, las deja unidas.
- Aquella encuadernadoras que fresan el papel para que el pegamento caliente penetre en los cortes.

Otras máquinas:

En la unidad de reprografía podemos encontrar otro tipo de máquinas como pueden ser:

- Grapadoras eléctricas. Son utilizadas para grapar documentos de manera más rápida y eficaz.
- Máquinas destructoras. Son utilizadas para destruir el papel que ya no es útil, dejando los documentos ilegibles.

5 Discusión-Conclusión

Las evidencias que presentamos anteriormente en este capítulo nos demuestran que los celadores que se encuentren adscritos en el servicio de reprografía deberá realizar funciones de fotocopiar documentos, encuadernarlos, encargarse de distribuirlos por el centro hospitalario.

Además de todas aquellas funciones recogidas en la Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Como se ha podido comprobar con la lectura de este capítulo, el celador deberá conocer la utilización de multitud de máquinas que se encuentran en el servicio, como pueden ser: máquinas multicopistas, fotocopadoras, encuadernadoras, grapadoras.

6 Bibliografía

1. Instituciones Sanitarias de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana: Celador. España. MAD. Edición 2017-2018.
2. Orden del 5 de Julio de 1971 por el cual se establece el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad social.

Capítulo 74

EL CELADOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

LOURDES GUTIERREZ LUCENDO

MARÍA ANGELES GALVEZ GARCIA

MARÍA INMACULADA PINTADO PÉREZ

AGUSTINA MONTALBAN GOMEZ

M^a LLANOS RUBIO RUBIO

1 Introducción

Los cuidados paliativos son aquellos que se dan a pacientes terminales. Para ello se realiza una atención integral que engloba las necesidades físicas, psicosociales y espirituales. En estos cuidados el enfermo y la familia son uno, a la hora de la terapia a tratar. También se da por supuesto una atención continuada e individualizada siendo esta muy beneficiosa en el momento de enfrentarse a la muerte del ser querido.

Aunque podemos hablar en las distintas enfermedades degenerativas de eutanasia, los cuidados paliativos no tienen como objetivo la muerte sino que cuidan la vida mientras esta llega a su tiempo, evitando el sufrir. La eutanasia es la provocación intencionada de la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal a petición expresa del paciente y en el contexto médico.

La posibilidad de poner fin a la propia vida en determinados supuestos es ya una prestación médica dentro del Sistema Nacional de Salud. La ley de la eutanasia ha

llegado con bastante consenso social, por la OMC (Organización Médica Colegial) y SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos), y han presentado una guía de cuidados paliativos que han defendido que los cuidados paliativos pueden responder a todas las situaciones médicas, así como también pediátricas.

2 Objetivos

Conocer e indicar las funciones del celador en la unidad de cuidados paliativos en los centros hospitalarios

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

A nivel hospitalario los equipos de cuidados paliativos tratan necesidades de atención más complejas con los distintos recursos sanitarios. En un nivel avanzado ante síntomas de difícil control y tratamientos específicos a estos pacientes, como son tratamientos de dolor, síntomas respiratorios (disnea), astenia, caquexia deshidratación, síntomas digestivos (disfagia, náuseas, estreñimiento) cuidados de la piel (ulceras), crisis convulsivas, síntomas psicológicos y psiquiátricos (delirium, insomnio, ansiedad de depresión). También se cuida el entorno social y familiar.

Existen distintas creencias en este enfoque, deberíamos hablar de la eutanasia.

El propio paciente decide cuando morir en enfermedades crónicas, raras o enfermedades degenerativas mortales (Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica (ELA), Alzheimer) recientemente España las ha admitido.

Se debe lograr mejoras en la sociedad, donde se garantice una calidad de vida al final de la misma, donde el resultado sea una muerte digna en compañía de sus seres queridos.

En este tiempo se debería tratar la muerte como algo natural de la vida y estar preparados para ese momento, el celador podría ser el encargado de cubrir esa

situación dando al paciente calma y paz durante su llegada a esa fase, la muerte. El celador es el que se encarga por así decirlo de dar el último adiós a la persona y trasladar su cuerpo al mortuario. Se podría hablar de que el celador debe de tener unas habilidades aprendidas, como empatía, no perder la calma en los momentos duros transmitiendo al paciente serenidad y aceptación en su camino.

Este debería encargarse de que el paciente y los familiares se despidieran en los últimos momentos de vida de este. Esto es fundamental para hacer un mejor duelo.

En pandemias como la que hemos vivido a nivel hospitalario ha sido muy difícil y muy trágico para las familias perder a su ser querido sin poder despedirse. Ha sido muy duro a nivel psicológico y emocional para los dos, paciente y familiares. A nivel paciente, este sentía más ansiedad, más miedo a la incertidumbre, por no poder contar físicamente con las personas queridas, digamos que su alma no ha podido descansar o irse en paz. Esto es algo que el celador debe luchar por ello ya para futuras pandemias.

En la situación de sufrimiento existencial refractario “síntomas refractarios” no responden a los tratamientos disponibles, por tanto, no se pueden controlar, así cuando una persona sufre el médico puede y debe disminuir la conciencia del paciente para que no tenga un final tan perjudicial y desafortunado como puede ser una muerte con sufrimiento.

Los fármacos que se utilizan en la sedación paliativa se usa casi siempre benzodiazepinas como el midazolam. En la eutanasia barbitúricos.

5 Discusión-Conclusión

El celador debe saber muy bien sus funciones. Es un miembro más del equipo que se encarga del apoyo físico y emocional de la persona paliativa.

Apoyo físico ayudar a realizar los cambios posturales con los auxiliares según el protocolo en el tiempo indicado y apoyo emocional o espiritual.

El celador le hará saber en todo momento que este está dispuesto a escucharle.

Aunque parezca que no, se envía un mensaje importante. Hablarle con calma y tranquilidad es fundamental. Es necesario recordarle a la persona dónde está y quien está allí. Pedir ayuda al equipo médico si se produce una agitación significativa.

En el procedimiento de la sedación paliativa se minimiza la dosis para conseguir una disminución de la conciencia del enfermo, por lo tanto se le duerme para que no sufra. En la eutanasia directamente las dosis son letales.

La supervivencia en la sedación paliativa son horas o pocos días, en la eutanasia son minutos.

6 Bibliografía

1. <https://www.osakidetza.euskadi.ues>.
2. [medicos/pacientes.com/dr. Jacinto bostiz](https://medicos/pacientes.com/dr-jacinto-bostiz).
3. BOE 25/3 Ley orgánica 3/2021 de 24 marzo.
4. Revista independiente 25 junio. los médicos publican una guía de paliativos con la que no se debería hacer falta la eutanasia.

Capítulo 75

EL CELADOR Y LA PREVENCIÓN DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN (UPP)

ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA

YOLANDA SORIA MARTINEZ

MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ

JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

1 Introducción

La úlcera por presión (UPP) es una lesión en la piel que se produce por permanecer en una misma posición durante un tiempo prolongado. La causa de su formación, principalmente, es la presión ejercida en los tejidos entre dos planos duros produciendo falta de oxigenación en los mismos (isquemia).

Las prominencias óseas fisiológicas del paciente y la cama, silla, calzado, etc, son los principales planos duros que producen la presión en los tejidos.

Otras fuerzas mecánicas como la fricción o rozamiento y el cizallamiento también son causa de formación de úlceras por presión.

Pueden afectar a todas las capas de la piel (epidermis, dermis e hipodermis), a las articulaciones, músculos y tejido óseo.

Además, hay que tener en cuenta otros factores que son propios del paciente como la incontinencia urinaria y fecal, alteraciones nutricionales, percepción sensorial disminuida producida por diabetes mellitus, estado de conciencia o procesos terminales.

Las zonas principalmente afectadas, son los talones, las tuberosidades isquiáticas, la región sacra y las caderas.

Se estima que, al menos el 95% de las úlceras por presión son evitables siempre que se pongan en práctica medidas de prevención, por lo tanto, son un indicador negativo de la calidad de los cuidados prestados al paciente.

2 Objetivos

- Explicar de manera detallada que son las UPP o úlceras por presión, porque se producen, manera de tratarlas y prevenir su aparición por parte del personal celador.
- Explicar la manera de movilizar al paciente por el celador para que no le aparezcan este tipo de úlceras por presión y exponer la importancia que este personal tiene en estas tareas.

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

Factores de riesgo en la formación de úlceras por presión.

1. Extrínsecos:

- Presión: hay que tener en cuenta la fuerza de la presión capilar ejercida, así como la duración de la misma, siendo una presión leve pero mantenida en el tiempo más perjudicial que una presión intensa durante un corto espacio de tiempo.
- Humedad: la humedad procedente del sudor, agua, orina o heces produce maceración en la piel haciéndola más vulnerable a las heridas

- Cizallamiento: fuerzas tangenciales que combinan presión y fricción, permaneciendo la piel fija, pero desplazándose la estructura ósea que recubre.
- Tratamientos farmacológicos.

2. Intrínsecos:

- Edad avanzada: a mayor edad mayor pérdida de elasticidad en la piel, disminución del espesor del tejido celular subcutáneo y disminución de capilares con reducción de aporte sanguíneo cutáneo.
- Incontinencia: humedad y aumento del pH por el efecto de las bacterias ureasas positivas produciendo mayor de la permeabilidad de la piel.
- Fiebre: aumenta el metabolismo celular incrementando el riesgo de necrosis isquémica.
- Malnutrición: ingesta insuficiente de proteínas que inhibe la cicatrización de las úlceras.
- Diabetes: acelera el proceso de necrosis por la microangiopatía.
- Inmovilidad.
- Trastornos neurológicos con déficits sensoriales y motores.

Principales localizaciones:

- Decúbito supino: occipital, escápula, codo, sacro y talón.
- Decúbito lateral: costillas, oreja, cresta iliaca, cóndilos, maléolos, hombro y trocánter
- Decúbito prono: mejilla, mamas (mujeres), genitales (hombres), rodillas, punta de los dedos de los pies.
- Sedestación: omoplato, cresta iliaca, sacro, zona poplíteo, trocánter, isquion, pies.
- Escalas de valoración del riesgo más importantes Para valorar el riesgo de aparición de úlceras en un paciente concreto se utilizan una serie de escalas que es importante conocer: escala de Norton, escala de Braden, escala de Arnell y la escala de Emina suelen ser las más utilizadas.

- Clasificación:

También existen diferentes formas de clasificar las úlceras por presión, aunque la más generalizada es la que se basa en la profundidad y en la extensión del daño en los tejidos.

Se clasifican en cuatro grados o estadios.

1. Grado I: zona enrojecida en la piel que no se vuelve blanca cuando se presiona con el dedo (la úlcera por presión empieza a formarse). La piel puede presentar decoloración con calor, edema y dolor en la zona. Piel íntegra. Se trata de las más leves, pero si no se curan en pocas horas pueden pasar a un grado mayor

2. Grado II: aparece una llaga abierta o una ampolla, la zona de alrededor puede estar roja e irritada. La epidermis y/ o dermis aparece rota.
3. Grado III: pérdida total del grosor de la piel formando un agujero abierto denominado cráter. Tejido subcutáneo dañado, pero sin afectar al hueso, tendones o músculo.
4. Grado IV: daño en el músculo y a veces en los tendones, llegándose a ver incluso el hueso. Aparece tejido muerto (esfacelos o escaras) y puede haber socavamiento o tunelización hacia zonas más extensas.

Posicionamiento del paciente para evitar úlceras por presión.

- Mantener los talones protegidos y elevados de la superficie de la cama.
- Utilizar almohadas o cuñas para separar las prominencias óseas.
- Para evitar la lesión en el trocánter mayor hay que limitar la rotación del paciente a 30° tanto desde el decúbito dorsal como ventral. Nunca posicionar en decúbito lateral puro y extremo.
- Si la patología del paciente lo permite, mantener elevada la cabecera de la cama en 30°.
- Corregir la posición evitando sobrecargas sobre úlceras existentes.
- Se desaconseja la inmovilización a excepción de indicación médica específica y por breves períodos de tiempo.

Posiciones básicas recomendadas:

- Decúbito dorsal con 30° de rotación tanto hacia la izquierda como hacia la derecha, aliviando la presión con un triángulo debajo de la región glútea (derecha o izquierda), elevación de la cabecera en 30° y control de la posición de los pies.
- Decúbito dorsal con flexión de caderas y rodillas con almohadas o cuñas separando las prominencias óseas.
- Decúbito ventral con 30° de rotación tanto hacia la izquierda como hacia la derecha con almohadas o cuñas separando las prominencias óseas.

Es fundamental una adecuada elección de las superficies de apoyo:

1. Superficies estáticas:

- Colchonetas o cojines estáticos de aire.
- Colchonetas o cojines de fibras especiales (siliconizadas), de espumas especiales o viscoelásticos.

2. Superficies dinámicas:

- Colchones, colchonetas o cojines alternantes de aire y alternantes de aire con flujo de aire.
- Camas y colchones de posicionamiento lateral.

- Camas bariátricas, fluidificadas o que permitan el decúbito y la sedestación.

5 Discusión-Conclusión

Las úlceras por presión (UPP) aparecen por muchos motivos, el papel del personal celador junto con los sanitarios es muy importante para prevenirlas. Para evitar la aparición es necesario que el equipo multidisciplinar actúe de forma coordinada y metódica, sintiéndose todos los miembros involucrados y siendo el primer eslabón el personal de apoyo (celadores).

El tratamiento se basa en el alivio de la presión programando cambios posturales cada dos o tres horas en aquellos pacientes que no pueden moverse por sí mismos o enseñando a reposicionarse a aquellos que sí puedan hacerlo durante cada treinta minutos, un soporte nutricional adecuado y el manejo del dolor además de una buena práctica en los cuidados de la úlcera existente.

6 Bibliografía

1. Manual de prevención y tratamiento de úlceras por presión. Edición bilingüe. [Internet] [citado 2006] Disponible en <https://extranet.sergas.es/catpb/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1316>
2. Guía de cuidados: prevención de las úlceras por presión. [Internet] [citado 15 junio 12] Disponible en https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/chas/guia_cuidados_preencion_upp.pdf
3. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Servicio de Salud de las Illes Balears. [Internet] [citado febrero 18] Disponible en <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1581/2018-guia-upp-es.pdf>

Capítulo 76

FUNCIONES Y PAPEL DEL CELADOR CON EL PACIENTE CARDÍACO

ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA

YOLANDA SORIA MARTINEZ

MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ

JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

1 Introducción

Un paciente cardíaco entra dentro de las cirugías cardiovasculares de las que se encargan los cardiólogos en los que son necesarias las intervenciones quirúrgicas. Las principales cirugías cardiovasculares pueden ser un bypass, la cirugía valvular, de grandes vasos, arritmias o trasplantes cardíacos. Este tipo de cirugía está en constante evolución y con el tiempo que van utilizando nuevas técnicas, nuevo instrumental y otras opciones que mejoran el éxito de este tipo de operaciones, estas facilitan y en parte disminuyen el tiempo de recuperación de los pacientes.

Aquí estudiaremos las funciones del personal celador hacia el enfermo cardíaco. No nos centraremos en pacientes en concreto ni en un tipo de operación en concreto como recambio de válvulas, disecciones u otros tipos. Simplemente hablaremos de forma general de la labor del celador con un paciente de estas características. Nos centraremos en el trabajo del celador, su relación con el paciente desde

que ingresa en urgencias o por una operación programada hasta que es dado de alta, describiendo de forma general y en lo que incumbe a las funciones de celador todo el paso del paciente por el hospital tanto en planta, en quirófano, hasta que es dado de alta del centro hospitalario.

2 Objetivos

- Dar a conocer la labor del celador a la hora del trabajo con un paciente cardíaco.
- Explicar de forma detallada el trabajo del celador desde el ingreso del paciente, su paso por planta, durante la intervención, así como en la uci y su bajada de nuevo a planta hasta que es dado de alta.

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

Podemos empezar con el ingreso del paciente en el hospital. Normalmente suelen ser intervenciones programadas las cuales entran por su propio pie al hospital, aunque también pueden ser traslados de un hospital a otro o alguna paciente de urgencia que tenga que ingresar o directamente ser intervenido de urgencia. En cualquiera de esos casos el celador será el responsable del traslado del paciente ya sea a su habitación como directamente al quirófano si la situación realmente es necesaria. Dentro de las operaciones programadas el celador este tipo de pacientes suelen realizarse una radiografía de tórax previa a la intervención que se podrá hacer antes del ingreso o trasladarlo al área de radiología una vez que ha ingresado. A parte de esto, el equipo de enfermería y auxiliares tendrán que realizarle una serie de pruebas previas a la intervención en la cuales el celador puede ayudar a la movilización del paciente si se requiere, así como al desplazamiento de este tipo de pruebas o muestras al laboratorio o donde corresponda.

El día de la intervención, el celador cuando tenga orden del personal de quirófano ira a planta a por el paciente y lo subirá al área de intervenciones quirúrgicas

junto con su historial médico y siempre avisando en planta del traslado de ese paciente por si no estuviera preparado para la realización de la intervención.

Una vez en el quirófano y siguiendo las instrucciones tanto del cirujano como del personal de enfermería el celador procederá a colocar la paciente en la mesa de quirófano y le pondrá brazaletes, el arco o cualquier tipo de accesorios de la mesa que le digan que se va a utilizar. El celador tiene la obligación de conocer el funcionamiento de la mesa de quirófano, así como de cómo poner y quitar todos los accesorios necesarios. Durante la intervención también será responsable del traslado del aparataje que el personal quirúrgico crea necesario o del traslado a laboratorio para la recogida de bolsas de sangre, plaquetas o plasma si se tuvieran que utilizar.

Durante la operación si hubiera que movilizar al paciente también con ayuda del personal, el celador tendría que realizar esa función. Una vez está terminada la operación el celador deberá pasar al paciente de la mesa del quirófano a una cama o camilla al paciente y de allí trasladarlo a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Será suya la responsabilidad de llevar al paciente junto con su historial médico y dejarlo en uci en condiciones para que el personal de esa área pueda recibirlo y poder realizar las funciones que sean necesarias.

Normalmente al poco tiempo de estabilizar al paciente se le realizará una radiografía portátil, donde el celador será el encargado de llevar el portátil de rayos a la uci y ayudar en la movilización del paciente para la realización de la prueba.

El celador que esté en la UCI durante los siguientes días, ayudará en el aseo del paciente y una vez esté extubado y estabilizado y siempre por orden facultativa se procederá a levantarlo de la cama y sentarlo en una silla con cuidado de todos los sueros, cables de monitorización y drenajes que lleva el paciente.

Con el paso de los días y dependiendo de su evolución se procederá a bajar al paciente a planta. Cuando se lo ordenen, el celador deberá realizar este traslado a su habitación en silla de ruedas o en cama dependiendo de lo que le digan.

Una vez en planta cada día y si el paciente lo necesita el celador deberá ayudar en el aseo del paciente, así como en los cambios posturales del mismo o ayudarlo a sentar y volverse a tumbar cada día.

Aparte de esto, lo normal es que estos pacientes sean trasladados para la realización de una radiografía de tórax cada día para ver su evolución.

Una vez el personal médico crea necesaria el alta hospitalaria del paciente el celador si hace falta acompañara hasta la salida al paciente o realizará este trayecto en silla de ruedas si el paciente no es válido para andar por su propio pie. De forma general vemos como el celador tiene una labor importante en cada área por las que pasa un paciente que se va a someter a una intervención cardiovascular.

5 Discusión-Conclusión

En este capítulo sobre un paciente cardiovascular podemos observar la importante labor del celador y como está implicado en todos los procesos por los que pasa este tipo de paciente en el hospital, desde su traslado en el ingreso, su trabajo en quirófano, UCI entre otros, incluidas labores tras la operación. Todo este resumen de funciones del celador lo hemos realizado de manera general y basándonos en la forma de trabajo del hospital en el cual trabajamos e imaginando que en resto del SNS será igual. Hay que ensalzar la importancia del celador en el sistema sanitario porque la tiene.

6 Bibliografía

1. <https://www.medijimar.com/realizar-cirugia-cardiovascular/>
2. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/información-general-sobre-cirugía-cardiovascular/>

Capítulo 77

IMPORTANCIA DEL CELADOR EN MORTUORIO HOSPITALARIO Y FUNCIONES

ÁNGEL LUIS LOZANO BODEGA

YOLANDA SORIA MARTINEZ

MARÍA DOLORES MACÍAS GÓMEZ

JUAN MIGUEL TEJERO BELLIDO

MARIA DE LAS MERCEDES LOZANO ORTIZ

1 Introducción

Como dice el artículo 14.2 del Estatuto de Personal no Sanitario los celadores “ayudarán a las enfermeras o personas encargadas a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuario”.

El cadáver será transportado en todo momento por el celador de la unidad de anatomía patológica a la sala de autopsias y en ese momento nos encontramos con dos posibilidades, a la persona fallecida no se le practica la autopsia de inmediato deberemos introducirlo en la cámara frigorífica y, si por el contrario se le va realizar la autopsia de inmediato, se colocará el cadáver ya en la mesa de autopsia.

Una vez en la mesa de autopsias el celador realizar tareas básicamente de auxiliar al médico forense. Antes de la autopsia la primera función del celador es extraer el cadáver de la cámara frigorífica y llevarla a la sala correctamente identificado de manera visible. También deberá preparar el cadáver para la autopsia, desmortajarlo y colocarlo en la posición adecuada en la mesa de autopsias.

Durante la autopsia deberá auxiliar a los profesionales titulados en efectuar los movimientos necesarios del cadáver sin que eso implique el uso del instrumental, pesar órganos, hacer apuntes y guardar y transportar órganos o restos humanos en recipientes herméticos.

Después de la autopsia el celador deberá recomponer y asear el cadáver para posteriormente realizar el amortajamiento y limpiar y recoger la zona donde se ha realizado la autopsia.

2 Objetivos

- Explicar de manera detallada cuales son las funciones que debe de realizar el celador en la zona de mortuorio y cuales no debe de hacer por no ser personal profesional sanitario.
- Establecer la importancia que la figura del celador supone en dicha área hospitalaria.

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 variedad de situaciones con respecto a los fallecimientos y también en autopsias clínicas, hace que el celador sea la persona más cercana en contacto con los familiares del fallecido, además de encargarse del orden y buen funcionamiento de esta zona del hospital.

El celador es el encargado acompañado de otro celador, en concreto del celador del servicio donde se ha producido la defunción. El traslado del cadáver se hará en camilla cubierta o la camilla debe protegerse con una sábana y el cuerpo debe cubrirse con otra, que lo cubrirá por completo desde el servicio en el que se produjo el “exitus” hasta el depósito. De ningún modo irán acompañados de los familiares del difunto.

Siempre los celadores deberemos de procurar que cuando se saque al fallecido que el pasillo se encuentre despejado de enfermos y visitantes. En caso contrario les instigaremos a entrar en sus habitaciones y luego saldremos con la camilla. El traslado al mortuario deberá realizarse, una vez recibido el parte de traslado correspondiente por sitios que no sean de concurrencia normal y deberemos guardar discreción para no exponer a los visitantes ni enfermos. Lo bajaremos con discreción al mortuario depositándolo en la cámara frigorífica, (de manera que la cabeza del enfermo quede a la puerta de la cámara, por si hubiese que reconocer el cadáver) dejando en la puerta una etiqueta con los datos del cadáver para su posterior.

El celador en esta área no deberá tocar instrumental, ni órganos, ni manipular el cuerpo fallecido.

Existen pocos estudios que hablen de los celadores en relación con el área de mortuario, y, sin embargo, es un profesional clave para el desempeño de funciones imprescindible en la gestión de esta situación y que no se le da la importancia que este merece ni se le es reconocida su labor.

5 Discusión-Conclusión

Una vez realizada la exposición de las funciones más relevantes a realizar por el celador de anatomía patológica además de haber profundizado un poco más en el papel de este celador en las autopsias y mortuorios, se debe tener en cuenta y poner en énfasis que la función de este celador es básicamente auxiliar, por ello tiene que cumplir en todo momento las instrucciones y órdenes dadas por el personal médico, siempre cumpliendo la premisa de no usar utensilios quirúrgicos sobre el fallecido y, por último, debiendo tratar en todo momento el cadáver con respeto, consideración y seriedad. Una formación en este tema es fundamental para unos adecuados cuidados de los cadáveres.

6 Bibliografía

1. Patitó, J. (2003). Tratado de Medicina Legal y Elementos de Patología Forense. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Editorial Quorum.
2. Presidencia de la República y el Ministerio de Salud. (12 de marzo de 1987). Ley 17461-S, Reglamento de Autopsias Hospitalarias y Médico Legales. La Gaceta. San José.
3. Roldán, J., & Solano, L. (2001). Departamento de Medicina Legal. Organismo de Investigación Judicial. Poder Judicial. Medicina Legal de Costa Rica, 18 (1).
4. Siegel, J., Saukko, P., & Knupper, G. (Edits.). (2000). Encyclopedia of Forensic Sciences.

Capítulo 78

EL CELADOR Y EL TRASLADO DE EXITUS POR COVID-19

SONIA VAQUERO LÓPEZ

LORENZO GARCÍA CLEMENTE

MANUELA RUIZ VILLOTE

MARIA OLGA AVILA MURILLO

JAVIER BETETA ROMERO

1 Introducción

Los coronavirus son una amplísima familia de virus que afectan tanto a animales como a humanos. Su nombre se debe a que presentan una serie de puntas en su superficie semejantes a una corona. Una gran mayoría de ellos no son peligrosos y se pueden tratar de manera efectiva pero otros como el SARS-CoV-2, el coronavirus que se ha descubierto más recientemente, responsable de la enfermedad Covid-19, son muy infecciosos y pueden llegar a ser mortales.

Este nuevo virus y la enfermedad que provoca se han hecho conocidos a raíz de que en diciembre de 2019 estallara un brote en Wuhan, provincia de Hubei, China. Altamente infeccioso se ha extendido por multitud de países causando numerosos fallecidos. Por tanto, desde el 11 de marzo de 2020, la enfermedad ha sido declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud.

En España la rápida propagación de la enfermedad ha obligado al Ministerio de Sanidad y a los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas a establecer

unos criterios de actuación dirigidos a salvaguardar la salud de pacientes y de profesionales sanitarios. Dichos criterios, elaborados en base a la situación epidemiológica vigente en el momento podrán ser revisados ante los cambios que se produzcan en la misma. El manejo de cadáveres de casos de Covid-19, actividad en la que intervienen celadores, entre otros profesionales, es una de las que requieren una serie de procedimientos específicos en base a la naturaleza infecciosa de la enfermedad, procedimientos que vamos a desarrollar en este capítulo. En el caso de exitus por COVID-19 hay una serie de procedimientos específicos para evitar al profesional implicado el riesgo de contagio derivado del contacto directo con el cadáver, sus fluidos o con fómites donde podrían persistir partículas virales infecciosas.

2 Objetivos

Describir las funciones del celador ante el traslado de Exitus por Covid-19.

3 Metodología

Este capítulo se ha elaborado en base a un análisis exhaustivo de la literatura científica de reciente aparición publicada en los años 2020 y 2021. El carácter novedoso de esta enfermedad, ya que continuamente se hacen nuevos descubrimientos que cambian los modos de proceder adoptados, obliga a tomar en consideración las últimas publicaciones circunscribiendo los artículos analizados a los primeros meses de este año y al año anterior. Para ello, se ha realizado una búsqueda en Google Académico, Scielo, y Pubmed utilizando descriptores como: celadores y Covid-19, deceased y Covid-19 y se han consultado las últimas disposiciones legales del Gobierno de la Nación y de las Comunidades Autónomas.

4 Resultados

En primer lugar, antes de proceder a la manipulación y al traslado del cadáver, es muy importante que el celador o celadores y el personal que vayan a intervenir estén debidamente formados sobre el modo de transmisión de la enfermedad, los procedimientos a realizar y trabajen en número suficiente para realizar los mismos de manera rápida y con los mínimos riesgos posibles.

Para poder comprender la razón de ser de las medidas adoptadas y así llevarlas a la práctica de manera eficaz es importante saber en primer lugar cómo se

transmite el virus causante del Covid-19.

Por lo que sabemos hasta ahora el principal modo de transmisión es el aéreo.

Esto sucede cuando el virus, a través de partículas líquidas expulsadas por una persona infectada al realizar actividades como respirar, estornudar, toser, hablar; entran por la boca, la nariz o los ojos de una persona sana. Estas partículas exhaladas tienen diferentes tamaños. Las más grandes son llamadas “gotículas” Estas partículas, debido a su tamaño, pesan más y se mantienen menos tiempo en suspensión aérea. Las más pequeñas son los llamados “aerosoles” y al pesar menos, permanecen más tiempo en suspensión y alcanzan mayores distancias.

Otro modo de transmisión es a través de fómites cuando las partículas líquidas de personas infectadas (gotículas o aerosoles) se depositan sobre superficies. Estas superficies quedan contaminadas y si otras personas las tocan con posterioridad y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca sin haberse realizado un lavado previo de manos o haber utilizado un desinfectante con base de alcohol, se pueden contagiar. A estos efectos es importante saber que el virus SARS-CoV-2 es un virus encapsulado. Esto quiere decir que está recubierto con una membrana formada por lípidos y glucoproteínas cuya función principal es facilitar la entrada del virus en la célula que infecta y que si lavamos las manos con jabón o usamos un desinfectante con base de alcohol, se destruye esa membrana provocando la inactivación del virus.

En la actualidad se siguen estudiando estos modos de transmisión y otros, siendo los anteriormente mencionados, los que se consideran más significativos.

Por todo lo establecido anteriormente resulta claro que el traslado del cadáver al mortuario por parte del celador o celadores debe realizarse lo antes posible después de ser certificado el fallecimiento y que se debe evitar todo tipo de contacto, ya sea directo o indirecto, con los cadáveres de casos de COVID-19 tanto confirmados como sospechosos. Esto implica el uso obligatorio de los siguientes equipos de protección individual (EPI's) por parte del celador y del resto de personal encargado del traslado:

- Mascarilla FFP2 para filtrar el 94 por ciento de las partículas del aire.
- Guantes.
- Bata impermeable desechable.
- Gafas cerradas prevenir la exposición al virus de las mucosas oculares.
- Gorro desechable.

Y si además se van a realizar tareas pesadas se recomienda reforzar los mismos con elementos adicionales como:

- Guantes de caucho.
- Delantal de caucho.

- Zapatos cerrados resistentes.

El cadáver debe introducirse dentro de la propia habitación de aislamiento en estrecha colaboración entre celador y el resto de profesionales implicados en:

- Bolsa sanitaria estanca biodegradable y de traslado con las características técnicas sanitarias de resistencia a la presión de los gases del difunto en su interior.
- O una bolsa impermeable específica para la finalidad.
- En dos sudarios impermeables no estancos.

Las bolsas con doble cremallera se precintan con una brida para evitar aperturas accidentales. A continuación, se pulverizarán la bolsa o los sudarios, según proceda:

- Con desinfectante de uso hospitalario.
- Con una solución de hipoclorito sódico que contenga 5.000 ppm de cloro activo (dilución 1:10 de una lejía con concentración 40-50 gr/litro preparada recientemente).

El motivo es, como se apuntó con anterioridad, inactivar el virus al inutilizar su membrana lipídica.

Las pertenencias de valor de las personas fallecidas por COVID-19 serán guardadas debidamente etiquetadas y almacenadas en una doble bolsa. En el momento de su retirada por los familiares, se embolsará en una nueva bolsa limpia en cuyo interior se colocarán unos guantes para estos últimos junto con unas instrucciones de manejo y desinfección de las mismas.

El resto de acciones realizadas en el traslado serán las idénticas a las realizadas con cadáveres no infecciosos.

5 Discusión-Conclusión

La naturaleza altamente infecciosa del virus SARS-CoV-2 exige a los profesionales sanitarios adoptar una serie de medidas para evitar o impedir en la mayor medida de lo posible la propagación del mismo.

Los celadores pertenecen a un colectivo que por la naturaleza de sus funciones están o pueden estar en contacto directo con portadores del virus. Por tanto, el conocer y aplicar a la perfección el conjunto de medidas diseñadas específicamente para evitar la propagación del SARS-CoV-2 en el desempeño de su trabajo en los centros sanitarios es fundamental tanto para evitar el contagio propio como para evitar el contagio a otras personas.

6 Bibliografía

1. Documento técnico Procedimiento para el manejo de cadáveres de casos de Covid-19 (2020) Ministerio de Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Manejo_cadaveres_Covid-19.pdf.
2. Considerations related to the safe handling of bodies of deceased persons with suspected or confirmed Covid-19. (2020) European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-related-safe-handling-bodies-deceased-persons-suspected-or>.
3. Infection Prevention and Control for the safe management of a dead body in the context of Covid-19. World Health Organisation. Interim guidance (2020) whoHeadquarters <https://www.who.int/publications/i/item/infectionprevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-inthecontext-of-covid-19-interim-guidance>.
4. Estatuto del Personal no Sanitario al Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Orden de 5 de julio de 1971, por la que se aprueba el Estatuto de Personal no Sanitario al servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. <https://www.boe.es/boe/dias/1971/07/22/pdfs/A12015-12024.pdf>

Capítulo 79

EL TRABAJO DE LOS CELADORES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN PANDEMIA

SONIA VAQUERO LÓPEZ

LORENZO GARCÍA CLEMENTE

MANUELA RUIZ VILLOTE

MARIA OLGA AVILA MURILLO

JAVIER BETETA ROMERO

1 Introducción

En la unidad de cuidados intensivos el celador de esta unidad, tiene dos funciones principalmente, la primera es el refuerzo del personal sanitario, y otra es hacer de conexión con todos los servicios del hospital.

En esta unidad “UCI” el celador tiene que estar muy bien preparado y saber cómo se realiza el trabajo ya que tiene mucha complejidad, los pacientes son críticos. Los celadores que trabajan en la UCI deben conocer muy bien los cambios posturales, el funcionamiento de las camas, y saber dónde está todo colocado ya que es el apoyo de los sanitarios.

Las movilizaciones se deben hacer en bloque, se deben realizar con sumo cuidado para no agravar la enfermedad del paciente.

El personal destinado en la UCI tanto sanitario como no sanitario deben llevar uniforme debiendo llevarlo limpio y usando batas asépticas en el contacto con el paciente. Se cambiarán las batas asépticas de un paciente a otro.

En este servicio se debe cuidar mucho el ruido. Hay que ser silencioso ya que todos los profesionales deben ver y escuchar todo lo que le pasa a los pacientes que llevan a su cargo. Si hubiera jaleo. Podría ocurrir un descuido y una grave tragedia.

En la UCI el celador debe ser una parte fundamental del servicio siendo parte del equipo que trabaja en el servicio.

2 Objetivos

Exponer las funciones del celador en la unidad de cuidados intensivos en la pandemia ocasionada por la Covid-19.

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

El celador ha tenido un papel fundamental en la aparición SARS-CoV-2 conocida como Covid-19.

Por el Covid-19 ha ocasionado el ingreso masivo de pacientes en la UCI.

La infección del virus Covid-19 produce cuadros muy graves, evolucionando muy rápido, de insuficiencia respiratoria aguda. Que precisa ingreso en la UCI y con ventilación mecánica.

Las funciones principales de los celadores en la UCI con la pandemia actual Covid-19.

- Colaboración en la movilización de paciente.
- Ayuda al aseo del paciente.

El celador de UCI tiene un gran riesgo a la exposición del virus.

Debe ir bien protegido con el EPI (mascarilla FFP2, mascarilla quirúrgica, bata desechable, guantes, gafas antisalpicadura, gorro.)

El celador debe tener mucho cuidado cuando está en contacto con un paciente infectado debe cuidar el aislamiento para no contagiar más.

Debe poner en práctica las recomendaciones sobre prevención de riesgos para evitarlos. Debe asegurar la asepsia y evitar infecciones nosocomiales en enfermos vulnerables. Cumpliendo medida de higiene.

También el celador transporta las muestras desde la unidad de UCI al laboratorio. Ayuda a la realización de rayos movilizándolo al paciente y ayudando a colocar la placa al técnico,

El celador traslada al paciente desde la unidad correspondiente al servicio de UCI, recogiendo y llevando toda la documentación clínica del paciente.

El celador controla las visitas que acceden a la UCI para que cumplan con las normas del centro.

Con ayuda del personal sanitario se encargará de movilizar y trasladar al paciente al box oportuno y a la cama asignada. También realizará los cambios posturales ayudado por el equipo de UCI.

Los pacientes son más complejos de lo normal, por lo que estas manipulaciones deben realizarse con extrema seguridad y cuidado.

También el celador transporta todos los aparatos, objetos, materiales, mobiliario y documentación que les indiquen los superiores.

5 Discusión-Conclusión

Desde la pandemia Covid-19 el valor del Celador en la unidad de UCI ha sido fundamental, ya que ha tenido un gran impacto en las medidas de seguridad de las funciones llevadas por todo el personal sanitario y no sanitario.

Los pacientes que se encuentran en la UCI, están críticos por ello el celador debe estar formado y ser un profesional para asegurar la realización de sus funciones en la unidad asistencial, las movilizaciones y cambios posturales bajo la supervisión de enfermería y facultativos.

Tras la pandemia se ha dado un valor al celador, ya que ha formado equipo con el personal sanitario, siendo imprescindible en el servicio.

6 Bibliografía

1. <https://congresosicepa.com/celadores-cuidados-intensivos/>
<https://congresosicepa.com/celadores-cuidados-intensivos/>.

2. <https://www.formacionalcala.es>
3. <https://docplayer.es>

Capítulo 80

EL USO DE LOS GUANTES SANITARIOS EN LAS FUNCIONES DEL CELADOR

SONIA VAQUERO LÓPEZ

LORENZO GARCÍA CLEMENTE

MANUELA RUIZ VILLOTE

MARIA OLGA AVILA MURILLO

JAVIER BETETA ROMERO

1 Introducción

Los guantes sanitarios son guantes desechables que se usan para impedir la contaminación entre el personal sanitario y los pacientes, actuando como elemento de barrera física. Pueden ser con nitrilo, vinilo, látex o neopreno.

Básicamente hay guantes quirúrgicos, con mayor sensibilidad, calidad y estériles y no quirúrgicos, que son los que se usan para exámenes médicos y diversos procedimientos, pudiendo ser estériles o no. Los más frecuentes para uso por parte del personal no sanitario son los de nitrilo no estériles, bastante resistentes a los desgarros y a muchas sustancias químicas, y que no causan problemas a las personas alérgicas al látex. Los de látex tienen como principal ventaja la flexibilidad y sensibilidad, pero sí que pueden provocar reacciones alérgicas en ciertos casos.

Los de vinilo se suelen utilizar para tareas cortas y con escaso riesgo y muchas veces para procesos no sanitarios como la manipulación de alimentos, no son muy duraderos, pero para transporte de muestras puede ser una buena opción. Debemos recordar que los guantes son un elemento de protección individual, no sencillamente una pieza más del vestuario o uniforme. Y que contribuye, junto con otras medidas generales como el correcto lavado de manos, a paliar el riesgo de contagio biológico por exposición accidental con elementos potencialmente infecciosos.

2 Objetivos

Dar a conocer cuando los celadores deben hacer uso de los guantes en la realización de sus funciones.

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 primera idea a destacar en referencia al uso de los guantes en el desempeño de nuestro trabajo, siempre que tengamos dudas de si usarlos o no, es que lo recomendable es ponérselos. Sin embargo, existen situaciones en que no es necesario utilizarlos. No es necesario el uso de guantes cuando vamos a acompañar a un paciente o familiar, ya sea a pie, en silla de ruedas o en la cama, tampoco si se contacta con la piel intacta del paciente y se ve limpia, ni cuando hacemos recaudos, llevamos papeleo, etc. Aunque siempre haremos uso del gel desinfectante después de cada tarea.

En el resto de ocasiones, nos guiaremos por nuestro sentido común, siguiendo el principio de máxima prudencia, estos son algunos casos concretos donde es necesario hacer uso de los mismos:

- Cuando estamos en urgencias y ayudamos en la movilización del paciente a la hora de acomodarlo y desvestirlo.

- A la hora de transportar las muestras biológicas tanto de sangre, orina, heces, etc. Es importante llevarlos, aunque las muestras deben ir en las gradillas y los tubos van correctamente cerrados y limpios, aún así podría ocurrir un accidente y derramarse las muestras, por eso llevar guantes sería lo correcto.
 - Siempre que ayudemos en la movilización del paciente, durante el aseo. Hay quien incluso se pone dos guantes para evitar tener problemas al cambiarlos por que las manos sudan y son incómodos para cambiarlo. Así se quitan los contaminados y dejamos debajo los otros para poner los limpios encima y así entren fácilmente.
 - Debemos utilizarlos en las circunstancias de exposición directa con sangre, fluidos corporales, piel no intacta o mucosas de un paciente, situaciones de emergencia, también por exposición directa en la manipulación de materiales o superficies contaminadas con todo lo anterior, como limpieza de instrumental, vaciado de cuñas, etc. o prácticas invasivas médicas, en las que ya sería necesaria la esterilidad de los guantes aunque no nos atañan a nosotros los celadores.
- Debemos recordar que un punto crítico que siempre se debe respetar es el lavado de manos tras quitarse los guantes, siempre hay que lavarse las manos con agua y jabón si se aprecia suciedad en las mismas, o con solución hidroalcohólica si las manos se ven aparentemente limpias. Importante saber que el uso de guantes no exime del lavado de manos.

5 Discusión-Conclusión

Debemos de seguir unas recomendaciones básicas en el uso de los guantes sanitarios, como son lavado y secado de manos antes y después de usarlos, elegir la talla correcta y el tipo de guante dependiendo del trabajo que vayamos a realizar. No debemos llevar anillos, uñas demasiado largas ni pintadas, ya que podrían deteriorar el guante. Hay que cambiar los guantes entre un paciente y otro, también si se pasa de una zona contaminada a otra. Los cambiaremos si notamos cualquier fisura o rotura en los mismos. No debemos tocar nada con ellos usados y quitárnoslos o cambiarnos cuanto antes. Desecharlos inmediatamente después de su uso. Debemos usarlos siempre que tengamos una herida, corte o lesión cutánea.

6 Bibliografía

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

3. <https://www.scielo.org/es/>.
4. https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/primaria/Uso_adeecuado_guantes_sanitarios.

Capítulo 81

ENFERMERDAD PROFESIONAL DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

LAURA MONTESO MIYAR

1 Introducción

El concepto de enfermedad profesional está regulado en el art 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de La Ley General de la Seguridad Social.

Dicho artículo viene a decir que se entenderá por enfermedad profesional, la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro de enfermedades profesionales, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. El Cuadro de Enfermedades Profesionales (al que se hace referencia en el párrafo anterior) fue aprobado por el Real Decreto 1299/2006. Incluye una lista de enfermedades reconocidas como profesionales y los trabajos y sustancias que exponen al riesgo de contraerlas.

Dentro de este cuadro, las enfermedades profesionales más comunes en el personal de auxiliar administrativo, se recogen en el Anexo I, Grupo 2: enfermedades profesionales causadas por agentes físicos. Desde hace bastante tiempo en cualquier hogar, oficina o lugar de trabajo el ordenador es una herramienta más que utilizamos las personas. Tanto profesionalmente como en horas de ocio pasamos mucho tiempo delante de un ordenador desentendiéndonos de mantener una buena postura corporal correcta. Pero además de tener una postura correcta hay otros aspectos externos a tener en cuenta: la iluminación, el entorno, la organización, el mobiliario y los hábitos que tenemos frente a la computadora.

Se busca la posición más cómoda, con el propósito de minimizar la fatiga e incomodidad y evitar el riesgo de una lesión provocada por generar tensiones corporales.

2 Objetivos

Dentro de la prevención es inevitable identificar los riesgos, hacer una vigilancia de la salud de los empleados, acciones recurrentes formativas sobre riesgos y campañas de información, así como el acogimiento de medidas de protección. En el ámbito de intervención la estrategia se resume en dos acciones primordiales, la labor de investigación y el acogimiento de medidas de protección.

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

Lesiones Musculoesqueléticas:

Afectan a huesos, músculos, tendones, ligamentos o nervios, que impliquen cualquier zona del cuerpo, en especial la zona de la espalda o extremidades superiores.

Suelen estar causadas por:

Equipamiento inadecuado o mal adaptado, como sillas mal adaptadas al usuario, o insuficiente altura de la mesa.

Diseños inadecuados del puesto de trabajo; por ejemplo, la falta de espacio.

Inadecuada distribución de la pantalla, teclado, documentos.

Mala forma de sentarse: apoyo insuficiente de la espalda, espalda muy flexionada...

Malos hábitos de posición: como brazos sin apoyo o flexión/ torsión excesiva del cuello.

Manejar o transportar cargas pesadas de forma inadecuada. Los trastornos musculoesqueléticos más comunes son:

- Lumbalgia:

Se caracteriza por un dolor localizado en la zona inferior (lumbar) de la espalda, que es la que soporta mayor peso.

Causa dolor, inflamación y contractura muscular. Puede ser muy doloroso e incapacitante, limitando movimientos de la columna y piernas.

Se clasifica en:

Lumbalgia aguda: comienza bruscamente, normalmente al realizar un esfuerzo o adoptar una postura forzada. Suele afectar a un lateral, empeora con el movimiento y mejora con el reposo. El dolor puede extenderse hacia las nalgas.

Lumbalgia crónica: dolor constante o progresivo, bilateral o alterno. En general empeora en reposo, presentando rigidez lumbar matutina y en casos avanzados, atrofia muscular.

- Cervicalgia:

Es el dolor de cuello inespecífico, comúnmente es el resultado de causas mecánicas por posturas mal adaptadas.

El dolor cervical ocasiona entre un 11 y un 14% de las bajas laborales. Se clasifica en función del tiempo de evolución:

Agudo: 6 primeras semanas

Subagudo: de 6 semanas a 6 meses

Crónico: más de 6 meses.

Los síntomas son aparición de dolor con rigidez, limitación de la movilidad cervical, mareos, cefaleas y dolor referido.

- Síndrome del túnel carpiano:

Consiste en el atrapamiento del nervio mediano en el túnel carpiano, estructura que comparte con los tendones flexores de los dedos y vasos sanguíneos.

Suele producirse por el desarrollo de tareas que requieren movimientos repetitivos o mantenidos de hiperextensión e hiperflexión de la muñeca o de aprehensión de la mano.

Al comprimirse el nervio mediano, se experimenta entumecimiento, hormigueo, y debilidad en la mano y brazo.

- Tendinitis:

Consiste en la inflamación o irritación en un tendón, las fibras que unen huesos con músculos, por lo que causan sensación de calor e incapacidad para lograr el movimiento de la parte comprometida.

Generalmente, se produce por la práctica de ciertos movimientos de manera repetitiva.

Otros tipos de enfermedades:

- Síndrome de ojo seco:

Se define como una enfermedad multifactorial de las lágrimas y de la superficie ocular que provoca síntomas de incomodidad o molestias, alteración de la agudeza visual e inestabilidad de la película lagrimal con daño potencial a la superficie ocular.

Se asocia al uso de pantallas y dispositivos electrónicos, y a las condiciones medioambientales de modernos diseños de oficinas y despachos principalmente.

- Nódulos en las cuerdas vocales:

Es una de las enfermedades más importantes asociadas al aparato fonador. Se trata de la única patología del mismo recogida en el cuadro de Enfermedades Profesionales como tal (2L0101).

Se producen por el abuso continuo de las cuerdas vocales.

Estos tejidos pueden endurecerse y convertirse en lesiones similares a un callo. Mientras más se prolongue el abuso de la voz, más se agrandarán y endurecerán los nódulos.

Suelen producirse a causa de los esfuerzos sostenidos de la voz, como es el caso de actividades en las que se precisa el empleo mantenido y continuo de la voz, como es el caso de los auxiliares administrativos que trabajan de cara al público.

- Enfermedades cardiovasculares y obesidad:

Un estudio sugiere que la circunferencia de la cintura aumenta en dos centímetros, y el riesgo de enfermedades cardiovasculares se incrementa en un 0,2%, por cada hora adicional de estar sentado por encima de las 5 horas. Además, el colesterol malo (LDL) aumenta y el colesterol bueno (HDL) disminuye con cada hora adicional de estar sentado más de 5 horas al día.

Covid-19.

Una sentencia dictada el 21 de mayo de 2021 ha reconocido el Covid-19 como una enfermedad profesional al personal no sanitario.

Pues se entiende que un trabajador que está en la recepción de un centro de salud y se contagia de coronavirus, ha estado expuesto al riesgo por su profesión.

5 Discusión-Conclusión

Se presume que una enfermedad es profesional, cuando dicha enfermedad está recogida en el Cuadro de enfermedades profesionales, y se ha desarrollado mientras el trabajador realizaba la actividad que se considera de riesgo (según el propio

cuadro).

Es importante mencionar, que en el cuadro de enfermedades profesionales existen 2 anexos:

- Anexo 1: recoge las enfermedades profesionales reconocidas. Se clasifican en grupos, dependiendo del agente que pueda producir la enfermedad.
- Anexo 2: recoge las enfermedades de las que se sospecha que pueden tener un origen profesional, y cuya inclusión en el cuadro como enfermedades profesionales podría producirse en el futuro. Existen una serie de medidas preventivas para evitar o disminuir el riesgo de padecer enfermedades profesionales en el puesto del auxiliar administrativo.

Generalmente, las mutuas ponen a disposición del trabajador este tipo de información.

6 Bibliografía

1. La justicia reconoce la Covid-19 como una enfermedad profesional a personal no sanitario. Noticias jurídicas. <https://noticias.juridicas.com/actualidad/jurisprudencia/16338-la-justicia-reconoce-la-Covid-19-como-una-enfermedad-profesional-a-personal-no-sanitario/>
2. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre. Art 157. Concepto de enfermedad profesional. «BOE» núm. 261, de 31/10/2015. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?Id=BOE-A-2015-11724>

Capítulo 82

EL CELADOR ANTE ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS O MENTALES

ALBERTO GARCÍA MUÑOZ

MANUEL GARCÍA MUÑOZ

VERONICA TOMAS GARCIA

JOSE RANGEL SOLANA

1 Introducción

Por psiquiatría entendemos la rama de la medicina que tiene como fin el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, así como de ciertos trastornos de personalidad y de conducta. También trata de evitar y poner remedio a ciertos comportamientos psíquicas anormales.

Como anormal entendemos a aquello a lo que se desvía de la normalidad. Se considera como normal lo que coincide con el término medio y como anormal lo que se desvía considerablemente de este hacia arriba o hacia abajo (en términos de estadística).

Según la organización mundial de la salud (OMS), se define la salud como el estado completo de bienestar físico, psíquico y mental, y no solo como la ausencia de enfermedad sino el conjunto armónico de estos dichos estados.

La red psiquiátrica en nuestro país está conformada por:

1. Centros de Salud Mental.
2. Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
3. Estructuras intermedias.

Todas estas unidades destinadas al diagnóstico control y tratamiento de paciente con necesidades especiales de tipo psiquiátrico. También a su vez la red psiquiátrica española conformada por esas tres ramas puede dividirse en diferentes tipos de centros dependiendo del grado de enfermedad mental del paciente. Estos centros podrían ser:

- Hospitales de día.
- Centros de media y larga estancia.
- Talleres ocupacionales.
- Pisos protegidos etc.

2 Objetivos

El objetivo principal del presente capítulo es mostrar de forma clara y concisa la actuación del celador ante pacientes psiquiátricos o con trastornos mentales.

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 funciones de los celadores son muy extensas y variadas una gran parte de ellas suponen el contacto directo con el paciente. Por ello, y tratándose de pacientes con características conductuales especiales, la figura de este celador cobra una gran importancia y para nada exenta de una enorme responsabilidad.

Dentro de estas funciones encontramos las que son comunes a cualquier celador: desde hacer de ascensorista a vigilar entradas, tramitar o llevar informaciones verbales o escritas, transportar mobiliario, traslado de pacientes dentro de la unidad o a otras instituciones (ambulancia), etc.

Sin embargo, este celador realizará una serie de funciones que le son propias y diferenciadoras de otro celador destinado en otro tipo de unidad. A continuación, destacaremos algunas:

Cuida del entorno ambiental de los pacientes, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche. Favorecerá el descanso nocturno controlando los ruidos dentro del centro.

Vigila a los pacientes ante posibles agresiones y autolesiones. Colaborará con el equipo de profesionales de la unidad en la reducción de pacientes agitados, utilizando los medios adecuados.

Anima y acompaña a los pacientes con prescripción médica a pasear por las zonas ajardinadas contiguas al centro sanitario. Es importante recomendar la realización de ejercicio físico e incluso colabora en la realización de dichos ejercicios.

Se encarga del suministro de tabaco a los pacientes que lo tienen permitido por su médico.

El celador tiene que estar siempre dispuesto ante cualquier tipo de situación que se presente en el centro actuando frente a pacientes tanto como a diferentes situaciones que sucedan en el centro desde un desperfecto de materiales a restringir entrada a personas ajenas al centro.

En resumen el celador ante un paciente psiquiátrico tiene que mostrarse como una persona segura leal fiable en la que el paciente se sienta seguro de su compañía y de todos sus cuidados.

Pero a la vez también tiene que demostrar que es un arma del centro ante cualquier posible alteración, brote ,disturbio o problema que suceda con pacientes o en torno al mismo centro y/o sus trabajadores.

5 Discusión-Conclusión

Hemos visto como la figura del celador psiquiátrico aparece como un profesional que comparte las funciones generales de cualquier otro celador, pero que además se encarga de otras específicas de un valor fundamental ante pacientes que necesitan un trato diferente debido a su cuadro clínico.

El paciente psiquiátrico es normalmente una persona que requiere más paciencia, atención y comprensión que el paciente «común» de una institución sanitaria, por lo que el celador que esté en contacto casi continuo con él ha de ser una persona que entienda las peculiaridades y necesidades de este tipo de paciente. Dado que el celador psiquiátrico no deja de ser parte importante de ese ambiente, es crucial que sepa trabajar a favor del mismo y en sintonía con todos sus compañeros a la vez que presta especial atención a dichos pacientes.

6 Bibliografía

1. <https://cgtsnidadlpa.org>.
2. <https://revistamedica.com>.
3. ley 14/1986.de 25 de Abril <https://sisbib.unmsm.edu.pe>.
4. <https://formacurae.es>.

Capítulo 83

EL CELADOR TIPOS DE AISLAMIENTOS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO EN LOS CENTROS HOSPITALARIOS

MANUEL GARCÍA MUÑOZ

VERONICA TOMAS GARCIA

JOSE RANGEL SOLANA

ALBERTO GARCÍA MUÑOZ

1 Introducción

Las enfermedades infecciosas o transmisibles son causadas por microorganismos patógenos como las bacterias, los virus, los parásitos o los hongos. Dichas enfermedades se pueden transmitir de una persona a otra o de un animal a persona, directa o indirectamente, siendo un ejemplo de estas: mononucleosis, gripe, fiebre tifoidea, herpes, hepatitis vírica, herpes zóster, tuberculosis, paludismo, rabia, septicemia, tétanos, etc.

En las instituciones sanitarias se trabaja para controlar la difusión de las enfermedades transmisibles mediante vigilancia, prevención, aislamientos, cuarentena y tratamiento, siendo las medidas que se deben de tener en cuenta las siguientes:

- Desinfección en caso de epidemias o brotes.

- Declaración de las enfermedades transmisibles.
- Aislamiento de los enfermos contagiosos.

La finalidad de los aislamientos es:

- Separar a los pacientes contagiosos para que no transmitan la enfermedad a personas sanas (técnicas de barrera).
- Separar a los pacientes que tienen disminuidas sus defensas, para protegerles contra la eventualidad de adquirir una enfermedad transmisible (técnicas de barrera inversa).

La habitación de los pacientes, incluyendo las puertas, que precisan aislamiento hospitalario, se considera una zona contaminada y las medidas que se han de adoptar en dicha habitación son:

- Materiales y equipo necesarios antes de la acción directa sobre el enfermo.
- Identificación del tipo de aislamiento en la puerta de la habitación.
- El aislamiento puede ser domiciliario y hospitalario y los enfermos que se encuentran en aislados permanecerán en esta situación hasta la curación total, tanto clínica como microbiológica.
- Los cuidados deben ser mayores, siempre teniendo en cuenta las normas del aislamiento.

Desde el punto de vista del paciente, estas medidas pueden generar una serie de problemas en los pacientes que es fundamental evitar, como son los problemas de autoestima, sensación de ser perjudicial para los demás, así como sentimientos de marginación soledad, aburrimiento o déficit afectivo. Estos problemas se pueden evitar dando una información comprensible y completa al paciente y familiares, sin causar alarma y sin recomendar medidas que no sean precisas.

Por otro lado, es importante que el celador no muestre rechazo al paciente en ningún momento, ya que se podrán sentir mal o culpables. Hay que intentar distraerlos para que no se enfoquen en la enfermedad, tratándolos igual que a los demás e incluso mejor, siempre y cuando respetando en todo momento las normas establecidas por el médico.

2 Objetivos

- Describir las funciones del celador ante los aislamientos hospitalarios.
- Conocer la causa de los aislamientos hospitalarios y qué tipos de aislamientos existen.

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 que existe, realizándose una búsqueda en libros y artículos en las principales base de datos: Pudmed, Medline y Scielo, seleccionando artículos científicos procedentes de publicaciones académicas revisadas.

4 Resultados

Tipos de aislamiento:

- Aislamiento de contacto: se utiliza para prevenir enfermedades infecciosas por contacto directo, ya sea con heridas cutáneas y/o secreciones. Es el indicado en casos de gangrena, herpes simple diseminado, heridas abiertas y piodermias. El paciente se encontrará en una habitación individual (o compartida si es con alguien contaminado con su mismo microorganismo). La habitación estará señalizada en su exterior con un cartel que indique qué tipo de aislamiento se está llevando a cabo. Las personas que vayan a estar en contacto con el paciente deberán ponerse bata, mascarilla y guantes. Estas encontrarán todo el material en el interior de la propia habitación; se lo quitarán antes de salir y lo depositarán en un contenedor acondicionado para ello.

- Aislamiento respiratorio o de gotas: se usa para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por vía aérea. Existe presencia de gotas de origen respiratorio con un rango de difusión de hasta 1 metro. Este es el aislamiento que se utiliza en enfermedades como la varicela, sarampión, meningitis, rubeola y tuberculosis.

El paciente estará en una habitación individual señalizada en su exterior con el tipo de aislamiento aplicado. Cualquier persona que se acerque a menos de 1 metro del paciente deberá llevar obligatoriamente mascarilla, guantes y realizar un buen lavado de manos al salir de la habitación.

- Aislamiento protector o inverso: se trata de proteger de posibles infecciones a pacientes inmunodeprimidos como pueden ser los grandes quemados (más del 25%), los trasplantados o los pacientes sometidos a tratamientos con quimioterapia.

Estarán en habitaciones individuales con el tipo de aislamiento correspondiente. Debido a sus bajas defensas, tendrán restricción de visitas. Estas tendrán que ponerse guantes, mascarilla, bata, calzas y gorro antes de entrar. Al salir deberán depositar todo en los contenedores habilitados para ello.

- Aislamiento parenteral: se utiliza para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles por sangre, fluidos corporales u objetos contaminados, como ocurre con enfermedades como la hepatitis B, hepatitis C, Sida o sífilis. Es aconsejable que el paciente esté en una habitación individual, pero puede compartirla con algún otro paciente que padezca su misma enfermedad. Es obligatorio el lavado de manos antes de entrar y al salir de la habitación. Se deberá usar guantes siempre, teniendo un cuidado extremo al manipular objetos punzantes. Si hay posibilidad de estar expuesto a sangre, se deberá usar además de guantes, bata y mascarilla.

- Aislamiento entérico: es el empleado para prevenir la transmisión por contacto directo o indirecto con heces infectadas. Se aplica en casos de gastroenteritis bacteriana o vírica, cólera, hepatitis A etc. El paciente estará en una habitación individual con lavabo y correctamente señalizada con el tipo de aislamiento llevado a cabo. La persona que esté en contacto directo con el paciente deberá llevar obligatoriamente guantes y bata que estarán dentro de la habitación. Al salir tirarán la ropa en los contenedores correspondientes y se lavarán las manos.

- Aislamiento estricto o de aerosoles: se utiliza cuando hay presencia de aerosoles en el aire con un alto rango de difusión, quedando estos en suspensión. Es el empleado en enfermedades como la difteria, viruela, neumonía, peste y rabia.

El paciente se encontrará en una habitación individual con su correspondiente señalización de aislamiento. Es obligatorio el uso de mascarilla, guantes, bata y calzas. El material se encontrará dentro de la habitación y se desechará en un contenedor preparado para ello antes de salir de la habitación; a excepción de la mascarilla, que se colocará antes de entrar y se desechará después de salir de la habitación.

Es importante destacar una serie de medidas básicas destinadas a prevenir la transmisión de infecciones, tanto del paciente hacia el profesional sanitario como al contrario, siendo el objetivo reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en el centro sanitario:

La higiene de las manos (lavado con agua y jabón o soluciones alcohólicas), es una de las medidas más importantes y más eficaz, incluidas en las precauciones estándar, para reducir la cantidad de microbios en la piel, recomendando la higiene siempre antes y después del contacto con el paciente o con su entorno inmediato. Limpieza y desinfección del ambiente, ya que los agentes infecciosos pueden sobrevivir en el ambiente desde horas a días.

La utilización adecuada del Equipo de Protección individual (EPI) para garantizar una protección adecuada (bata, guantes, mascarilla, protectores oculares, etc.) frente al contacto con sangre y fluidos corporales o agentes patógenos.

5 Discusión-Conclusión

Concluimos este capítulo destacando que el celador es uno de los trabajadores que se mueve por todo el hospital y que está en contacto con todo tipo de pacientes, por lo que resulta ser un vehículo de transporte de microorganismos patógenos que pueden dar lugar a la transmisión de infecciones a otro personal, pacientes y por supuesto a sí mismo. Por este motivo debe adoptar las medidas profilácticas y de barrera necesarias para prevenir dicha transmisión. Toda lesión cutánea (cortes, heridas; etc.) ha de cubrirse antes de iniciar la actividad laboral. Todas estas precauciones ayudan a evitar que tanto el personal como los visitantes transmitan los microbios después de tocar a un paciente o a los objetos que el paciente haya tocado, pero no deben suponer una disminución en la atención al paciente, puesto que tienen los mismos derechos de atención sanitaria que el resto.

6 Bibliografía

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

Capítulo 84

EL CELADOR FRENTE AL CORONAVIRUS

JOSE RANGEL SOLANA

ALBERTO GARCÍA MUÑOZ

MANUEL GARCÍA MUÑOZ

VERONICA TOMAS GARCIA

1 Introducción

El celador es el primer eslabón al que acceden los pacientes cuando acuden a un centro hospitalario con síntomas de Covid-19 o acompañan al enfermo, en caso de ser positivo, a lo largo de todo el proceso en su lucha contra el virus. A pesar de ello, el celador ha sido considerado profesional “de bajo riesgo” durante toda la fase crítica de la pandemia lo que ha evidenciado las carencias y errores que acometen las últimas leyes de personal estatutario de los servicios de salud, poniendo de manifiesto la necesidad de actualización que requieren.

El número de empleados de la salud que se ha contagiado supera los 73.000 en nuestro país, a día 5 de febrero de 2021, y no resulta posible cuantificar estos datos por categorías profesionales, ya que ninguna base de datos oficial distribuye tan específicamente las estadísticas. Es decir, el cómputo suministrado por las Comunidades Autónomas bajo el ratio “trabajador/sanitario” únicamente indicaba la variable sí o no. Más tarde, se desglosaba más información introduciendo la exposición del empleado sanitario pero sin especificar la categoría de pertenencia.

Siguiendo las publicaciones de los diversos medios de comunicación social de nuestro país, se hallan numerosos casos de contagios en el personal subalterno, proporcionando una mayor información en aquellos en los que el virus ha acabado con la vida de estos profesionales. Y el registro de contagios ha obtenido un efecto muy significativo en diversos puntos de la geografía española.

2 Objetivos

- Analizar minuciosamente el grado de proximidad que mantiene el celador con los enfermos contagiados por coronavirus, con el fin de demostrar que la exposición a la que se enfrenta el trabajador no puede ser catalogada como baja.
- Exponer las incongruencias que se derivan de las legislaciones vigentes en materia de personal subalterno.

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

En primer lugar, encontramos presencia de discordancias entre la práctica real del trabajo del personal subalterno y lo dispuesto en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. Pese a que no tenemos ningún dato sobre el número de celadores contagiados por Covid-19, resulta incuestionable que por el tipo de funciones que desempeñan profesionalmente, sea un gremio especialmente vulnerable al contagio y parece cuanto menos sorprendente que se les atribuya la exposición de bajo riesgo por parte de los protocolos de actuación para la prevención frente al coronavirus. Sin embargo, las referencias detectadas a lo largo de este capítulo no serían de extrañar considerando el estrecho contacto y la prácticamente constante comunicación entre el paciente y el celador. Asimismo, debemos tener en cuenta que en la unidad de urgencias el celador es el primer enlace que tiene el paciente con el equipo hospitalario, aún antes de conocer la positividad o negatividad del virus.

Sin embargo, ha resultado ser la categoría profesional menos considerada por parte de los protocolos oficiales de aplicación de medidas de prevención frente al Covid-19.

Es obvio que por las funciones básicas a desempeñar en el día a día los celadores realizan la mayor parte de su trabajo a una distancia muy reducida del enfermo, y en el punto álgido de la pandemia, cuando había escasez de material de protección, los celadores apenas contaban con mascarillas quirúrgicas, y en numerosos hospitales de nuestro país, no contaron con la posibilidad de disponer del resto de equipos de protección individual (EPI) hasta bien transcurrido un tiempo, al ser considerados personal de exposición de bajo riesgo.

A lo largo de toda la crisis sanitaria vivida en los últimos meses, los celadores de los centros hospitalarios de la geografía española se han sentido desprotegidos frente al virus, y han querido reivindicar la dignificación y protección de su trabajo, en primer lugar y fundamentalmente, solicitando la actualización de normativas vigentes referentes a su trabajo y el desarrollo de una profesionalización específica para esta categoría profesional hasta ahora inexistente. Y, pese a que en numerosas Comunidades Autónomas se ha llevado a cabo la implantación de regulaciones en cuanto a las funciones de celadores, el personal subalterno cree necesario el establecimiento de disposiciones reglamentarias específicas para su categoría profesional de manera genérica en todo el ámbito geográfico español.

5 Discusión-Conclusión

Calificarlos como profesionales de “exposición de bajo riesgo” en el “Procedimiento de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2 de 8 de junio de 2020” ha sido un error a corregir ante acontecimientos futuros. De hecho, el pasado octubre, el Ministerio dejó de considerar a los celadores como personal de bajo riesgo, otorgando al colectivo la categoría de personal sanitario no asistencial y admitiendo su derecho a recibir una cobertura por accidente laboral derivada del virus.

Las funciones a desarrollar por celadores y celadoras deberían contar con una reglamentación adaptada a la realidad actual.

6 Bibliografía

1. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/competencias-celador-sanidad-obsobletas-hay-que-actualizarlas-1682>

2. <https://infoactualidad.ucm.es/index.php/noticias/2-uncategorised/2550-celadores-en-primera-linea-contra-la-pandemia-sin-derecho-a-epi>

Capítulo 85

LA COVID: RADIOLOGÍA DE TÓRAX EN PEDIATRÍA.

ALEJANDRO DE LA PUENTE GREGORIO

SILVIA MERINO PELÁEZ

ALBERTO ROSSELL GARCIA

LAURA CABRERA OVIES

1 Introducción

A mediados de diciembre de 2019 se describió en Wuan una región de China una enfermedad infecciosa causada por una cepa de coronavirus que provocaba infección respiratoria aguda, se propagó rápidamente por el país y por el resto del mundo.

La rápida propagación del SARVS CoV2 es la causante de un problema respiratorio grave, con disnea y neumonías, fue el causante de la infección de individuos de todas las edades.

Los habitantes pediátricos parece que se infectan en una proporción mucho menor que los adultos, los pacientes menores de 18 años son solo el 2% de los casos.

La prueba de elección para infecciones respiratorias bajas, con o sin insuficiencia respiratoria, disnea es la radiografía de tórax, en realidad no se han escrito muchos artículos en los que se detallen y describan los hallazgos radiológicos en niños infectados por la Covid-19, por lo que todavía los patrones en las imágenes radiológicas que se han estudiado no se tienen un patrón claro.

En estos rangos de edad es muy importante minimizar al máximo los riesgos radiológicos y de pruebas complementarias con fines radiológicos para encontrar hallazgos en los que podamos diagnosticar la Covid-19 en la franja de edad en la que hemos realizado el estudio (1 mes a 18 años).

2 Objetivos

Describir los hallazgos radiológicos en la radiografía de tórax y las características clínicas de la población pediátrica que fue en el mes de enero con clínica de infección respiratoria en nuestro hospital. Analizar la frecuencia de Covid-19 frente a otras infecciones respiratorias y sus manifestaciones radiológicas.

3 Metodología

Realizamos un estudio observacional transversal de todos los niños con clínica de infección respiratoria (fiebre, tos, rinorrea y/o disnea) desde el 1 de Mayo al 31 de Mayo del 2020 que hayan necesitado una radiografía de tórax en el servicio radiología.

4 Resultados

De los 181 niños a los que se les realizó una radiografía de tórax por clínicos de infección respiratoria, 73(40,3%) niños; 114 (62,98%) niños; rango de edad 1 mes-16 años, con una mediana de 4 años. Mayoritariamente, los niños tenían síntomas leves (88,9%). Un 30,3 % de los niños presentaba ambiente epidémico familiar positivo con clínica respiratoria prácticamente idénticas a las que presenta el niño que llegó a nuestro hospital por sistemas respiratorios.

El 74% de los pacientes presentó algún tipo de alteración en la radiografía de tórax.

Los engrosamientos peri bronquiales fue descubierto en el 57,4% siendo la causa más común. El 38,5% presentó consolidación parenquimatosa, que en un 29,2% fue bilateral y en un 3,8% se observó derrame pleural. Se pudo ver aumento de la trama intersticial en el 7,8%. El 7,7% se presentó con opacidades en vidrio deslustrado.

Los hallazgos en las radiologías de tórax, en los menores de 18 años, que son positivos en la Covid-19 son poco específicos, ya que se superponen con otras infecciones respiratorias, esto hace muchas veces se necesite necesiten otras pruebas

complementarias para un buen diagnóstico por imagen, pero siempre teniendo en cuenta que los pacientes son más sensibles a la radiación, por lo que deberemos ser cautos con las dosis y las protecciones que utilizaremos para que se cumpla el criterio ALARA "tan bajo como sea posible".

En situaciones muy puntuales se ha usado el TC de tórax para poder encontrar algún tipo de hallazgo característico y sugestivo de la Covid-19 en situaciones epidemiológicos.

Una de las recomendaciones de la mayoría de las sociedades internacionales y nacionales de radiología es la utilización de la radiología simple de tórax, aunque la sensibilidad es más baja que la tomografía computarizada (TC).

5 Discusión-Conclusión

Durante el mes de Mayo cohabitaron infecciones respiratorias sintomáticas la Covid-19 y no Covid-19 con sintomatología muy similar entre ellas, por lo que una radiografía de tórax podemos diferenciarlas. El patrón radiológico de las infecciones respiratorias, no es específico y la radiografía en no fue suficientemente concluyente para enumerar un diagnóstico, incluido el Covid-19.

Los niños con clínica respiratoria conciliable con Covid-19 presentaron síntomas leves y muy pocos casos precisaron el ingreso del paciente y la ventilación invasiva también fue prácticamente nula su utilización. En ambientes de transmisión comunitaria, se debería realizar estudio de PCR para SARS-CoV-2 aunque no se conozcan antecedentes epidemiológicos.

6 Bibliografía

1. Covid-19 situation reports [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
2. Covid-19 Map [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
3. A. Tagarro, C. Epalza, M. Santos, F.J. Sanz-Santaeufemia, E. Otheo, C. Moraleda, et al.
Screening and Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid.
Spain. JAMA Pediatr., (2020), pp. e201346 <http://dx.doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1346>